

Enquête sociale
et de santé
1992 - 1993



SANTÉ QUÉBEC

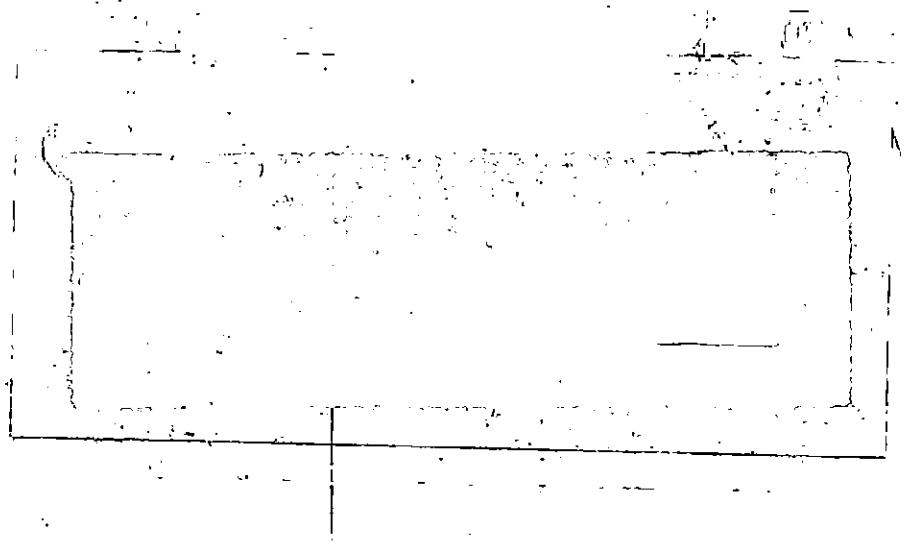
WA
900
DC2.2
E88
E8
1995

Québec

INSPQ - Montréal



SANTÉCOM



Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

ET LA SANTÉ EN ESTRIE, ÇA VA EN 1992-1993?

**Rapport régional de l'Enquête sociale
et de santé 1992-1993**

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'ESTRIE

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Coordination du projet :

Aline Émond

Michel Carbonneau, Direction de la santé publique et de l'évaluation, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Estrie

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

Michel Carbonneau
DSPE - 2424, rue King Ouest
Sherbrooke (Québec)
J1J 2E8

Téléphone : (819) 566-7033-158
Télécopieur : (819) 569-8894

Ils peuvent également être adressés aux auteurs régionaux des chapitres dont les noms apparaissent dans le volume.

Des exemplaires additionnels du présent rapport peuvent être obtenus en s'adressant à :
Ginette Breton-Laliberté
DSPE - 220, 12^e Avenue Nord
Sherbrooke (Québec)
J1E 2W3

Téléphone : (819) 829-3404
Télécopieur : (819) 562-1222

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale du Québec, 1995
ISBN 2-921776-01-4

PRÉFACE

Aline Émond

*Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Direction de la santé publique et de l'évaluation*

Santé Québec a réalisé en 1992-1993 sa deuxième grande enquête de santé à caractère national et régional. De 13 760 ménages échantillonnés pour l'enquête de 1987, on est passé à 16 010 afin de mieux répondre aux besoins des régions; à l'ère de la régionalisation, il est tout à fait opportun que l'échantillon régional soit suffisant pour permettre des analyses régionales et sous-régionales sur un maximum de variables. Cette préoccupation s'est traduite en Estrie par un échantillon de 1109 ménages permettant d'inférer les caractéristiques de la population tant en termes de santé que de certaines particularités psychosociales ou socioéconomiques. De plus, trois sous-régions ont pu être constituées pour distinguer les résidants du Sherbrooke-métropolitain de ceux des petites villes ou du milieu rural.

Utiles pour la planification et l'évaluation, ces données d'enquêtes ont aussi pour objectif de faire évoluer nos connaissances et notre compréhension des interactions entre les états de santé et certains marqueurs et facteurs de risque.

Soucieux de l'efficacité de cette opération d'enquête, l'Estrie a produit un rapport imposant sur plusieurs des caractéristiques sociales et de santé de sa population. Un très grand nombre des utilisateurs potentiels y trouveront des réponses à beaucoup de leurs interrogations quant au profil actuel de la population, aux variations depuis l'enquête de 1987 et aux différences entre l'Estrie et le Québec.

La Direction de la santé publique et de l'évaluation, première utilisatrice de ces informations, a pris la responsabilité de produire le rapport conformément à son mandat de faire connaître l'état de santé de la population. Toutefois, c'est toute la Régie régionale et même toute la région, qui doivent se soucier des résultats obtenus; la Politique de la santé et du bien-être fixe des objectifs à atteindre dont plusieurs ne peuvent se mesurer que par les données de cette enquête. Il faudra tenir compte des résultats de cette enquête, des progrès réalisés depuis 1987 et des données qui seront obtenues à l'aube de l'an 2000, par la prochaine enquête, pour saisir l'impact des diverses mesures de réforme de la santé. Mises dans une perspective plus large, en complément des données sur les décès et la morbidité hospitalière ainsi que sur les évaluations des différents programmes mis en place, les informations générées par ces enquêtes fourniront la mesure de l'atteinte de la cible ou de sa déviation par rapport à l'objectif initial.

Outil précieux pour les Régies et pour le MSSS, cette enquête est un instrument privilégié pour les différents partenaires tant du réseau que des autres secteurs, (éducation, MRC, ...) qui ont la responsabilité quotidienne de donner des services de qualité pour le mieux-être à long terme de la population estrienne.

Bonne lecture!

REMERCIEMENTS

Ce rapport présente les résultats de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 réalisée dans toutes les régions du Québec, grâce au financement conjoint du ministère et des régies régionales de la santé et des services sociaux. Santé Québec en a dirigé toutes les étapes. Nous tenons à remercier chaleureusement les nombreux collaborateurs qui ont contribué à la réalisation de cette enquête :

- l'équipe de Santé Québec, particulièrement Claudette Lavallée, Nathalie Audet et Carmen Bellerose, de même que le directeur et les membres des comités d'administration et d'orientation;
 - Robert Courtemanche, Lorraine Caouette, Marcel Godbout, France Lapointe et Louise Bourque du Bureau de la statistique du Québec, partenaire de Santé Québec pour tous les aspects statistiques;
 - l'équipe du Groupe Léger et Léger Inc. qui, sous la gouverne de Denis Fagnan, a effectué la collecte, la codification et la saisie des données, de même que les quinze coordonnatrices régionales et les 125 interviewers;
 - les auteurs du rapport provincial dont les chapitres ont inspiré dans une mesure plus ou moins large selon le cas les auteurs régionaux;
 - le comité de lecture de Santé Québec composé de Carmen Bellerose, Serge Chevalier, Margaret Cousins, Lucie Roy, Jean-Pierre St-Cyr, Hugues Tétreault, Josette Thibault et Micheline Tremblay qui, sous la direction de Claudette Lavallée, ont contribué à la qualité et à une certaine uniformisation des rapports régionaux;
 - les rédacteurs du présent rapport qui sont tous des professionnels de la direction de la santé publique et de l'évaluation de la Régie régionale de l'Estrie;
 - les lecteurs régionaux pour leurs précieux commentaires, soit:

Mme Gina Bravo, du Centre de recherche en gérontologie et gériatrie de l'Hôpital d'Youville

M. André Brien, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

M. Philippe de Wals, du Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke

Mme Suzanne Garon, du Département de service social de l'Université de Sherbrooke

- M. Pierre Gauthier,** de la Faculté d'éducation physique et sportive de l'Université de Sherbrooke
- M. Réjean Hébert,** du Centre de recherche en gérontologie et gériatrie de l'Hôpital d'Youville
- Mme Sylvie Lapointe,** de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
- M. Gilles-Y Levesque** de la Direction de la santé publique et de l'évaluation de la Régie régionale
- M. Marcel Mathieu,** de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
- M. Sylvain Paquette,** de Carrefour Intervention Suicide
- Mme Hélène Payette,** du Centre de recherche en gérontologie et gériatrie de l'Hôpital d'Youville
- M. Robert Pronovost,** de la Direction de la santé publique et de l'évaluation de la Régie régionale
- Mme Louise Rivard,** de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
- Mme Lise Roy,** du Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke
- M. Alain Rochon,** de la Direction de la santé publique et de l'évaluation de la Régie régionale
- Mme Liane Savard,** de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Mmes Ginette Breton-Laliberté et Louise Garant pour leur patient travail de traitement de textes et de mise en page ainsi que M. Daniel Gingras pour sa collaboration au niveau de l'informatique.

Finalement, nous tenons à remercier d'une façon particulière les quelque 2312 Estriens et Estriennes qui ont accepté de participer à l'enquête et qui ont si généreusement donné de leur temps.

Les résultats exposés dans ce rapport ont été produits par Santé Québec en fonction des besoins exprimés par les régions. L'analyse a été faite, à partir de balises suggérées par Santé Québec, par les auteurs qui sont également responsables de la rédaction de ce rapport.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	xi
Lexique	xiii
Faits saillants	xvii
Méthodes générales	xxiii
Caractéristiques de la population de l'enquête	xxix

INTRODUCTION	1
------------------------	---

Partie I : Et la santé, ça va en 1992-1993?

Certains déterminants

Habitudes de vie	5
1. Consommation d'alcool	5
2. Consommation de drogues	21
3. Usage de la cigarette	31
4. Problèmes de poids	43
5. Activité physique de loisir	53
Milieu social	65
6. Soutien social	65
7. Autonomie décisionnelle au travail	85
Comportements préventifs	95
8. Comportements préventifs féminins	95

État de santé

État de santé perçu	111
9. Perception de son état de santé	111
Santé mentale	121
10. Déresse psychologique	121
11. Idées et tentatives de suicide	135
Santé physique	149
12. Accidents avec blessures	149
13. Autonomie fonctionnelle	161

Conséquences

Des conséquences de l'état de santé	173
14. Consommation de médicaments	173
15. Le recours aux services	191

Partie II : Aspects sociaux reliés à la santé

Certains aspects sociaux

Statut socioéconomique	205
16. Statut socioéconomique et santé	205
Famille	219
17. Famille et santé	219
Abus d'alcool	229
18. Abus d'alcool et santé	229
CONCLUSION	245

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire autoadministré	249
Annexe 2 : Questionnaire réalisé par interviewer	279
Annexe 3 : Fiche d'identification	309
Annexe 4 : Liste des figures	315
Annexe 5 : Liste des tableaux	321

AVANT-PROPOS

Santé Québec a pour mission de contribuer à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population en réalisant des enquêtes.

La première enquête dirigée par Santé Québec en 1987 a permis d'obtenir des renseignements essentiels pour documenter plusieurs des aspects de la Politique de la santé et du bien-être que le Québec a promulguée en 1992 et que les Régies régionales de la santé et des services sociaux ont reprise à leur compte.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 dont il est question ici a été commandée par le ministère et les régies régionales de la santé et des services sociaux. Santé Québec en a dirigé toutes et chacune des étapes tout en s'associant le Bureau de la statistique du Québec pour le plan de sondage, la pondération et les tests statistiques, le Groupe Léger et Léger Inc. pour la collecte, la codification et la saisie des données ainsi que de nombreux experts des milieux de la santé et des services sociaux et des universités pour les choix de questions et l'analyse des résultats.

Des centaines de personnes dans chaque région du Québec, ont passé plusieurs minutes de leur précieux temps à répondre à pas moins de 350 questions portant sur plus de vingt thèmes différents. Santé Québec leur a garanti la confidentialité des renseignements fournis.

Tout au long de la réalisation de cette enquête, Santé Québec a eu un souci constant de qualité qui s'est manifesté par de multiples contrôles, vérifications et validations.

Ce rapport fournit un portrait de l'état de santé et de bien-être de la population de la région à partir des résultats de l'enquête. Il a été rédigé par les professionnels des régies régionales, particulièrement de leurs directions de santé publique, en collaboration avec Santé Québec. Les utilisateurs y trouveront des données pour mieux décider, mieux planifier et mieux agir pour la santé et le bien-être des citoyens et citoyennes de leur région.

Le directeur de Santé Québec,

Daniel Tremblay

LEXIQUE

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

AIRE HOMOGÈNE : elles proviennent d'un découpage du Québec en quatre zones distinctes (métropole, capitales régionales, agglomérations et villes, monde rural) qui sont ensuite subdivisées en trois aires en fonction de leurs conditions socioéconomiques : aire vulnérable ou défavorisée, aire intermédiaire et aire peu vulnérable ou peu défavorisée.

AUTONOMIE DÉCISIONNELLE AU TRAVAIL : possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent, ainsi que la capacité d'utiliser ses habiletés, ses qualifications et d'en développer de nouvelles. L'indice d'autonomie décisionnelle au travail a été créé en sommant les réponses de neuf questions du QAA. Ces questions ne concernent que les individus âgés de 15 ans et plus qui occupaient un emploi au moment de l'enquête.

«BINGE DRINKERS» : expression anglaise intraduisible. Les buveurs d'alcool qui consomment de façon irrégulière mais qui prennent alors de grandes quantités. Santé Québec définit un «binge drinker» comme une personne de 15 ans et plus ayant consommé un minimum de 5 consommations par jour, au moins une fois par semaine, pour un volume minimum de 5 consommations par semaine et un maximum de 28 consommations par semaine, au cours de la semaine précédant l'enquête.

BSQ : Bureau de la Statistique du Québec.

BUVEURS D'ALCOOL: personnes âgées de 15 ans et plus qui ont consommé de l'alcool, ne serait-ce qu'une fois, au cours de l'année ayant précédé l'enquête.

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

CONSOMMATEURS ACTUELS DE DROGUE : personnes âgées de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir consommé de la drogue (cannabis ou autre) au moins une fois au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Ces consommateurs ne sont pas nécessairement des consommateurs réguliers.

ESTRIE : région sociosanitaire 05 telle que définie par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

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

EXCLUSION DU MARCHÉ DU TRAVAIL : durée de l'exclusion du marché du travail parmi les personnes de 15 à 64 ans.

ÉTAT DE SANTÉ PERÇU : mesure perceptuelle fiable et valide de l'état de santé des individus de 15 ans et plus. Elle ne nécessite qu'une seule question du QAA offrant cinq choix, soit de mauvaise à excellente.

FAMILLE : la définition adoptée dans l'enquête consiste en un ménage ayant au moins un enfant de moins de 18 ans vivant avec au moins un de ses parents biologiques ou adoptifs.

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

INCAPACITÉ : «toute réduction ou absence (résultant d'une déficience) de la capacité d'exécuter une activité de la manière ou dans la plénitude considérée comme normale pour un être humain» (OMS).

INDICE CAGE : indice construit à partir de 4 questions du QAA se rapportant aux comportements, aux sentiments et aux problèmes causés par l'alcool. Les répondants sont classés à risque nul, faible ou élevé. Cet indice est un des instruments de dépistage de la dépendance à l'alcool les plus couramment utilisés.

INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC) : indice couramment utilisé en santé publique pour évaluer l'ensemble du poids corporel, y compris le tissu adipeux. Cet indice est basé sur le rapport entre le poids (en kg) et le carré de la taille d'une personne (en mètres). Il a été conçu principalement pour les adultes âgés de 20 à 64 ans pour lesquels la validité de l'indice a été établie. Son application aux autres groupes d'âge demeure intéressante mais doit être analysée avec prudence. L'indice de base se répartit en quatre catégories : poids insuffisant, poids santé, début d'excès de poids, surplus de poids.

INDICE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE : indice dérivé du Psychological Symptom Index développé par Ilfeld en 1976. Il est construit à partir de 14 questions du QAA couvrant les mêmes dimensions que l'indice de Ilfeld et ses qualités métriques ont été jugées acceptables. Cet indice ne mesure pas de diagnostics précis mais tente plutôt d'estimer la proportion de la population ayant des symptômes assez nombreux ou intenses pour se classer très probablement à risque d'être à un niveau de détresse psychologique qui nécessite une intervention. Les résultats de l'indice sont cumulés sur une échelle variant de 0 à 100 points puis subdivisés en deux catégories : basse à moyenne et élevée.

INDICE DE SOUTIEN SOCIAL : indice dont les qualités métriques ont été jugées acceptables. Dix questions du QAA, dont trois questions filtres, permettent de construire cet indice. Les dimensions couvertes par l'indice sont la participation à des activités sociales, la satisfaction face aux rapports sociaux et la taille du réseau de soutien. L'indice se répartit en deux catégories : faible et élevé.

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

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

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

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

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

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

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

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

PATRIMOINE ACCUMULÉ : indique si la personne ou un membre du ménage est propriétaire ou dispose d'épargnes accumulées.

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

PERSONNES ACTIVES : personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir pratiqué des activités physiques de loisir trois fois ou plus par semaine, à raison de 20 à 30 minutes par séance.

POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE : politique publiée en 1992 par le MSSS et couvrant les grandes thématiques que sont l'adaptation sociale, la santé physique, la santé publique, la santé mentale et l'intégration sociale. La politique identifie 19 grands objectifs visant à atténuer les principaux problèmes relatifs à la santé et au bien-être de la population du

Québec. Ces objectifs fixent des échéanciers et prennent en ligne de compte autant les causes de ces problèmes que les groupes les plus susceptibles de les éprouver.

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

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

SANTÉ QUÉBEC : entité administrative responsable de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 ainsi que de l'Enquête Santé Québec de 1987. Depuis sa création, Santé Québec a également conduit des enquêtes de santé plus spécifiques.

SCOLARITÉ RELATIVE : indice qui situe le niveau de scolarité atteint par un individu par rapport à la scolarité des personnes du même groupe d'âge et de même sexe. L'indice de base se répartit en cinq catégories : plus basse, moyenne basse, moyenne, moyenne élevée et plus élevée.

SHERBROOKE MÉTROPOLITAIN : sous-région de l'Estrie qui regroupe des répondants des municipalités suivantes : Sherbrooke, Rock-Forest, Ascot, Fleurimont, Stoke, Bromptonville, Lennoxville, Saint-Élie-d'Orford, Deauville, North Hatley et Brompton.

STATUT D'ACTIVITÉ HABITUELLE : classifie les personnes selon leur activité principale au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

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

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

FAITS SAILLANTS

Michel Carboneau

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Direction de la santé publique et de l'évaluation

HABITUDES DE VIE

1. Consommation d'alcool

Environ 82 % des Estriens âgés de 15 ans et plus consomment de l'alcool de façon régulière ou occasionnelle. Cette prévalence n'a guère changé depuis 1987 et est comparable à celle du Québec. La proportion de buveurs ayant une consommation significative (14 consommations ou plus au cours de la semaine) gravite autour de 8 % et est demeurée stable par rapport à 1987. Par contre, le nombre d'abstinent au cours de la semaine qui a précédé l'enquête a nettement augmenté passant de 22 à 41 % et ce, au détriment des buveurs de petites quantités (1 à 6 par semaine).

2. Consommation de drogues

Près de 13 % des Estriens âgées de 15 ans et plus ont déclaré avoir consommé de la drogue (cannabis seulement ou cannabis et autres drogues) ne serait-ce qu'une fois au cours de l'année précédent l'enquête. Cette proportion grimpe à environ 18 % chez les 15-44 ans pour redescendre à quelque 4 % chez les 45 ans et plus. Environ la moitié de ces consommateurs «actuels» n'ont touché qu'au cannabis alors que les autres ont consommé du cannabis et une autre drogue. Notons que 16 % des 15 ans et plus du Sherbrooke-métropolitain ont consommé de la drogue au cours de l'année précédent l'enquête contre 9 % dans les petites villes et en milieu rural.

3. Usage de la cigarette

La proportion de fumeurs réguliers a diminué en Estrie et au Québec depuis 1987, passant en région de 32 % à 30 % des personnes âgées de 15 ans et plus; chez les plus démunis, cette proportion est de 38 %. Également, il semble qu'en Estrie comme au Québec, la consommation par fumeur a un peu fléchi en général, la proportion des gros fumeurs (26 cigarettes ou plus par jour) ayant diminué au profit des plus petits fumeurs.

4. Problèmes de poids

La proportion de la population âgée de 15 ans et plus présentant un excès de poids s'est accrue en Estrie comme au Québec depuis l'Enquête Santé Québec 1987. Cette proportion

est passée de 19 % environ en Estrie à approximativement 25 % en 1992-1993. Environ une personne sur dix (12 %) a un poids insuffisant et cette proportion accuse une baisse par rapport à 1987 (16 %), en Estrie comme au Québec.

5. Activité physique de loisir

Environ 46 % des Estriens âgées de 15 ans et plus seraient «sédentaires» ou peu actifs, 25 % moyennement actifs et 28 % actifs. Santé Québec définit les personnes actives comme étant celles ayant pratiqué des activités physiques de loisir trois fois ou plus par semaine au cours des trois mois qui ont précédé l'enquête. Ces prévalences pour l'Estrie se comparent à celles du Québec. Rappelons que la marche est l'activité physique privilégiée chez 78 % des gens.

MILIEU SOCIAL

6. Soutien social

Parmi les personnes âgées de 15 ans et plus en Estrie, environ 19 % présentent un faible niveau de l'indice de soutien social. Les hommes (22 %) sont plus affectés que les femmes (16 %) à ce sujet ainsi que les gens les plus pauvres. La comparaison n'est pas possible avec 1987. Cependant, une question commune aux deux enquêtes et fortement contributive au calcul de l'indice de soutien social, celle sur la satisfaction face à la vie sociale, permet de constater qu'en général, cette satisfaction n'a pas changé entre 1987 et 1992-1993 en Estrie.

7. Autonomie décisionnelle au travail

Les personnes de 15 ans et plus qui occupaient un emploi au moment de l'enquête ont un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail, en Estrie comme au Québec, selon qu'elles sont des femmes (57 contre 44 % pour les hommes), qu'elles sont plus jeunes (77%) et qu'elles sont plus pauvres (plus de 60 %).

COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS

8. Comportements préventifs féminins

On note une importante amélioration en Estrie comme au Québec, de la proportion des femmes âgées de 50 à 59 ans ayant déclaré avoir eu une mammographie au cours des deux années précédent l'enquête. La prévalence de la mammographie chez ce groupe d'âge à risque de cancer du sein est passée d'environ 25 % en 1987 à quelque 50 % en 1992-1993.

Seulement une femme sur quatre en Estrie et au Québec pratique l'autoexamen des seins à la fréquence recommandée, soit à tous les mois. Cette proportion n'a pas changé depuis 1987.

Une légère amélioration est également notée quant au dépistage du cancer du col de l'utérus (test de Pap). 67 % des Estriennes ont déclaré avoir subi ce test au cours des deux années qui ont précédé l'enquête. Cette proportion s'établissait à 61 % en 1987. L'augmentation en région est comparable à celle du Québec. Il faut noter aussi la baisse de consommation d'anovulants dans tous les groupes d'âge en Estrie; la prise d'anovulants est passée de 16 à 12 % au total et de 53 à 49 % chez les 15-24 ans.

ÉTAT DE SANTÉ PERÇU

9. Perception de son état de santé

Près de neuf personnes sur dix, en Estrie et au Québec, qualifient leur état de santé de bon à excellent, pour moins de 12 % qui le décrivent comme moyen ou mauvais. Par rapport à 1987, cette perception n'a pratiquement pas changé en Estrie mais accuse une légère baisse au Québec. De même, les personnes pauvres sont plus nombreuses à être insatisfaites de leur santé.

SANTÉ MENTALE

10. Détresse psychologique

Le pourcentage de la population des 15 ans et plus qui souffre de détresse psychologique élevée a augmenté en Estrie entre 1987 et 1992-1993, passant d'environ 18 % à approximativement 25 %. Les jeunes de 15 à 24 ans se révèlent les plus touchés par cette augmentation. Ces résultats sont comparables à ceux du Québec.

11. Idées et tentatives de suicide

Environ 9 % des Estriens de 15 ans et plus ont déclaré avoir songé à se suicider au cours de leur vie pour près de 8 % des Québécois. Ces proportions n'ont pas évolué depuis 1987. Cependant, 6 % des Estriens ont pensé au suicide au cours de la dernière année, alors que cette proportion était de 3 % en 1987 et qu'elle est de 4 % pour le Québec en 1992-1993. Relativement aux tentatives de suicide, quelque 5 % des Estriens auraient posé un geste suicidaire au cours de leur vie pour à peu près 4 % des Québécois. En 1987, cette proportion s'établissait à 3 % en Estrie.

SANTÉ PHYSIQUE

12. Accidents avec blessures

Environ 8 % des Estriens et des Québécois auraient été victimes d'au moins un accident causant des blessures nécessitant une consultation médicale, ou entraînant une limitation des activités au cours des 12 mois précédent l'enquête. Les principaux lieux où se produisent ces accidents sont dans l'ordre la maison, le travail, les endroits de sport et de loisir, les lieux publics et la route.

13. Autonomie fonctionnelle

Entre 8 et 9 % de la population estrienne et québécoise résidant en ménage privé vit avec une perte d'autonomie fonctionnelle à long terme. Cette perte d'autonomie est considérée sévère chez environ 3 % de la population, modérée pour environ 2 % et légère pour près de 4 %. Ces proportions n'ont pas changé de façon significative depuis 1987.

CONSÉQUENCES

14. Consommation de médicaments

Les données pour l'Estrie révèlent qu'environ 55 % de la population rapportent l'utilisation d'au moins un médicament au cours des deux jours ayant précédé l'enquête. Cette proportion de consommateurs en Estrie est légèrement supérieure à celle établie pour le Québec (52 %) mais sensiblement plus importante que celle mesurée pour l'Estrie en 1987 par Santé Québec (40 %). Cette hausse depuis 1987 se vérifie pour chaque groupe d'âge et les deux sexes tout en étant surtout imputable aux médicaments non prescrits.

15. Recours aux services sociosanitaires

En Estrie comme au Québec, environ une personne sur quatre (26 %) a déclaré avoir consulté au moins un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'enquête, comparativement à 19 % en 1987. Le professionnel le plus consulté est le médecin généraliste (11 %) ou spécialiste (5 %). Les trois quarts des consultations sont associés à un problème de santé alors qu'environ 25 % ont pour raison un examen de routine ou de prévention.

La majorité des consultations se font en cabinet privé, en Estrie (62 %) comme au Québec (66 %). Par contre, les Estriens ont tendance à privilégier le recours à la salle d'urgence des hôpitaux dans une plus forte proportion que l'ensemble des Québécois.

CERTAINS ASPECTS SOCIAUX RELIÉS À LA SANTÉ

16. Statut socio-économique et santé

Les données de l'enquête ont permis de mieux cerner, en Estrie et au Québec, les populations en situation d'inégalité sociale et de constater, une fois de plus, que généralement ces populations se déclarent en moins bonne santé physique ou mentale que les populations mieux nanties.

Environ 25 % des Estriens et des Québécois de 15 ans et plus se perçoivent pauvres où très pauvres et pour la majorité d'entre eux, cette situation semble être devenue chronique. Une personne sur cinq (20 %) vit dans un ménage où le patrimoine est jugé inférieur, soit un ménage dont les membres sont locataires et ne possèdent aucun revenu de placement. Près de 40 % des individus ayant déjà occupé un emploi n'ont pas travaillé régulièrement durant l'année précédant l'enquête et la moitié d'entre eux (20 %) ont été totalement exclus du marché du travail.

17. Famille et santé

L'enquête révèle que le portrait sociodémographique des ménages s'est sensiblement modifié au cours des dernières années et que ces changements ont des impacts sur l'état de santé des parents en fonction du type d'organisation familiale. Entre 1987 et 1992-1993, par exemple, chez les familles ayant des enfants de moins de 18 ans, les familles biparentales intactes sont passées de 81 % à 71 % au profit surtout des familles recomposées qui ont vu leur proportion évoluée de 3 % à 11 % environ. Quant aux familles monoparentales dont la proportion n'a que très légèrement augmenté depuis 1987, le portrait qui s'en dégage confirme que les mères de ces familles sont plus défavorisées et en moins bonne santé physique et mentale que les mères des familles biparentales.

18. Abus d'alcool et santé

Globalement, les différentes façons utilisées par Santé Québec pour définir le risque de consommation abusive d'alcool parviennent à dresser un profil sociodémographique convergent de la population à risque que l'on peut estimer à environ 13 % de la population des 15 ans et plus en Estrie et au Québec. Quel que soit l'indicateur de risque utilisé, les hommes sont plus à risque que les femmes, et les plus jeunes sont plus à risque que leurs aînés sauf pour la dépendance à l'alcool qui menace uniformément les 15 à 64 ans. Également, les personnes qui ont un niveau de détresse psychologique élevé semblent plus à risque que celles qui ont un niveau de détresse faible ou moyen.

MÉTHODES GÉNÉRALES

*Claudette Lavallée, Carmen Bellerose
Santé Québec*

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

INTRODUCTION

Ce chapitre traite des grandes lignes des différents aspects méthodologiques reliés à l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Pour des renseignements plus complets sur ces différents aspects de l'enquête, le lecteur peut consulter le chapitre «Méthodes» du rapport provincial ou les cahiers techniques qui font l'objet de publications séparées.

PROCÉDURES D'ENQUÊTE

Les instruments de l'enquête ont été élaborés par Santé Québec avec la collaboration de nombreux experts du milieu de la santé et des services sociaux. Les trois outils principaux de l'enquête Santé Québec 1987 ont été repris et adaptés aux objectifs de la présente enquête. La fiche d'identification, remplie par l'interviewer, contient des renseignements administratifs et permet d'établir la liste des membres du ménage et leurs caractéristiques d'âge, de sexe et de lien de parenté aux fins de l'entrevue. Le questionnaire du ménage rempli par l'interviewer (QRI) vise à recueillir des renseignements portant sur chacun des membres de la maisonnée auprès d'un informateur clé. Ses principaux thèmes sont les incapacités, le recours aux services sociaux ou de santé, la consommation de médicaments, les accidents et blessures ainsi que des renseignements démographiques et socioéconomiques. Le questionnaire autoadministré (QAA), destiné aux personnes de 15 ans et plus du ménage, comporte des questions sur la perception de la santé, les habitudes de vie, l'autonomie décisionnelle au travail, certains comportements de santé propres aux femmes, le milieu social, divers problèmes liés à la santé mentale, et des renseignements sociodémographiques. Ces trois outils sont reproduits en annexe.

La population visée par l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 est l'ensemble des ménages privés de toutes les régions sociosanitaires du Québec à l'exclusion des régions cri et inuite, qui ont fait l'objet d'enquêtes distinctes, et des réserves indiennes. Les personnes vivant dans des ménages collectifs tels que les centres d'accueil et les hôpitaux sont exclues. Pour les fins de l'enquête, l'ensemble du territoire a été découpé en petites aires géographiques appelées unités primaires d'échantillonnage (UPE). Elles correspondent généralement à des secteurs de dénombrement du recensement canadien de la population de 1986. L'ensemble de ces unités forme la base de sondage.

Avant la sélection de l'échantillon, les UPE ont été regroupées en strates. Chaque strate est formée du croisement d'une région sociosanitaire et d'une aire homogène. À l'échelle du Québec, on dénombre douze aires homogènes, que l'on obtient en découplant d'abord le territoire en quatre zones distinctes, soit la région métropolitaine de Montréal (M), les capitales régionales

(C), les agglomérations et villes (A), et le monde rural (R). Chaque zone est ensuite subdivisée en trois aires en fonction de conditions socioéconomiques : une aire vulnérable (1), une aire intermédiaire (2) et une aire peu vulnérable (3). Un des cahiers techniques de l'enquête précise la définition des aires homogènes⁽¹⁾. La taille totale de l'échantillon a été déterminée à 16 010 logements pour l'ensemble du Québec et le plan d'échantillonnage en est un à deux degrés, stratifié par région et par aire homogène. En Estrie, ce plan d'échantillonnage permet d'inférer les résultats de l'enquête à l'ensemble de la région ainsi qu'à trois sous-régions : le Sherbrooke métropolitain, l'ensemble des petites villes (ex: Richmond) et le milieu strictement rural.

La collecte des données a été répartie entre quatre périodes de collecte disjointes s'échelonnant de novembre 1992 à novembre 1993, afin de tenir compte du caractère saisonnier des problèmes de santé et de certains comportements. Une période d'énumération des logements des UPE échantillonnées précédait chaque vague de collecte. Dans chacun de ces ménages, une entrevue avec un répondant principal a été effectuée par un interviewer. Les personnes de 15 ans et plus étaient en outre invitées à répondre à un questionnaire autoadministré.

La gestion de la collecte des données a été confiée au Groupe Léger et Léger Inc., à la suite d'un appel d'offres; Santé Québec a toutefois été associé à chacune des étapes de réalisation et a assuré un contrôle régulier des activités. Des coordonnatrices régionales assuraient la bonne marche de l'enquête dans leurs régions respectives.

Un prétest a été effectué en juin 1992, auprès de 150 ménages, pour vérifier le déroulement des diverses procédures prévues et déterminer les ajustements devant être apportés aux instruments de l'enquête.

Parmi les 1109 logements de l'échantillon régional initial, 113 n'étaient pas admissibles à l'enquête. Des 996 ménages admissibles, 902 ont répondu au questionnaire rempli par l'interviewer (QRI) : ces ménages représentent au total 2312 individus. De ce nombre, 1811 personnes de 15 ans et plus étaient admissibles au questionnaire autoadministré (QAA), et 1697 individus y ont répondu. Pour le QRI, le taux de réponse pondéré global s'élève à 90,4 %, tandis que les personnes admissibles au QAA dans la région ont répondu dans une proportion de 93,7 %; cependant, le taux de réponse au QAA doit tenir compte du fait que les questionnaires sont administrés en cascade et correspondent plutôt au produit du taux de réponse au QRI et de celui du QAA; le taux ainsi calculé est de 84,7 %. Le taux de non-réponse globale est plus élevé chez les personnes de 15-24 ans et de 65 ans et plus; les hommes sont également davantage représentés parmi les non-répondants.

En plus de la non-réponse globale, il se peut qu'un biais soit présent dans les estimations en raison de la non-réponse des répondants à des questions particulières; on parle alors de taux de

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

non-réponse partielle. Lorsque ce taux excède 5 %, il faut être prudent dans l'interprétation de cette variable.

TRAITEMENT DES DONNÉES

La validation de la banque de données s'est faite en plusieurs étapes qui ont été assumées par le Groupe Léger & Léger Inc. ainsi que par Santé Québec. Le cahier technique de l'enquête rend compte de façon exhaustive des activités de validation et de traitement des données.

Les données présentées dans ce rapport sont toutes pondérées. La pondération consiste à attribuer à chaque répondant une valeur (un poids) qui correspond au nombre de personnes qu'il «représente» dans la population. La pondération tient compte du plan de sondage et de la non-réponse. De plus, un ajustement des poids à la distribution de la population selon la région, l'âge, et le sexe a été effectué pour chacun des instruments de l'enquête.

À l'instar des autres enquêtes de Santé Québec, la présente enquête a sollicité la participation de nombreux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux et des universités. Des groupes d'analyse, composés de 3 à 5 personnes choisies pour leur expertise et leur intérêt pour un sujet traité dans l'enquête, ont été mis sur pied. Ils ont participé à la conception des questionnaires et proposé des plans d'analyse des données provinciales portant sur leur thème. C'est à partir de ces plans d'analyse qu'un comité formé de représentants régionaux, sous la coordination de Santé Québec, a formulé des demandes de tableaux pour les analyses régionales. Ces extrants ont été produits par Santé Québec et analysés subséquemment par les représentants des diverses régions en suivant le modèle des analyses provinciales.

L'analyse est essentiellement descriptive. Cette orientation a été retenue en raison de l'information abondante produite aux fins de la présente analyse. Les données ne sont pas standardisées; cependant, lors des comparaisons des résultats avec ceux de l'enquête Santé Québec 1987 et avec ceux portant sur l'ensemble du Québec, des sous-groupes du même âge et du même sexe sont comparés, ce qui permet de contrôler, le cas échéant, l'effet confondant de ces variables.

Les résultats présentés tiennent compte du plan de sondage. Des effets de plan médians ont été produits et utilisés lors de l'analyse.

Des coefficients de variation (CV) ont été calculés afin de mesurer la précision des estimations. On les obtient en divisant l'erreur-type de la proportion estimée par la proportion elle-même. Parce qu'elles sont suffisamment précises, les proportions dont le CV est inférieur à 15 % sont présentées sans mise en garde.

Toute relation entre deux variables a d'abord été mesurée par le test chi carré et le seuil de signification statistique a été fixé à 5 % pour tous les tests. Finalement, les tests d'égalité de deux proportions étaient effectués à partir de deux intervalles de confiance, un pour chaque

paramètre concerné. La règle de décision s'articulait alors autour de l'absence de chevauchement entre ces intervalles. Ils ne sont toutefois pas indiqués dans ce rapport. Dans tous les cas, il était recommandé aux auteurs d'interpréter avec prudence les résultats des tests statistiques étant donné, entre autres, le manque de puissance statistique de ces tests lorsque appliqués à un niveau régional. Ainsi, comme le nombre de répondants en Estrie est de loin inférieur à celui du Québec, il arrive assez souvent qu'aucun lien statistique ne soit détecté en région alors que ce lien semble bel et bien exister au niveau québécois.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET LIMITES DE L'ENQUÊTE

Plusieurs variables d'analyse dont la distribution est présentée dans les chapitres qui suivent ont dû être dichotomisées pour les croisements avec d'autres variables à cause des petits nombres en cause. La majorité des régions ont comparé leurs résultats avec ceux de l'ensemble du Québec, sauf Montréal et la Montérégie qui l'ont fait avec le reste du Québec. Des comparaisons ont également été faites avec les résultats de l'Enquête Santé Québec 1987, quand ces comparaisons étaient possibles.

En général, seules les différences significatives au seuil de 5 % sont mentionnées dans le texte. Certaines différences non significatives peuvent à l'occasion être signalées.

L'Enquête sociale et de santé n'est pas à l'abri des limites propres à ce type d'enquête. Ainsi, malgré toutes les précautions prises pour assurer la qualité des données et minimiser les biais, il est impossible de garantir l'exactitude des réponses fournies par les répondants. Les personnes interrogées peuvent être influencées, entre autres, par le phénomène de la désirabilité sociale, par la difficulté de se rappeler des événements passés ou d'évaluer le temps écoulé depuis un événement. Les renseignements portant sur les membres du ménage peuvent manquer de précision quand ils proviennent d'une tierce personne. Également, étant donné leur faible occurrence et le nombre de répondants en région, certains phénomènes (ex.: consultation due à l'incapacité) ne peuvent être analysés qu'au niveau provincial. Le lecteur intéressé doit alors consulter le rapport provincial.

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

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

utilisées dans l'Enquête sociale et de santé, afin que les résultats puissent être généralisés à l'ensemble de la population.

RÉFÉRENCES

BELLEROSE, C.; LAVALLÉE, C.; COURTEMANCHE, R.; CAOUETTE, L.; GODBOUT, M.; LAPOINTE, F. (1995). «Méthodes», dans : Santé Québec; Bellerose C.; Lavallée C.; Chénard L.; Levasseur M.; (sous la direction de) . Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Montréal. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec. Vol. I.

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

CAOUETTE, L.; COURTEMANCHE, R., GODBOUT, M., LAPOINTE, F. (1994). Enquête sociale et de santé 1992-1993. Outils d'analyse pour les représentants régionaux. Québec, Bureau de la statistique du Québec.

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

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

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

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ENQUÊTE

Michel Carboneau

*Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Direction de la santé publique et de l'évaluation*

Ce chapitre décrit de façon sommaire les caractéristiques sociodémographiques des répondants à l'enquête. Ces répondants, au total de 2312, représentent les quelque 262 000 Estriens et Estriennes résidant en ménage privé en 1992-1993. L'analyse descriptive utilise ici les données pondérées de l'enquête, ce qui assure la représentativité de l'échantillon à la population estrienne, du moins pour ce qui est de l'âge, du sexe et du niveau géographique infrarégional.

Âge et sexe

Comme pour l'ensemble de la population estrienne vivant en ménage privé, la répartition des répondants entre les deux sexes est à peu près égale avec 50,3 % de femmes et 49,7 % d'hommes. De la même façon, la distribution des répondants selon le groupe d'âge se compare directement à celle de toute la population en ménage privé.

TABLEAU A1

Répondants et population estrienne en ménage privé selon l'âge et le sexe (%), Estrie 1992-1993

	RÉPONDANTS			POPULATION*		
	H	F	T	H	F	T
0-14	21,7	20,2	20,9	22,6	20,7	21,6
15-24	14,3	13,6	14,0	14,3	13,6	14,0
25-44	33,4	32,7	33,0	33,3	32,8	33,0
45-64	21,0	21,2	21,1	20,2	20,8	20,5
65 et +	9,6	12,3	10,9	9,6	12,2	10,9
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	(49,7)	(50,3)	(100,0)	(49,3)	(50,7)	(100,0)

*: Source: MSSS, Service des études opérationnelles et données statistiques.

Par ailleurs, comparée à la structure d'âge lors de l'Enquête Santé Québec 1987, celle de la présente enquête laisse voir une population vieillissante : en 1987, environ 9 % des répondants étaient âgés de 65 ans et plus pour près de 11 % en 1992. Toutefois, cet accroissement de l'importance relative des personnes âgées entre les deux enquêtes va dans le même sens que celui observé dans l'ensemble de la population estrienne.

Par contre, la comparaison de la structure estrienne d'âge et de sexe de l'enquête de 1992-1993 avec celle de toute la province, ne laisse voir aucune différence significative quel que soit le groupe d'âge observé. À ce niveau, on peut donc considérer que l'Estrie et le Québec sont directement comparables.

Sous-région

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 permet d'inférer des résultats pour trois sous-régions ou zones géographiques de l'Estrie, soit l'ensemble des municipalités du Sherbrooke métropolitain, l'ensemble des autres municipalités urbaines de la région et l'ensemble des municipalités rurales. Le partage de la population de l'enquête entre ces trois zones se chiffre respectivement à environ 50 %, 24 % et 26 %. Cette répartition est comparable à celle de l'ensemble de la population où 48 % des personnes résident dans le Sherbrooke métropolitain.

Également, la distribution selon l'âge est semblable entre les trois zones géographiques. On n'y dénote aucune différence significative à l'instar de l'ensemble de la population.

État civil

Environ 65 % de la population de l'enquête régionale est mariée ou vit en union libre, alors que 23 % est célibataire et 13 % est veuve, séparée ou divorcée. Comme pour l'ensemble de la population âgée de 15 ans et plus, l'état civil de la population de l'enquête varie en fonction du sexe et du groupe d'âge. Ainsi, plus de femmes que d'hommes, 16 % pour 9 %, sont veuves, séparées ou divorcées. Par contre, un peu plus d'hommes que de femmes sont célibataires, soit 26 % pour 20 %. Relativement à l'âge, 92 % des célibataires sont âgés de 15 à 44 ans et 73 % des veufs, séparés ou divorcés ont 45 ans ou plus.

Dans la même veine, l'examen de l'état civil entre les trois sous-régions de l'Estrie semble démontrer certaines différences significatives. De fait, plus on s'éloigne des zones urbanisées, plus la population de l'enquête a tendance à être mariée, soit 59 % en milieu rural pour respectivement 51 % et 43 % en zone urbaine et en zone fortement urbanisée. À l'inverse, l'union libre, le fait d'être veuf, séparé ou divorcé et le célibat sont des situations que l'on semble retrouver plus fréquemment en zones urbaines.

TABLEAU A2

**Population de l'enquête âgée de 15 ans et plus selon l'état matrimonial de fait
et la sous-région (%), Estrie 1992-1993**

	MARIÉ	UNION LIBRE	VEUF/ SÉPARÉ/ DIVORCÉ	CÉLIBATAIRE	TOTAL
Sherbrooke métropolitain	42,9	17,1	14,5	25,5	100,0
Petites villes*	50,6	16,3	11,3	21,8	100,0
Rurale	59,4	12,2	9,4	19,0	100,0
Total	48,8	15,7	12,5	23,0	100,0

*: Ex.: Richmond

Scolarité relative

Le niveau de scolarité des individus est mesuré dans l'enquête au moyen de l'indice de scolarité relative. Cet indice permet d'évaluer la scolarité d'une personne en tenant compte de son âge et de son sexe. Chaque personne est ainsi classée en fonction du plus haut niveau d'étude réussi à l'intérieur de son groupe d'âge et de son sexe. Le regroupement des scores de l'indice comprend trois classes de scolarité : faible, moyenne et élevée.

En Estrie, 47 % de la population de l'enquête se retrouve dans la classe de faible niveau de scolarité. Les deux autres classes, moyenne et élevée, comprennent respectivement 35 % et 18 % .

L'analyse de la scolarité relative selon les trois sous-régions semble démontrer que plus on s'éloigne des zones urbanisées, moins la population à l'étude est scolarisée : 57 % de la population en zone rurale affiche un faible niveau de scolarisation contre 41 % en zone fortement urbanisée (Sherbrooke métropolitain).

Niveau de revenu

Le niveau de revenu de chaque répondant de la présente enquête tient compte du revenu familial déclaré et du nombre de personnes qui composent le ménage. L'indice ainsi créé peut être

subdivisé en cinq catégories : les ménages très pauvres, pauvres, à revenu moyen, moyen élevé et supérieur. Tous les individus d'un même ménage sont catégorisés identiquement selon l'indice.

En Estrie et au Québec, la population de l'enquête se répartit dans ces classes respectivement de la façon suivante :

TABLEAU A3

**Population de l'enquête âgée de 15 ans et plus selon le niveau de revenu (%),
Estrie et Québec, 1992-1993**

	ESTRIE	QUÉBEC
Très pauvre	9,8	7,4
Pauvre	17,0	12,8
Moyen	32,1	30,7
Moyen élevé	31,5	37,0
Supérieur	9,6	12,1
total	100,0	100,0

L'analyse du niveau du revenu de la population de l'enquête selon le sexe, le groupe d'âge et la zone géographique ne semble démontrer aucune différence significative en région. En effet, le revenu semble se distribuer de façon comparable entre ces trois dimensions. Cependant, il est à noter que ces résultats doivent être interpréter avec prudence, car l'indice de revenu a connu en région et en province un important taux de non-réponse. Au Québec, le niveau de revenu varie selon l'âge alors que le groupe des 45-64 ans semble le mieux nanti, les plus jeunes et les personnes âgées étant significativement plus pauvres. Également, les femmes sont plus pauvres en général que les hommes à l'échelle québécoise.

Statut d'activité

Au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête, chez la population âgée de quinze ans et plus, 50 % avaient un emploi, 17 % étaient à la retraite, 14 % poursuivaient des études, 9 % tenaient maison et 10 % étaient sans emploi.

Le statut d'activité diffère entre les sexes. Ainsi, une plus grande proportion d'hommes (60 %) que de femmes (40 %) se sont déclarés actifs sur le marché du travail. Par contre, ce sont les femmes qui tiennent maison dans 99 % des cas.

Également, l'activité n'est pas la même d'un groupe d'âge à l'autre. De fait, l'emploi se regroupe à 90 % chez les 25-64 ans alors que 83 % des étudiants ont entre 15 et 24 ans. De plus, 78 % des retraités ont 65 ans et plus.

Les populations des trois sous-régions estriennes semblent aussi avoir des activités quelque peu différentes en général. Les résidents de la zone rurale semblent se démarquer de ceux des zones plus urbaines en étant plus nombreux à occuper un emploi, plus enclins à tenir maison mais moins sujets à poursuivre des études. En effet, 54 % des personnes en milieu rural déclarent détenir un emploi, 10 % disent poursuivre des études et 12 % tiennent maison. Ces pourcentages sont respectivement de 49 %, 18 % et 8 % pour les résidents du Sherbrooke métropolitain.

Profession

On ne connaît la profession que pour les personnes de 15 ans et plus qui occupaient un emploi au moment de l'enquête. Ces personnes représentent environ 50 % de la population de l'enquête et sont presque toutes âgées de moins de 65 ans.

La répartition de ces personnes en fonction de la catégorie professionnelle regroupée en cinq grandes classes est la suivante :

TABLEAU A4

Catégories professionnelles de la population de l'enquête âgée de 15 ans et plus occupant un emploi selon la sous-région (%), Estrie, 1992-1993

	SHERBROOKE MÉTROPOLITAIN	PETITES VILLES	RURALE	ESTRIE
Professionnel et cadre supérieur	15,0	9,3	5,4	11,3
Semi-professionnel, technicien et cadre intermédiaire	14,1	11,5	7,5	11,9
Employé de bureau, de commerce et de service	35,5	30,1	24,6	31,6
Contremaître ou ouvrier qualifié	21,7	30,9	41,2	28,6
Ouvrier non qualifié ou manoeuvre	13,7	18,2	21,3	16,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Si les hommes et les femmes sont à peu près répartis également entre les deux premières catégories professionnelles, on observe des écarts importants relativement aux autres catégories professionnelles. Environ 70 % des employés de bureau, de commerce et de service sont des femmes. Par contre, près de 75 % des contremaîtres ou ouvriers spécialisés et des ouvriers non qualifiés ou manoeuvres sont des hommes.

La répartition des catégories de profession diffère également selon la sous-région de résidence. La population de l'enquête des trois premières catégories du tableau A4 a tendance à se retrouver en plus forte proportion en zone fortement urbanisée (Sherbrooke métropolitain) avec respectivement 15 %, 14 % et 36 % de la main-d'oeuvre. Par contre, les ouvriers qualifiés ou contremaîtres ainsi que les ouvriers non qualifiés ou manoeuvres se concentrent plus en milieu rural.

Conclusion

À la lumière des données disponibles et des possibilités de comparaison, on peut noter que la population de l'enquête régionale semble assez bien représenter l'ensemble des individus résidant en ménage privé en Estrie, une population qui continue de vieillir depuis l'Enquête Santé Québec 1987. On peut également affirmer que la population régionale ne diffère pas significativement de celle du Québec pour ce qui est de l'âge et du sexe. De plus, on remarque assez souvent des

caractéristiques sociodémographiques différentes entre le milieu rural et les zones plus fortement urbanisées en Estrie.

Ces quelques constats sociodémographiques devront toujours être présents en mémoire quand des comparaisons seront faites entre des résultats de la présente enquête et ceux de l'Enquête Santé Québec 1987, entre les résultats des trois sous-régions estriennes ou encore entre les résultats régionaux et ceux de l'ensemble du Québec.

INTRODUCTION

Michel Carboneau

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Direction de la santé publique et de l'évaluation

ET LA SANTÉ, ÇÀ VA EN 1992-1993? Pas toujours facile à répondre diriez-vous, surtout si l'on se place d'un point de vue sociétal plutôt que personnel. Mais c'est du moins ce que réussit de mieux en mieux à faire Santé Québec avec sa deuxième enquête sociosanitaire menée auprès d'un vaste échantillon représentant la quasi-totalité de la population vivant en ménage privé en Estrie et dans les autres régions du Québec.

Pour ce faire, l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 reprend de nombreux thèmes abordés lors de l'Enquête Santé Québec 1987 en lien avec le modèle de santé alors retenu, tant au niveau des déterminants et de certaines dimensions de l'état de santé que de ses conséquences.

Comparativement à 1987, toutefois, seuls les thèmes susceptibles d'avoir évoluer de façon significative entre les deux enquêtes ont été retenus. Également, certains thèmes ont été enrichis ou modifiés, ou encore ajoutés, pour tenir compte des connaissances nouvelles ou répondre à de nouveaux besoins d'information.

Ainsi, l'Enquête sociale et de santé parle moins en détail de l'état de santé de la population que l'enquête de 1987 qui avait alors permis de dresser un tableau précis des problèmes de santé physique déclarés. Comme ces problèmes évoluent généralement peu en cinq ans, Santé Québec a surtout privilégié, cette fois-ci, les autres thèmes de son modèle de santé pour ne traiter qu'un nombre plus restreint d'indicateurs de santé physique et mentale. Pour cette raison donc et compte tenu de l'importance de la dimension sociale de la santé, de nouveaux thèmes ont été ajoutés à l'enquête de 1992-1993. Ces nouveaux thèmes sont le statut socio-économique, la famille, l'abus d'alcool, les aidants naturels et la résolution des conflits intrafamiliaux.

Objectifs de l'enquête

L'Enquête sociale et de santé vise essentiellement, en continuité avec l'Enquête Santé Québec 1987, à compléter les différentes sources de données existantes sur la santé et le bien-être de la population en général. Ces informations, dont la pertinence n'est plus à démontrer, permettent ensuite aux différents partenaires du réseau québécois de la santé et des services sociaux, ainsi qu'à d'autres utilisateurs comme le milieu de la recherche, de «monitorer» l'état de santé, mieux identifier les besoins et les secteurs prioritaires d'intervention, mieux planifier l'allocation des ressources et mieux évaluer les divers programmes offerts à la population.

Présentation du rapport régional

Le présent rapport se veut en quelque sorte la version régionale du rapport provincial des résultats de l'enquête à qui il emprunte d'ailleurs de larges extraits. Il est cependant moins exhaustif que le rapport provincial tant au niveau des thèmes traités que des analyses effectuées à l'intérieur de chaque thème retenu. Ainsi, à cause de limites méthodologiques comme le nombre de répondants en région, les volets sur les aidants naturels et la résolution des conflits intrafamiliaux ne sont pas traités dans le rapport régional. De même, certains croisements de variables n'ont pu être effectués. Le lecteur intéressé pourra donc consulter le rapport provincial publié par Santé Québec pour obtenir plus d'information.

Malgré ces limites de l'enquête, la plupart des indicateurs valables à l'échelle régionale ont été décrits de façon aussi détaillée que possible, tout en permettant une comparaison soit avec l'ensemble du Québec, soit avec l'enquête de 1987 ou encore entre les zones rurales et urbaines de l'Estrie. De cette façon, le présent rapport présente essentiellement les principaux résultats qui devraient aider à guider les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux tout en suscitant l'intérêt des utilisateurs à exploiter plus à fond ces données dont la banque, strictement anonyme, est disponible sur demande.

Le rapport régional se présente en deux parties précédées par un chapitre sur la méthodologie de l'enquête et un chapitre sur les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.

La première partie, qui reprend la plupart des thèmes de l'enquête de 1987, est divisée en trois sections hiérarchiques: les déterminants de l'état de santé, l'état de santé en soi et les conséquences qu'entraîne un état de santé donné. Les auteurs de la première section examinent certaines habitudes de vie et conditions sociales sous l'angle de quelques descripteurs sociodémographiques. Ceux de la deuxième section décrivent l'état de santé physique et psychologique selon certains facteurs susceptibles d'agir sur l'état de santé. Pour terminer cette partie, des conséquences de l'état de santé, comme la consommation de médicaments et le recours aux services, ont été analysées par rapport à certains indicateurs de l'état de santé et certaines variables sociodémographiques.

La deuxième partie du rapport examine plus spécifiquement la relation entre l'état de santé mesuré par la perception de l'état de santé et la détresse psychologique, et les déterminants sociaux que sont le statut socio-économique, la famille et l'abus d'alcool. Cette dernière partie est nouvelle pour Santé Québec et a exigé la mise au point et la validation de nouveaux indicateurs.

P A R T I E

ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993 ?

1

CERTAINS DÉTERMINANTS

HABITUDES DE VIE

CHAPITRE 1

CONSOMMATION D'ALCOOL

*Marie-Thérèse Payre
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Direction de la santé publique et de l'évaluation*

Le texte qui suit s'inspire du texte sur la consommation d'alcool du rapport provincial, surtout pour l'introduction, la méthodologie et la conclusion. L'auteur du texte provincial est:

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

1.0 INTRODUCTION

Le présent chapitre décrit le profil de la consommation d'alcool de la population de l'Estrie âgée de 15 ans et plus. Dans la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992), l'objectif suivant est précisé : «D'ici l'an 2002, réduire de 15 % la consommation d'alcool ...» (p. 59).

La consommation d'alcool n'est pas néfaste en soi. Certaines recherches ont même reconnu les effets bénéfiques d'une consommation légère chez un individu sain, comme la relaxation et la diminution des risques d'accidents cardio-vasculaires. Cependant, la consommation excessive, qu'elle soit occasionnelle ou chronique, augmente considérablement la probabilité de développer des problèmes spécifiques de santé physique. Compte tenu du processus d'élimination et de métabolisation de l'éthanol, les différents systèmes digestif, respiratoire, nerveux et cardio-vasculaire sont susceptibles d'être affectés et ce, de façon souvent irréversible (Giroux, 1988).

Par ailleurs, la consommation abusive, qu'elle soit chronique ou non, est la plupart du temps liée à des problématiques sociales ou familiales comme la violence, la négligence des enfants et les conduites sexuelles à risque (Dumont, Langlois et al. 1994, Nadeau, 1990).

La conduite d'une automobile avec des facultés affaiblies sous l'influence de l'alcool est responsable de 50 % des accidents mortels (MSSS, 1987). Les traumatismes routiers dûs à l'alcool ne sont pas le fait exclusif des personnes dépendantes de l'alcool. Quand il s'agit d'alcool et de conséquences néfastes de la consommation, il faut considérer les quantités absorbées, les façons de consommer ainsi que la chronicité de la consommation.

La consommation d'alcool d'une population peut relever de deux modèles différents. L'un est de type «nordique» : popularité des spiritueux, consommation en dehors des repas, en grande quantité, dans un contexte de culpabilité. Le deuxième modèle dit de type «méditerranéen» considère l'alcool comme un aliment associé aux repas, dans un contexte de convivialité où les excès sont peu tolérés (Dumont, Langlois et al. 1994).

Au cours des dernières années, le Québec a vu diminuer sa consommation de spiritueux alors que celle du vin a augmenté. Certains émettent l'hypothèse que les Québécois s'éloignent du modèle nordique de consommation pour se rapprocher du modèle méditerranéen (Guyon, 1990, Nadeau, 1990).

Les données d'enquête constituent une bonne source d'information globale sur la consommation d'alcool d'une population. L'évaluation de la consommation d'alcool d'une population ne peut être faite par une source d'information objective, comme les données relatives aux ventes, car les importations des particuliers et la contrebande constituent des sources d'approvisionnement non répertoriées. Par ailleurs, la quantité ne peut être le seul élément à considérer lorsqu'il s'agit de consommation d'alcool car la manière dont l'alcool est consommé importe également.

Le présent chapitre décrit la consommation d'alcool de la population de 15 ans et plus de l'Estrie, en fonction de certaines variables telles que le sexe, l'âge, le niveau de revenu et la sous-région de résidence. Ce chapitre présente également quelques comparaisons avec les résultats de l'Enquête Santé Québec 1987 et avec les observations faites pour l'ensemble du Québec en 1992-1993 au cours de la même enquête ainsi qu'avec d'autres études québécoises ou canadiennes. Le lecteur intéressé au lien entre l'abus d'alcool et la santé trouvera au chapitre 18 les résultats de l'enquête relatifs à ce sujet en particulier.

1.1 MÉTHODOLOGIE

La description de la consommation d'alcool de la population de 15 ans et plus de l'Estrie s'articule autour de trois éléments : le type de consommateurs, la quantité d'alcool consommé hebdomadairement et les occurrences de consommations nombreuses («Binge Drinking»).

Trois catégories de consommateurs sont considérées via les questions 21 et 22 du questionnaire autoadministré (QAA) : les «abstiens» qui sont les personnes n'ayant jamais consommé d'alcool de leur vie; les «anciens buveurs» qui sont ceux et celles qui avaient l'habitude de boire mais n'ont pas consommé durant l'année précédent le sondage; les «buveurs» qui sont les personnes ayant consommé, ne serait-ce qu'une fois, durant la dernière année.

La quantité d'alcool consommé hebdomadairement concerne les buveurs seulement et est mesurée par le nombre de consommations prises durant les 7 jours précédant l'enquête (QAA30 et QAA31).

Une consommation est définie, dans le questionnaire, par une bouteille de bière de 12 onces, un verre de vin de 4 ou 5 onces ou un verre de spiritueux de une à une once et demie. Il est expressément indiqué au répondant que la bière 0,5 % d'alcool n'est pas considérée comme une consommation.

Les occurrences de consommations nombreuses sont établies à partir du nombre de fois, durant l'année précédent la cueillette de données, où l'absorption en une seule occasion a été égale ou supérieure à cinq consommations (QAA25). Une autre mesure établit, pour la même période, le nombre de fois où une personne estime s'être enivrée (QAA27).

Dans la présente enquête, la consommation d'alcool a été documentée par le biais d'un questionnaire autoadministré et non par entrevue. Cette pratique est courante pour les sujets délicats comme la consommation d'alcool. Elle peut aider à temporiser la tendance à la sous-estimation de la consommation d'alcool observée chez la plupart des personnes, principalement les gros buveurs.

Les questions sont, le plus souvent, reprises de l'Enquête Santé Québec 1987 et de l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (Statistique Canada, 1988).

Par rapport à l'Enquête Santé Québec 1987, la section portant sur les occurrences de consommations nombreuses en une seule fois a été ajoutée. La mesure de la quantité d'alcool consommée pendant la semaine précédant l'enquête a été modifiée. Cette nouvelle version est désormais utilisée de façon fréquente et elle est réputée fournir des résultats valides. Malgré ces modifications, les questions de la présente enquête demeurent à peu près comparables à celles de l'Enquête de 1987.

Les questions portant sur la caractérisation des types de consommateurs et les occurrences de consommations nombreuses sont utilisées de façon fréquente dans les enquêtes québécoises et canadiennes et aucun problème de validité ni de fiabilité n'a été relevé dans la documentation. Les questions servant à établir la quantité d'alcool ingérée hebdomadairement semblent particulièrement fiables, en particulier pour les personnes qui consomment peu (Webb et Coll., 1991). La fiabilité serait moindre pour les personnes dont la consommation est très élevée (Seppä et Coll. 1990, Webb et Coll. 1991). De toute façon, les résultats obtenus par estimation de la consommation sont généralement en deçà de la consommation réelle, la sous-estimation étant attribuable à l'effort de mémorisation demandé ou au phénomène de déni propre aux gros buveurs.

Il importe de préciser que les données de consommation présentées dans ce chapitre ne permettent pas d'établir le taux d'alcoolisme de la population à risque. Les grands consommateurs d'alcool constituent la tranche d'individus qui refusent le plus de participer à de telles enquêtes, ce qui peut introduire un biais dans les résultats obtenus. De plus, les données ne permettent pas de différencier les contextes de consommation (repas c. boire solitaire), mais nous permettent une appréciation globale de la consommation d'alcool des Estriens de 15 ans et plus. Également, comme nous savons que plus de 11 % de la population du Québec commence à consommer de l'alcool avant cet âge, l'absence des moins de quinze ans dans la population rejointe par l'enquête constitue donc une limite.

Le taux de non-réponse varie entre 1,5 % et 4,9 % selon la variable considérée. Le plus haut taux de non-réponse concerne les questions en lien avec l'enivrement.

1.2 RÉSULTATS

1.2.1 Les types de buveurs

Parmi les personnes âgées de 15 ans et plus, on compte en Estrie un pourcentage de buveurs d'environ 82 % en 1992-1993 (82 % en 1987). 12 % sont des abstinents et 6 % d'anciens buveurs. La différence entre le pourcentage de buveurs en Estrie (82 %) et celui du Québec (79 %) n'est pas significative (Tableau 1A).

TABLEAU 1A

**Types de buveurs (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993**

	ESTRIE 1987	ESTRIE 1992-1993	QUÉBEC 1992-1993
Buveur	82	82	79
Ancien buveur	5	6	6
Abstinent	13	12	15

En Estrie, le pourcentage de buveurs est plus important chez les hommes (86 %) que chez les femmes (79 %). L'existence d'un écart semblable est également observable au Québec entre les hommes et les femmes (Tableau 1B).

TABLEAU 1B

**Types de buveurs selon le sexe (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie et Québec 1992-1993**

	ESTRIE			QUÉBEC		
	ABSTINENTS	ANCIEN BUVEUR	BUVEUR	ABSTINENTS	ANCIEN BUVEUR	BUVEUR
Hommes	7	8	86	10	7	84
Femmes	16	6	79	20	5	75

Chez les jeunes de 15-24 ans, le pourcentage de buveurs est de 89 %. Ce pourcentage est semblable à celui des 25-44 ans (90 %). Mais à partir de 45 ans, la proportion de buveurs diminue alors que celle des abstinents augmente (Tableau 1C).

TABLEAU 1C

**Types de buveurs selon l'âge (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	ABSTINENT	ANCIEN BUVEUR	BUVEUR	TOTAL
15-24 ans	8	3	89	100
25-44 ans	4	6	90	100
45-64 ans	14	6	80	100
65 ans et +	35	13	52	100

Il y a plus de buveurs parmi les personnes habitant le Sherbrooke métropolitain que parmi celles résidant hors de cette zone, soit 86 % c. 78 %, au détriment des abstinentes qui sont, proportionnellement plus nombreuses en milieu moins urbanisé (Tableau 1D).

TABLEAU 1D

**Types de buveurs selon la sous-région de résidence (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	ABSTINENT	ANCIEN BUVEUR	BUVEUR	TOTAL
Sherbrooke métropolitain	8	6	86	100
Hors Sherbrooke métropolitain	15	7	78	100

Le pourcentage de buveurs semble augmenter avec le niveau de revenu; 87 % des personnes dont le revenu est supérieur sont des buveurs pour 80 % de la catégorie moyenne des revenus et 76 % des personnes plus pauvres (Tableau 1E). Cette donnée est conforme aux constats établis à l'échelle du Québec.

TABLEAU 1E

**Types de buveurs selon le niveau de revenu (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	ABSTINENT	ANCIEN BUVEUR	BUVEUR	TOTAL
Très pauvre/pauvre	14	10	76	100
Moyen inférieur	13	7	80	100
Moyen supérieur/ supérieur	9	4	87	100

1.2.2 Consommation dans les 7 jours précédent l'enquête

En Estrie comme au Québec, les buveurs prennent en moyenne environ quatre consommations par semaine (4,4 consommations). Les hommes consomment hebdomadairement beaucoup plus que les femmes, soit 6,4 consommations contre 2,4. La moyenne de consommations pour les deux sexes réunis demeure stable autour de 4 jusqu'à 64 ans pour chuter à 2,4 chez les 65 ans et plus.

Environ quatre buveurs sur dix (41%) âgées de 15 ans et plus affirment ne pas avoir consommé durant la semaine ayant précédé l'enquête. À peu près la même proportion (37 %) a déclaré avoir bu de 1 à 6 consommations durant cette semaine. 13 % présente une consommation modérée (de 7 à 13 consommations), un peu plus de 6 %, une consommation élevée (14 à 28 consommations) et 2 % une forte consommation (29 et plus). Ces pourcentages sont comparables à ceux du Québec en 1992-1993. Par contre, en comparaison avec 1987, même si les proportions de consommation modérée et élevée sont demeurées les mêmes, la proportion des buveurs de 1 à 6 consommations a diminué au profit des personnes n'ayant déclaré aucune consommation (Tableau 1F).

TABLEAU 1F

**Consommation d'alcool au cours de la semaine précédent l'enquête (%),
buveurs de 15 ans et plus,
Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993**

	ESTRIE 1987	ESTRIE 1992-1993	QUEBEC 1992-1993
Aucune	22	41	39
1 à 6	55	37	38
7 à 13	14	13	14
14 à 28	7	6	7
29 et plus	2	2	2
TOTAL	100	100	100

Parmi les buveurs, beaucoup plus d'hommes (14 %) que de femmes (3 %) ont pris 14 consommations ou plus (Tableau 1G). De plus, cette forte consommation pour les deux sexes réunis se maintient jusqu'à 64 ans autour de 9 % pour diminuer fortement à environ 2 % chez les 65 ans et plus (Tableau 1H).

TABLEAU 1G

**Consommation d'alcool au cours de la semaine précédent l'enquête selon le sexe (%),
buveurs de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	AUCUNE	1 À 6	7 À 13	14 À 28	29 ET PLUS	TOTAL
Hommes	34	35	17	9	5	100
Femmes	49	39	9	3	0	100

TABLEAU 1H

**Consommation d'alcool au cours de la semaine précédent l'enquête selon l'âge (%), buveurs de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	AUCUNE	1 À 6	7 À 13	14 À 28	29 ET PLUS	TOTAL
15-24 ans	50	25	14	8	3	100
25-44 ans	36	42	13	6	2	100
45-64 ans	42	40	11	5	3	100
65 ans et +	51	33	14	2	0	100

Contrairement à l'ensemble du Québec où la consommation faible et moyenne augmente avec le niveau de revenu, mais où également la forte consommation demeure comparable quel que soit le revenu, on ne dénote pas en Estrie d'écart entre la consommation d'alcool et le niveau de revenu. En Estrie comme au Québec, cependant, la scolarité semble affecter la consommation d'alcool : la proportion de gros buveurs demeure stable entre les niveaux de scolarité mais celle des buveurs faible ou moyen augmente avec la scolarité (Tableau 1I).

TABLEAU 1I

**Consommation d'alcool au cours de la semaine précédent l'enquête selon le niveau de scolarité relative (%), buveurs de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	FAIBLE	ELEVÉ
Aucune	48	36
1 à 6	32	41
7 à 13	12	14
14 à 28	5	7
29 et plus	3	2
TOTAL	100	100

Enfin, le fait d'habiter en Estrie en zone rurale ou en zone plus fortement urbanisée ne semble pas affecter la quantité d'alcool consommée par les buveurs.

1.2.3 Consommation à risque

Durant l'année précédent l'enquête, 43 % des buveurs n'ont pas consommé 5 consommations ou plus en une seule occasion. Cette situation est survenue entre 1 et 4 fois pour 28 % des personnes et 5 fois et plus pour 29 %. Ces données sont comparables à celles du Québec (Tableau 1J).

TABLEAU 1J

**Fréquence de consommation, au cours de l'année précédent l'enquête,
de 5 consommations d'alcool ou plus en une seule occasion (%),
buveurs de 15 ans et plus,
Estrie et Québec 1992-1993**

	JAMAIS	1 À 4 FOIS	5 FOIS ET +	TOTAL
Estrie	43	28	29	100
Québec	45	28	27	100

La pratique de prendre 5 consommations ou plus en une seule fois est plus masculine que féminine (Tableau 1K) et c'est une caractéristique du mode de consommation des plus jeunes. Cette pratique diminue régulièrement avec l'âge pour n'être le fait que de 6 % des 65 ans et plus (Tableau 1L). En Estrie, aucune différence significative n'est observée entre cette pratique et le niveau de revenu (Tableau 1M), comme d'ailleurs pour l'ensemble du Québec.

TABLEAU 1K

**Fréquence de consommation, au cours de l'année précédent l'enquête,
de 5 consommations d'alcool ou plus selon le sexe (%),
buveurs de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	JAMAIS	1 À 4 FOIS	5 FOIS ET +	TOTAL
Hommes	31	27	42	100
Femmes	55	28	17	100

TABLEAU 1L

**Fréquence de consommation, au cours de l'année précédent l'enquête,
de 5 consommations d'alcool ou plus selon l'âge (%),
buveurs de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	JAMAIS	1 À 4 FOIS	5 FOIS ET +	TOTAL
15-24 ans	22	36	43	100
25-44 ans	37	31	32	100
45-64 ans	58	21	22	100
65 ans et +	85	9	6	100

TABLEAU 1M

**Fréquence de consommation, au cours de l'année précédent l'enquête,
de 5 consommations d'alcool ou plus selon le niveau de revenu (%),
buveurs de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	JAMAIS	1 À 4 FOIS	5 FOIS ET +	TOTAL
Très pauvre/pauvre	41	31	28	100
Moyen inférieur	45	29	26	100
Moyen supérieur/ supérieur	43	25	32	100

Par ailleurs, 64 % des personnes rejoindes ne se sont pas enivrées dans les 12 mois précédent l'enquête, 25 % l'ont été de 1 à 4 fois et 11 % cinq fois et plus. Ce profil est directement comparable à celui du Québec. Les hommes s'enivrent plus souvent que les femmes : 31 % des hommes rejoints (et 19 % des femmes) se sont enivrés de 1 à 4 fois, alors que 14 % des hommes (8 % des femmes) se seraient enivrés cinq fois et plus dans l'année (Tableau 1N). Les 15-24 ans seraient la catégorie où se concentre le pourcentage le plus élevé de personnes qui s'enivrent, ce pourcentage diminuant avec l'âge (Tableau 1O). Aucune relation ne semble exister entre cette façon de boire et le niveau de revenu; au Québec, toutefois, l'enivrement semble augmenter avec la pauvreté. En région, l'enivrement ne semble pas varier entre les zones rurales et plus urbanisées.

TABLEAU 1N

**Fréquence d'enivrement, au cours de l'année précédent l'enquête
selon le sexe (%), buveurs de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	JAMAIS	1 A 4 FOIS	5 FOIS ET PLUS	TOTAL
Hommes	55	31	14	100
Femmes	73	19	8	100
TOTAL	64	25	11	100

TABLEAU 1O

**Fréquence d'enivrement, au cours de l'année précédent l'enquête
selon l'âge (%), buveurs de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	JAMAIS	1 A 4 FOIS	5 FOIS ET PLUS	TOTAL
15 à 24 ans	31	42	27	100
25 à 44 ans	61	30	9	100
45 à 64 ans	84	11	5	100
65 ans et plus	95	4	1	100

1.3 CONCLUSION

En résumé, environ 82 % des Estriens âgés de 15 ans et plus consomment de l'alcool. Cette prévalence n'a guère changé depuis 1987 et est comparable à celle du Québec. Ces données tendent à confirmer que l'alcool est un produit de consommation courante. La grande majorité des buveurs s'en tiennent à une consommation hebdomadaire inférieure à 14 consommations et la proportion des buveurs dont la consommation est élevée (14 consommations et plus) est demeurée stable entre 1987 et 1992-1993, gravitant autour de 8 %. Environ 57 % des buveurs estriens ont connu une ou plusieurs occurrences de consommations nombreuses (5 consommations et plus par occasion) et 36 % estiment s'être enivrés au moins une fois durant l'année précédent l'enquête.

Les occurrences de consommations nombreuses, soit 5 consommations ou plus en une occasion, seraient un indice de mode de consommation plus problématique à condition cependant de nuancer en distinguant les personnes qui boivent dans le contexte d'un repas, de celles qui consomment dans les bars ou devant la télévision... bref, différencier le boire de type méditerranéen de celui de type nordique.

Cependant, les résultats estriens de l'enquête présentent certaines caractéristiques qui doivent retenir notre attention. Le haut pourcentage de consommateurs de 15-24 ans (89 %) et la cumulation dans cette tranche d'âge de pourcentages élevés de personnes qui consomment 5 verres et plus par occasion et qui s'enivrent. On peut sans se tromper supposer que ce sont aussi les plus jeunes qui vont consommer de l'alcool selon un modèle nordique. Ces observations valident la volonté régionale, présente depuis plusieurs années, d'intervenir auprès des jeunes et ce, dans une perspective d'éducation.

Les femmes rejoindes par l'enquête sont majoritairement des consommatrices d'alcool (79 %), l'accès à l'alcool faisant partie des résultats observables de l'émancipation des femmes. Les femmes boivent en moins grande quantité que les hommes et s'enivrent moins. Cependant, on sait, d'autres sources, qu'elles sont (avec les personnes âgées) les plus grandes consommatrices de tranquillisants et qu'elles présentent des taux de détresse psychologique plus élevée que les hommes (et ce, particulièrement chez les 15-24 ans). Il y a donc lieu de tenir compte de cette clientèle spécifique lorsqu'on parle d'approche préventive.

Tous ces constats semblent donc militer en faveur d'un renforcement des actions préventives visant particulièrement les façons de boire en ce qui concerne les jeunes, et la vigilance face au mélange de substances psychotropes (alcool, tranquillisants) en ce qui concerne les femmes.

1.4 RÉFÉRENCES

DUMONT, Fernand; LANGLOIS, Simon; MARTIN, Yves (1994). Traité des problèmes sociaux. Institut québécois de recherche sur la culture, Québec.

GIROUX, Claude (1988). «Les substances psycho-actives : repères pharmacologiques et physiologiques», dans L'usage des drogues et la toxicomanie, vol. I, sous la direction de Pierre Brisson, Gaétan Morin, éditeur.

GUYON, Louise (1990). Quand les femmes parlent de leur santé. Québec, Les publications du Québec.

MSSS (1992). La politique de la santé et du bien-être. Québec.

NADEAU, Louise (1990). Vivre avec l'alcool. Édition de l'Homme, Montréal.

SEPPÄ, K.; SILLANAUKEE, P.; KOIVULA, T. (1990). «The efficiency of a questionnaire in detecting heavy drinkers», British journal of addiction, vol. 85, no 12.

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

WEBB, R.R.; REDMAN, S.; GIBBERD, R.W.; SANSON-FISHER, R.W. (1991). «The reliability and stability of a quantity-frequency method and a diary method of measuring alcohol consumption», Drug and alcohol dependence, vol. 7, no 3.

CHAPITRE 2

CONSOMMATION DE DROGUES

Marie-Thérèse Payre

*Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Direction de la santé publique et de l'évaluation*

Le texte qui suit s'inspire du texte sur la consommation de drogues du rapport provincial, surtout pour l'introduction et la méthodologie. L'auteur du texte provincial est:

M. Serge Chevalier

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

2.0 INTRODUCTION

Le but du présent chapitre est de décrire la consommation de drogues de la population de 15 ans et plus de la région de l'Estrie.

Ce profil pourra être utilisé de façon à orienter les actions régionales en vue de contribuer à l'atteinte de l'objectif particulier de la Politique de la santé et du bien-être concernant la toxicomanie : «D'ici l'an 2002... augmenter le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales» (MSSS, 1992, p. 59).

On a l'habitude d'envisager les problèmes sanitaires et sociaux dûs aux drogues selon le type et la quantité de substances absorbées. Ainsi, il est plutôt admis que l'usage faible ou modéré de marijuana¹ entraînerait des problèmes plutôt légers de santé (Giroux, 1988) alors que l'usage régulier ou l'abus de cette substance accroît de façon significative le risque de développer des problèmes des voies respiratoires comme l'augmentation des risques de cancer des voies respiratoires, compte tenu de la haute teneur en goudron de la substance active du cannabis. Des études traitent actuellement des risques pour le système immunitaire et reproducteur de l'usage régulier de cannabis mais leurs résultats sont contradictoires (Giroux, 1988).

En ce qui concerne la cocaïne et autres stimulants, les barbituriques et sédatifs, l'héroïne et les autres opiacés, les risques de dépendance physique ou psychologique sont connus.

Cependant, pour l'ensemble des drogues, y compris la marijuana en usage modéré, les problèmes associés à la consommation tels les troubles de santé mentale, les problèmes légaux, la prévalence des conduites sexuelles à risque, les difficultés économiques... sont présents même si peu documentés parfois. Il existe un lien entre la consommation de drogues, les grossesses non désirées, les M.T.S. (maladies transmises sexuellement) et l'exposition à l'infection du V.I.H. en raison des comportements sexuels à risque liés à l'usage de drogues (Champagne, 1994).

Les données d'enquête représentent actuellement la seule source d'information sur la consommation de drogues en général. Un système d'information clientèle en alcoolisme et autres toxicomanies (S.I.C.A.T.) est en phase d'élaboration pour l'ensemble du Québec : l'implantation de ce système constituera une source d'information systématique complémentaire aux données d'enquête car il alimentera la documentation des caractéristiques de la consommation chez les clientèles ayant développé un problème de toxicomanie et ce, dans chacune des régions où le système sera implanté.

¹ Feuilles et fleurs du cannabis

2.1 MÉTHODOLOGIE

La consommation de drogues est décrite selon les types de consommateurs et les types de drogues utilisées.

Trois types de personnes consommatrices sont répertoriées par l'enquête : les «abstinent» qui regroupent les personnes qui n'ont jamais consommé de drogues durant leur vie; les «anciens consommateurs» qui sont les personnes qui avaient l'habitude de consommer de la drogue mais qui n'ont pas consommé pendant l'année qui a précédé l'enquête et les «consommateurs actuels» qui sont ceux qui ont consommé une ou des drogues, ne serait-ce qu'une seule fois durant la dernière année. Des regroupements ont été effectués à partir des différentes substances psychoactives figurant dans le questionnaire autoadministré (QAA47 à QAA67) de l'enquête pour aboutir à deux catégories : la consommation exclusive de cannabis² et la consommation de cannabis et d'autres drogues ou autres drogues seulement.

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

Les résultats obtenus présentent certaines limites étant donné que seule la population de 15 ans et plus a été rejointe par le questionnaire alors qu'une partie de la population commence à consommer vers l'âge de 12 ans, spécialement la marijuana. De plus, nous ne pouvons ignorer la présence de biais : l'aspect illégal de la consommation induit une sous-déclaration et il est généralement reconnu que les consommateurs problématiques (réguliers ou abusifs) refusent de participer à ce type d'enquête; enfin, la non-différenciation entre le consommateur occasionnel (ex.: une fois pendant la période couverte par l'enquête) et le consommateur régulier ou abusif constitue une limite qui maintient certaines zones d'ombre quant à la situation réelle de la consommation de drogues. La distinction entre une consommation circonstancielle et l'abus, est primordiale dans l'analyse de la toxicomanie (Peele, 1982). Par contre, le taux de non-réponse de l'Estrie n'est pas problématique, étant comparable à celui du Québec (5 %).

2.2 RÉSULTATS

Les données recueillies en Estrie permettent de dresser un portrait semblable à celui du Québec.

Ainsi, dans la population des 15 ans et plus de l'Estrie et du Québec, les abstinent représentent environ 68 % des personnes interrogées, alors que les anciens consommateurs en constituent 19 %. Les consommateurs actuels de drogues représentent environ 13 % des répondants et leur

² Marijuana, haschisch, pot, grass.

Il est à noter que le haschisch est de 4 à 8 fois plus actif que la marijuana.

proportion se distribue de façon égale entre les consommateurs exclusifs de cannabis et les consommateurs de cannabis et d'autres drogues (Tableau 2A).

TABLEAU 2A

**Types de consommateurs de drogues (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie et Québec 1992-1993**

	ESTRIE	QUÉBEC
Abstinent	68	69
Ancien consommateur	19	18
Cannabis seulement	6	6
Autres drogues ou autres drogues et cannabis	7	7

Contrairement au Québec où les hommes sont légèrement moins abstinents que les femmes, le profil de consommation estrien ne présente aucune différence significative entre les sexes, quelle que soit la catégorie de consommateurs considérée; ainsi, chez les consommateurs, l'écart entre la proportion de femmes (12 %) et la proportion d'hommes (14 %) n'est pas significatif (Tableau 2B).

TABLEAU 2B

**Types de consommateurs de drogues selon le sexe (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	ABSTINENT	ANCIEN CONSOMMATEUR	CONSOMMATEUR	TOTAL
Hommes	66	20	14	100
Femmes	70	18	12	100
Total	68	19	13	100

Les abstinents sont proportionnellement plus nombreux chez les personnes âgées de 45 ans et plus (89 %) que chez les 15-44 ans (55 %). Il y aurait en Estrie comme au Québec environ 4 à 5 fois plus d'anciens consommateurs chez les 15-44 ans (27 %) que chez le 45-65 ans (6 %) et 4 à 5 fois plus de consommateurs chez les 15-44 ans (18 %) que chez les 45 ans et plus (4 %) (Tableau 2C). Ces écarts semblent démontrer une association entre la consommation de drogues et la «jeunesse».

TABLEAU 2C

**Types de consommateurs de drogues selon l'âge (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	ABSTINENT	ANCIEN CONSOMMATEUR	CONSOMMATEUR	TOTAL
15-44 ans	55	27	18	100
45 ans et plus	89	6	4	100

Les personnes résidant dans le Sherbrooke métropolitain semblent être plus sujettes à la consommation de drogues que celles habitant hors de cette zone, soit 16 % contre 9 % (Tableau 2D).

TABLEAU 2D

**Types de consommateurs de drogues selon la sous-région (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	ABSTINENT	ANCIEN CONSOMMATEUR	CONSOMMATEUR	TOTAL
Sherbrooke métropolitain	62	23	16	100
Hors Sherbrooke métropolitain	75	15	9	100

Les données recueillies en Estrie en regard du niveau de revenu ne mettent pas en évidence un lien statistiquement significatif avec la consommation de drogues. Ainsi, environ 18 % des personnes très pauvres ou pauvres en Estrie sont consommatrices de drogues pour 11 % des personnes dont les revenus sont moyens supérieurs ou supérieurs, mais l'écart entre ces deux pourcentages n'est pas significatif (Tableau 2E). À l'échelle du Québec, cependant, la consommation est plus forte chez les personnes à faible revenu et l'écart est significatif..

TABLEAU 2E

**Types de consommateurs de drogues selon le niveau de revenu (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	ABSTINENT	ANCIEN CONSOMMATEUR	CONSOMMATEUR	TOTAL
Très pauvre/ pauvre	66	16	18	100
Moyen inférieur	69	20	10	100
Moyen supérieur ou supérieur	69	20	11	100

Le niveau de scolarité relative ne semble pas non plus associé à la consommation de drogues en Estrie et au Québec, puisque 11 % des personnes ayant un niveau de scolarité bas et 14 % de celles ayant un niveau élevé se retrouvent dans la catégorie des consommateurs de drogues. Là encore, l'écart entre les deux pourcentages n'est pas significatif en région (Tableau 2F), et à peu près les mêmes pourcentages s'observent au niveau du Québec.

TABLEAU 2F

**Types de consommateurs de drogues selon le niveau de scolarité relative (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	ABSTINENT	ANCIEN CONSOMMATEUR	CONSOMMATEUR	TOTAL
Faible	69	20	11	100
Élevé	68	18	13	100

2.3 CONCLUSION

Les résultats de l'enquête confirment que l'Estrie est comparable au Québec en regard de la consommation de drogues. Cependant, il ne faut pas sous-estimer qu'environ un tiers de la population rejointe consomme ou a déjà consommé des drogues, d'où la pertinence de tendre vers l'objectif de la Politique de santé et bien-être visant à «augmenter le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales». Cet objectif est d'autant plus actuel dans un contexte social et économique qui, par l'insécurité qu'il engendre, contribue à augmenter les risques associés à l'expérience des substances psychoactives par les personnes les plus fragiles et démunies de la société.

Certains résultats estriens de l'enquête devraient plus spécifiquement orienter nos réflexions et actions futures.

Environ 26 % des jeunes de 15-24 ans et 15 % des 25-44 ans seraient des consommateurs «actuels» de drogues. Ces chiffres démontrent une plus grande prévalence chez les jeunes. Ils constituent des indicateurs intéressants pour les interventions préventives et peuvent valider les orientations régionales prises avec le PRATIC-05 (Programme régional de prévention) en termes de priorité donnée à la clientèle cible des jeunes. Par ailleurs, la quasi égalité de la proportion des femmes et des hommes, tant chez les abstinent que chez les consommateurs nous questionne. Cependant, cette situation est probablement due au manque de puissance statistique de l'échantillon estrien puisque les résultats québécois indiquent que plus d'hommes que de femmes s'adonnent à la drogue.

Ces faits, associés au constat de la concentration des consommateurs de drogues estriens dans les groupes de personnes en âge d'être parents, et la reconnaissance du facteur de risque que constitue pour un jeune le fait d'avoir un ou deux parents consommateurs de substances psychoactives, militent en faveur du développement d'actions préventives de type secondaire visant les jeunes parents, parallèlement aux actions préventives auprès des jeunes. À ce sujet, il est important de préciser que ce n'est pas tant le «modèle» présenté par le parent consommateur qui importe, que les dysfonctionnements et les carences pouvant résulter de la toxicomanie d'un ou des deux parents (Beauchamp, Brunet (1994), Ausloos (1994)).

À la lumière de la comparaison de la consommation entre les personnes vivant en milieu rural et celles en milieu plus urbanisé, il serait bon de s'interroger sur la validité de l'importance accordée dans nos analyses régionales au désœuvrement et à l'ennui des jeunes qui vivent hors du Sherbrooke métropolitain, en regard de la consommation de drogues. Est-ce que les facilités d'approvisionnement et l'anonymat propres aux grandes villes ne constitueraient pas des facteurs plus déterminants que l'ennui pour ce qui est de la consommation des drogues?

Les conditions de pauvreté et le niveau de scolarité relative ne semblent pas liés de façon significative avec la consommation d'après les données estriennes, mais le lien est significatif au niveau québécois pour la pauvreté. Cependant, l'absence de données sur les moins de 15 ans et les limites que constituent le petit échantillon régional doivent nous inciter à la prudence. Les

liens reconnus par les milieux cliniques entre l'absence d'alternatives sociales et professionnelles et le développement d'un mode de vie autour d'une consommation inappropriée de drogues ne sont pas présents dans une telle enquête.

2.4 RÉFÉRENCES

AUSLOOS, Guy (1994). «L'approche systémique et ses applications dans le domaine de l'abus des drogues» dans L'usage des drogues et la toxicomanie, vol. II, sous la direction de Pierre Brisson. Gaétan Morin, éditeur.

BEAUCHAMP, Sylvie; BRUNET, Jean-Pierre (1994). «Les motifs à l'initiation et à la surconsommation de psychotropes, le point de vue des adolescents délinquants» Psychotropes, VIII, n° 3.

CHAMPAGNE, Danielle (1994). «Drogues, sexualité et problèmes sociaux» dans L'usage des drogues et la toxicomanie, vol. II, sous la direction de Pierre Brisson. Gaétan Morin, éditeur.

GIROUX, Claude (1988). «Les substances psycho-actives : repères pharmacologiques et physiologiques» in, L'usage des drogues et la toxicomanie, vol. I, sous la direction de Pierre Brisson. Gaétan Morin, éditeur.

LECAVALIER, Marie (1991). «L'abus de drogues licites et de cocaïne chez les femmes en traitement : différences et similitudes dans les stratégies d'approvisionnement et dans les conséquences qui s'y rattachent ainsi que les antécédents personnels». Mémoire de maîtrise ès sciences en service social, Université de Montréal.

MSSS (1988). Et la santé ça va?. Enquête Santé Québec 1987, chap. I - Les habitudes de vie.

MSSS (1992). La politique de la santé et du bien-être. Québec.

PEELE, Stanton (1982). L'expérience de l'assuétude. Montréal, Université de Montréal, Faculté de l'éducation permanente.

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

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

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

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

CHAPITRE 3

USAGE DE LA CIGARETTE

Marie-Thérèse Payre

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Direction de la santé publique et de l'évaluation

Le texte qui suit s'inspire du texte sur l'usage de la cigarette du rapport provincial, surtout pour l'introduction, la méthodologie et la conclusion. L'auteure du texte provincial est:

Sylvie Bernier

Direction de la santé publique de la Mauricie-Bois-Francs

3.0 INTRODUCTION

Le tabac fait partie des drogues dites «invisibles». Pourtant, ses effets sur la santé des fumeurs sont largement documentés (Department of Health and Human Services, 1982-1983-1984-1989; Giroux, 1988), de même que les dangers du tabagisme passif (Department of Health and Human Services, 1986).

La nicotine est l'ingrédient psychotrope actif des feuilles de tabac mais l'inhalation de tabac fait pénétrer dans l'organisme pas moins de 4000 produits chimiques différents (Giroux, 1988). Malgré l'importance de certaines substances associées, c'est à la nicotine que le fumeur doit les effets psychotropes du tabac.

Différentes sortes de cancers sont la conséquence directe de l'usage du tabac : cancer des poumons, de la bouche, du pharynx, du larynx et de l'oesophage. La nicotine augmente également les risques d'accidents cardiaques et cérébro-vasculaires (Giroux, 1988). On trouverait même un lien entre le tabac et le cancer du sein.

L'arrêt de l'usage, pour un fumeur chronique, s'accompagne de symptômes de sevrage : diminution du débit cardiaque, ralentissement et baisse de la vigilance, irritabilité, céphalées, modifications du sommeil. Certains sujets ont présenté de tels symptômes de sevrage pendant 30 jours après l'arrêt de la consommation (Schuckit, 1984).

Des études ont associé la nicotine à des avortements spontanés, des anomalies congénitales et retards de croissance. Les bébés de fumeuses auraient tendance à être de plus petite taille et de plus petit poids que ceux de non-fumeuses et auraient tendance à être hyperactifs pendant la petite enfance (Meyer et coll., 1976; Schuckit, 1984).

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

Le tabagisme, associé à la prise d'anovulants, expose à un risque accru de complications cardio-vasculaires. Les deux tiers des fumeuses régulières de 15 à 24 ans prennent des anovulants (Guyon, 1990).

Le tabagisme est donc un facteur de risque pour plusieurs problèmes de santé importants. Quatre objectifs de la Politique de la santé et du bien-être du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 1992) concernent la lutte au tabagisme. Il s'agit de : diminuer la proportion de naissances de bébés de petits poids, réduire la mortalité par maladie cardio-vasculaire, stabiliser la mortalité par cancer du poumon et diminuer la mortalité par maladie du système respiratoire.

Pour contribuer à atteindre ces objectifs, les stratégies retenues sont de réduire la consommation de tabac et d'augmenter la proportion de non-fumeurs à 80 % d'ici l'an 2002.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 peut contribuer à l'atteinte des objectifs en permettant de cibler les populations les plus à risque et à les rejoindre par des programmes de promotion-prévention. Elle nous permet également de mesurer l'atteinte des objectifs visés dans un contexte d'évaluation de programme.

L'enquête présente les types de fumeurs dans la population des 15 ans et plus en Estrie. Elle nous permet d'estimer la proportion de non-fumeurs et nous livre une certaine description des fumeurs comme groupe-cible pour l'intervention.

3.1 MÉTHODOLOGIE

La prévalence de l'usage de la cigarette est mesurée en répartissant la population de l'Estrie de 15 ans et plus selon son habitude de consommation (type de fumeurs). Pour mesurer le degré d'exposition chez le fumeur, on utilise le nombre de cigarettes fumées chaque jour. L'âge de début de consommation des fumeurs réguliers est également pris en considération.

L'usage de la cigarette est classé de la façon suivante : les personnes qui n'ont jamais fumé; les anciens fumeurs, c'est-à-dire ceux qui ont fumé dans le passé mais ont cessé; les fumeurs occasionnels qui fument la cigarette sur une base autre que quotidienne et les fumeurs réguliers qui fument chaque jour.

Les quantités de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers sont réparties selon les catégories suivantes : 1-10, 11-25, 26 et plus.

Les données ont été collectées au moyen du questionnaire autoadministré (QAA), ce qui introduit un risque de sous-estimation de la part des fumeurs. Ce biais peut être d'autant plus marqué que les répondants savent qu'il s'agit d'une enquête de santé (Santé et bien-être social Canada, 1990; Mills, Stephens et Wilkins, 1994). Le taux de non-réponse pour le type de fumeur est de 3,2 % en Estrie. Les questions sont globalement les mêmes que celles de l'Enquête Santé Québec 1987 et permettent donc d'établir des comparaisons.

L'absence des personnes de moins de 15 ans parmi les répondants constitue une limite à l'analyse car nous savons que l'âge de l'initiation au tabac se situe actuellement en bas de 12 ans.

Les données compilées en Estrie portent sur un échantillon relativement réduit. Elles permettent cependant d'avoir un portrait limité mais intéressant du tabagisme dans la population de l'Estrie. Pour des analyses plus exhaustives, nous référons le lecteur au rapport provincial de la présente enquête. En région, la fréquence du tabagisme est analysée selon l'âge et le sexe.¹ Les fumeurs réguliers sont scrutés plus spécifiquement à l'aide des variables suivantes : la scolarité relative, le niveau de revenu et le statut matrimonial de fait, la quantité de cigarettes fumées quotidiennement et l'âge auquel ils ont commencé à fumer tous les jours.

3.2 RÉSULTATS

3.2.1 Usage de la cigarette dans la population de l'Estrie

En Estrie, en 1992-1993, 30 % des personnes de 15 ans et plus déclarent fumer tous les jours, et 3 % sont des fumeurs occasionnels. 35 % sont d'anciens fumeurs et 32 % n'ont jamais fumé. Ces données sont comparables à celles relevées pour l'ensemble du Québec. Par contre, on note en région une légère diminution de la proportion des fumeurs réguliers par rapport à 1987 (32 %) (Tableau 3A). Cependant, le fait d'habiter en zone rurale ou plus urbanisée ne semble pas affecter l'usage de la cigarette en Estrie.

TABLEAU 3A

**Types de fumeurs (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993**

	ESTRIE 1992-1993	ESTRIE 1987	QUÉBEC 1992-1993
Jamais fumé	32	31	32
Ancien fumeur	35	31	34
Occasionnel	3	6	4
Régulier	30	32	30
TOTAL	100	100	100

L'usage régulier du tabac constitue un facteur de risque pour la santé d'où l'intérêt de scruter davantage les caractéristiques de ces consommateurs.

En Estrie, plus de femmes n'ont jamais fumé que d'hommes, soit environ 36 % contre 27 %. Il y a également un pourcentage moindre de fumeuses régulières (26 %) que de fumeurs réguliers (35 %) dans la population (Tableau 3B).

La distribution de l'usage de la cigarette en fonction de l'âge permet d'observer une proportion croissante de fumeurs réguliers jusqu'à 25-44 ans. Après ce sommet (38 %), cette proportion décroît. Le pourcentage le plus élevé d'anciens fumeurs se situe dans la tranche des 45-64 ans (44 %) alors que le pourcentage le plus fort des personnes n'ayant jamais fumé se situe chez les 15-24 ans (Tableau 3C).

TABLEAU 3B

**Types de fumeurs selon le sexe (%),
population de 15 ans et plus
Estrie 1992-1993**

	JAMAIS FUMÉ	ANCIEN	OCCASIONNEL	RÉGULIER	TOTAL
Hommes	27	35	3	35	100
Femmes	36	35	3	26	100

TABLEAU 3C

**Types de fumeurs selon l'âge (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	JAMAIS FUMÉ	ANCIEN	OCCASIONNELS	RÉGULIERS	TOTAL
15-24 ans	46	23	5	26	100
25-44 ans	25	33	4	38	100
45-64 ans	27	44	2	27	100
65 et plus	43	37	2	18	100

L'usage régulier de tabac semble être en Estrie, en 1992-1993, une habitude davantage propre aux personnes pauvres et peu scolarisées. Ainsi, 38 % des pauvres ou très pauvres sont des fumeurs réguliers alors que 26 % des personnes dont le revenu est de niveau supérieur sont dans ce cas (Tableau 3D). On observe aussi que 37 % des personnes dont la scolarité relative est faible sont des fumeurs réguliers alors que 25 % de ceux dont la scolarité relative est élevée sont dans cette catégorie (Tableau 3E). Un examen selon le statut matrimonial de fait permet de constater que les personnes sans conjoint enregistrent un plus grand pourcentage (35 %) de fumeurs réguliers (Tableau 3F). Est-ce que dans le cas du tabagisme, comme de l'alcoolisme, le mariage (ou l'équivalent) constituerait un facteur de protection? L'association tabac/alcool semble persister même après qu'une personne ait cessé de boire. Les pourcentages observés lors de l'enquête estrienne font ressortir que 42 % des anciens buveurs et 32 % des buveurs sont des fumeurs réguliers (Tableau 3G). Cette situation est observée dans les données provinciales également.

TABLEAU 3D

**Types de fumeurs selon le niveau de revenu (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	JAMAIS FUMÉ	ANCIEN	OCCASIONNEL	RÉGULIER	TOTAL
Très pauvre/ Pauvre	31	29	2	38	100
Moyen inférieur	30	37	2	32	100
Moyen supérieur/ Supérieur	33	37	4	26	100

TABLEAU 3E

**Types de fumeurs selon le niveau de scolarité relative (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	JAMAIS FUMÉ	ANCIEN	OCCASIONNEL	RÉGULIER	TOTAL
Faible	25	34	3	37	100
Élevé	36	36	3	25	100

TABLEAU 3F

**Types de fumeurs selon l'état matrimonial de fait (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	JAMAIS FUMÉ	ANCIEN	OCCASIONNEL	RÉGULIER	TOTAL
Avec conjoint	28	41	3	28	100
Sans conjoint	39	24	3	35	100

TABLEAU 3G

**Types de fumeurs selon le type de buveurs d'alcool (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	JAMAIS FUMÉ	ANCIEN	OCCASIONNEL	RÉGULIER	TOTAL
Abstinent	64	23	2	11	100
Ancien buveur	19	39	1	42	100
Buveur	28	36	3	32	100

3.2.2 L'âge d'initiation à la cigarette

En Estrie comme au Québec, c'est avant l'âge de 20 ans que la grande majorité (environ 84 %) des fumeurs réguliers ont commencé à fumer quotidiennement. 7 % ont débuté à 12 ans ou moins, 31 % entre 13 et 15 ans et 46 % entre 16 et 19 ans. Peu de fumeurs ont contracté cette habitude après 19 ans (16 %) (Tableau 3H). Ces pourcentages n'ont pas changé depuis 1987 en Estrie. De plus, ils ne diffèrent pas que l'on habite en zone rurale ou plus urbanisée.

TABLEAU 3H

**Âge où la personne a commencé à fumer tous les jours selon l'âge
des fumeurs réguliers (%), population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	12 ANS ET MOINS	13-15 ANS	16-19 ANS	20-24 ANS	25 ANS ET PLUS	TOTAL
15-24 ans	15	50	31	4	----	100
25-44 ans	8	33	50	6	3	100
45-64 ans	4	19	51	18	8	100
65 ans et plus	2	14	27	22	34	100
TOTAL	7	31	46	10	6	100

3.2.3 La quantité de cigarettes fumées

Le nombre de cigarettes fumées par jour est une variable importante car le risque pour la santé augmente avec la quantité de tabac consommé. L'examen des données démontre que 13 % des fumeurs réguliers consomment 26 cigarettes ou plus par jour. Cette proportion est comparable à celle du Québec (11 %) mais inférieure à celle de l'Estrie en 1987 (17 %) (Tableau 3I).

Les hommes sont en général de plus gros fumeurs que les femmes et ce constat n'a pas changé depuis 1987 (Tableau 3J).

Au Québec comme en Estrie, c'est chez les 25-64 ans que la quantité de cigarettes consommées est la plus forte avec environ 15 % de fumeurs de 26 cigarettes ou plus par jour (Tableau 3K).

Enfin, le fait d'habiter en zone rurale ou plus urbanisée ne semble pas affecter la quantité de cigarettes consommées par les fumeurs réguliers.

TABLEAU 3I

**Nombre de cigarettes par jour chez les fumeurs réguliers (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993**

	ESTRIE 1992-1993	ESTRIE 1987	QUÉBEC 1992-1993
1 à 10 cigarettes par jour	20	20	24
11 à 25 cigarettes par jour	67	63	65
26 cigarettes et plus par jour	13	17	11
TOTAL	100	100	100

TABLEAU 3J

**Nombre de cigarettes par jour chez les fumeurs réguliers selon le sexe (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1987 et 1992-1993**

	1987			1992-1993		
	1 À 10	11 À 25	26 ET +	1 À 10	11 À 25	26 ET +
Hommes	17	62	21	14	70	16
Femmes	25	63	12	30	62	8

TABLEAU 3K

**Nombre de cigarettes par jour chez les fumeurs réguliers selon l'âge (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie et Québec 1992-1993**

	ESTRIE 1992-1993				QUÉBEC 1992-1993			
	1 À 10	11 À 25	26 ET +	TOTAL	1 À 10	11 À 25	26 ET +	TOTAL
15-24 ans	38	56	6	100	43	54	3	100
25-44 ans	18	68	14	100	18	70	12	100
45-64 ans	12	72	16	100	20	64	16	100
65 et plus	33	60	7	100	3	59	8	100

3.2.4 L'abandon de l'usage

Lorsqu'il s'agit de vérifier, pour chaque groupe d'âge, quel était l'usage de la cigarette chez les anciens fumeurs, on constate une situation carrément inversée entre les 15-24 ans et les autres catégories d'âge. Dans toutes les catégories d'âge à partir de 25 ans, les anciens fumeurs sont dans une très forte proportion des anciens fumeurs réguliers. Dans la catégorie des 15-24 ans, 71 % de ceux qui ont cessé de fumer étaient des fumeurs occasionnels (Tableau 3L). Cette situation est comparable à celle du Québec en 1992-1993 et à celle de l'Estrie en 1987. Par ailleurs, en région, l'usage de la cigarette chez les anciens fumeurs varie selon le sexe mais ne semble pas affecté par la sous-région de résidence. Ainsi, environ 77 % des hommes ex-fumeurs étaient des fumeurs réguliers pour près de 60 % des femmes.

TABLEAU 3L

**Types de fumeurs selon l'âge (%),
anciens fumeurs de 15 ans et plus
Estrie 1992-1993**

	ANCIEN OCCASIONNEL	ANCIEN RÉGULIER	TOTAL
15-24 ans	71	29	100
25-44 ans	31	69	100
45-64 ans	25	75	100
65 ans et plus	20	80	100

3.3 CONCLUSION

La proportion de fumeurs réguliers a légèrement diminué en Estrie depuis 1987, passant de 32 % à 30 %. La consommation quotidienne de cigarettes est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Également, depuis l'Enquête Santé Québec de 1987, il semble, en Estrie comme au Québec, que la consommation par fumeur ait quelque peu fléchi, la proportion des gros fumeurs (26 cigarettes ou plus) ayant diminué au profit des plus petits fumeurs. Il semble aussi que l'usage régulier de tabac est davantage une habitude propre aux pauvres, aux gens moins scolarisés et aux personnes ayant ou ayant déjà eu l'habitude de boire de l'alcool. De plus, les résultats de l'enquête ont permis d'observer que l'âge d'initiation au tabagisme n'a pas changé en Estrie depuis 1987.

Les résultats obtenus, même s'ils sont encourageants par rapport à 1987, démontrent que le tabagisme est toujours répandu au sein de la population. Le groupe le plus vulnérable demeure les jeunes auprès desquels il faudrait intervenir massivement dès le primaire. Par ailleurs, l'intervention pourrait aussi cibler les groupes plus à risque comme les personnes pauvres et peu scolarisées ou encore celles consommant régulièrement de l'alcool.

3.4 RÉFÉRENCES

GIROUX, Claude (1988). «Les substances psycho-actives : repères pharmacologiques et physiologiques» dans L'usage des drogues et la toxicomanie, vol. 1, sous la direction de Pierre Brisson. Gaétan Morin, éditeur.

GUYON, Louise (1990). Quand les femmes parlent de leur santé. Québec, Les publications du Québec.

MEYER, M.B.; JONAS, B.S.; TONASCIA, J.A. (1976). «Perinatal events associated with maternal smoking during pregnancy». American Journal of Epidemiology. No 103 : 464-476.

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

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

MSSS (1988). Et la santé, ça va?. (Tome 1 et Tome 2) Rapport de l'Enquête Santé-Québec 1987. Québec, Les publications du Québec.

MSSS (1992). La politique de la santé et du bien-être. Québec.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1990). Les drogues, faits et méfaits.

SCHUCKIT, M. A. (1984). Drug and Alcohol Abuse, dans Critical issues in Psychiatry. New York , Plenum.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1982). The health consequences of smoking : cancer. A report of the surgeon general, DHHS (PHS) 82-50179.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1983). The health consequences of smoking : cardiovascular disease. A report of the surgeon general, DHHS (PHS) 84-50204.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1984). The health consequences of smoking : chronic obstructive lung disease. A report of the surgeon general, DHHS (PHS) 84-50205.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1986), The health consequences of involuntary smoking : chronic obstructive lung disease. A report of the surgeon general, DHHS (CDC) 87-8398.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1989). Reducing the health consequences of smoking : 25 years of progress. A report of the surgeon general, DHHS (CDC) 89-8411.

CHAPITRE 4

PROBLÈMES DE POIDS

Renée Cyr

*Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Direction de la santé publique et de l'évaluation*

Le texte qui suit s'inspire du texte sur le poids corporel du rapport provincial, surtout pour l'introduction, la méthodologie et la conclusion. L'auteure du texte provincial est:

Louise Therrien

Centre de santé publique de la Régie régionale de Québec

4.0 INTRODUCTION

L'indice de masse corporelle (IMC) permet de déterminer la présence d'une insuffisance ou d'un excès de poids, souvent associée aux habitudes alimentaires et à la dépense énergétique. C'est d'ailleurs en raison de son lien avec les habitudes alimentaires et l'activité physique que l'IMC est présenté dans la section sur les habitudes de vie.

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

Le surplus de tissu adipeux est associé à un risque accru d'insuffisance coronarienne, de diabète, d'hyperlipidémie (cholestérol et triglycérides), d'hypertension et de certains cancers (cancers du sein, de l'endomètre, du colon et de la prostate) (Kissebah et al, 1989; Santé et Bien-être social Canada, 1988). L'obésité de longue durée, qui se manifeste au début de l'âge adulte, présente un risque plus élevé que celle qui apparaît chez l'adulte plus âgé. D'autre part, un poids insuffisant peut également être associé à un risque de développer des problèmes de santé, différents de ceux des personnes ayant un excès de poids. Il s'agit ici de fatigue chronique, de troubles du rythme cardiaque, de dépression, d'anémie, d'atteintes rénales et de troubles gastro-intestinaux.

L'indice de masse corporelle est une méthode couramment utilisée pour mesurer l'adiposité. Il est considéré comme étant un bon indicateur puisqu'il est fortement corrélé avec les mesures de la masse adipeuse obtenues par l'estimation de la densité corporelle chez les adultes. Obtenu en divisant le poids en kilos par le carré de la taille en mètre (kg/m^2), cet indice permet d'évaluer l'excès et le déficit de poids et il est utilisé comme prédicteur du risque que ces deux conditions comportent pour la santé.

Le rapport entre le poids et la mortalité est curviligne; ceux qui se situent aux extrémités inférieure et supérieure d'une échelle relative ont la plus faible espérance de vie. Quant aux hommes et aux femmes qui se classent à l'intérieur de ces deux extrémités, leur risque de mortalité est le plus faible, quelles qu'en soient les causes. Chez les adultes, un consensus international situe la zone des moindres risques pour la santé entre 20 et 25 kg/m^2 , les risques augmentant progressivement en-dessous de 18 et au-dessus de 27 (Condition physique et sport amateur Canada, 1993; Santé et Bien-être social Canada, 1988; Comité des diététistes en évaluation nutritionnelle gériatrique, 1993).

L'indice de masse corporelle a été conçu principalement pour les adultes âgés de 20 à 65 ans dont la taille et la condition physique sont assez stables (ne s'applique pas aux femmes enceintes et allaitantes). C'est parmi les personnes de ce groupe d'âge que la validité épidémiologique de la relation entre le poids et la santé a été démontrée.

Chez les jeunes de 15 à 19 ans, les données concernant l'indice de masse corporelle doivent être interprétées avec prudence. Elles peuvent être intéressantes, mais uniquement pour établir des tendances. L'absence d'uniformité dans le développement des adolescents et le fait que la croissance linéaire peut ne pas être complétée pour plusieurs d'entre eux font qu'il est difficile d'établir une norme de référence pour ce groupe d'âge. De plus, la pertinence d'associer obésité/maigreur à un risque de morbidité et de mortalité reste à démontrer.

Pour ce qui est des personnes âgées de 65 ans et plus, il n'y a pas encore de consensus au niveau des valeurs seuil à utiliser pour la classification des catégories de poids insuffisant, de poids santé et d'excès de poids. Cependant, de plus en plus d'auteurs semblent confirmer un effet protecteur de la graisse avec l'âge, non seulement en ce qui concerne le risque de mortalité, mais aussi en regard de l'impact sur la perte d'autonomie.

4.1 MÉTHODOLOGIE

L'indice de masse corporelle a été calculé à partir de la taille (question # 5) et du poids (question # 4.1) tels qu'ils ont été déclarés par les répondants au questionnaire autoadministré (QAA) de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. La proportion de valeurs manquantes est inférieure à 5 %. Comme certaines personnes ont tendance à sous-estimer leur poids et à surestimer leur taille, l'indice donne probablement une valeur plus faible que la réalité. Ainsi, il semble que la prévalence de l'obésité serait une fois et demi plus élevée si les calculs étaient basés sur des données observées plutôt que déclarées (Santé Québec, 1987).

Les catégories d'IMC utilisées pour la présente enquête apparaissent ci-dessous. Elles sont constituées d'intervalles semblables pour les hommes et pour les femmes, mais diffèrent selon le groupe d'âge.

TABLEAU 4A

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

	POIDS INSUFFISANT	POIDS SANTÉ	EXCÈS DE POIDS
	IMC	IMC	IMC
15-19 ans	< 19	entre 19 et 24	25 et plus
20-64 ans	< 20	entre 20 et 26	27 et plus
65-80 ans	< 20	entre 20 et 26	27 et plus
81 ans et plus	< 20	entre 20 et 28	29 et plus

Les seuils qui ont servi à déterminer les catégories d'IMC ne sont pas les mêmes que ceux qui ont été utilisés lors de l'Enquête Santé Québec 1987. Dans l'optique de pouvoir comparer les données, les indices de 1987 ont été reproduits comme ceux de 1992-1993.

À l'instar de l'Enquête Santé Québec 1987, l'IMC calculé dans la présente enquête ne permet pas de départager les personnes à forte musculature et les athlètes qui pratiquent des sports d'endurance de ceux qui font de l'embonpoint.

Dans le présent chapitre, l'indice de masse corporelle est analysé chez les 15 ans et plus en fonction du sexe, de l'âge, de la sous-région de résidence, du niveau de revenu et de l'état matrimonial de fait. Une comparaison est également établie avec les résultats de 1987.

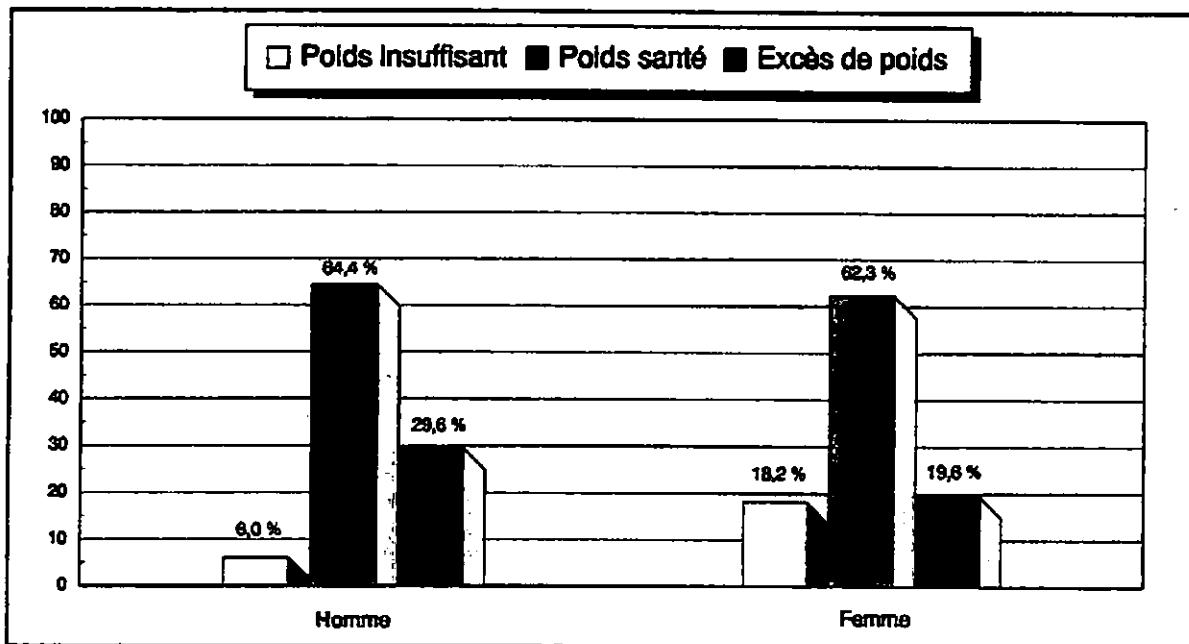
4.2 RÉSULTATS

Environ deux tiers des hommes et des femmes, de l'Estrie et du Québec, ont un indice de masse corporelle qui correspond à un «poids santé». Cette proportion est relativement stable, que ce soit d'un groupe d'âge à l'autre, selon le revenu, la sous-région de résidence (rurale, urbaine) et l'état matrimonial de fait. C'est davantage dans les catégories de poids insuffisant et d'excès de poids que se trouvent les variations.

Ainsi, la proportion de personnes ayant un poids insuffisant et celle des personnes ayant un excès de poids diffèrent significativement selon le sexe (Figure 4A). Les femmes sont trois fois plus nombreuses que les hommes à présenter un poids insuffisant pour leur taille. Les hommes, au contraire, sont plus nombreux à manifester un excès de poids.

FIGURE 4A

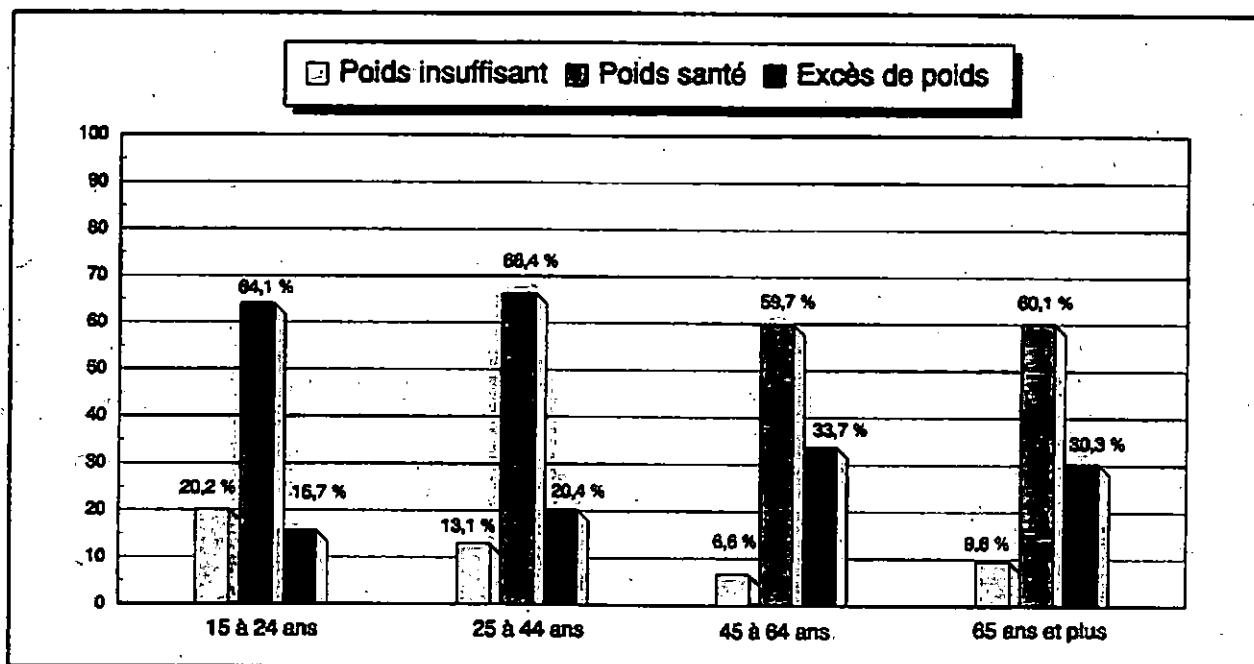
**Indice de masse corporelle selon le sexe,
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**



De même, la façon dont se répartissent les catégories d'IMC diffère selon l'âge (Figure 4B). La proportion des individus présentant un excès de poids augmente avec l'âge, jusqu'à atteindre son niveau le plus élevé chez les 45-64 ans. Elle diminue ensuite légèrement chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Le taux de personnes ayant un poids insuffisant est significativement plus élevé chez les 15-24 ans et diminue ensuite avec l'âge.

FIGURE 4B

**Indice de masse corporelle selon l'âge,
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**



La proportion de personnes dans chaque catégorie d'IMC ne diffère pas de façon significative selon la sous-région (Figure 4C). Elle varie sensiblement en fonction du revenu (Figure 4D). Ainsi, les personnes pauvres ou très pauvres seraient plus nombreuses à avoir un poids insuffisant. La différence n'est toutefois pas statistiquement significative.

La façon dont les catégories d'IMC se répartissent diffère significativement selon l'état matrimonial de fait (Figure 4E). Les personnes qui vivent sans conjoint sont deux fois plus nombreuses à présenter un poids insuffisant. L'excès de poids, pour sa part, est deux fois plus fréquent chez les personnes qui vivent avec un conjoint.

FIGURE 4C
**Indice de masse corporelle selon la sous-région,
 population de 15 ans et plus,
 Estrie 1992-1993**

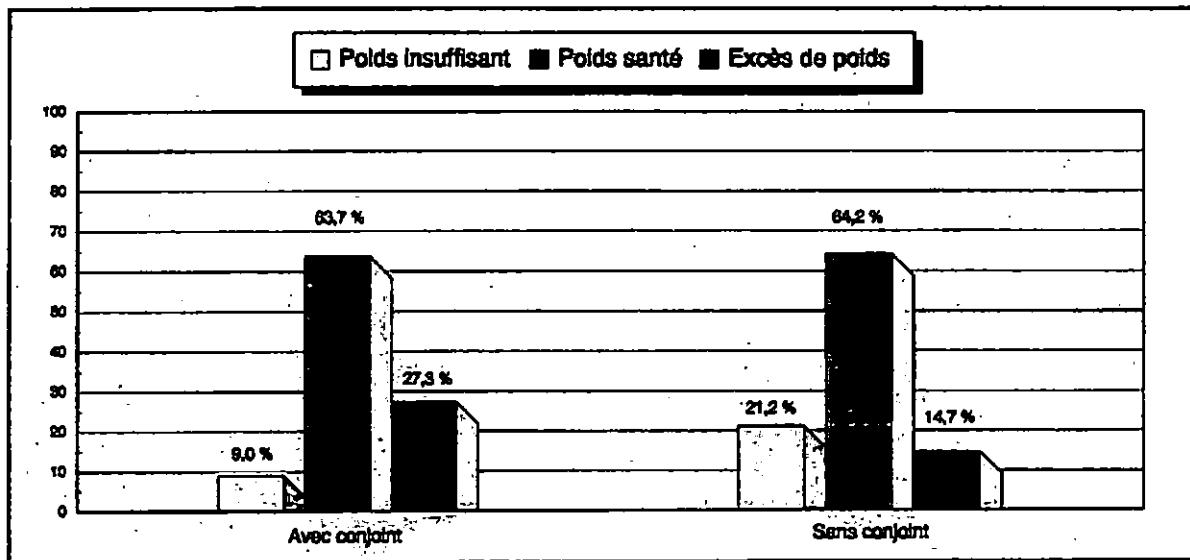


FIGURE 4D
**Indice de masse corporelle selon le niveau de revenu,
 population de 15 ans et plus,
 Estrie 1992-1993**

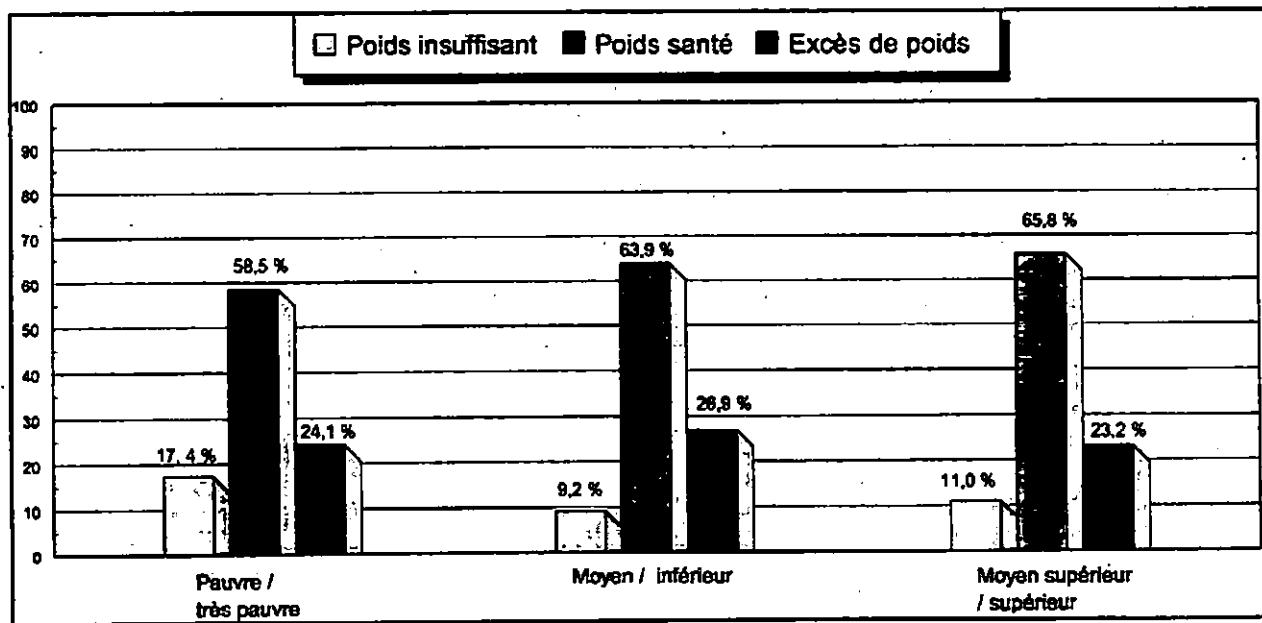
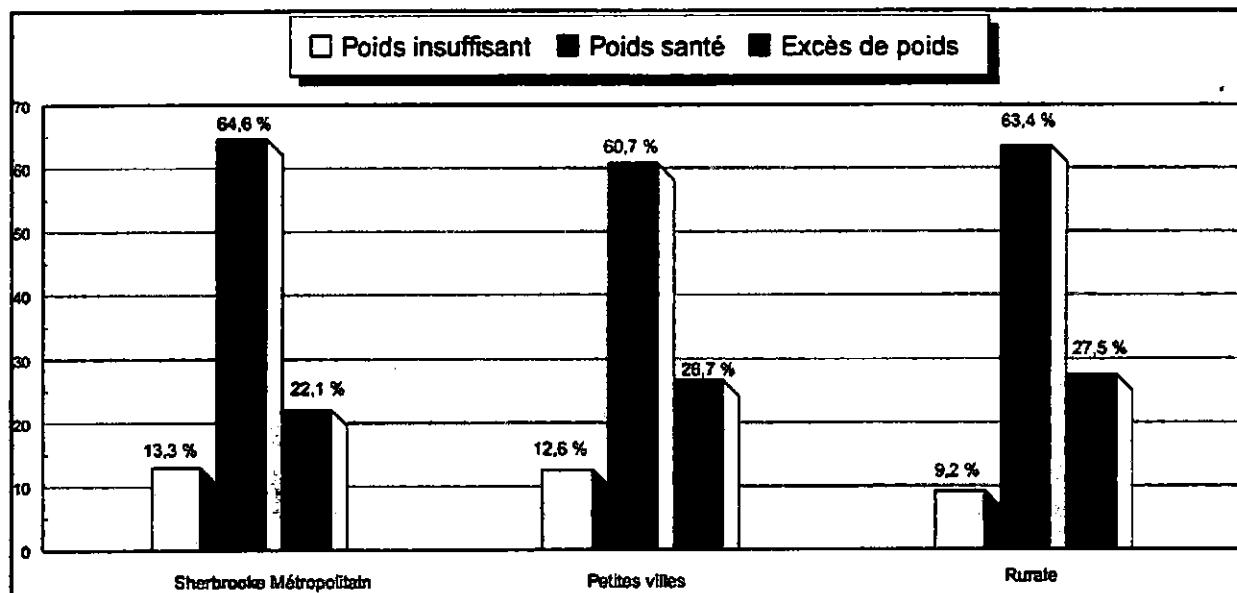


FIGURE 4E

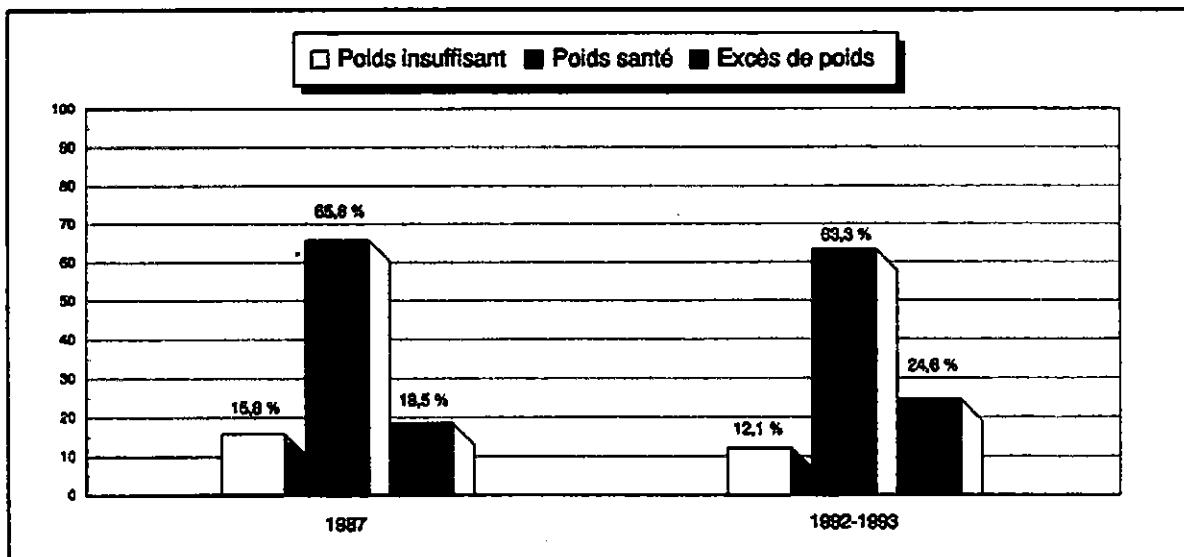
**Indice de masse corporelle selon l'état matrimonial de fait,
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**



Entre 1987 et 1992-1993, la proportion de personnes présentant un excès de poids a augmenté autant chez les hommes que chez les femmes et dans tous les groupes d'âge (Figure 4F). De même, l'insuffisance de poids a diminué chez les personnes des deux sexes et de tous les âges.

FIGURE 4F

**Indice de masse corporelle, population de 15 ans et plus,
Estrie 1987 et 1992-1993**



4.3 CONCLUSION

Les deux tiers des personnes interrogées lors de cette enquête ont un «poids santé». Cette proportion diffère très peu selon l'âge, le sexe, la sous-région, le revenu et l'état matrimonial de fait.

La proportion de la population âgée de 15 ans et plus présentant un excès de poids s'est accrue en Estrie comme au Québec depuis l'Enquête Santé Québec 1987; elle est passée en région de 18 % environ en 1987 à près de 25 % en 1992-1993.

L'excès de poids et, par le fait même, le risque d'être atteint des problèmes de santé qui y sont associés, est en général plus fréquent parmi les hommes, chez les personnes de 45-64 ans et chez les individus vivant avec un(e) conjoint(e).

Par ailleurs, la proportion de personnes ayant un poids insuffisant est plus élevée chez les femmes, les jeunes (15-24 ans), les personnes pauvres et celles qui vivent seules. C'est parmi ces groupes d'individus que des problèmes de santé attribuables à un déficit pondéral semblent plus susceptibles de se développer.

4.4 RÉFÉRENCES

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

CONDITION PHYSIQUE ET SPORT AMATEUR CANADA (1993). Physitest normalisé canadien (PNC), pour les personnes de 15 à 69 ans (3e éd.). Manuel technique. 40 p.

KISSEBAH, A.H. et al. (1989). "Health risks of obesity". Medical clinical North America. Vol. 73, no. 1.

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

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

MSSS (1988). Et la santé, ça va? (Tome 1) Rapport de l'Enquête Santé Québec 1987. Québec, Les publications du Québec. p. 36-46.

CHAPITRE 5

ACTIVITÉ PHYSIQUE DE LOISIR

Daniel Auger

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Direction de la santé publique et de l'évaluation

Le texte qui suit s'inspire fortement du texte sur l'activité physique de loisir du rapport provincial, surtout pour l'introduction, la méthodologie et la conclusion. L'auteur du texte provincial est:

Bertrand Nolin

Centre de santé publique de Québec

5.0 INTRODUCTION

L'activité physique fait partie intégrante de notre vie quotidienne et cela tout au long de notre existence. Comme c'est le cas pour l'alimentation, l'activité physique est un besoin fondamental du corps humain et elle contribue au maintien et à l'amélioration de la santé dans son ensemble. Sur ce point, le deuxième consensus international portant sur cette question (Bouchard, Shephard & Stephens, 1994) nous a apporté un éclairage important.

Le travail, jusqu'au début du 20^e siècle, comportait des exigences physiques importantes pour une bonne majorité de la population. Cependant, du moins en ce qui concerne les pays industrialisés, l'activité physique reliée au travail a passablement diminué pour faire place à une mécanisation croissante des industries et à une économie de services donc, un travail de plus en plus sédentaire pour une portion importante de la population.

L'activité physique de loisir devient alors une avenue intéressante pour combattre cette tendance à la sédentarité reliée à notre mode de vie présent et futur et, dans une très large part, la seule avenue possible. Divers programmes ont été mis sur pied dans les pays industrialisés afin de promouvoir la pratique de l'activité physique durant les temps libres (ex. : Kino-Québec). Sur le continent européen, certaines formules d'incitation à la pratique de diverses activités remontent même au début du siècle (Landry, 1975).

La Politique de la santé et du bien-être du Québec (MSSS, 1992), a confirmé l'importance que les autorités gouvernementales entendent accorder à la pratique de l'activité physique. Cette dernière peut grandement contribuer, de façon directe et indirecte, à l'atteinte de plusieurs des dix-neuf objectifs identifiés, comme la diminution des maladies cardiovasculaires ou l'intégration sociale des 65 ans et plus.

La stratégie retenue par la Politique (MSSS, 1992) est de promouvoir la «régularité» de la pratique de l'activité physique tout au long de l'année, plutôt que «l'intensité» de la pratique durant chacune de ces séances. Les données de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 nous apportent un éclairage intéressant sur cette question et cela, pour diverses clientèles. De plus, nous jetterons un coup d'œil sur les dix activités les plus populaires chez les 15 ans et plus.

5.1 MÉTHODOLOGIE

L'activité physique de loisir a été investiguée à l'aide du questionnaire autoadministré (QAA). La question touchant la fréquence (QAA136) nous donne un estimé du pourcentage de la population pouvant être considérée «active» durant ses loisirs (Godin & Shephard, 1985; Godin, Jobin & Bouillon, 1986; Gonet & Godin, 1989), ainsi qu'un éventail détaillé des diverses autres fréquences d'activités.

Les questions 137 à 140 portent sur les déterminants de la pratique d'activité physique, mais ce sujet n'est pas abordé dans ce rapport et il sera traité au niveau provincial dans une publication

separée. Finalement, les questions 141 et 142 nous donnent un survol global des activités les plus populaires chez les 15 ans et plus.

L'indicateur retenu, dans notre analyse, est la fréquence des activités, 20 à 30 minutes par séance. Les cinq dimensions qui servent à l'analyse de l'activité physique de loisir sont : la nature de l'activité, la forme d'entraînement, l'intensité de pratique, la durée des séances et la fréquence de pratique (Bouchard, 1974); la fréquence de l'activité est une composante majeure lorsqu'on parle de bénéfices-santé et plus particulièrement de la santé physique (Haskell, 1994). De plus, lorsqu'on se réfère à la modification de ce comportement, la fréquence (créer «l'habitude») est la dimension à toucher dans une première étape (Godin & Shephard, 1990).

Pour l'analyse des données régionales, la fréquence de la pratique de l'activité physique a été subdivisée en trois catégories distinctes : 3 fois/mois ou moins (peu ou pas actif), 1 ou 2 fois/semaine (moyennement actif) et 3 fois/semaine ou plus (actif).

Le rapport provincial de la présente enquête fait état de cinq catégories distinctes, ce qui permet de voir avec plus de précision les changements au niveau de la modification de comportement. Ce découpage n'était pas disponible au niveau régional compte tenu de l'effectif de l'échantillon.

Par ailleurs, le pourcentage de non-réponse partielle est de 2,1 % dans notre cas, ce qui nous assure une bonne «photographie» de la situation.

Nous présentons dans la section suivante les principaux résultats concernant la pratique d'activité physique globale de la population de 15 ans et plus, la pratique selon certaines caractéristiques socio-économiques et un survol des dix activités les plus populaires. Pour ce qui est de la fréquence de la pratique selon les saisons, les données ne nous permettent pas ce type d'analyse. Cette situation s'explique par le fait que les répondants se répartissent sur l'ensemble de chacune des quatre vagues de sondage. L'information recueillie peut chevaucher deux saisons car la période de rappel de la question portait sur les trois derniers mois.

Finalement, la comparaison des fréquences de pratique d'activité physique avec les résultats de l'Enquête Santé Québec 1987 n'est pas possible, car l'approche retenue en 1992-1993 est différente de celle de la première enquête.

5.2 RÉSULTATS

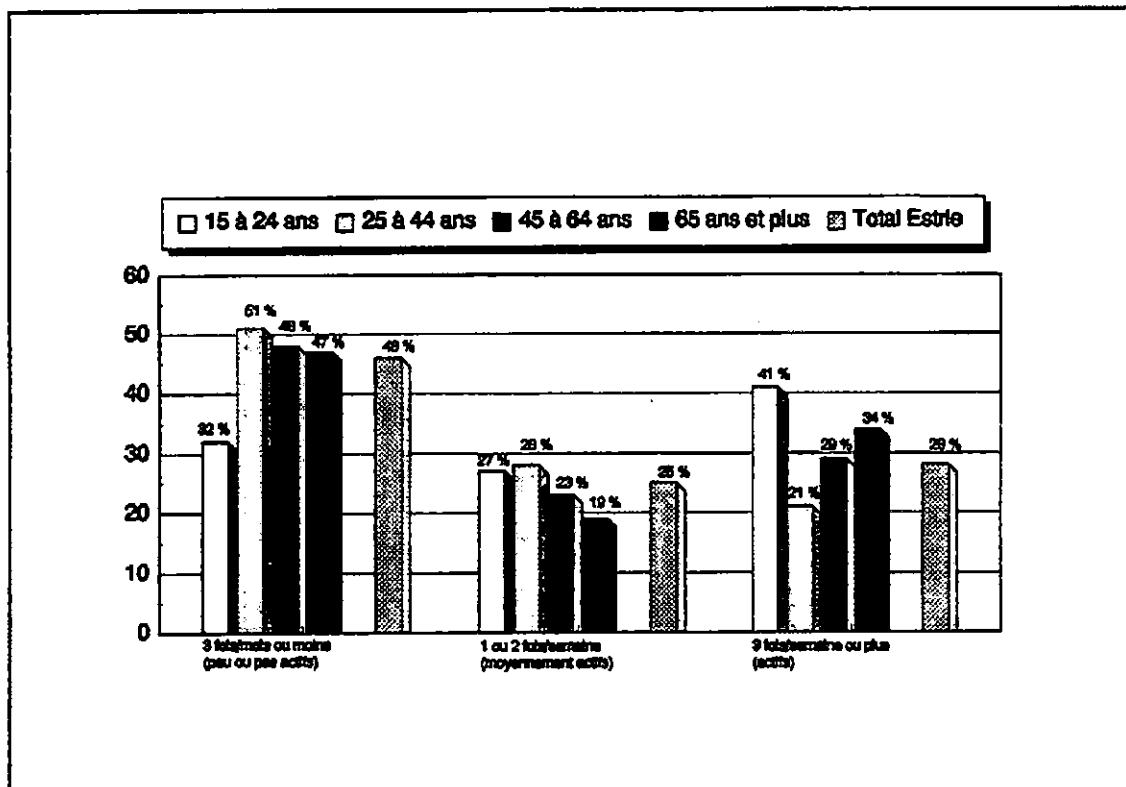
5.2.1 La pratique de l'activité physique chez les 15 ans et plus

Relativement à la fréquence de la pratique d'activités physiques pour l'ensemble des Estriennes et des Estriens de 15 ans ou plus, le groupe le plus important (46 %) est constitué des personnes peu actives ou sédentaires, ce qui est semblable aux données provinciales.

Il est intéressant de noter que les plus hauts pourcentages d'actifs se retrouvent chez les plus jeunes et les plus âgés. De 41 % pour les 15-24 ans, ce pourcentage chute à 21 % chez les adultes de 25-44 ans pour remonter à 29 % chez les 45-64 ans et à 34 % pour le groupe des 65 ans ou plus. Les tendances générales observées en Estrie sont identiques aux résultats obtenus pour l'ensemble de la population québécoise (Figure 5A)

FIGURE 5A

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

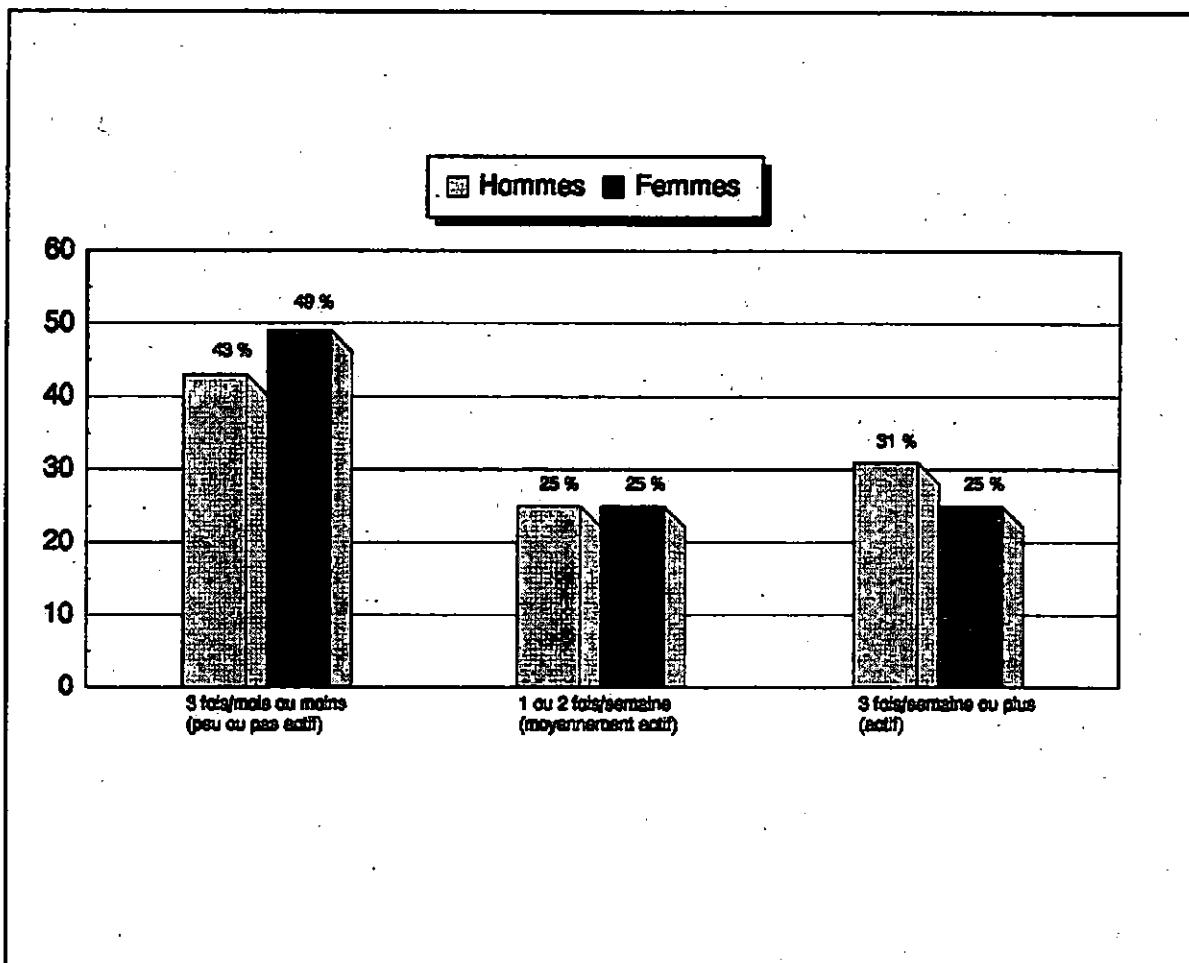


Les 15-24 ans constituent le seul groupe d'âge dont la plus grande proportion (41 %) est active. Pour tous les autres groupes, ce sont les personnes sédentaires ou peu actives qui sont les plus nombreuses. La fréquence des activités physiques de loisir selon le sexe montre que cette habitude est la même chez les femmes que chez les hommes. Bien que les résultats laissent voir que les hommes sont un peu plus actifs que les femmes, la différence en région n'est pas

statistiquement significative (Figure 5B). En comparaison, les données provinciales présentent une différence significative dans les catégories «actifs» (28 % des hommes contre 23 % des femmes) et «peu ou pas actifs» (44 % des hommes contre 49 % des femmes).

FIGURE 5B

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



5.2.2 L'activité physique de loisir et certaines caractéristiques socioéconomiques

Un premier lien est observé avec la scolarité relative. Cinquante pour cent des gens ayant la scolarité la plus basse sont peu ou pas actifs comparativement à 43 % du groupe le plus

scolarisé. À l'inverse, seulement 24 % des moins scolarisés sont actifs contre 32% pour le groupe plus scolarisé (Tableau 5A).

TABLEAU 5A

**Fréquence des activités physiques de loisir, 20 à 30 minutes par séance,
selon certaines caractéristiques socioéconomiques (%),
population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993**

	Fréquence des activités		
	3 fois/mois ou -	1-2 fois/sem.	3 fois/sem. ou +
<i>Niveau de scolarité relative</i>			
faible	50	26	24
élévé	43	25	32
<i>Niveau de revenu</i>			
très pauvre/ pauvre	51	20	29
moyen inférieur	50	24	26
moyen supérieur / supérieur	42	29	29
<i>Etat matrimonial de fait</i>			
avec conjoint	50	26	24
sans conjoint	40	23	37
<i>Sous-région</i>			
Sherbrooke métropolitain	46	24	30
petites villes	48	25	28
rurale	48	27	26

Lorsque l'on examine la relation avec le niveau de revenu, il n'y a aucune différence significative au niveau des données régionales. Cependant, les données provinciales permettent d'observer une augmentation de la sédentarité à mesure que le revenu diminue au détriment des «moyennement» actifs; le revenu ne semblant pas influer sur les «actifs».

Au niveau de l'état matrimonial, il y a une différence significative; les personnes avec conjoint ayant tendance à être plus sédentaires ou peu actives (50 % contre 40 %) que les célibataires.

Finalement, la répartition des répondants selon la sous-région (milieu rural, petites villes ou Sherbrooke métropolitain) n'a donné aucune différence significative dans le taux d'activités physiques.

5.2.3 Les dix activités physiques les plus populaires

Nous utiliserons les données provinciales pour traiter de cet aspect puisque les données régionales ne sont pas disponibles au moment d'écrire ces lignes. Comme les résultats régionaux pour l'activité physique vont souvent dans le même sens que ceux de la province, on peut penser que les préférences des Estriennes et des Estriens s'apparentent à celles du Québec quand vient le temps de passer à l'action.

Les dix activités le plus souvent rapportées comme ayant été faites au moins une fois au cours des douze derniers mois précédant l'enquête sont énumérées ci-après (Tableau 5B)

Nous pouvons observer, comme c'est le cas dans plusieurs enquêtes précédentes (Stephens & Craig, 1990; MLCP, 1987; Roy, 1985), que la marche demeure l'activité la plus populaire (77 %) et cela, chez les deux sexes.

En plus de la marche, trois autres activités ont résisté à «l'usure» du temps et des modes et elles demeurent présentes parmi les dix premières en 1981, 1987 et 1992-1993 soit : le vélo, le patinage libre sur glace et la natation.

TABLEAU 5B

**Les dix activités physiques de loisir les plus populaires (%),
population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993**

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

* Pratiquée au moins une fois durant l'année.

5.3 CONCLUSION

La concentration de la population aux deux extrêmes de l'échelle de l'activité physique de loisir («actifs» et «sédentaires») est un phénomène que l'on observe également dans les dernières enquêtes canadiennes qui ont abordé ce sujet (Millar, 1994; Stephens, 1993; Stephens & Craig, 1990). Cela, même si les pourcentages varient sensiblement selon les définitions retenues pour les catégories «actifs» et «sédentaires» dans chacune des enquêtes.

La variation des pourcentages d'«actifs» et de «sédentaires», selon le groupe d'âge, suit les tendances identifiées dans la plupart des études (Stephens & Caspersen, 1994; Stephens, 1993). Encore là, cette situation est étroitement liée à la définition de chacune des catégories de pratique et au moins une enquête récente (Millar, 1994) identifie plutôt une diminution graduelle des actifs avec l'âge, et non le plus faible pourcentage chez les 25-44 ans.

La pratique de l'activité physique de loisir selon le sexe démontre un avantage au profit des hommes (Millar, 1994; Stephens & Craig, 1990). Néanmoins, on trouve ici encore une exception (Stephens, 1993) et le patron général des variations de la pratique est différent selon l'enquête retenue donc, selon la définition des catégories de pratique choisie par chacune d'elles.

La relation identifiée entre certaines composantes socioéconomiques et l'activité physique de loisir est rapportée dans la majorité des études (Stephens & Caspersen, 1994; Stephens, 1993; Millar, 1994). Les différences que nous observons selon le niveau de scolarité se retrouvent également dans ces dernières, ce qui semble confirmer la sensibilité de ce facteur. Cependant, les différentes définitions utilisées pour catégoriser les individus font que la force du lien n'est pas toujours égale même si le lien est toujours présent.

Le lien avec le revenu, quant à lui, n'est pas toujours aussi évident. Ce lien, selon les définitions retenues (catégories de revenu et de pratique), peut se situer au niveau des actifs (MLCP, 1987) ou des sédentaires (Stephens, 1993). Néanmoins, la relation semble se situer plutôt du côté des sédentaires lorsqu'on utilise les critères de pratique qui sont plus en relation avec la santé. Il semble donc que plus le revenu diminue, plus les gens ont tendance à passer de moyennement actifs à sédentaires.

Finalement, en ce qui concerne les dix activités les plus populaires, la marche demeure le premier choix. Activité accessible comme nulle autre, la marche possède un bon potentiel de bénéfices-santé et elle peut être pratiquée seule ou en groupe, dans des endroits très variés, en toutes saisons, avec un horaire très flexible et elle n'occasionne pas ou très peu de dépenses. De plus, nous remarquons que beaucoup de ces avantages s'appliquent également à plusieurs activités parmi les dix premiers choix.

Les quelques résultats présentés dans cette section font ressortir qu'environ 28 % des 15 ans et plus de la région de l'Estrie peuvent être considérés «actifs» si l'on s'appuie sur le seul critère de la fréquence de pratique de l'activité physique de loisir. Cependant, pour près de la moitié

des Estriennes et des Estriens (46 %), l'activité physique de loisir est pratiquement absente ou trop peu présente pour s'installer solidement dans leur mode de vie.

Cette constatation, compte tenu du lien entre l'activité physique et la santé (Bouchard, Shephard & Stephens, 1994) ainsi que de son potentiel pour l'amélioration de la santé de notre population (Powell & Blair, 1994), confirme le fait que les efforts de promotion de l'activité physique doivent être maintenus, sinon augmentés. De plus, ce type d'action s'inscrit parfaitement dans le virage promotion-prévention retenu dans la Politique de santé et de bien-être du Québec (MSSS, 1992).

La sédentarité durant les loisirs est un problème prévalant et plus particulièrement chez les 25 ans et plus. Cependant, les données d'autres études (Stephens & Craig, 1990; ECPC, 1983) montrent un désengagement progressif de la pratique avant cet âge, ce qui implique qu'il est important d'agir non seulement chez les 25 ans et plus, mais autant et sinon plus avant cet âge.

Pour ce qui est des différences selon le sexe, les efforts doivent être poursuivis afin de diminuer la sédentarité chez les femmes et plus particulièrement chez les 15-24 ans et les 25-44 ans. Un meilleur partage des obligations familiales serait probablement un pas dans la bonne direction en ce qui concerne le temps disponible pour celles-ci (Stephens & Craig, 1990). Cependant, beaucoup d'autres facteurs intrinsèques et extrinsèques à l'individu (Godin & Shephard, 1990) influencent la décision de faire ou de ne pas faire de l'activité physique durant ses loisirs.

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

5.4 RÉFÉRENCES

BLAIR, S.N. et al. (1992). «How much physical activity is good for health?». Annual Revue of Public Health, vol. 13, p. 99-126.

BOUCHARD, C. et al. (1974). La condition physique et le bien-être. Québec, Édition du Pélican. 317 p.

BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.J.; STEPHENS, T. (1994). Physical activity, Fitness and Health : International proceedings and consensus statement. Champaign, Human Kinetics. 1055 p.

COMITÉ D'ÉTUDE SUR LA CONDITION PHYSIQUE DES QUÉBÉCOIS (CECPQ) (1974). Le rapport et les recommandations. Québec, Haut-Commissariat à la Jeunesse, aux Loisirs et aux Sports. 303 p.

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

GIONET, N.J.; GODIN, G. (1989). «Self-reported exercice behaviour of employees : A validity study». Journal of Occupational Medicine, no 31, p. 969-973.

GODIN, G.; SHEPHERD, R.J. (1990). «Use of attitude-behavior models in exercice promotion». Sport Medicine, vol. 10, no 2, p. 103-121.

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

GODIN, G.; SHEPHERD, R.J. (1985). «A simple method to assess exercice behaviour in the community». Canadian Journal of Applied Sport Sciences, no 10, p. 141-146.

HASKELL, W.L. (1994). «Dose-reponse issues from a biological perspective», dans : Bouchard, C.; Shephard, R.J.; Stephens, T. (1994). Physical activity, Fitness and Health : International proceedings and consensus statement. Champaing, Human Kinetics. p. 1030-1039.

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

MILLAR, W. (1994). «Activité physique durant les loisirs», dans : Enquête sociale générale 1991, série analytique : l'état de santé des Canadiens, Ottawa, Statistique Canada. p. 159-170 (Catalogue 11-612F, n° 8).

MSSS (1992). La Politique de la santé et du bien-être. Québec, Gouvernement du Québec.

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

POWELL, K.E.; BLAIR, S.N. (1994). «The public health burdens of sedentary living habits : theoretical but realistic estimate». Med. Sci. Sports Exerc., vol. 26, no 7, p. 851-856.

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

STEPHENS, T.; CASPERSEN, C.J. (1994). «The demography of physical activity», dans Bouchard, C.; Shephard, R.J.; Stephens, T. (1994), Physical activity, Fitness and Health: International proceedings and consensus statement. Champaign, Human Kinetics. p. 204-213.

STEPHENS, T. (1993). «L'activité physique de loisir», dans : Stephens, T. and Fowler Graham, D. Enquête Promotion de la santé Canada 1990 : Rapport technique. Santé et Bien-être social Canada. Ottawa, Approvisionnements et Services Canada. p. 147-159 (N° de catalogue : H39-263/2-1990F).

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

MILIEU SOCIAL

CHAPITRE 6

SOUTIEN SOCIAL

*Lise Labrèche-Gauthier
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Direction de la santé publique et de l'évaluation*

Le texte qui suit s'inspire fortement du texte sur le soutien social du rapport provincial, surtout pour l'introduction, la méthodologie et la conclusion. Les auteurs du texte provincial sont:

*Jocelyne Camirand
GRIS de l'Université de Montréal*

*Raymond Massé
Département d'anthropologie de l'Université Laval*

*Michel Tousignant
LAREHS de l'Université du Québec à Montréal*

6.0 INTRODUCTION

Depuis les années 1970, l'épidémiologie socioculturelle a élargi les modèles biomédicaux classiques. La maladie est toujours considérée, dans le cadre de la triade hôte-agent pathogène-environnement, comme le résultat de l'exposition de l'individu à un ou plusieurs agents pathogènes.

Toutefois, les facteurs environnementaux qui conditionnent la résistance de l'hôte ne se résument plus aux seuls facteurs génétiques ou physiologiques. Les recherches plus récentes mettent en évidence le rôle déterminant de l'environnement social dont deux des composantes, l'isolement social et les événements de vie critiques, constituent les facteurs de risque vedettes (Massé, 1993; Tousignant, 1992).

Cet environnement social est plus que le siège des facteurs pathogènes ou facteurs de risque. Il conditionne fondamentalement la vulnérabilité de l'individu et son potentiel de résistance face aux agents agresseurs. Selon les modèles d'analyse, le soutien social aura un effet bénéfique direct sur la santé ou atténuera, indirectement, les effets néfastes du stress généré par des conditions ou des événements de vie difficiles. La relation entre, d'un côté, l'isolement social (Barrera, 1986; Cohen et Syme, 1985) et les événements de vie critiques (Brown et Harris, 1989) et, d'autre part, la santé en général et des problématiques telles que la violence envers les enfants (Seagull, 1987) ou le suicide (Tousignant et Hanigan, 1986), a, depuis, été largement démontrée.

La Politique de la santé et du bien-être reconnaît d'ailleurs, tout particulièrement, le soutien social comme l'un des déterminants de la santé. Elle fait du réseau familial et social l'une de ses priorités d'action.

6.1 MÉTHODOLOGIE

Seize des questions du questionnaire autoadministré (QAA) nous permettent d'évaluer le degré de soutien social dont dispose la population. Dix de ces questions, dont trois questions filtres, nous permettent de construire un indice de soutien social. Six autres questions donnent un portrait succinct du soutien en milieu familial.

Les indices d'intégration sociale et de soutien perçu utilisés dans l'Enquête Santé Québec 1987 furent critiqués, par leurs concepteurs et par d'autres, pour leur faible fiabilité (Camirand et Potvin, 1991). De plus, de nouvelles questions permettent de mesurer le nombre de confidents, d'aidants aptes à dépanner si mal pris et de personnes capables de manifester de l'affection. Des analyses (Camirand, Massé, Tousignant, 1993) ont permis de créer un nouvel indice de soutien social fondé sur les indicateurs suivants :

- la fréquence de participation à des rencontres avec la parenté, les amis ou les connaissances (QAA 97);

- le fait d'avoir, au cours des deux derniers mois, passé son temps libre seul ou avec d'autres (QAA 98);
- la satisfaction face à la vie sociale en général (QAA 99);
- la présence d'amis et la satisfaction face aux rapports avec les amis (QAA 100-101);
- le nombre de personnes à qui l'on peut se confier, parler librement de ses problèmes (QAA 110-111);
- le nombre de personnes qui peuvent aider si l'on est mal pris (QAA 112-113);
- le nombre de personnes dont on se sent proche et qui nous démontrent de l'affection (QAA 114-115).

Les deux premiers indicateurs réfèrent à une notion de participation ou d'intégration sociale. Les deux seconds traitent de la satisfaction face aux rapports sociaux. Les trois derniers réfèrent à la taille du réseau de soutien.

Les analyses militent en faveur du traitement en un seul indice qui présente une consistance interne appréciable (alpha de Cronbach de 0,70) et une corrélation moyenne inter-items de 0,25. L'indice de soutien correspond à une valeur attribuée sur une échelle allant de 0 (aucun soutien) à 100 (soutien élevé). Il fut calculé pour tous les répondants ayant répondu à au moins six questions sur sept. La moyenne québécoise se situe à 71,5 % avec un écart-type de 15,5 %. Chacun des sept indicateurs qui composent l'indice s'est vu attribuer le même poids. Toutefois, la structure de pointage à l'intérieur de chacun ne respecte pas une logique linéaire. À titre d'exemple, les réponses indiquant aucun confident reçoivent 0 point, 1 confident 2 points, 2 confidents 3 points, 3 ou 4 confidents 4 points et, 5 et plus 5 points. Le score total sur 35 est remis sur 100. Les répondants furent ensuite distribués en quintiles, le premier 20 % des répondants ayant les scores les plus faibles (scores inférieurs à 59). Une version dichotomique de l'indice oppose ce premier quintile (faible soutien) aux quatre autres (soutien élevé) (Camirand, Massé et Tousignant, 1993).

Des analyses ont permis d'examiner la relation entre l'indice de soutien social et diverses caractéristiques sociodémographiques en utilisant chacun des quintiles et la version dichotomique. Les résultats présentés dans les pages qui suivent ne portent que sur l'indice dichotomique, ce dernier, conduisant aux mêmes résultats que la version en quintiles dans la plupart des analyses.

Les autres indicateurs portant sur le milieu familial n'ont pu être regroupés en indice et sont considérés séparément. Ils ont trait :

- au fait de vivre seul ou non (QAA 105);
- au fait d'avoir un conjoint (QAA 106) et d'être ou non heureux avec ce conjoint (QAA 107);
- au fait d'avoir ou non des enfants (QAA 102) et d'être satisfait ou non des relations avec eux (QAA 103).

Les pages qui suivent présentent l'indice de soutien social et les indicateurs qui le composent en fonction de certaines variables sociodémographiques. Le fait de vivre seul est également

présenté en fonction de quelques variables. Enfin, l'évolution de la satisfaction face à la vie sociale est décrite pour la période 1987 à 1992-1993.

6.2 RÉSULTATS

6.2.1 Le soutien social

En Estrie, dans l'ensemble de la population, 82 % des personnes présentent un indice élevé de soutien social et 18 % un faible indice. Plus particulièrement, on note qu'une plus grande proportion d'hommes que de femmes ont un faible indice de soutien social (21 % contre 15 %) (Tableau 6A).

Les jeunes de 15-24 ans se distinguent de l'ensemble des autres groupes d'âge par de meilleurs scores à l'indice; 11 % seulement ayant un faible soutien. Ces résultats vont dans le même sens que ceux du Québec.

Le niveau de soutien social est aussi fortement associé au niveau du revenu du ménage et s'améliore avec celui-ci. En effet, plus du quart des personnes très pauvres ou pauvres (26 %) présentent un niveau faible de soutien social comparativement à 15 % environ des personnes avec un revenu plus élevé.

Pour les données décrites plus haut, la population estrienne présente un profil semblable à celui de l'ensemble de la population du Québec. Cependant, contrairement aux résultats observés pour la province, les données obtenues en Estrie ne démontrent aucune différence significative au niveau des variables sociodémographiques suivantes: l'état matrimonial de fait et l'indice de scolarité relative. Par ailleurs, au Québec et en Estrie, l'indice de soutien social ne varie pas en fonction du statut d'activité au cours des douze mois ayant précédé l'enquête.

Enfin, en Estrie, on n'observe aucune variation significative du niveau de soutien social selon la répartition sous-régionale de la population.

TABLEAU 6A

**Indice de soutien social selon le sexe, l'âge, le niveau de revenu et la sous-région (%), population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	INDICE DE SOUTIEN SOCIAL	
	FAIBLE	ÉLEVÉ
Sexe :		
Hommes	20,8	79,2
Femmes	15,0	85,0
Groupes d'âge :		
15-24 ans	10,8	89,2
25-44 ans	22,6	77,4
45-64 ans	16,9	83,1
65 ans et plus	14,4	85,6
Niveau de revenu :		
Très pauvre/ pauvre	25,7	74,3
Moyen inférieur	14,9	85,1
Moyen supérieur/ supérieur	15,5	84,5
Sous-région :		
Sherbrooke métropolitain	18,2	81,8
Petites villes	19,3	80,7
Rurale	15,8	84,2
Total	17,9	82,1

6.2.2 Les composantes de l'indice de soutien social

Chacune des questions composant l'indice de soutien social peut servir à décrire différentes facettes du réseau de soutien social des personnes âgées de 15 ans et plus (Tableau 6B). Ainsi, en Estrie, environ une personne sur seize (6 %) déclare avoir rarement participé (environ une fois l'an) ou jamais à des rencontres avec la parenté, des amis ou des connaissances au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. De même, un peu plus d'une personne sur dix (11 %) déclare avoir passé plus de la moitié de ses temps libres seule, et une proportion équivalente (11 %) se dit insatisfaite de sa vie sociale. Un faible score à ces trois indicateurs témoigne sans doute d'une faible intégration sociale.

On peut aussi douter de l'adéquation du soutien social et de sa capacité d'offrir une aide instrumentale ou un soutien affectif chez les personnes qui déclarent n'avoir aucun ami (5 %) ou qui en ont mais sont insatisfaites des rapports établis avec eux (3 %); celles qui déclarent n'avoir personne dans leur entourage (amis ou famille) à qui elles peuvent se confier et parler de leurs problèmes (14 %); celles qui n'ont personne pour les aider si elles sont mal prises (4 %) ou qui n'ont personne de qui elles se sentent proches et qui leur témoignent de l'affection (5 %).

Les trois derniers indicateurs traitent de la taille du réseau de soutien et attestent de la diversité des ressources sur lesquelles un individu peut compter pour trois fonctions importantes : la confidence, l'aide instrumentale et le soutien affectif. La taille du réseau varie selon la dimension étudiée. Ainsi, 38 % de la population estrienne déclare pouvoir compter sur au moins trois confidents, tandis qu'une proportion beaucoup plus grande de la population déclare compter au moins trois personnes pour un soutien affectif (68 %) ou de l'aide (71 %).

6.2.2.1 Variation des composantes selon le sexe et l'âge

Les principales différences entre les hommes et les femmes, en regard des indicateurs composant l'indice, touchent la fréquence des rencontres sociales, le nombre de confidents déclarés et le nombre de personnes qui témoignent de l'affection (Tableau 6B). Ainsi, les hommes sont plus nombreux que les femmes à ne jamais rencontrer ou à ne renconter qu'une fois par an parents et amis (7 % contre 5 %); par contre, ils sont moins nombreux à avoir des rencontres sociales hebdomadaires (64 % contre 72 %). Les hommes sont aussi plus nombreux que les femmes à n'avoir aucun confident (18 % contre 11 %). Enfin, ils sont plus nombreux à n'avoir personne qui leur témoigne de l'affection (8 % contre 3 %). Toutes ces différences attestent d'un meilleur soutien social chez les femmes, en particulier en ce qui a trait au soutien émotif. Elles expliquent en grande partie la meilleure performance des femmes à l'indice de soutien social.

La population estrienne se comporte un peu différemment de la population québécoise à l'égard de certains indicateurs de soutien social. Ainsi, alors qu'au Québec, les femmes diffèrent significativement des hommes quant au nombre de personnes disponibles en cas de besoin et à la satisfaction face à leurs amis, en Estrie, ces différences ne s'avèrent aucunement significatives.

TABLEAU 6B

**Composantes de l'indice de soutien social selon le sexe (%)
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	H	F	TOTAL
Fréquence des rencontres sociales (parenté, amis) :			
une fois par an, jamais	7,0	5,3	6,1
au moins une fois par mois	29,2	22,4	25,8
une fois par semaine ou plus	63,8	72,3	68,1
Solitude durant les temps libres :			
seul plus de la moitié du temps	11,7	10,2	10,9
avec d'autres au moins la moitié du temps	88,3	89,8	89,1
Satisfaction face à la vie sociale :			
très satisfait	30,9	34,4	32,7
plutôt satisfait	58,2	54,9	56,5
non satisfait	10,8	10,8	10,8
Présence d'amis :			
non	5,2	4,5	4,8
oui	94,8	95,5	95,2
Satisfaction dans les rapports avec les amis*			
non satisfait	2,9	2,6	2,8
plutôt satisfait	48,1	42,4	45,2
très satisfait	49,0	55,0	52,0
Nombre de confidents			
aucun	17,5	11,3	14,3
un	22,1	16,3	19,1
deux	26,4	30,3	28,4
trois ou plus	34,0	42,3	38,2
Nombre de personnes pouvant aider au besoin			
aucune	4,2	2,8	3,5
une	9,8	7,0	8,4
deux	18,2	17,0	17,6
trois ou quatre	28,0	25,8	26,9
cinq à sept	19,0	22,0	20,5
huit ou plus	20,9	25,5	23,2
Nombre de personnes démontrant de l'affection			
aucune	7,5	3,4	5,4
une	14,2	10,2	12,2
deux	16,8	12,5	14,6
trois ou plus	61,5	73,9	67,8

* Personnes ayant des amis seulement.

Ces indicateurs varient selon l'âge à divers degrés (Tableau 6C). Les jeunes adultes (15-24 ans) occupent une position privilégiée dans certains indicateurs. Ainsi, ils sont plus nombreux (34 %) à pouvoir compter sur un large réseau d'aide en cas de besoin (huit personnes et plus) comparativement aux personnes plus âgées chez qui cette proportion s'établit autour de 20 %. On note, de plus, que la proportion de personnes qui sont la plupart du temps seules durant leurs loisirs s'accroît avec l'âge et passe de 7 % chez les 15-24 ans à 19 % chez les 65 ans et plus.

Les plus jeunes et les plus âgés présentent, cependant, un profil semblable quant aux proportions pouvant compter sur un réseau d'au moins trois confidents, avec des proportions de 50 % et de 49 % respectivement pour les 15-24 ans et les 65 ans et plus, comparativement aux personnes de 25-44 ans et de 45-64 ans (respectivement 30 % et 38 %).

C'est cependant chez les 65 ans et plus qu'on retrouve le plus de personnes satisfaites des relations avec leurs amis avec une proportion de 65 % comparativement aux autres groupes d'âge où les proportions varient de 46 % à 56 %. Ce sont aussi les personnes de 65 ans et plus qui rapportent une plus grande fréquence de rencontres sociales avec 77 % d'individus déclarant en avoir une fois par semaine ou plus comparativement à des proportions variant de 66 % à 69 % dans les autres groupes d'âge.

On remarque, enfin, que les liens affectifs sont moins nombreux chez les 25-44 ans. En effet, dans ce groupe d'âge, 60 % des individus déclarent avoir trois personnes ou plus leur démontrant de l'affection, alors que, dans les autres groupes d'âge, cette proportion égale ou dépasse 70 %.

Ces variations selon l'âge sont semblables à celles qui sont observées au Québec. La population estrienne diffère cependant de la population québécoise pour certaines composantes mais ces différences sont probablement imputables au relatif petit échantillon régional. Alors qu'au Québec, la présence d'amis démontre une relation significative et quasi linéaire avec l'âge, en Estrie, aucune relation significative ne peut être mise en évidence. Au Québec, les personnes de 15-24 ans et celles de 65 ans et plus sont significativement plus nombreuses à avoir des rencontres sociales au moins une fois par semaine; en Estrie, on remarque que le groupe des 65 ans et plus se démarque nettement des autres groupes d'âge. De plus, au Québec, c'est chez les personnes de 65 ans et plus qu'on retrouve le plus de personnes entourées d'un large réseau affectif; en Estrie, avec un pourcentage de 75 %, les personnes de 45-64 ans s'avèrent proportionnellement aussi nombreuses que les personnes de 65 ans et plus à avoir trois personnes et plus leur démontrant de l'affection, comparativement aux 15-24 ans et aux 25-44 ans où les proportions sont respectivement de 70 % et 60 %. Enfin, alors qu'au Québec, ce sont les personnes de 65 ans et plus qui se déclarent le plus satisfaites de leur vie sociale, en Estrie, on ne trouve aucune différence significative entre les différents groupes d'âge.

TABLEAU 6C

**Composantes de l'indice de soutien social selon l'âge (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	15-24	25-44	45-64	65 +
Fréquence des rencontres sociales (parenté, amis) :				
une fois par an, jamais	7,5	4,9	6,6	7,6
au moins une fois par mois	23,2	29,5	27,1	15,1
une fois par semaine ou plus	69,3	65,7	66,4	77,4
Solitude durant les temps libres : seul plus de la moitié du temps	6,8	10,3	10,7	18,6
avec d'autres au moins la moitié du temps	93,2	89,7	89,3	81,4
Satisfaction face à la vie sociale				
très satisfait	36,9	29,4	32,0	38,9
plutôt satisfait	53,4	59,0	55,8	54,3
non satisfait	9,8	11,6	12,3	6,8
Présence d'amis :				
non	3,1	5,8	4,3	5,1
oui	96,9	94,2	95,7	94,9
Satisfaction dans les rapports avec les amis*				
non satisfait	4,2	4,0	0,7	1,1
plutôt satisfait	40,0	50,1	46,9	34,0
très satisfait	55,8	46,0	52,4	64,9
Nombre de confidents				
aucun	5,8	15,9	16,6	16,1
un	13,6	23,8	18,4	13,2
deux	30,6	30,5	26,6	22,0
trois ou plus	50,0	29,8	38,3	48,8
Nombre de personnes pouvant aider au besoin				
aucune	1,1	4,7	3,2	3,1
une	4,9	10,1	7,5	9,5
deux	15,3	18,9	16,5	18,8
trois ou quatre	24,8	26,8	28,1	27,6
cinq à sept	20,4	17,5	25,2	20,8
huit ou plus	33,5	22,1	19,5	20,2
Nombre de personnes démontrant de l'affection				
aucune	4,4	6,0	5,0	5,7
une	14,6	15,6	7,3	7,7
deux	11,2	18,1	13,0	11,7
trois ou plus	69,8	60,3	74,7	74,9

* Personnes ayant des amis seulement.

6.2.2.2 Variation des composantes selon l'état matrimonial de fait

Bien qu'en Estrie, l'indice de faible soutien social ne varie pas selon l'état matrimonial, l'examen des composantes de l'indice nous permet d'observer que les personnes sans conjoint diffèrent significativement des personnes avec conjoint sur certains points. Ainsi, les personnes sans conjoint sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses à occuper leurs temps libres seules (16 % contre 8 %) mais moins nombreuses à n'avoir aucun confident (8 % contre 18 %) (Tableau 6D).

TABLEAU 6D

Niveau faible de l'indice de soutien social selon certaines composantes de l'indice et selon l'état matrimonial de fait (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993

	ÉTAT MATRIMONIAL DE FAIT	
	AVEC CONJOINT	SANS CONJOINT
Rencontres sociales rares/ jamais	6,1	6,4
Temps libres surtout seul	7,9	15,6
Non satisfait de sa vie sociale	n.d.	n.d.
Aucun ami	5,5	3,7
Non satisfait des rapports avec les amis	2,4	3,4
Aucun confident	18,2	8,0
Aucune personne pouvant aider	3,9	2,9
Aucune personne démontrant l'affection	4,9	6,4

6.2.2.3 Variation des composantes selon le niveau de revenu

Plusieurs des indicateurs de soutien social étudiés indiquent que la faiblesse du réseau social est plus grande chez les personnes plus pauvres (Tableau 6E). Ainsi, comparativement aux personnes de ménages plus aisés, les personnes très pauvres et pauvres sont proportionnellement plus nombreuses à n'avoir des rencontres sociales que rarement ou jamais; 10 % chez les plus pauvres contre 6 % et 4 % chez les gens de revenu moyen et supérieur. De même, 16 % des

personnes plus pauvres passent plus de la moitié de leur temps de loisir seules contre 9 % et 10 % des gens des deux autres niveaux de revenu, plus riches. Les personnes pauvres sont aussi deux fois plus nombreuses à n'avoir personne qui puisse les aider en cas de besoin.

Parmi les autres indicateurs de faible soutien social, on n'observe, en Estrie, aucun autre élément significatif alors qu'au Québec, les personnes très pauvres sont aussi plus nombreuses à être insatisfaites de leur vie sociale et à n'avoir aucun ami. De plus, pour l'ensemble du Québec, on observe une croissance du réseau d'aide potentielle et du réseau affectif avec le revenu.

TABLEAU 6E

Niveau faible de l'indice de soutien social selon certaines composantes de l'indice et selon le niveau de revenu (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993

	NIVEAU DE REVENU		
	TRÈS PAUVRE/ PAUVRE	MOYEN INFÉRIEUR	MOYEN SUPÉRIEUR/ SUPÉRIEUR
Rencontres sociales rares/jamais	10,2	5,8	4,1
Temps libres surtout seul	16,4	8,6	9,5
Non satisfait de sa vie sociale	n.d.	n.d.	n.d.
Aucun ami	7,4	5,0	3,2
Non satisfait des rapports avec les amis	2,6	3,7	2,2
Aucun confident	15,5	15,5	12,8
Aucune personne pouvant aider	6,5	2,5	2,5
Aucune personne démontrant de l'affection	5,3	5,3	5,6

6.2.2.4 Variation des composantes selon le statut d'activité

L'analyse des composantes de l'indice selon le statut d'activité (Tableau 6F) met en évidence certaines disparités importantes entre le réseau de soutien des personnes selon qu'elles ont ou non occupé un emploi au cours de l'année ayant précédé l'enquête. Les personnes qui ne travaillent pas sont, comparativement aux personnes qui occupent un emploi, plus nombreuses

à avoir de rares rencontres sociales (8 % contre 5 %) et à être seules durant leurs temps libres (13 % contre 9 %). Sur ces points, la population estrienne se comporte comme celle de l'ensemble du Québec.

Aucune différence significative n'est mise en évidence, en Estrie, au niveau des autres indicateurs de faible réseau social. Au Québec, cependant, on observe que les personnes sans emploi sont aussi plus nombreuses à être insatisfaites de leur vie sociale, à n'avoir personne qui leur témoigne de l'affection, à n'avoir aucun ami et à être insatisfaites de leurs rapports avec ceux-ci.

TABLEAU 6F

**Niveau faible de l'indice de soutien social selon certaines composantes
de l'indice et selon le statut d'activité (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	STATUT D'ACTIVITÉ	
	EN EMPLOI	SANS EMPLOI
Rencontres sociales rares/jamais	4,6	7,7
Temps libres surtout seul	8,6	13,3
Non satisfait de sa vie sociale	n.d.	n.d.
Aucun ami	4,5	5,2
Non satisfait des rapports avec les amis	2,9	2,6
Aucun confident	15,7	12,9
Aucune personne pouvant aider	2,9	4,1
Aucune personne démontrant de l'affection	5,3	5,5

6.2.2.5 Le milieu familial

Six questions ayant trait au fait de vivre seul et à la présence d'un conjoint ou d'enfants de même qu'à la satisfaction ressentie face aux relations avec ces derniers n'ont pu être intégrées à l'indice de soutien social. Elles sont traitées dans le rapport provincial de la présente enquête comme des indicateurs reliés au «milieu familial». Pour des raisons méthodologiques, seule la

question ayant trait au fait de vivre seul est traitée dans le présent rapport régional.

Les résultats montrent qu'en Estrie, plus d'une personne sur huit (13 %) âgée de 15 ans et plus vivait seule au moment de l'enquête (Tableau 6G).

TABLEAU 6G

**Situation de vie selon l'âge (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	SITUATION DE VIE		
	VIT SEUL	VIT AVEC CONJOINT	VIT AVEC AUTRES
15-24 ans	3,7	20,6	75,7
25-44 ans	10,7	74,6	14,7
45-64 ans	14,6	76,4	9,0
65 ans +	30,9	62,0	7,1
Total	13,3	63,9	22,8

La proportion d'individus vivant seuls croît avec l'âge pour atteindre un sommet de 31 % chez les 65 ans et plus. Cette proportion augmente aussi en fonction de la taille du milieu dans lequel vivent ces individus : ainsi, dans le milieu rural, seulement 8 % des individus vivent seuls alors que, dans le milieu urbain, 15 % des individus vivent cette situation (Tableau 6H).

TABLEAU 6H

**Situation de vie selon la sous-région (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	SITUATION DE VIE		
	VIT SEUL	VIT AVEC CONJOINT	VIT AVEC AUTRES
Sherbrooke métropolitain	15,4	59,2	25,3
Petites villes	14,7	66,1	19,3
Rurale	7,8	71,0	21,2
Total	13,3	63,9	22,8

Enfin, on observe que la proportion d'individus vivant seuls varie aussi en fonction du niveau de pauvreté passant de 6 % chez les individus ayant un revenu moyen supérieur et supérieur à 29 % chez ceux qui vivent dans des ménages dont les individus sont considérés pauvres ou très pauvres à l'indice du niveau de revenu (Tableau 6I).

TABLEAU 6I

**Situation de vie selon le niveau de revenu (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	SITUATION DE VIE		
	VIT SEUL	VIT AVEC CONJOINT	VIT AVEC AUTRES
Très pauvre/pauvre	28,7	43,1	28,3
Moyen inférieur	11,3	68,4	20,2
Moyen supérieur/supérieur	6,0	72,5	21,5
Total	13,3	63,9	22,8

Le fait de vivre seul peut être, pour certains, un libre choix et ne se traduira pas par un plus fort isolement social. D'ailleurs, questionnés quant à savoir s'ils sont heureux de vivre seuls, 38 % des Estriens s'en sont dits heureux et 15 % même très heureux. En fait, seulement 6 % des personnes se déclarent malheureuses de vivre seules.

Au Québec, les femmes (61 %) semblent plus fréquemment heureuses ou très heureuses de vivre seules que les hommes (48 %) et ce sont les personnes âgées de 65 ans et plus qui semblent le mieux composer avec cette solitude : 67 % d'entre elles s'en disent heureuses ou très heureuses comparativement à 51 % des 15-24 ans et à 46 % des 25-44 ans. Les données pour l'Estrie semblent indiquer des variations semblables à celles constatées pour l'ensemble de la population québécoise, mais à cause du nombre relativement restreint de répondants dans certaines catégories, leur interprétation doit être effectuée avec prudence.

6.2.2.6 L'évolution de la satisfaction face à la vie sociale: 1987 et 1992-1993

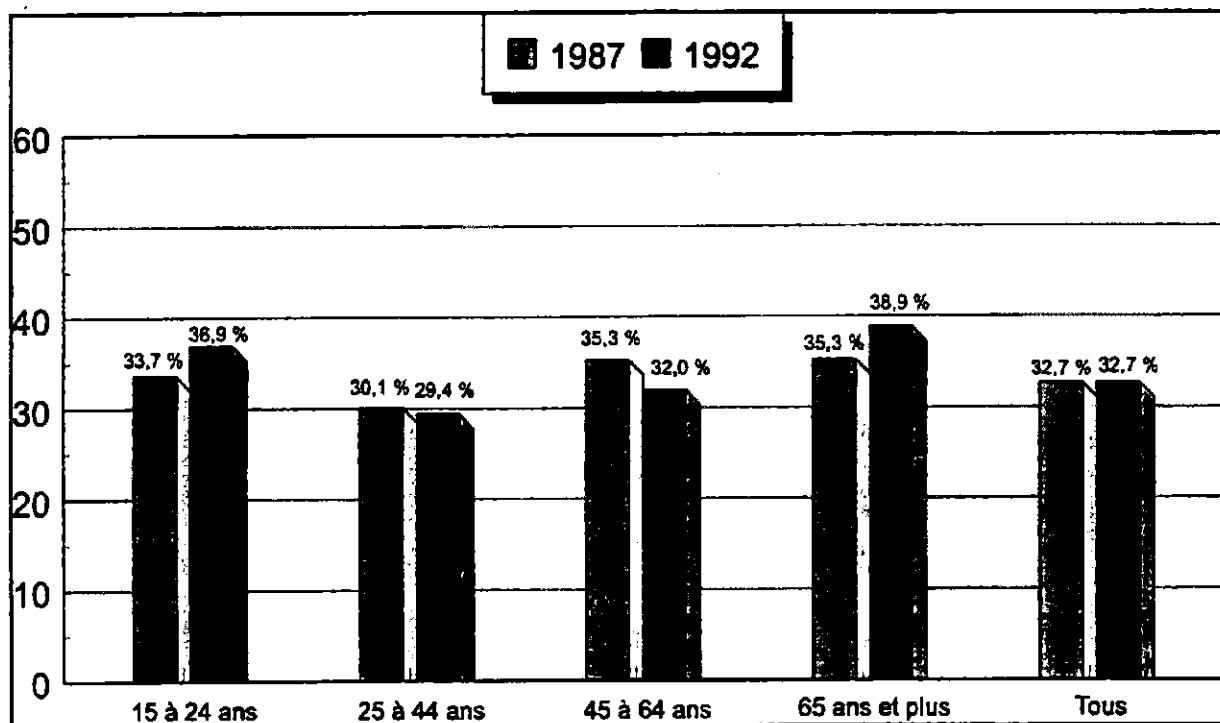
La satisfaction face à la vie sociale avait été considérée, lors des analyses des résultats de l'enquête de 1987, comme le principal indicateur de soutien social. Pour cette raison, nous avons comparé les données obtenues sur ce sujet en 1992-1993 aux résultats de l'enquête précédente¹.

De façon générale, on ne remarque pas de différences importantes entre les enquêtes de 1987 et de 1992-1993 quant aux proportions de personnes vivant en Estrie qui se sont dites insatisfaites (10 % contre 11 %), plutôt satisfaites (57 % contre 57 %) ou très satisfaites de leur vie sociale (33 % contre 33 %). De même, la comparaison par groupe d'âge ne permet de déceler aucune variation significative (Figure 6A). Cette situation diffère de celle qui est observée au Québec. En effet, les données sur la population québécoise indiquent que moins de jeunes de 15-24 ans (35 %) en 1992-1993 se disent très satisfaits de leur vie sociale qu'en 1987 (40 %). Cette diminution de la satisfaction est significative chez les hommes de ce groupe d'âge (42 % à 36 %) et on observe une tendance similaire chez les femmes du même âge (38 % à 35 %). Chez les personnes âgées du Québec, cependant, le phénomène contraire est noté, c'est-à-dire qu'en 1992-1993, plus de personnes de 65 ans et plus (41 %) se disent très satisfaites de leur vie sociale qu'en 1987 (35 %). La tendance est la même chez les deux sexes.

¹ La construction de l'indice de soutien social nécessite certaines questions qui ne figuraient pas au questionnaire de l'enquête de 1987; l'indice ne peut par conséquent servir à la comparaison des deux enquêtes.

FIGURE 6A

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



6.3 CONCLUSION

N'étant fondé que sur un nombre restreint d'indicateurs, l'indice de soutien social utilisé dans ce chapitre ne peut rendre compte de l'ensemble des dimensions du soutien social. Les résultats rapportés confirment tout de même une certaine sensibilité face aux difficultés rencontrées par les hommes et les personnes aux revenus insuffisants dans leur intégration à l'environnement social.

La constitution de larges groupes au lieu de sous-groupes pour le statut d'activité et pour l'état matrimonial a été nécessaire pour l'analyse statistique des données de l'Estrie, nous permettant d'obtenir un plus grand nombre de répondants dans les catégories ainsi constituées pour les calculs. Elle nous empêche, cependant, comme c'est le cas pour les données provinciales, de cibler des clientèles plus vulnérables. Ainsi, pour l'ensemble du Québec, on peut observer que les personnes ayant un revenu très insuffisant, les veufs, séparés ou divorcés seraient les groupes les moins susceptibles de disposer d'un soutien social suffisant en cas de besoin.

Des analyses traitant de l'association entre le soutien social et divers problèmes de santé permettraient de vérifier si l'insuffisance de soutien social fait des hommes et des gens aux revenus insuffisants des personnes plus vulnérables.

Des analyses multivariées devront être effectuées pour établir la contribution respective des caractéristiques sociodémographiques traitées ici une à une. Le fait qu'en Estrie, un individu sur vingt-cinq soit incapable d'identifier au moins une personne pouvant l'aider en cas de besoin ou qu'une personne sur vingt soit incapable de trouver dans son entourage quelqu'un lui démontrant de l'affection confirme la pertinence de la problématique du soutien social pour la planification des programmes de santé.

L'interprétation de certains résultats doit aussi être faite avec prudence. On pourrait, par exemple, s'inquiéter du fait qu'une personne sur huit, en Estrie, vive seule. Or, dans une majorité des cas, les individus se disent heureux de cette situation. Que ce bonheur relatif face au fait de vivre seul résulte d'un choix volontaire de mode de vie ou d'une rationalisation, a posteriori, d'un état de fait non souhaité, il permet de relativiser l'image négative des malheurs de la solitude. Mais, à l'inverse, le fait que cette solitude soit fortement associée aux groupes âgés et à la pauvreté jette un doute sur son caractère heureux. En fait, les résultats largement positifs obtenus aux questions traitant de la «satisfaction» face aux rapports sociaux (avec les conjoints, les enfants, la vie sociale, etc.) soulèvent un doute quant à l'influence d'une certaine désirabilité sociale dans les réponses apportées par les répondants à l'enquête. Des études plus poussées sur cette question devraient être réalisées avant la reprise d'une prochaine enquête.

6.4 RÉFÉRENCES

- BARRERA, M. (1986). «Distinction between social support concepts, measures and models». Amer. Journal of Comm. Psycho. Vol. 14, no 4, p. 413-445.
- BROWN, G.; HARRIS, T.O. (eds) (1989). Life Events and Illness. N.Y. London, The Guilford Press.
- CAMIRAND, J.; POTVIN, L. (1991) «Fiabilité et validité de la mesure du soutien social dans l'enquête Santé Québec». Sherbrooke, Annales de l'ACFAS.
- CAMIRAND, J.; MASSÉ, R.; TOUSIGNANT, M. (1993). Rapport du groupe de travail sur l'environnement social concernant la création d'un indice de soutien social. Manuscrit remis à Santé Québec. (Nov.)
- COHEN, S.; SYME, S.L. (1985). Social Support and Health. Academic Press.
- MASSÉ, R. (1993). «Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie: le cas de l'isolement social». Santé, Culture, Health, vol. IX no 1, p. 109-139.

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

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

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

CHAPITRE 7

AUTONOMIE DÉCISIONNELLE AU TRAVAIL

*Gilles-Yvon Levesque
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Direction de la santé publique et de l'évaluation*

Le texte qui suit s'inspire fortement du texte sur l'autonomie décisionnelle au travail du rapport provincial, surtout pour l'introduction, la méthodologie et la conclusion. Les auteurs du texte provincial sont:

*Renée Bourbonnais,
Chantal Brisson,
Guylaine Dion,
Université Laval*

*Michel Vézina
Direction de la santé publique de la Régie régionale de Québec*

7.0 INTRODUCTION

Le sentiment d'impuissance ou de manque de contrôle sur sa destinée (powerlessness) constitue un facteur de risque important pour la santé (Wallerstein, 1992). L'acquisition de contrôle (empowerment), quoique plus difficile à évaluer, peut être un facteur important de promotion de la santé (Wallerstein, 1992). L'autonomie décisionnelle au travail représente une des dimensions associées au sentiment de contrôle.

L'autonomie décisionnelle réfère à deux aspects de la vie au travail. Elle porte d'abord sur l'autorité décisionnelle, soit la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent et, ensuite, sur la capacité d'utiliser ses habiletés, ses qualifications et d'en développer de nouvelles (Karasek et Theorell, 1990). L'autonomie décisionnelle au travail est donc directement associée au continuum impuissance-puissance ressenti par une personne envers son univers de travail.

Certaines études longitudinales et transversales ont montré que les personnes qui n'ont aucune autonomie dans l'exécution de leur travail deviennent de plus en plus passives dans leur participation à des activités sociales, politiques ou de loisirs (Johansson et al, 1978; Gardell, 1982; Plaisantin et Teiger, 1984; Karasek et Theorell, 1990). À l'inverse, les personnes ayant un travail qui les engage activement ont également une vie sociale active, et ce, quelle que soit leur classe sociale (Karasek et Theorell, 1990; Meisner, 1971; Goiten et Seashore, 1980; Elden, 1981). Les résultats de ces recherches contredisent une idée couramment avancée au sujet du travail morcelé selon laquelle l'individu pourrait compenser un travail ennuyeux et monotone par des activités riches et stimulantes durant ses temps libres. La diminution des loisirs sociaux et le désengagement de la vie sociale pourraient entraîner également une baisse du soutien social qui est un déterminant de la santé.

Dans les stratégies proposées, la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992) prévoit soutenir le milieu de travail, notamment par des actions qui permettent une organisation du travail propice à la participation des travailleurs et travailleuses à la prise de décision.

En raison de l'importance de la population et de la diversité des milieux de travail rejooints par l'Enquête sociale et de santé, il serait possible d'examiner les relations entre l'autonomie décisionnelle au travail, les autres déterminants de la santé et les indicateurs de santé physique et mentale. Plus spécifiquement, dans cette section, nous examinerons l'association entre l'autonomie décisionnelle au travail et les variables sociodémographiques, les variables professionnelles et certains déterminants de la santé.

7.1 MÉTHODOLOGIE

L'autonomie décisionnelle au travail est mesurée par neuf questions. Il s'agit des questions 196 à 200 et 202 à 205 du questionnaire autoadministré (QAA). Cette section touche essentiellement les individus âgés de 15 ans et plus qui occupaient un emploi au moment de l'enquête (question

146 du questionnaire réalisé par interview). Cette sélection se traduit en région par un échantillon pondéré d'environ 661 répondants dont 13 % n'ont pas répondu aux questions. Un tel taux de non-réponse n'est pas négligeable, mais les auteurs du rapport provincial estiment que la plupart des non-répondants étaient probablement des individus n'ayant pas à répondre à cette section, c'est-à-dire des individus sans emploi rémunéré au moment de l'enquête.

Les questions portant sur l'autonomie décisionnelle au travail sont issues du Job Content Questionnaire (Karasek, 1985). Le Job Content Questionnaire (Karasek, 1985) a été développé à partir de questions issues de l'enquête «The U.S. Quality of Employment Surveys (QES)». Les qualités psychométriques de la version initiale (QES) et de la version actuelle de 9 items du questionnaire ont été validées dans des échantillons représentatifs de la population américaine (Karasek et al, 1983; Karasek et Theorell, 1990) et de la population québécoise (Brisson et al, 1993). Ces questions permettent d'évaluer deux dimensions, soit l'autorité décisionnelle au travail (questions 200, 202, 204) et l'utilisation des qualifications (questions 196, 197, 198, 199, 203, 205). Les répondants doivent indiquer leur degré d'accord avec chacune des questions, de 1 : «fortement en désaccord» à 4 : «fortement en accord».

L'indice d'autonomie décisionnelle au travail a été créé par la somme des questions liées à l'utilisation des qualifications et des questions liées à l'autorité décisionnelle, en inversant préalablement la question 199 et en accordant un poids équivalent à chacune des deux dimensions d'autonomie décisionnelle. Le minimum de l'indice d'autonomie décisionnelle est 24 et le maximum est 96. Lors des analyses, les répondants ont été classés selon qu'ils rapportaient un niveau élevé ou un niveau faible d'autonomie décisionnelle au travail en se basant sur le score médian (seuil=74) de l'ensemble des répondants à ces questions.

7.2 RÉSULTATS

7.2.1 Caractéristiques sociodémographiques

En Estrie, l'autonomie décisionnelle est analysée par rapport à cinq critères sociodémographiques : le sexe, l'âge, la scolarité relative, la sous-région et le niveau de revenu. Un faible niveau d'autonomie décisionnelle est plus souvent rapporté par les femmes (57 %) que par les hommes (44 %). Les personnes jeunes (15-24 ans) indiquent un faible niveau d'autonomie décisionnelle beaucoup plus fréquemment (77 %) que les personnes plus âgées (48 % chez les 25-44 ans et 39 % chez les 45-64 ans).

L'autonomie décisionnelle serait associée à la scolarité relative. Les personnes ayant un niveau de scolarité faible mentionnent plus souvent un faible niveau d'autonomie décisionnelle (56 %) que celles ayant un niveau de scolarité élevé (46 %).

Pour ces trois aspects (sex, âge et scolarité relative), les résultats obtenus en Estrie sont quasi identiques à ceux de l'ensemble du Québec.

Le niveau d'autonomie décisionnelle apparaît indépendant de la sous-région de résidence (Sherbrooke métropolitain, petites villes, milieu rural). La distribution du niveau d'autonomie décisionnelle selon le niveau de revenu est sensiblement la même en Estrie qu'au Québec (Tableau 7A). Toutefois, le lien est statistiquement significatif pour le Québec mais non pour l'Estrie.

TABLEAU 7A

**Autonomie décisionnelle au travail selon le niveau de revenu (%),
population de 15 ans et plus occupant un emploi,
Estrie et Québec 1992-1993**

	AUTONOMIE DÉCISIONNELLE			
	FAIBLE		ÉLEVÉ	
	ESTRIE	QUÉBEC	ESTRIE	QUÉBEC
Très pauvre	65	64	35	36
Pauvre	60	57	40	43
Moyen inférieur	53	56	47	44
Moyen supérieur	47	51	53	49
Supérieur	41	39	59	61

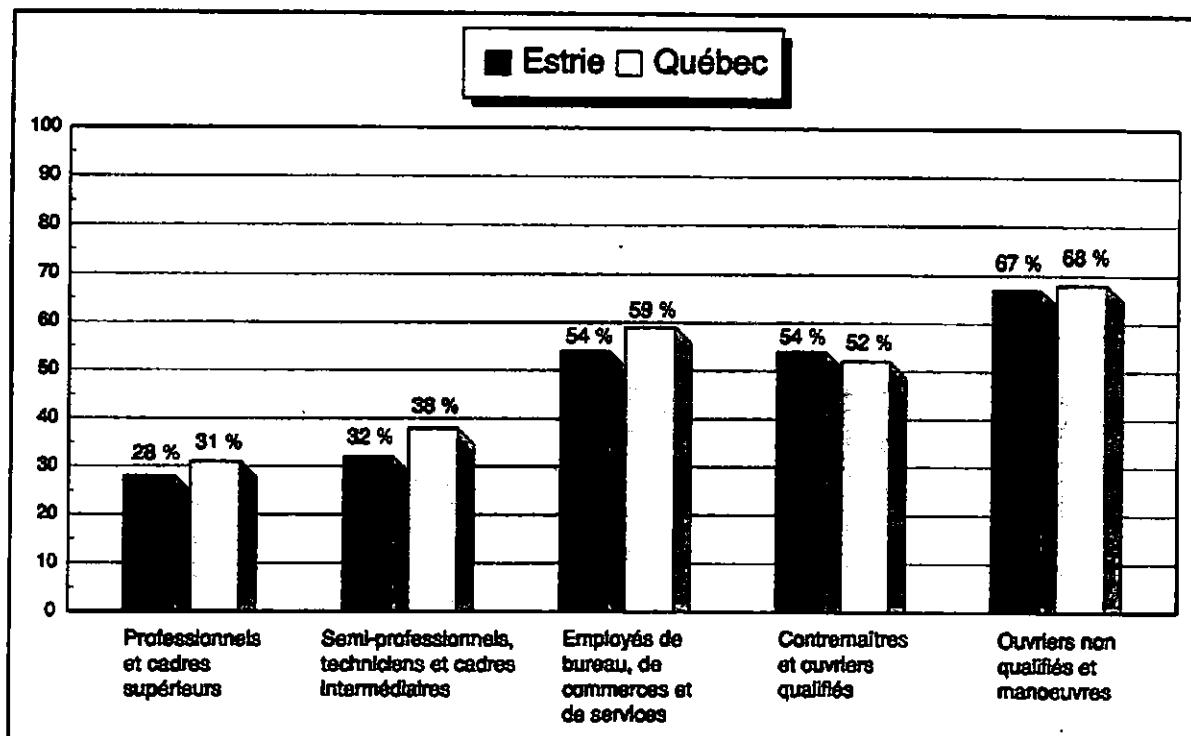
7.2.2 Caractéristiques de l'emploi

Les caractéristiques retenues sont la catégorie professionnelle et le nombre d'heures de travail. L'autonomie décisionnelle varie selon la catégorie professionnelle tant au Québec qu'en Estrie (Figure 7A). Moins du tiers des «professionnels et cadres supérieurs» ont un faible niveau d'autonomie professionnelle. Chez les «employés de bureau, de commerces et de services» et chez les «contremaîtres et ouvriers qualifiés» près de la moitié des personnes indiquent un faible niveau d'autonomie professionnelle. Finalement, cette proportion est de deux tiers pour les «ouvriers non qualifiés et manoeuvres».

Le nombre d'heures de travail est associé significativement au niveau d'autonomie décisionnelle. Les personnes travaillant à temps partiel (24 heures ou moins par semaine) ont plus souvent un faible niveau d'autonomie décisionnelle (71 %) que ceux ayant un emploi à plein temps (56 %; 25 à 44 heures par semaine). Par ailleurs, les gens ayant des heures de travail prolongées (45 heures et plus) n'ont que peu souvent (19 %) un faible niveau d'autonomie décisionnelle.

FIGURE 7A

**Faible niveau d'autonomie
professionnelle au travail, selon la catégorie professionnelle,
population de 15 ans et plus occupant un emploi,
Estrie et Québec 1992-1993**



7.2.3 Description selon certains déterminants

Les déterminants considérés sont des habitudes de vie telles la consommation d'alcool, le tabagisme et la fréquence d'activités physiques, ainsi que la satisfaction face à la vie sociale et l'indice de soutien social.

La consommation d'alcool n'est pas associée de façon significative au niveau d'autonomie décisionnelle en Estrie. Par contre, les données québécoises indiquent une association statistiquement significative; les personnes n'ayant pas consommé d'alcool (pour les 7 jours précédant l'enquête) auraient plus souvent (57 %) un faible niveau d'autonomie décisionnelle que ceux ayant consommé (48 %).

Le tabagisme semble être indépendant du niveau d'autonomie décisionnelle au Québec et en Estrie. Parmi les quatre groupes (non fumeurs, anciens fumeurs, fumeurs occasionnels, fumeurs réguliers), aucune tendance ne se dégage.

La fréquence de participation à des activités physiques de loisir au cours des trois mois précédant l'enquête n'apparaît pas associé au niveau d'autonomie décisionnelle en Estrie. Par contre, les données québécoises montrent une association significative; les individus très actifs (trois périodes d'activités physiques ou plus par semaine) manifesteraient un faible niveau d'autonomie décisionnelle moins souvent que les personnes moins actives.

On note une association significative entre la satisfaction face à la vie sociale et l'autonomie décisionnelle. Les personnes très satisfaites déclarent moins souvent un niveau d'autonomie décisionnelle faible (40 %) que les individus plutôt satisfaits (53 %) ou non satisfaits (65 %).

Les personnes ayant un indice de soutien social faible tendent à avoir un faible niveau d'autonomie décisionnelle plus fréquemment (59 %) que celles ayant un indice de soutien social élevé (48 %).

Pour ces deux volets de l'environnement social, les résultats obtenus en Estrie sont très semblables à ceux de l'ensemble du Québec.

7.3 CONCLUSION

Les résultats indiquent que certaines caractéristiques sociodémographiques sont associées à l'autonomie décisionnelle au travail, soit le sexe, l'âge et la scolarité relative; les individus les plus concernés par une faible autonomie décisionnelle dans leur travail sont ici les femmes, les jeunes (15-24 ans) et les moins scolarisés (indice ajusté pour le sexe et l'âge). Les résultats indiquant que davantage de femmes que d'hommes ont un faible degré d'autonomie décisionnelle sont consistants avec les études antérieures qui rapportent que les femmes ont moins de contrôle sur leur travail que les hommes (Braun et Hollander, 1988; Brisson et al, 1993; Hall, 1989; Karasek et Theorell, 1990). L'effet favorable de l'éducation sur le degré d'autonomie décisionnelle au travail a également été rapporté (Karasek et al, 1981).

Certaines caractéristiques professionnelles sont également associées à l'autonomie décisionnelle au travail, notamment la catégorie professionnelle. À cet égard, les ouvriers non qualifiés et les manoeuvres ont proportionnellement moins d'autonomie décisionnelle que les professionnels et cadres supérieurs. La tendance observée voulant que les emplois à faible statut professionnel comportent moins d'autonomie décisionnelle que les emplois à statut professionnel plus élevé a été maintes fois observée (Brisson et al, 1993; Hall, 1989; Karasek et Theorell, 1990). Les résultats ont également montré que les sujets qui travaillent moins d'heures dans une semaine déclarent moins d'autonomie dans leur travail. Ils sont sans doute dans des emplois plus précaires avec de moins bonnes conditions de travail.

Concernant la consommation de cigarettes, les résultats de l'enquête ne corroborent pas ceux de Green et Johnson (1990) qui démontraient qu'une demande psychologique élevée accompagnée d'un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail était associée à une plus grande consommation de cigarettes. Les résultats observés au Québec mais non en Estrie, pour la pratique d'activité physique sont compatibles avec ceux de O'Connell et Price (1982) qui démontrent que les personnes ayant un fort sentiment de contrôle avaient plus tendance à participer à des programmes d'activités physiques en entreprise. Les résultats observés concernant la consommation d'alcool ne sont pas compatibles avec l'hypothèse voulant qu'un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail soit associé à une plus grande consommation d'alcool. Il est possible que d'autres facteurs psychosociaux liés à l'environnement de travail ou à l'environnement général n'ayant pas été mesurés dans cette enquête, influencent la consommation d'alcool (Seeman et Anderson, 1983). La présence de ces facteurs a pu masquer l'association avec le niveau d'autonomie décisionnelle au travail.

Les résultats sur la satisfaction face à la vie sociale et le soutien social sont appuyés par d'autres études qui ont documenté le lien entre une faible autonomie décisionnelle au travail et une diminution des activités sociales et de loisirs (Gardell, 1982; Plaisantin et Teiger, 1984; Karasek et Theorell, 1990; Meisner, 1971; Goiten et Seashore, 1980; Elden, 1981).

Il n'est pas possible de déterminer à partir de ces analyses dans quelle mesure les différences observées sont, en tout ou en partie, des conséquences d'un niveau élevé d'autonomie décisionnelle au travail ou des conséquences d'autres facteurs associés au niveau d'autonomie décisionnelle au travail, comme par exemple, le niveau socioéconomique.

7.4 RÉFÉRENCES

- BRAUN, S.; HOLLANDER, R.B. (1988). «Work and depression among women in the Federal Republic of Germany». *Women & Health*, no 14, p. 3-26.
- BRISSON, C.; MOISAN, J.; BLANCHET, C.; DION, G.; GUIMONT, C.; VINET, A.; VEZINA, M. et G. DAGENAIS (1993). «Job Strain as a determinant of cardiovascular diseases: Internal reliability, one-year stability and construct validity of its measurement». Société canadienne d'épidémiologie et de biostatistiques. Québec.
- ELDEN, M. (1981). «Political efficiency at work : The connection between more autonomous forms of work place organization and more participatory politics». *Polit. Sc. Rev.*, no 75, p. 43-58.
- GARDELL, B. (1982). «Scandinavian research in stress in working life». *Journal of Health Services*, vol. 12, no 1, p. 31-41.
- GOITEN, B.; S. SEASHORE (1980). «Worker participation : A national survey report». Ann Arbor Michigan. Survey Research Center, University of Michigan.

GREEN, K.L.; J.V. JOHNSON (1990). «The effects of psychosocial work organization on patterns of cigarette smoking among male chemical plant employees». American Journal of Public Health, no 80, p. 1368-1371.

HALL, E.M. (1989). «Gender, work control, and stress : A theoretical discussion and an empirical test». International Journal of Health Services, no 19, p. 725-745.

JOHANSSON, G.; ARONSSON, G.; LINDSTROÖN, B.D. (1978). «Work organization and health - Related Behavior». Actes du 23^e congrès international de Médecine au travail. Montréal, Canada.

KARASEK, R.A.; SCHWARTZ, J.; PIEPER, C. (1983). «Validation of a survey instrument for job-related cardiovascular illness». Available from Dr Robert Karasek, Department of work environment. University of Massachusetts Lowell, Lowell, Massachusetts 01854.

KARASEK, R.; BAKER, D.; MARXER, F.; AHLBOM, A.; THEORELL, T. (1981). «Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease : A prospective study of Swedish men». American Journal of Public Health, no 7, p. 694-705.

KARASEK, R.A. (1985). «Job content questionnaire and user's guide». Available from Dr Robert Karasek, Department of work environment. University of Massachusetts Lowell, Lowell, Massachusetts 01854.

KARASEK, R.A.; THEORELL, T. (1990). «Healthy work : Stress, productivity and the reconstruction of working life». New York , Basic Books Inc. Publishers.

MEISNER, M. (1971). «The long arm of the job». Ind. Relat. Journ., p. 239-260.

O'CONNELL, J.K; PRICE, J.H. (1982). «Health locus of control of physical fitness-Program participants». Perceptual and motor skills, no 55, p. 925-926.

PLAISANTIN, M.-C.; TEIGER, C. (1984). «La lutte des travailleurs de la fédération HACUI-TEX-CFDT. Les contraintes du travail dans les travaux répétitifs de masse et leurs conséquences sur les travailleuses». Actes du colloque CSN-BIT sur les effets des conditions de travail sur la santé des travailleuses, CSN. Montréal, Canada.

SEEMAN, M.; ANDERSON, C.S. (1983). «Alienation alcohol : The role of work, Mastery and community in drinking behavior». American Sociological Revue, no 48, p. 60-78.

WALLERSTEIN, N. (1992). «Powerlessness, empowerment and health : Implications for Health promotion programs». American Journal of Health Promotion, no 6, p. 197-205.

COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS

CHAPITRE 8

COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS FÉMININS

Raymonde Bédard

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Direction de la santé publique et de l'évaluation

Le texte qui suit s'inspire du texte sur certains comportements de santé propres aux femmes du rapport provincial, surtout pour l'introduction, la méthodologie et la conclusion. L'auteure du texte provincial est:

Lise Dunnigan

Direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux

8.0 INTRODUCTION

Ce chapitre a pour objet principal d'estimer la fréquence de certains comportements spécifiques aux femmes liés à la prévention et à la santé. Il traite d'abord du recours aux diverses techniques de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. Il décrit ensuite la consommation d'anovulants et de médicaments à teneur hormonale pour le traitement de problèmes reliés à la ménopause ou pour d'autres raisons.

Le cancer est l'un des dix-neuf problèmes prioritaires identifiés dans la Politique de la santé et du bien-être. Il constitue la seconde grande cause de mortalité au Québec. Chez les femmes, c'est le cancer du sein qui entraîne le plus grand nombre de décès. L'objectif fixé à l'égard de cette maladie est une réduction de la mortalité de 15 % d'ici l'an 2002; pour ce faire, la politique propose de renforcer le dépistage précoce en améliorant les services actuels, en particulier chez les femmes de 50 à 69 ans. La politique encourage aussi le dépistage précoce d'autres formes de cancer, dont le cancer du col de l'utérus pour lequel un dépistage efficace permettrait une réduction de 60 % de l'incidence et de la mortalité (Miller, 1992). La politique suggère également d'explorer les barrières culturelles et comportementales que rencontrent les campagnes de promotion de la santé relativement aux différentes formes de cancer.

En continuité avec l'Enquête Santé Québec 1987, l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 permet de caractériser les femmes qui participent au dépistage de ces maladies. Ces mesures d'enquête présentent l'avantage d'être plus sensible dans le temps que la mortalité et peut indiquer des pistes de recherche et d'intervention à l'égard des groupes qui ne sont pas suffisamment rejoints ou qui présentent des risques plus élevés.

Quant aux questions portant sur certains comportements reliés à la vie reproductive chez les femmes, elles constituent une source unique d'information. Ainsi la prise d'anovulants et la prise d'hormones représentent une part appréciable de la consommation de médicaments prescrits chez les femmes et s'étendent habituellement sur des périodes de plusieurs années. On peut dans une certaine mesure y voir un comportement préventif au sens où les anovulants sont un moyen efficace d'éviter une grossesse non désirée et où les hormones prises à la ménopause sont une des façons de prévenir l'apparition de l'ostéoporose. Cependant, ces médicaments comportent, comme tous les médicaments, des effets secondaires et des risques pour la santé, notamment lorsqu'ils sont associés à d'autres facteurs tel le tabagisme.

8.1 MÉTHODOLOGIE

En matière de prévention des cancers féminins, il existe peu d'approches à l'heure actuelle en dehors du dépistage précoce. Les trois principales méthodes préconisées pour le dépistage du cancer du sein sont l'autoexamen des seins, l'examen clinique et la mammographie. L'enquête fournit des renseignements sur la fréquence à laquelle les Québécoises pratiquent l'autoexamen des seins de même que sur le délai écoulé depuis le dernier examen clinique et la dernière

mammographie qu'elles ont subis. Quant au cancer du col de l'utérus, on en fait le dépistage par un prélèvement vaginal couramment appelé test de Pap; l'enquête permet de connaître le délai écoulé depuis le dernier recours à cet examen.

En ce qui concerne la vie reproductive, on a demandé aux femmes si elles étaient enceintes actuellement, si elles prenaient des pilules contraceptives pour régulariser le cycle menstruel, pour éviter une grossesse ou pour une autre raison et si elles prenaient des hormones pour le traitement de troubles liés à la ménopause (retour d'âge) ou pour une autre raison.

Ces questions apparaissaient dans le questionnaire autoadministré (QAA) remis aux personnes de quinze ans et plus (QAA 7 à QAA 14) et s'adressaient aux femmes seulement. L'échantillon pondéré de l'Estrie compte 612 femmes âgées de 15 ans et plus.

Les mêmes questions figuraient déjà dans l'enquête de 1987 selon le même libellé. Une seule question de l'enquête précédente n'a pas été retenue cette fois, qui permettait de savoir si les répondantes étaient actuellement en période de ménopause. À cette seule exception, les données de 1992 sont comparables à celles de 1987.

Pour la rédaction du présent rapport régional, Santé Québec a fourni les croisements entre ces variables, le groupe d'âge, le niveau de revenu, le niveau de scolarité relative et la sous-région de résidence quand la taille de l'échantillon le permettait. L'utilisation de contraceptifs oraux a été, aussi, produit selon l'usage du tabac et le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Nous disposions pour la région d'un tableau concernant les résultats en 1987 pour fins de comparaison avec ceux de la présente enquête. De plus, nous avons reproduit les résultats globaux obtenus au niveau provincial de façon à ce que le lecteur puisse évaluer les comportements préventifs des femmes de l'Estrie comparativement à l'ensemble des Québécoises. Cependant, ils ne seront commentés que s'ils diffèrent des résultats régionaux. Nous référons le lecteur au rapport provincial pour une analyse plus détaillée des données provinciales.

En utilisant les données de l'enquête, il faut garder à l'esprit qu'elles renseignent sur des comportements déclarés. La désirabilité sociale de ces comportements peut influencer les réponses obtenues. Compte tenu du très faible nombre de répondantes estriennes disant ignorer le délai du dernier examen clinique, de la dernière mammographie et du dernier prélèvement vaginal, nous avons dû les regrouper avec celles qui ont déclaré n'avoir jamais subi l'examen. Cette proportion de «Ne sais pas» ne dépasse cependant pas 3.1 % pour aucun des trois examens.

8.2 RÉSULTATS

8.2.1 Dépistage des cancers féminins

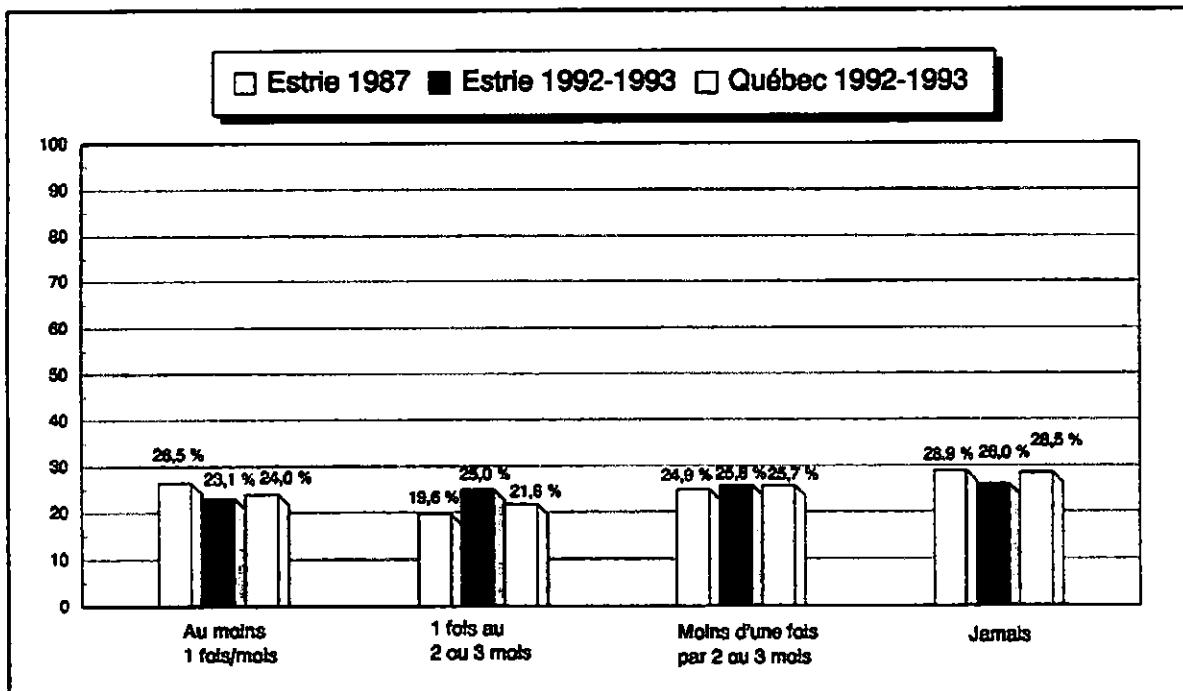
A) Autoexamen des seins

La pratique de l'autoexamen des seins est recommandée à tous les mois indépendamment de l'âge des femmes. Bien que son effet sur les taux de mortalité n'ait pas été démontré, on pense que la majorité des cas de cancer du sein sont découverts par les femmes elles-mêmes (Comité permanent de la santé et du bien-être social, 1992) quoique le comité consultatif provincial sur le dépistage du cancer du sein évalue à 26 % le taux de sensibilité de cette mesure (Comité consultatif provincial, 1995).

Comme au Québec, nous constatons qu'à peine une Estrienne âgée de 15 ans et plus sur quatre (23 %) pratique cet examen sur une base mensuelle, soit la fréquence recommandée. La même proportion s'y adonne moins souvent, soit à tous les 2 ou 3 mois. C'est environ une femme sur quatre qui n'utilise jamais cette méthode de dépistage (Figure 8A).

FIGURE 8A

Fréquence de l'autoexamen des seins,
population féminine de 15 ans et plus,
Estrie 1987, Estrie et Québec 1992-1993



La fréquence selon laquelle les femmes de l'Estrie examinent leurs seins varie avec l'âge. Cependant, la taille de notre échantillon ne nous permet pas de détecter de différence significative d'un groupe d'âge à l'autre, si ce n'est la proportion plus élevée chez les femmes âgées de 15-24 ans (36 %) comparativement aux femmes de 25-44 ans (21 %) à ne jamais avoir pratiqué l'autoexamen.

Les proportions obtenues en 1987 ne présentent pas de différence avec celles de 1992-1993, exception faite d'une augmentation de la proportion de femmes pratiquant l'examen une fois au 2-3 mois, laquelle est passée de 19 % à 25 %. Cette augmentation se fait au détriment, à la fois de celles qui pratiquent la méthode à tous les mois et de celles qui ne la pratiquent jamais, de sorte que les diminutions enregistrées pour ces catégories ne sont pas significatives.

Nous n'avons pu détecter de différence dans la fréquence de l'autoexamen des seins selon le niveau de scolarité, le niveau de revenu ou la sous-région où habitent les femmes de l'Estrie. Au niveau du Québec, cependant, les données de l'enquête ont permis d'établir que les femmes peu scolarisées ou très pauvres sont plus nombreuses à ne jamais examiner leurs seins.

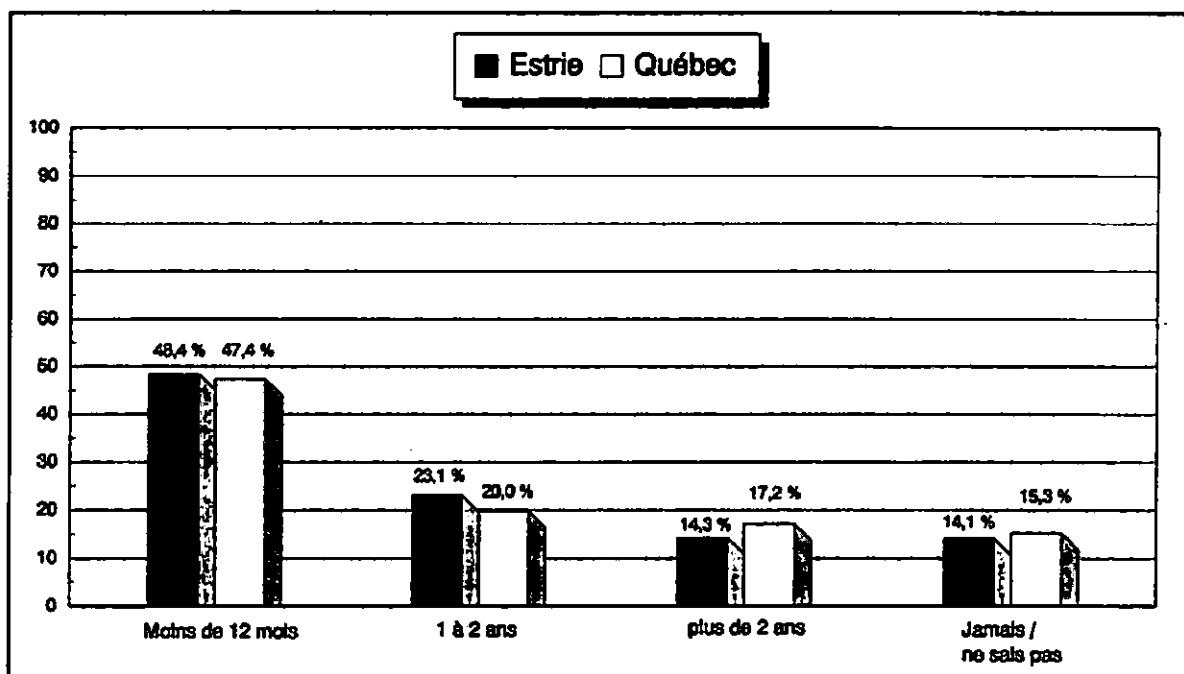
B) *Examen clinique des seins*

L'examen clinique des seins par un professionnel ou une professionnelle de la santé est recommandé sur une base annuelle pour les femmes à partir de 40 ans par le Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique, bien que son efficacité dans la réduction de la mortalité ne soit pas démontrée lorsqu'il est pratiqué seul sans mammographie (Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994).

En Estrie, comme au Québec, c'est environ 48 % de toutes les femmes âgées de 15 ans et plus qui affirment avoir subi cet examen depuis moins d'un an. Pour une femme sur quatre (23 %) le dernier examen clinique des seins remonte à un ou deux ans. Quant à celles qui n'ont jamais eu l'examen ou qui ne savent pas à quand remonte le dernier, leur proportion s'établit à environ 14 % (Figure 8B).

FIGURE 8B

**Temps écoulé depuis le dernier examen clinique,
population féminine de 15 ans et plus,
Estrie et Québec 1992-1993**



Nous pouvons conclure à un lien significatif entre l'âge et le temps écoulé depuis le dernier examen. On constate, en effet, une proportion nettement moins élevée de femmes dont l'examen est survenu il y a moins de 12 mois chez les femmes plus âgées (65 ans et plus) avec 25 % comparativement à environ 50 % chez les femmes âgées de moins de 65 ans. En contrepartie, les femmes âgées de 65 ans et plus et celles de 15-24 ans comptent une plus forte proportion n'ayant jamais subi ce type d'examen ou incapables de dire le délai écoulé depuis le dernier examen (26 % et 30 %) que de femmes âgées de 25 à 64 ans, soit 14 %.

Par ailleurs, on peut noter, chez les femmes de 45-64 ans, une augmentation de 1987 à 1992-1993 de la proportion de celles qui déclarent un délai de moins de 12 mois, soit 41 % à 52 % avec en contrepartie une diminution pour le délai «plus de deux ans», soit 27 % à 16 %. On détecte un autre changement entre les deux enquêtes dans le groupe d'âge des 15-24 ans dont la proportion de celles n'ayant jamais subi d'examen ou ignorant le temps écoulé depuis le dernier passe de 39 % en 1987 à 26 % en 1992-1993, au profit de celles qui déclarent un délai de moins de 12 mois.

Contrairement au Québec où moins de femmes pauvres ou très pauvres (40 %) se sont fait examiner dans les 12 derniers mois que de femmes plus aisées (55 %), nous n'avons pu déceler de lien entre le temps écoulé depuis le dernier examen et le niveau de revenu en région. Cependant, l'analyse du délai de l'examen clinique des seins en fonction du niveau de scolarité relative des femmes en Estrie semble indiquer que les moins scolarisées comptent une plus forte proportion de femmes à n'avoir jamais subi l'examen ou à ne pouvoir en préciser le délai. Cette tendance est également observée au niveau du Québec.

Par ailleurs, nous pouvons signaler que les femmes résidant dans le Sherbrooke métropolitain sont plus nombreuses (55 %) à avoir subi un examen clinique dans les 12 derniers mois que celles habitant ailleurs en région (42 %).

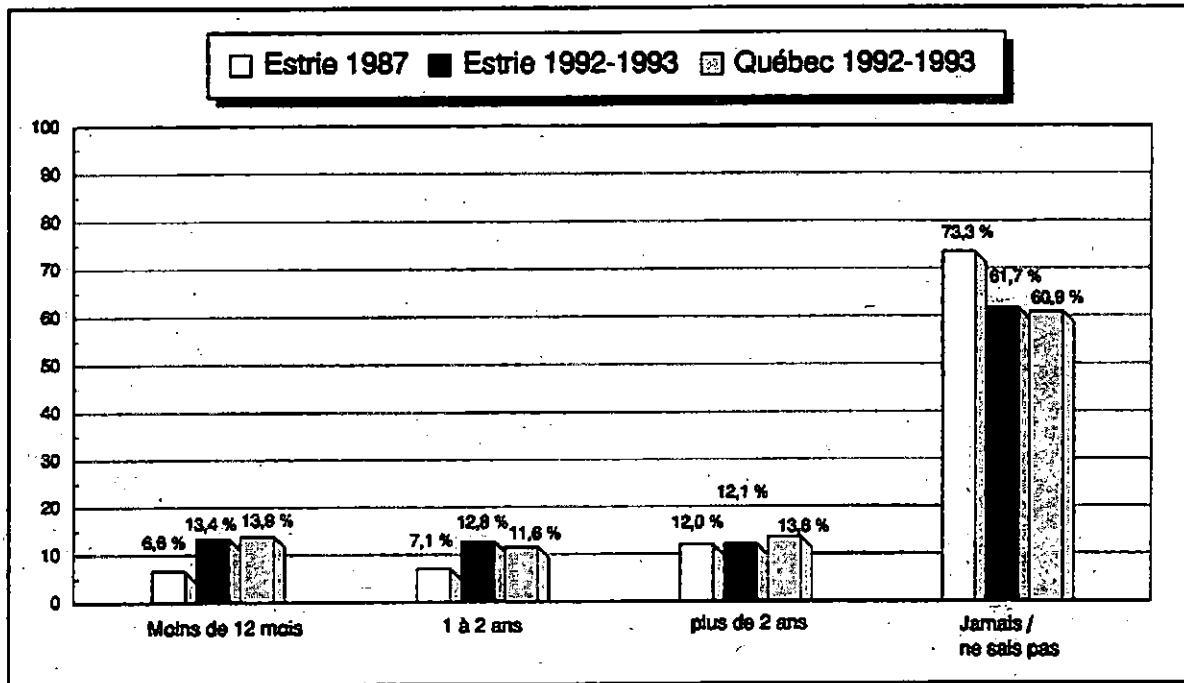
C) *Mammographie*

Les études sur le dépistage du cancer du sein suggèrent que la mammographie combinée à l'examen clinique des seins pourrait éventuellement réduire la mortalité de 40 % chez les femmes de 50 à 69 ans, tandis que l'utilité du dépistage systématique chez les femmes de 40 à 49 ans demeure non démontrée (Conseil d'évaluation des technologies de la santé, 1990 et 1993). La fréquence recommandée à l'heure actuelle par la Société canadienne du cancer et celle retenue dans le Plan d'action québécois pour le dépistage du cancer du sein est d'une mammographie à tous les deux ans pour les femmes de 50 à 69 ans (MSSS, 1993 et 1995).

Près de 14 % des Estriennes et des Québécoises de 15 ans et plus déclarent avoir subi leur dernière mammographie moins de 12 mois précédent l'enquête comparativement à 7 % seulement en 1987. Également 13 % des femmes disent avoir subi ce test entre un et deux ans avant l'enquête, pour 7 % en 1987 (Figure 8C).

FIGURE 8C

**Temps écoulé depuis la dernière mammographie,
population féminine de 15 ans et plus,
Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993**



Bien que cette méthode de dépistage soit recommandée pour les femmes de 50 à 69 ans, on note une augmentation, depuis 1987, de femmes dont la dernière mammographie a eu lieu depuis moins de 2 ans pour tous les groupes d'âge à partir de 40 ans. Ainsi les proportions se sont accrues de 20 % à 46 % chez les 40-49 ans, de 24 % à 54 % chez les 50-59 ans et de 21 % à 35 % chez les 60 ans et plus. C'est près de la moitié des Estriennes se situant dans le groupe d'âge où cette méthode est recommandée (50-59 ans) qui déclarent ne pas avoir eu de mammographie dans les délais voulus, soit à tous les 2 ans. De plus, 28 % d'entre elles disent ne jamais en avoir passée ou ignorent la date de la dernière. Chez les 40 ans et plus cette proportion s'élève à 40 %.

Signalons, enfin, que l'effet du niveau de revenu sur le recours à la mammographie n'a pu être démontré en région comme au Québec. Également, le lien avec la sous-région de résidence n'a pu être clarifié en Estrie.

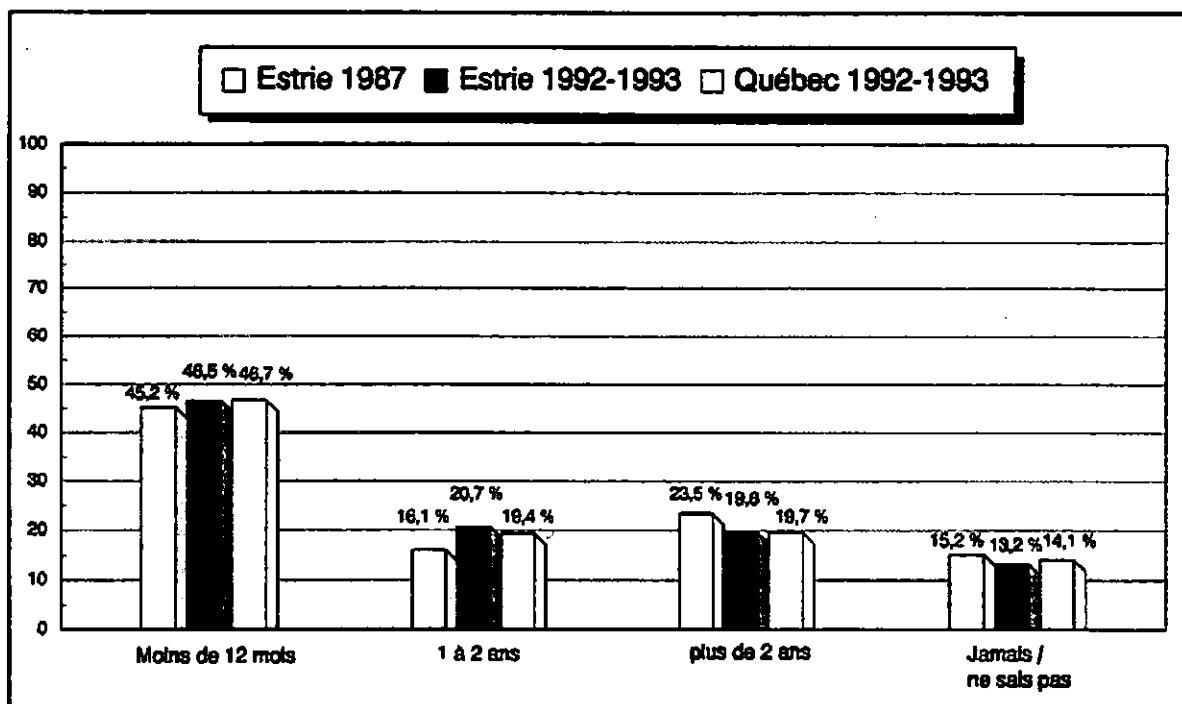
D) Dépistage du cancer du col de l'utérus

En 1982, le Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique recommandait de pratiquer un prélèvement annuel chez toutes les femmes dès le début de la vie sexuelle active et jusqu'à l'âge de 35 ans, puis à tous les cinq ans par la suite. Le consensus médical tend à évoluer vers un prélèvement aux trois ans pour toutes les femmes de 18 ans et plus ayant eu des relations sexuelles, jusqu'à l'âge de 69 ans (Miller, 1992) mais pour diverses raisons la pratique la plus courante consiste à faire un prélèvement annuel à compter du début de la vie sexuelle active.

Quelque 67 % des Estriennes âgées de 15 ans et plus ont eu un test de dépistage du cancer du col de l'utérus (test de Pap) depuis deux ans soit 46 % moins de 12 mois avant l'enquête et 21 %, un à deux ans auparavant. Seulement 13 % des Estriennes n'ont jamais subi ce test ou ignorent le délai écoulé depuis le dernier (Figure D).

FIGURE 8D

Temps écoulé depuis le dernier test de Pap,
population féminine de 15 ans et plus,
Estrie 1987, Estrie et Québec 1992-1993



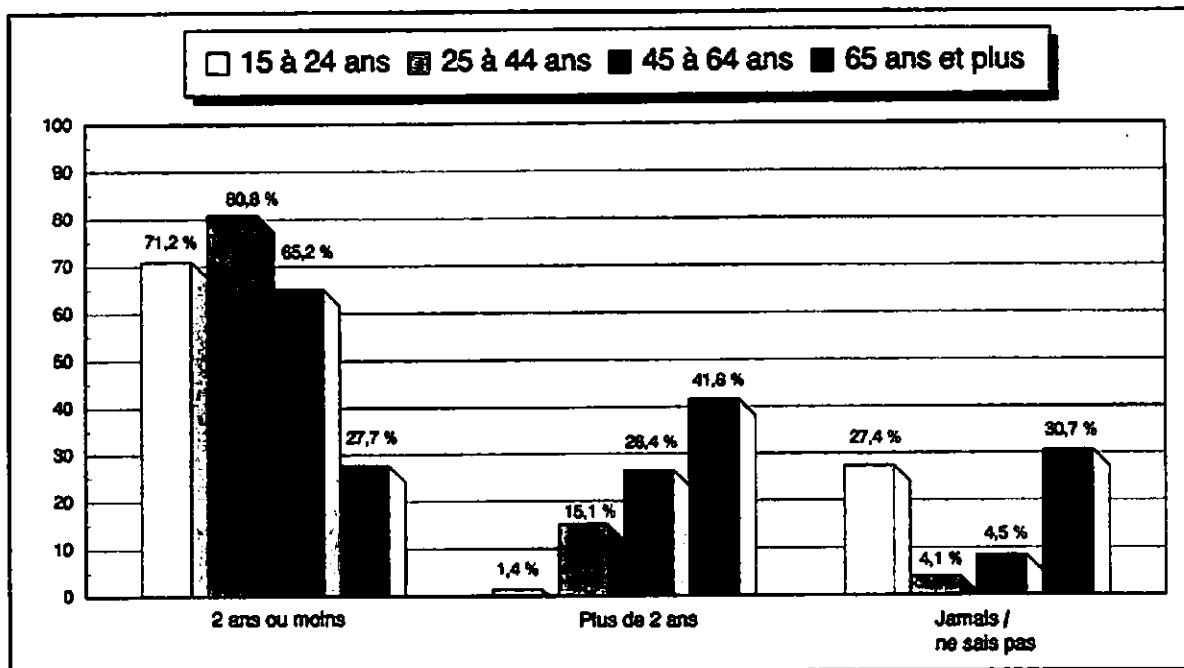
Comparativement à 1987, nous enregistrons une augmentation de la proportion d'Estriennes à avoir subi ce test depuis moins de 2 ans (61 % contre 67 %). Ce sont les femmes de 15-24 ans et de 45-64 ans qui sont surtout responsables de cette augmentation, la proportion passant de 54 % à 71 % pendant cette période chez les premières et de 53 % à 65 % chez les secondes.

Malgré cette progression dans les deux groupes d'âge, c'est parmi les femmes âgées de 25 à 44 ans que nous retrouvons la proportion la plus élevée (81 %) de femmes dépistées dans un délai de 2 ans ou moins. Chez les femmes de 65 ans, cette proportion chute à 28 %; elle est de 67 % pour l'ensemble des Estriennes (Figure 8E).

Bien que la proportion de femmes à ne pas avoir subi le test (ou ignorant le délai) parmi les femmes de 15-24 ans ait diminué depuis 1987, environ 30 % de ces femmes déclarent toujours ne pas avoir subi le test en 1992-1993. À peu près la même proportion est également observée chez les femmes âgées de 65 ans et plus.

FIGURE 8E

**Temps écoulé depuis le dernier test Pap selon l'âge,
population féminine de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**



Par ailleurs, il existerait un lien entre le délai du test de Pap et la sous-région de résidence des Estriennes. En effet, la proportion des femmes ayant subi le test depuis moins de 12 mois semble diminuer selon qu'on habite dans le Sherbrooke métropolitain (52 %), dans une petite ville (43 %) ou en milieu rural (38 %) alors que le phénomène s'inverse pour le délai de 1 à 2 ans avec des proportions respectives de 17 %, 22 % et 28 %. L'écart entre les femmes du grand Sherbrooke et celles du milieu rural est significatif pour ces deux catégories de délais. Quant aux croisements réalisés selon le niveau de revenu et la scolarité relative ils ne révèlent pas de lien en région. Au Québec, cependant, on observe une pratique plus fréquente du test de Pap depuis moins de 12 mois chez les femmes plus scolarisées ou avec un revenu plus élevé.

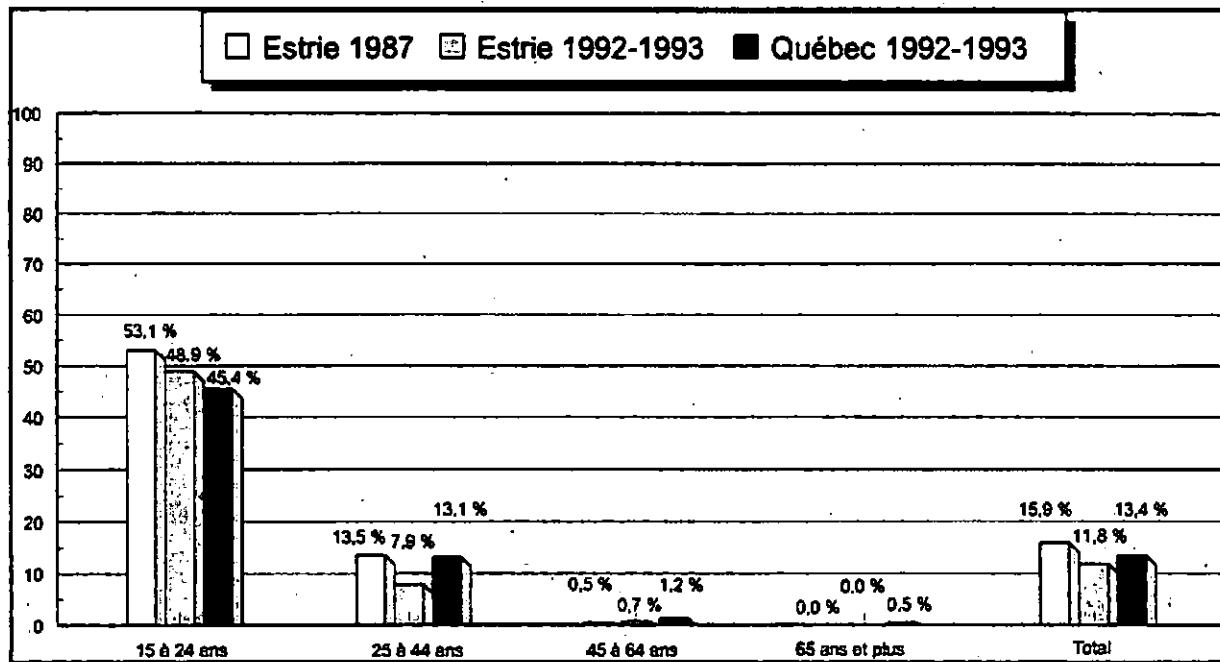
8.2.2 Vie reproductive

A) Utilisation d'anovulants

Selon les résultats de cette enquête, ce serait une Estrienne en âge de se reproduire sur cinq qui a recours à des anovulants, soit la moitié (49 %) de celles âgées de 15 à 24 ans et 8 % des 25-44 ans. Quant aux femmes de 45 ans et plus, elles en font peu usage (Figure 8F). Rappelons que les anovulants deviennent contre-indiqués dès l'âge de 35 ans, en raison des risques de maladies cardiovasculaires.

FIGURE 8F

**Consommation d'anovulants selon l'âge,
population féminine de 15 et plus,
Estrie 1987, Estrie et Québec 1992-1993**



Comparativement à 1987, la proportion de femmes de 15 ans et plus qui ont recours à cette méthode de contraception a diminué, passant de 16 % à 12 %. Nous n'avons pu observer de proportions significativement différentes quant à l'usage d'anovulants entre les fumeuses et les non fumeuses. Cependant, on peut relever que 33 % des femmes qui consomment des anovulants fument régulièrement.

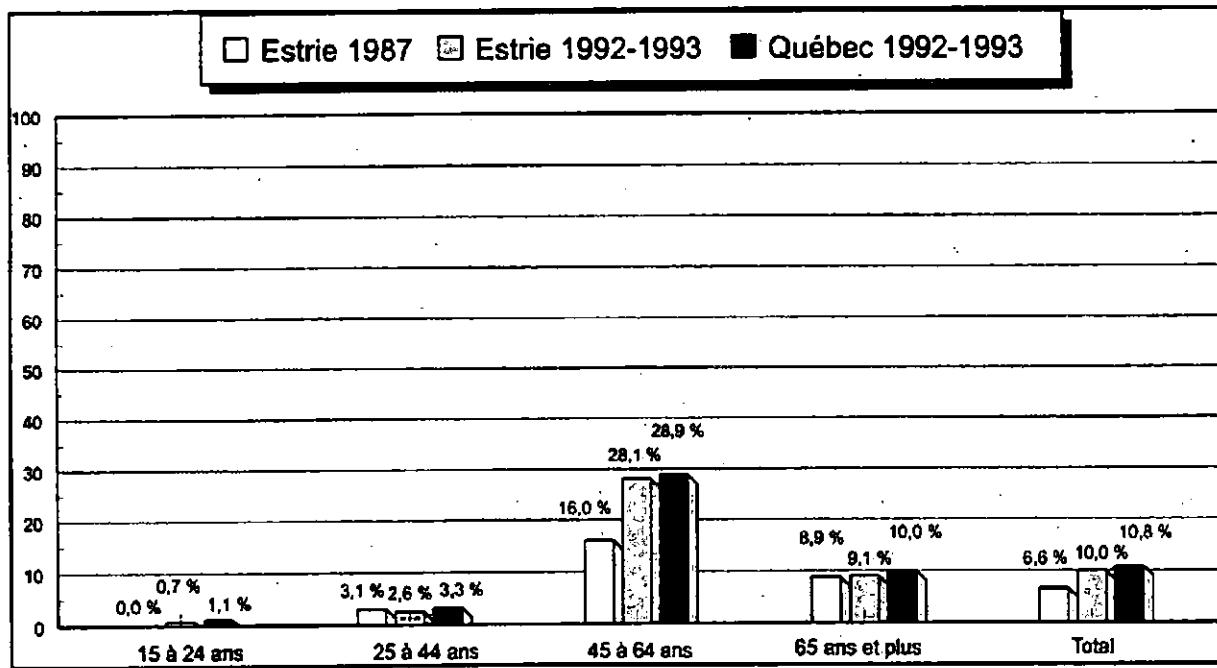
Il existe une association très nette entre le recours aux contraceptifs oraux et le dépistage du cancer du col utérin. La proportion de femmes qui auraient subi un test de Pap depuis moins de 12 mois s'établit à 73 % chez celles qui utilisent cette méthode de contraception pour seulement, 43 % chez les autres. Nous retrouvons, cependant, les mêmes proportions de femmes à n'avoir jamais subi ce test ou ignorant le délai du dernier dans l'un et l'autre groupe.

B) Utilisation d'hormones à la ménopause

Chez l'ensemble des Estriennes de 15 ans et plus, la proportion de celles qui utilisent des hormones pour le traitement de problèmes liés à la ménopause ou non s'est accrue depuis 1987 (7 % contre 10 %). En fait, les trois quarts des femmes en consommant se retrouvent dans le groupe des 45-64 ans. Si 16 % des femmes de ce groupe d'âge étaient des consommatrices de ces «médicaments» en Estrie en 1987, la proportion s'établit en 1992-1993 à 28 %.

FIGURE 8G

**Consommation d'hormones pour troubles liés à la ménopause ou pour une autre raison,
selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus,
Estrie 1987, Estrie et Québec 1992-1993**



8.3 CONCLUSION

Il ressort que les Estriennes ont un comportement très similaire à l'ensemble des Québécoises en matière de comportements préventifs féminins.

Seulement une femme âgée de 15 ans et plus sur quatre, en Estrie, pratique l'autoexamen des seins à une fréquence mensuelle. Quant à l'examen clinique des seins recommandé sur une base annuelle chez les 40 ans et plus, on constate que les Estriennes âgées de 45 à 64 ans n'y ont guère plus recours annuellement que les femmes plus jeunes avec 52 % pour seulement 25 % de celles âgées de 65 ans et plus. Dans le cas de la mammographie, on note une amélioration puisque près de la moitié des femmes de 50-59 ans, particulièrement visées par le Plan d'action pour le dépistage du cancer du sein, déclarent avoir eu leur dernière mammographie dans les délais recommandés (2 ans ou moins) comparativement à seulement 24 % en 1987. Nous ignorons, cependant, si ces dernières ont également eu un examen clinique des seins pendant cette période.

Enfin, concernant le dépistage du cancer du col utérin, on note une augmentation de femmes ayant subi le test de Pap dans un délai de moins de deux ans depuis 1987 (61 % à 67 %).

La taille de l'échantillon régional ne nous a pas permis de déceler de liens entre ces comportements et le niveau de scolarité ou de revenu des femmes estriennes. Nous devons, donc, nous référer, en cette matière, aux résultats québécois qui mènent les auteurs du rapport provincial à conclure qu'une faible scolarité, un faible niveau de revenu et l'appartenance aux groupes ethniques minoritaires sont les caractéristiques les plus fréquemment relevées chez les femmes qui n'ont jamais bénéficié d'un examen de dépistage.

On a pu constater des délais plus courts chez les femmes demeurant dans le grand Sherbrooke pour l'examen clinique des seins et le test de Pap. Ces différences sont, probablement, le fait d'une plus grande accessibilité aux services dont jouiraient les femmes résidant en milieu fortement urbanisé. Elles peuvent aussi résulter, en partie, de disparités socioéconomiques d'un milieu géographique à l'autre.

Implications pour la planification et la prise de décision

En regard des objectifs visant la réduction de la mortalité par cancer du sein, il apparaît opportun d'augmenter la pratique d'autoexamen des seins chez toutes les femmes de l'Estrie et le recours à l'examen clinique chez celles de 40 ans et plus. Il faut se réjouir des progrès du dépistage du cancer du sein par mammographie depuis 1987 et poursuivre nos efforts pour en assurer l'accès à une proportion toujours plus élevée de femmes de 50-69 ans puisque l'objectif du programme est de 75 %. L'accès à cette forme de dépistage très efficace pourrait être combiné à un examen clinique pour accroître nos possibilités de réduire la mortalité.

Dans l'ensemble, la lutte contre le cancer du col a progressé en Estrie. Cependant, des efforts particuliers auprès des 15-24 ans ne consommant pas d'anoovulants et les femmes de 65 ans et plus devraient être investis.

Il faudra, aussi, apporter une attention spéciale aux fumeuses régulières qui utilisent des anoovulants ou des hormones compte tenu des risques accrus que ces femmes encourent pour leur santé cardiovasculaire.

Enfin, les femmes des milieux défavorisés apparaissent à la lumière des résultats provinciaux, un groupe particulièrement vulnérable pour qui des moyens plus spécifiques de dépistage devront être mis en action.

8.4 RÉFÉRENCES

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, du troisième âge et de la condition féminine (1992). Le cancer du sein : des questions sans réponse. Ottawa, Approvisionnements et services Canada.

COMITÉ CONSULTATIF SPÉCIAL SUR LA PHYSIOLOGIE DE LA REPRODUCTION (1985). Contraceptifs oraux, rapport 1985. Ottawa, Ministère de la santé nationale et du bien-être social..

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, du troisième âge et de la condition féminine (1992). Le cancer du sein: des questions sans réponse. Ottawa.

CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ (1993). Le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans. Québec.

CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ (1990). Dépistage du cancer du sein au Québec : estimation des coûts et des effets sur la santé. Québec.

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE (1994). Guide canadien de médecine préventive. Ottawa, Santé Canada.

MILLER, A. (1992). «Planification des stratégies de lutte contre le cancer». Maladies chroniques au Canada. Vol. 13, no 1 : s27 (supplément de janvier-février).

MSSS (1993). Plan d'action pour le dépistage du cancer du sein. Québec.

MSSS (1995). Dépistage du cancer du sein au Québec. Lignes directrices. Rapport du comité consultatif provincial, Québec.

ÉTAT DE SANTÉ

ÉTAT DE SANTÉ PERÇU

CHAPITRE 9

PERCEPTION DE SON ÉTAT DE SANTÉ

*Robert Pronovost
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Direction de la santé publique et de l'évaluation*

Le texte qui suit s'inspire fortement du texte sur la perception de l'état de santé du rapport provincial, surtout pour l'introduction et la méthodologie. L'auteure du texte provincial est:

*Madeleine Levasseur
Direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux*

9.0 INTRODUCTION

La perception ou l'autoévaluation de la santé constitue un indicateur important de l'état de santé de la population. Elle reflète l'appréciation globale que l'individu fait de son propre état de santé en intégrant ses connaissances et ses expériences relatives à la santé ou à la maladie.

Des études montrent qu'il existe un lien entre la perception de l'état de santé et la morbidité déclarée sous la forme de symptômes ou de maladies aiguës ou chroniques (Segovia et coll., 1989b; Liang et coll., 1991; Fylkesnes et Forde, 1992a). La perception de l'état de santé est aussi étroitement associée aux mesures d'incapacité fonctionnelle et de limitation des activités (Segovia et coll., 1989b). Au surplus, elle est reconnue comme étant un bon prédicteur de la mortalité (Idler et Angel, 1990; Wannamethee et Shaper, 1991). Outre les caractéristiques sociodémographiques, les habitudes de vie, de même que l'environnement social et l'utilisation des services de santé comptent parmi les autres déterminants de la perception de l'état de santé (Santé et Bien-être social Canada, 1993; Fylkesnes et Forde, 1992a; Segovia et coll., 1989a; Mays et coll., 1992; Kutner, 1987).

L'autoévaluation peut être considérée comme un indicateur intéressant pour la surveillance de l'état de santé de sous-groupes de la population autant sur le plan socioéconomique que géographique. De pair avec d'autres indicateurs, elle peut aussi être utilisée comme indicateur de besoins de services de santé dans un contexte d'allocation de ressources.

Ce chapitre examine, dans un premier temps, l'interdépendance entre la perception de l'état de santé et les caractéristiques démographiques d'âge et de sexe de la population et établit des comparaisons avec les données de l'enquête Santé Québec 1987. Puis, il étudie la perception de l'état de santé en fonction des conditions de vie caractérisées par le niveau de scolarité relative, le niveau de revenu, la sous-région, de comportements comme le tabagisme et l'activité physique, de l'indice de masse corporelle (IMC) et des variables d'environnement social suivantes : la satisfaction face à la vie sociale et le soutien social.

9.1 MÉTHODOLOGIE

En plus d'être considérée comme une mesure fiable et valide, la perception de l'état de santé comporte l'avantage d'être facile à obtenir. Elle ne nécessite qu'une seule question, aussi est-elle utilisée dans un grand nombre d'enquêtes de santé. Dans la présente enquête, la question fait partie du questionnaire autoadministré (QAA), et s'adresse à la population des 15 ans et plus. Elle prend la forme suivante : «Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise». Puisque la formulation de la question est identique à celle de l'enquête Santé Québec 1987, il est donc possible de comparer le résultat des deux enquêtes.

En raison de leurs faibles proportions, les non-réponses partielles sont exclues des tableaux. Le pourcentage le plus élevé (4 %) concerne le tabagisme, mais les "inconnus" se répartissent selon les niveaux de perception de l'état de santé comme l'ensemble de la population.

Quand la perception est croisée avec une autre variable pour l'analyse régionale, les répondants ont été regroupés selon deux seules catégories : les gens satisfaits ou non satisfaits de leur état de santé. Les premiers sont ceux qui ont qualifié d'excellente, très bonne ou bonne leur santé, les seconds étant ceux qui la perçoivent moyenne ou mauvaise. Ce regroupement s'imposait vu la taille trop restreinte de l'échantillon pondéré régional, soit 1212 répondants dont 8 n'ayant pas répondu à la question.

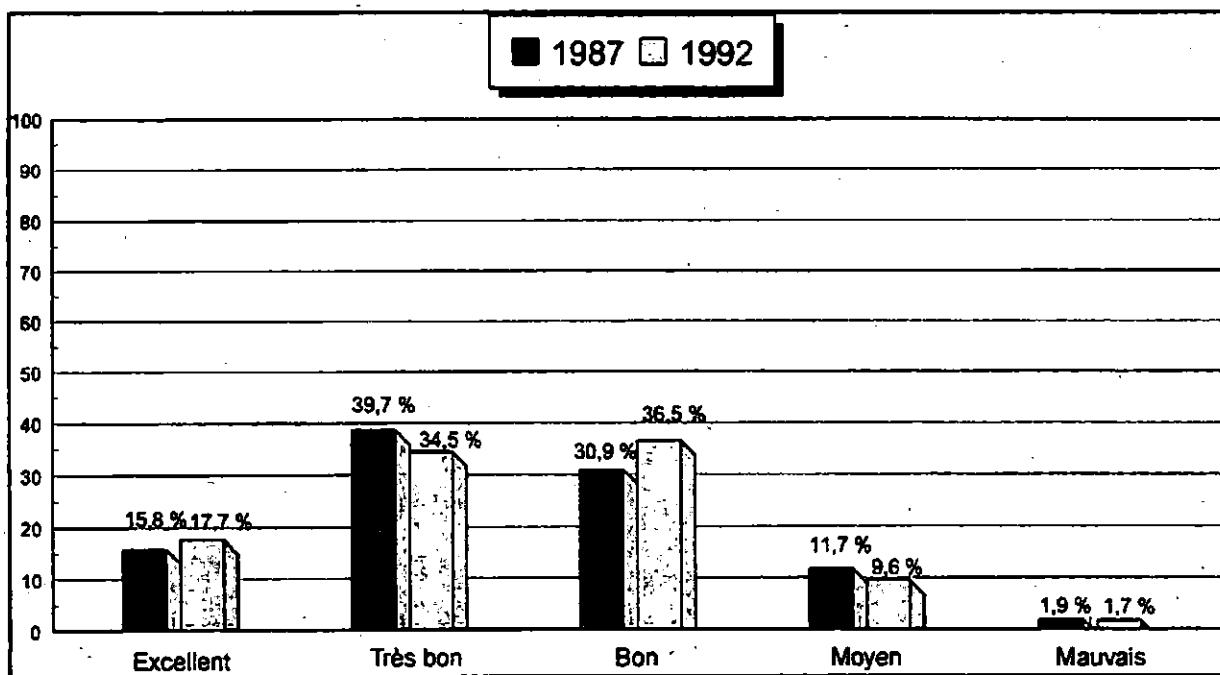
9.2 RÉSULTATS

9.2.1 État de santé perçu en Estrie

En Estrie, près de 90 % des gens perçoivent positivement leur état de santé. En effet, 18 % des répondants le jugent même excellent alors que 72 % le qualifie de très bon, ou bon. En contrepartie, la proportion de gens en Estrie le considérant comme moyen ou mauvais s'établit à 11 %. (Figure 9A). Le Québec présente des résultats quasi-identiques à ceux de la région, aussi limiterons-nous notre description aux résultats régionaux.

FIGURE 9A

Perception de l'état de santé,
population de 15 ans et plus, Estrie 1987 et 1992-1993



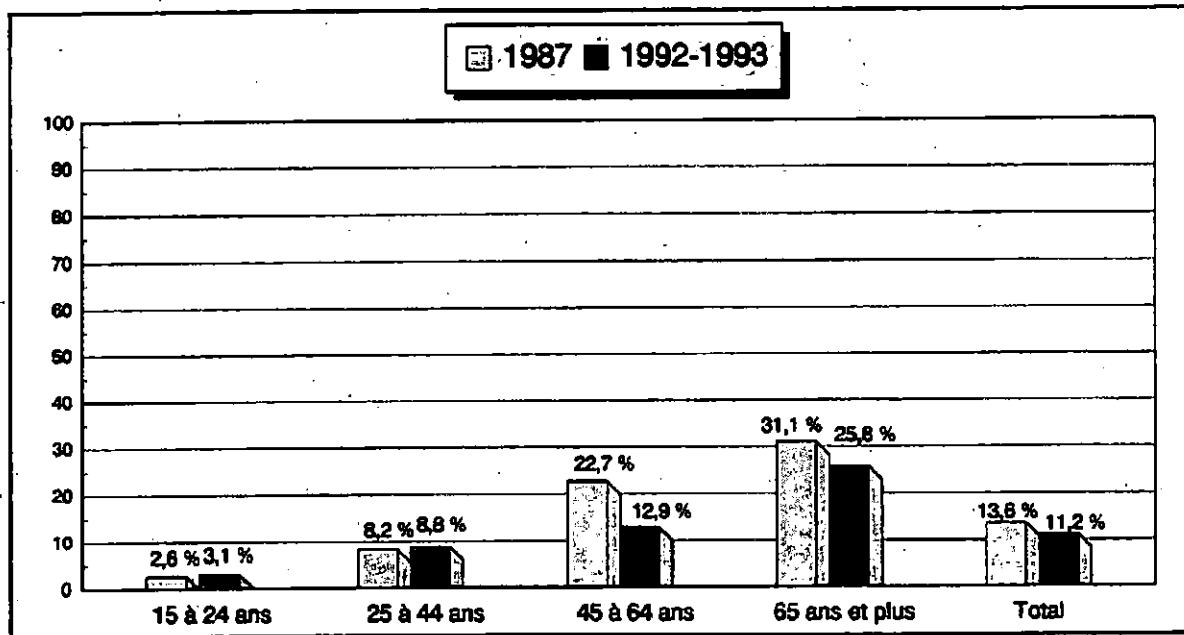
Par ailleurs, en comparant les résultats des enquêtes faites en 1987 et 1992-1993, nous pouvons conclure que la perception qu'ont les gens en Estrie de leur état de santé n'a pas changé dans l'ensemble, la proportion des gens insatisfaits se maintenant autour de 12 %.

9.2.2 État de santé perçu selon l'âge et le sexe

Il existe un lien entre la perception de son état de santé et l'âge. En effet, la proportion de gens en Estrie non satisfaits de leur état de santé semble augmenter avec l'âge. Ainsi, nous pouvons détecter une différence statistiquement significative entre les jeunes (15-24 ans) et les personnes âgées de 65 ans et plus : 3 % des premiers ont qualifié leur état de santé de moyen ou mauvais comparativement à 26 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus (Figure 9B).

FIGURE 9B

**État de santé perçu insatisfaisant selon l'âge,
population de 15 ans et plus,
Estrie 1987 et 1992-1993**



La comparaison avec les résultats obtenus en 1987 selon les groupes d'âge révèle une diminution significative dans les proportions de gens insatisfaits de leur état de santé chez les 45-64 ans. En ce qui concerne les groupes d'âge 15-24 ans, 25-44 ans et 65 ans et plus ainsi que pour le total des groupes d'âge, aucune différence significative n'a pu être décelée.

Relativement à l'état de santé selon le sexe, contrairement à l'âge, il ne semble pas y avoir de lien dans la perception qu'ont les hommes et les femmes de leur état de santé et ce, tant en 1987 qu'en 1992-1993.

9.2.3 État de santé perçu selon la sous-région, le niveau de revenu et la scolarité relative

L'étude de l'état de santé perçu selon la sous-région de résidence (milieu rural, semi-urbain et urbain) ne nous permet pas de déceler d'association.

L'évaluation de son propre état de santé varie, cependant, selon le niveau de revenu. En effet, l'enquête nous révèle des proportions de personnes insatisfaites de leur état de santé significativement plus élevées chez les personnes pauvres ou très pauvres que chez les personnes ayant des revenus supérieurs (17 % contre 8 %) (Figure 9C). Le même type de lien existe avec le niveau de scolarité relative : environ 14 % des gens de niveau faible se disent en moyenne ou mauvaise santé pour seulement 8 % de ceux dont le niveau de scolarité est élevé (Figure 9D).

FIGURE 9C

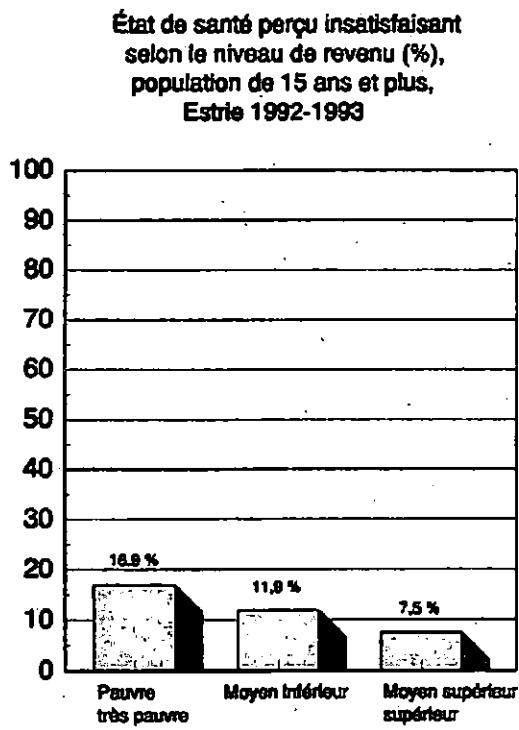
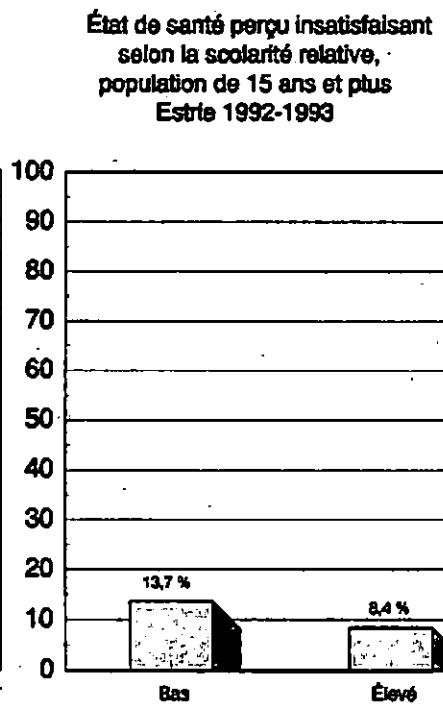


FIGURE 9D

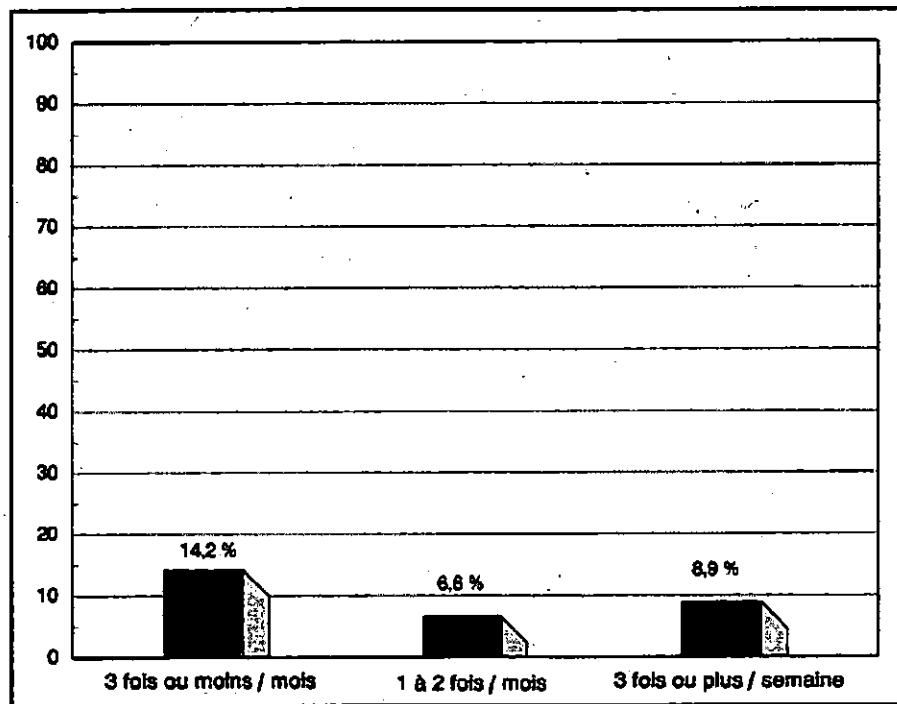


9.2.4 État de santé perçu selon la fréquence d'activités physiques «de loisir»

Il est intéressant de signaler le lien entre la perception qu'ont les gens de leur santé et la fréquence d'activités physiques de loisir mesurée au cours des trois derniers mois précédant l'enquête. Les personnes pratiquant une activité physique moins d'une fois par semaine présentent une proportion significativement plus élevée de gens insatisfaits de leur état de santé que ceux dont la fréquence de pratique est d'une fois ou plus par semaine (14 % contre 8 %) (Figure 9E).

FIGURE 9E

**État de santé perçu insatisfaisant selon la fréquence
d'activités physiques de loisir au cours des trois derniers mois,
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**



9.2.5 État de santé perçu selon le poids et la consommation de tabac

Avec l'échantillon disponible, il est impossible de conclure à des variations dans la perception qu'ont les gens en Estrie de leur santé selon le poids ou selon qu'ils soient ou non fumeurs. Au niveau québécois, cependant, les liens existent : les fumeurs réguliers se disent plus souvent en moyenne ou mauvaise santé que les personnes n'ayant jamais fumé (13 % contre 9 %). Également on retrouve plus de personnes non satisfaites de leur état de santé chez celles avec un poids insuffisant ou excédentaire (14 % contre 9 %).

9.2.6 État de santé perçu selon l'environnement social

Signalons l'influence négative d'un environnement social déficient sur l'autoévaluation que font les gens de leur état de santé. Il ressort en effet, que les personnes qui jugent leur vie sociale non satisfaisante et celles qui déclarent un soutien social faible sont plus nombreuses à qualifier leur état de santé comme étant insatisfaisant comparativement aux personnes satisfaites de leur vie sociale ou à celles pouvant compter sur un soutien social élevé (Figures 9F et 9G).

FIGURE 9F

État de santé perçu insatisfaisant selon
la satisfaction de leur vie sociale,
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993

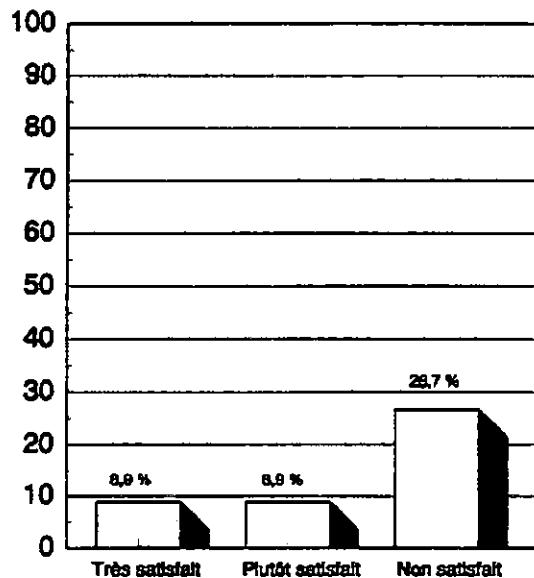
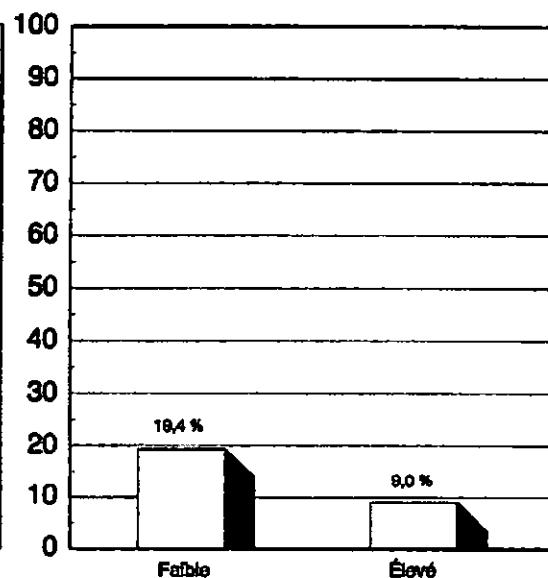


FIGURE 9G

État de santé perçu insatisfaisant selon
le niveau de soutien social,
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993



9.3 CONCLUSION

La grande majorité des résidants en Estrie, soit neuf personnes sur dix, perçoivent positivement leur état de santé. Cependant, il faut noter que, comparativement à 1987, il y a moins de personnes se percevant en très bonne santé.

De l'étude de la perception de l'état de santé en Estrie, certains faits sont à retenir :

Il existe un lien certain avec l'âge: les personnes âgées de 65 ans et plus se déclarent moins satisfaites de leur santé que les jeunes de 15-24 ans. Quant au groupe des 45-64 ans, il y a une diminution significative des gens insatisfaits de leur santé depuis 1987. Le sexe et la sous-région de résidence ne semblent pas influencer la perception qu'ont les gens de leur santé. Cependant, nous constatons des différences selon le niveau de revenu et le niveau de scolarité relative. Les personnes pauvres et peu scolarisées sont plus nombreuses à évaluer leur santé comme étant moyenne ou mauvaise. Les personnes les moins actives, pratiquant de l'activité physique de loisir moins d'une fois par semaine, ont tendance à percevoir plus négativement leur état de santé que celles qui en pratiquent 1 fois ou plus par semaine. Aucun lien n'a pu être constaté en région entre l'usage du tabac ou le poids des individus et la perception de leur état de santé. Un tel lien existe cependant au niveau québécois.

L'environnement social semble influencer l'état de santé perçu puisque les personnes non satisfaites de leur vie sociale et celles bénéficiant d'un soutien social faible présentent de plus fortes proportions de gens à qualifier leur santé de moyenne ou mauvaise que les personnes satisfaites de leur vie sociale ou dont le niveau de soutien social est élevé. Ces résultats sont très similaires à ceux observés au niveau provincial et viennent souligner l'importance des facteurs individuels, socioéconomiques et de l'environnement social comme déterminants de l'autoévaluation de la santé.

9.4 RÉFÉRENCES

- FYLKESNES, K.; FORDE, O.H. (1992a). «The tromso study : predictors of self-evaluated health-has society adopted the expanded health concept ?». *Social Science and Medicine*, vol. 32, no 2, p.141-146.
- FYLKESNES, K.; FORDE, O.H. (1992b). «Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health». *Social Science and Medicine*, vol. 35, no 3, p. 271-279.
- IDLER, E.L.; ANGEL, R.J. (1990). «Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidemiologic follow-up study». *American Journal of Public Health*, vol. 80, no 4, p. 446-452.
- KUTNER, N.G. (1987). «Social ties, social support, and perceived health status among chronically disabled people». *Social Science and Medicine*, vol. 25, no 1, p. 29-34.
- LIANG, J.; BENNETT, J.; WHITELAW, N.; MAEDA, D. (1991). «The structure of self-reported physical health among the aged in the United States and Japan». *Medicare*, vol. 29, no 12, p. 1161-1180.

MAYS, N.; CHINN, S.; HO, K.M. (1992). «Interregional variations in measures of health from the health and lifestyle survey and their relation with indicators of health care need in England». *Journal of epidemiology and community health*, vol. 46, p. 38-47.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE CANADA (1993). Enquête Promotion de la santé Canada 1990 : Rapport technique. Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada. (No de catalogue H39-263/21990F).

SANTÉ QUÉBEC (1994). Et votre coeur, ça va? Rapport de l'enquête québécoise sur la santé cardio-vasculaire 1990. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

SEGOVIA, J.; BARTLETT, F.R.; EDWARDS, A. (1989a). «The Association between self-assessed health status and individual health practices». *Canadian Journal of Public Health*, vol. 80, p. 32-37.

SEGOVIA, J.; BARTLETT, F.R.; EDWARDS, A. (1989b). «An empirical analysis of the dimensions of health status measures». *Social Science and Medicine*, vol. 29, no 6, p. 761-768.

WANNAMETHEE, G.; SHAPER, A. G. (1991). «Self-assessment of health status and mortality in middle-aged British men». *International Journal of Epidemiology*, vol. 20, no 1, p. 239-245.

SANTÉ MENTALE

CHAPITRE 10

DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Aline Drapeau

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Direction de la santé publique et de l'évaluation

Le texte qui suit s'inspire du texte sur la détresse psychologique du rapport provincial. Les auteurs du texte provincial sont:

Gilles Légaré

Unité de santé publique du Centre hospitalier régional de Rimouski

Aimé Lebeau

Direction de la santé publique de la Montérégie

10.0 INTRODUCTION

Le seizième objectif de la Politique de la santé et du bien-être du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 1992) vise à «diminuer les problèmes de santé mentale» dans la population québécoise. La principale difficulté soulevée par l'atteinte de cet objectif est la définition même de la santé mentale puisque la santé mentale ne correspond pas nécessairement à l'absence de maladie mentale mais englobe un ensemble de malaises d'adaptation biopsychosociaux. Ainsi, selon le MSSS,

«La santé mentale comporte trois dimensions :

- un axe biologique qui a trait aux composantes génétiques et physiologiques;
- un axe «psychodéveloppemental» qui met l'accent sur les aspects affectif, cognitif et relationnel;
- un axe contextuel qui fait référence à l'insertion de l'individu dans un environnement et à ses relations avec son milieu.

C'est l'aspect du psychodéveloppement qui caractérise le mieux l'état de santé mentale. Ainsi, la santé mentale d'une personne s'apprécie à sa capacité d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif) et de composer de façon significative avec son environnement (relationnel)» (MSSS, 1989).

Cette définition de la santé mentale a été enrichie par les travaux du Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) qui précise que ...

«la santé mentale est liée tant aux valeurs collectives dominantes dans un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et son milieu, comme par exemple la pauvreté, la pollution ou la discrimination, constitue un obstacle à la santé mentale /.../» (Blanchet et al., 1993).

La santé mentale, c'est aussi une question de niveau et elle peut s'améliorer, se détériorer ou se maintenir mais elle n'est pas acquise définitivement. C'est un phénomène essentiellement relatif, d'une part, parce qu'elle est favorisée ou menacée par un ensemble complexe de facteurs et, d'autre part, parce qu'en tant que processus adaptatif, elle implique une relation à des normes culturelles qui varient dans le temps et l'espace. Une personne en bonne santé mentale durant une période spécifique de sa vie parviendra à conserver un état d'équilibre relatif entre les ressources biopsychosociales dont elle dispose et les contraintes que lui impose le milieu où elle évolue. Ce qui est un comportement «normal» dans une situation précise, dans une culture particulière à un moment donné peut devenir un comportement répréhensible dans une autre situation, une autre culture ou à une époque différente. La santé mentale d'une population est influencée par la culture et les conditions sociales dans lesquelles elle vit (Bibeau et al., 1992). Dans ce contexte, l'atteinte ou non d'un objectif tel celui de la diminution des problèmes de

santé mentale peut résulter de l'évolution de la perception de la santé mentale plutôt que d'une baisse ou d'une hausse réelle des malaises de vivre dans la population.

Le MSSS (1994) propose d'estimer l'état de santé de la population québécoise à partir de l'indice de détresse psychologique (IDP-SQ) développé par Santé Québec. Selon Perreault (1987), «la détresse psychologique est à l'ensemble de la santé mentale ce que la fièvre est à l'ensemble des maladies infectieuses : un symptôme mesurable, signe évident d'un problème de santé mais qui ne peut à lui seul éclairer sur l'étiologie et la sévérité du problème auquel il se rattache». Ainsi, toutes les personnes qui déclarent un certain niveau de détresse n'ont pas nécessairement besoin de services psychosociaux. L'indice de détresse conduira donc à une surestimation des besoins de la population en termes de services psychiatriques (Préville et al., 1992). Cependant, si l'on adopte la définition de la santé mentale du MSSS, cet indice donnerait une indication acceptable de l'ampleur des problèmes de santé mentale dans la population.

La réflexion de Perreault selon laquelle la détresse psychologique est un symptôme mesurable doit être nuancée. Le score obtenu à l'indice de détresse par les répondants varie sur une échelle allant de 0 à 100 points et est dichotomisé pour distinguer les personnes présentant un niveau de détresse faible ou moyen des personnes affichant un niveau élevé¹. Le seuil critique («cutpoint») de cette dichotomisation repose sur une revue de littérature qui suggère que 20 % de la population souffre d'un problème de santé mentale. Lors de l'enquête menée en 1987, Santé Québec n'a pas défini de «cutpoint» mais a plutôt considéré que la population du quintile supérieur des répondants âgés de 15 ans et plus était celle qui avait le niveau de détresse élevé à analyser. Bien que la détresse psychologique soit «mesurée» par l'indice de détresse, le seuil critique qui est appliqué est relativement arbitraire et n'a pas de valeur diagnostique. Mais, l'indice de détresse peut être utilisé pour comparer le profil de détresse psychologique de la population lorsque celle-ci est analysée en fonction de différentes catégories sociodémographiques ou sanitaires.

L'analyse qui a conduit à la rédaction du présent chapitre poursuivait trois objectifs. Il s'agissait dans un premier temps de comparer les profils de détresse psychologique de la population de 15 ans et plus de l'Estrie en 1987 et 1992-1993, et de l'Estrie et du Québec en 1992-1993. Dans un deuxième temps, nous avons vérifié si le niveau de détresse était associé à certains marqueurs ou facteurs de risque et ce, afin d'identifier les groupes les plus susceptibles de présenter un niveau élevé de détresse psychologique. Finalement, nous avons tenté de vérifier dans quelle mesure un niveau élevé de détresse psychologique s'accompagnait d'une perturbation de la vie familiale, sentimentale, professionnelle ou sociale des individus et d'un recours à une aide sous forme de consultation.

¹ Le seuil critique est fixé à 22.62. (Bérubé et al., 1991)

10.1 MÉTHODOLOGIE

Pour atteindre les objectifs de l'analyse régionale, nous disposons des données transmises par Santé Québec, à savoir : l'indice de détresse dichotomisé, les variables sociodémographiques habituelles et quatre variables portant sur l'impact de la détresse psychologique sur la vie familiale, sentimentale, professionnelle et sociale des répondants ainsi que sur le fait qu'ils aient ou non consulté quelqu'un. Dans la présentation de la méthodologie, nous définirons les variables qui composent l'indice de la détresse psychologique et celles qui sont croisées avec l'indice.

10.1.1 Définition des variables

L'indice de détresse psychologique de Santé Québec est dérivé du «Psychological Symptom Index» (PSI) développé par Ilfeld (1976) à partir du «Hopkins Symptoms Distress Checklist» (HSDC) conçu par Derogatis et al. (1970). Le HSDC compte 54 items dont certains décrivent des symptômes somatiques. Ilfeld a retenu 28 des 54 items du HSDC (excluant les items portant sur les symptômes somatiques) et a ajouté un item portant sur le sentiment de solitude; l'indice de détresse psychologique contient 14 items incluant celui sur la solitude. Ces 14 items conservent les quatre dimensions majeures de la détresse psychologique du PSI, à savoir: la dépression, l'irritabilité, l'anxiété et les problèmes cognitifs. Les données des 14 items de l'indice sont recueillies à l'aide du questionnaire autoadministré (QAA) et font référence aux symptômes ressentis durant la semaine précédent l'enquête (QAA 68 à 81). Les répondants âgés de 15 ans et plus indiquent s'ils ont ressenti chacun de ces symptômes «jamais», «de temps en temps», «assez souvent» ou «très souvent». Le score total est obtenu en additionnant les scores observés pour chaque symptôme; puis, comme nous l'indiquions plus haut, le score total est dichotomisé pour distinguer les répondants présentant un niveau faible ou moyen de détresse psychologique de ceux qui présentent un niveau élevé. Le même seuil critique qu'en 1987, soit le quintile supérieur, a été maintenu pour la dichotomisation de l'indice de détresse de 1992-1993 afin d'assurer la comparabilité des données de 1987 et 1992-1993.

L'indice de détresse psychologique de 1987 a fait l'objet d'une étude de validité qui a démontré la qualité métrologique de cet indicateur (Préville et al., 1992). Les auteurs de cette étude de validité précisent cependant qu'ils ont dichotomisé l'indice de détresse en appliquant un seuil critique correspondant au 85^e percentile plutôt qu'à celui du 80^e utilisé par Santé Québec.

Par ailleurs, les répondants qui ont rapporté avoir ressenti au moins l'un des symptômes de l'indice de détresse durant la semaine précédent le sondage ont été invités à indiquer si, durant les derniers six mois, la manifestation de ce ou ces symptôme(s) a nui à leur vie familiale ou sentimentale, ou à leur capacité de travailler ou de poursuivre des études, s'ils ont restreint leurs activités sociales et si elle les a amenés à consulter quelqu'un. À première vue, il peut sembler curieux que l'énoncé de l'indice de détresse porte sur la semaine précédent l'enquête tandis que le dépistage des conséquences néfastes de ces symptômes fait référence aux derniers six mois. Cependant, Préville et al. (1992) citent les résultats de l'étude d'Ilfeld (1976) qui conclut que

«seulement 20 % des personnes présentant un haut niveau de symptomatologie rapportaient avoir ces symptômes depuis moins de trois mois» et que «une large majorité, 75 % rapportaient avoir ces symptômes depuis au moins un an». Les symptômes de détresse psychologique élevée seraient donc relativement stables dans le temps.

Enfin, les données de l'enquête ont été transmises aux régions sous forme de tableaux croisés où l'indice de détresse est présenté en fonction de quelques variables sociodémographiques : le sexe, le groupe d'âge, la sous-région, l'état matrimonial de fait (avec ou sans conjoint), la scolarité relative (faible ou élevé), le niveau de revenu (pauvre ou très pauvre, moyen inférieur, moyen supérieur ou supérieur), la satisfaction vis-à-vis la vie sociale (très satisfaisante, plutôt satisfaisante, non satisfaisante), le niveau soutien social (faible ou élevé), l'impact des symptômes de détresse psychologique sur la vie familiale, sentimentale, professionnelle ou sociale et, finalement, la consultation de quelqu'un.

10.2 RÉSULTATS

En Estrie, le pourcentage de la population des 15 ans et plus qui souffre d'un niveau de détresse psychologique élevé a augmenté entre 1987 et 1992-1993, passant d'environ 18 % à approximativement 25 %. Cependant, la prévalence de la détresse psychologique en Estrie est comparable à celle du Québec en 1992-1993.

Bien que l'on observe une association significative entre le niveau de détresse psychologique et le sexe des répondants, cette association est très faible. De fait, proportionnellement un peu moins d'Estriens que d'Estriennes présenteraient un niveau de détresse psychologique élevé, soit environ 22 % des hommes comparativement à près de 28 % des femmes (Tableau 10A).

TABLEAU 10A

**Niveau de l'indice de détresse psychologique selon le sexe (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993**

	DETRESSE PSYCHOLOGIQUE		
	FAIBLE	ÉLEVÉ	TOTAL
Hommes	78	22	100
Femmes	72	28	100
ESTRIE 1992-1993	75	25	100
ESTRIE 1987	82	18	100
QUÉBEC 1992-1993	74	26	100

L'âge semble être aussi un marqueur de risque du niveau de détresse psychologique. De façon générale, le pourcentage des personnes ayant un niveau de détresse élevé diminue progressivement avec l'âge. Ainsi, environ 34 % des jeunes de 15 à 24 ans obtiennent un score élevé à l'indice de détresse comparativement à 13 % des 65 ans et plus (Tableau 10B). Par contre, le fait d'habiter en zone rurale ou en zone plus urbanisée en Estrie ne semble pas influencer la détresse psychologique.

TABLEAU 10B
Niveau de l'indice de détresse psychologique selon l'âge (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993

	DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE		TOTAL
	FAIBLE	ÉLEVÉ	
15 à 24 ans	66	34	100
25 à 44 ans	74	26	100
45 à 64 ans	78	22	100
65 ans et +	87	13	100

Contrairement au Québec où les relations statistiques sont plus évidentes, ni l'état matrimonial de fait ni le degré de scolarité relative ni le niveau de revenu ne permettent de distinguer clairement en Estrie les personnes de 15 ans et plus qui présentent un niveau de détresse psychologique élevé (Tableaux 10C, 10D et 10E). Toutefois, il semble que les personnes sans conjoint et celles avec une faible scolarité affichent un niveau plus élevé de détresse psychologique.

TABLEAU 10C
Niveau de l'indice de détresse psychologique
selon l'état matrimonial de fait (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993

	DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE		TOTAL
	FAIBLE	ÉLEVÉ	
Avec conjoint	77	23	100
Sans conjoint	71	29	100

TABLEAU 10D

**Niveau de l'indice de détresse psychologique
selon le niveau de scolarité relative (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

		DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE		TOTAL
		FAIBLE	ÉLEVÉE	
Faible	72	28	100	
	78	22	100	

TABLEAU 10E

**Niveau de l'indice de détresse psychologique
selon le niveau de revenu (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

		DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE		TOTAL
		FAIBLE	ÉLEVÉE	
Très pauvre / pauvre	72	28	100	
	75	25	100	
	77	23	100	

Par ailleurs, les données recueillies suggèrent que l'association entre le niveau de détresse psychologique des Estriens de 15 ans et plus et leur satisfaction par rapport à leur vie sociale est relativement forte; on compte proportionnellement plus de personnes en détresse psychologique élevée chez les individus qui sont insatisfaits de leur vie sociale.

Ainsi, environ 58 % des Estriens qui sont insatisfaits de leur vie sociale présentent un niveau de détresse élevé comparativement à 25 % de ceux qui sont plutôt satisfaits et 13 % de ceux qui sont très satisfaits (Tableau 10F).

TABLEAU 10F

**Niveau de l'indice de détresse psychologique selon la satisfaction de la vie sociale (%), population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE		TOTAL
	FAIBLE	ÉLEVÉE	
Très satisfaisante	87	13	100
Plutôt satisfaisante	75	25	100
Non satisfaisante	42	58	100

Parallèlement, les gens qui déclarent un faible soutien social sont proportionnellement plus nombreux que ceux qui ont un soutien social élevé à ressentir un niveau de détresse élevé, soit respectivement 41 % et 21 % de la population de l'Estrie (Tableau 10G).

TABLEAU 10G

**Niveau de l'indice de détresse psychologique selon le soutien social (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE		TOTAL
	FAIBLE	ÉLEVÉ	
Faible	59	41	100
Élevé	79	21	100

Parmi les répondants ayant rapporté avoir ressenti de la détresse psychologique, c'est-à-dire au moins un des symptômes de l'indice durant la semaine précédant le sondage, 27 % ont, dans les six mois précédent l'enquête, subi les conséquences de cette détresse sur leur vie familiale ou sentimentale, 16 % sur leur travail ou leurs études et également 16 % sur leur vie sociale. Dans tous ces cas, il semble que plus la détresse est élevée plus on observe la présence d'un impact sur la vie des gens (Tableaux 10H, 10I, 10J).

TABLEAU 10H

Niveau de l'indice de détresse psychologique selon l'impact sur la vie familiale ou sentimentale (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993

		IMPACT SUR LA VIE FAMILIALE OU SENTIMENTALE		
		OUI	NON	TOTAL
Faible		17	83	100
	Élevé	50	50	100
	TOTAL	27	73	100

TABLEAU 10I

Niveau de l'indice de détresse psychologique selon l'impact sur le travail ou les études (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993

		IMPACT SUR LE TRAVAIL OU LES ÉTUDES		
		OUI	NON	TOTAL
Faible		8	92	100
	Élevé	34	66	100
	TOTAL	16	84	100

TABLEAU 10J

**Niveau de l'indice de détresse psychologique selon l'impact sur la vie sociale (%), population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	IMPACT SUR LA VIE SOCIALE		
	OUI	NON	TOTAL
Faible	8	92	100
Élevé	36	64	100
TOTAL	16	84	100

Notons finalement que chez les personnes ayant rapporté au moins un symptôme lié à la détresse psychologique, environ 11 % ont déclaré avoir consulté pour ce problème. Encore ici, plus la détresse est élevée plus la consultation semble augmenter (Tableau 10K).

TABLEAU 10K

**Niveau de l'indice de détresse psychologique selon la consultation (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	CONSULTATION POUR DÉTRESSE		
	OUI	NON	TOTAL
Faible	6	94	100
Élevé	20	80	100
TOTAL	11	89	100

10.3 CONCLUSION

Les résultats suggèrent que le pourcentage de la population des 15 ans et plus qui souffre de détresse psychologique élevée a augmenté en Estrie entre 1987 et 1992-1993. Il ressort aussi que le pourcentage d'Estriens présentant un niveau de détresse élevé en 1992-1993 est significativement plus haut chez les jeunes, chez les individus qui sont insatisfaits de leur vie sociale, et chez les gens qui déclarent un faible soutien social. Ces conclusions s'accordent avec celles émises dans le rapport provincial de la présente enquête.

Par contre, en Estrie, le sexe, l'état matrimonial, le degré de scolarité relative et le niveau de revenu ne permettent pas de distinguer clairement les individus dont le niveau de détresse est élevé. Toutefois, dans l'échantillon québécois, ces relations statistiques sont plus évidentes.

Ainsi au Québec, plus de femmes (30 %) que d'hommes (22 %) connaissent un niveau élevé de détresse psychologique.

Dans les résultats estriens, l'association entre l'état matrimonial et la détresse psychologique est significative mais très faible. Dans l'ensemble québécois, on observe que les personnes vivant non maritalement, quel que soit leur statut particulier, présentent un risque semblable de manifester un niveau de détresse psychologique élevé et que ce risque est globalement supérieur à celui des personnes mariées. Les auteurs du rapport provincial précisent cependant que le pourcentage relativement élevé (33,4 %) de célibataires ayant un niveau de détresse psychologique élevé résulterait en partie du fait que cette catégorie regroupe une majorité de jeunes de 15 à 24 ans qui constituent le groupe d'âge le plus à risque d'une détresse psychologique aiguë.

Également, l'analyse des données québécoises semblent indiquer que la détresse psychologique est associée à la scolarité relative et que le niveau de détresse psychologique tend à diminuer à mesure que la scolarité augmente.

Enfin, pour le Québec, on constate que la prévalence de la détresse psychologique élevée est plus fréquente chez les très pauvres, moins fréquente mais égale chez les ménages pauvres ou qui disposent d'un revenu moyen ou supérieur, et que les ménages pauvres ne se distinguent que des ménages très à l'aise.

Ainsi, les relations entre, d'une part, le niveau de détresse psychologique et, d'autre part, le sexe, l'état matrimonial, la scolarité relative et le niveau de revenu sont mitigées. La comparaison des résultats produits pour l'Estrie et l'ensemble du Québec suggère que, si l'on accepte l'hypothèse d'une association significative entre ces variables, on doit cependant admettre que cette association est très faible.

Par ailleurs, il semblerait que la manifestation d'un symptôme de détresse psychologique s'accompagne davantage d'une perturbation de la vie familiale ou sentimentale que de la vie professionnelle ou sociale, et ce tant en Estrie qu'au Québec. Dans tous les cas, cependant, les perturbations augmentent avec le niveau de détresse psychologique. Tant au Québec qu'en

Estrie, environ une personne sur dix ayant un niveau quelconque de détresse psychologique a consulté quelqu'un au sujet de ses manifestations de détresse. Cependant, le fait de consulter quelqu'un est proportionnellement plus fréquent chez les personnes qui ont un niveau de détresse élevé que chez celles dont le niveau est faible. Mais les auteurs du chapitre provincial précisent que pour le Québec, le type de professionnel consulté n'est pas associé à l'intensité de la détresse psychologique ressentie. Parmi les personnes consultées les plus souvent mentionnées par les Québécois qui ont manifesté au moins un symptôme de détresse psychologique, on trouve les médecins généralistes², les psychologues et les médecins spécialistes (ex.: psychiatres, neurologues). À peine 5 % ont rapporté avoir consulté un ami.

Les limites de l'échantillon estrien ont restreint l'analyse que nous pouvons faire du profil de détresse psychologique en région. Le rapport provincial précise certaines relations entre la détresse psychologique et d'autres caractéristiques sociodémographiques de la population québécoise. Par exemple, par rapport au statut d'activité, ce sont les étudiants et les personnes sans emploi qui enregistreraient les plus hauts pourcentages de personnes ayant un niveau de détresse élevé tandis que le pourcentage le plus bas est observé chez les retraités. Par ailleurs, les personnes qui sont à risque élevé de développer un problème de consommation d'alcool et celles ayant une autonomie décisionnelle au travail faible afficheraient aussi un plus haut pourcentage de détresse psychologique aiguë.

Rappelons, finalement, que les conclusions générées par une analyse statistique des données traduisent une façon de percevoir la réalité. Elles ne sauraient, à elles seules, orienter l'organisation des services car une différence peut être dénuée de signification statistique tout en revêtant une signification conceptuelle. Ainsi, bien que le sexe, l'état matrimonial, la scolarité relative et le niveau de revenu ne soient pas clairement associés en région au niveau de détresse psychologique, il n'en demeure pas moins que chacune de ces variables délimite des catégories de personnes cibles à qui l'on doit s'adresser pour des activités de promotion et de prévention.

10.4 RÉFÉRENCES

BÉRUBÉ, S; MARCOUX, S; MIREAULT, G.; MERCIER, P. (1991). L'utilisation des services de santé par les personnes présentant un trouble psychologique. Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec. 81 p.

BIBEAU, G.; CHAN-YIP, A. M.; LOCK, M; ROUSSEAU, C; STERLIN, C; FLEURY, H (1992). La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien. Gaétan Morin éditeur. 289 p.

² Parmi les personnes qui ont consulté quelqu'un suite à une manifestation d'au moins un symptôme de détresse psychologique : 44 % ont consulté un médecin généraliste, 29 % un psychologue, 20 % un médecin spécialiste.

BLANCHET, L.; LAURENDEAU, M.-C.; PAUL, D.; SAUCIER, J.-F. (1993). La prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir. Gaétan Morin éditeur. 138 p.

DEROGATIS, L.; LIPMAN, R.; COVI, L.; RICKELS, K.; UHLENHUTH, E. (1970). «Dimensions of Outpatient Neurotic Pathology : Comparaison of a Clinical Versus an Empirical Assessment». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 34, p. 164-171.

ILFELD, F.W. (1976). «Further Validation of a Psychiatric Symptom Index in a Normal Population». *Psychological Report*, vol. 39, p. 1215-1228.

MSSS (1994). Rapport sur les indicateurs. Document de consultation du Comité de travail sur le suivi des objectifs de la politique de la santé et du bien-être. 200 p.

MSSS (1989). Politique de santé mentale. Gouvernement du Québec. 62 p.

PERREAULT, C. (1987). Les mesures de santé mentale possibilités et limites de la méthodologie utilisée. Cahier technique 87-08, Santé Québec. 33 p.

PRÉVILLE, M.; BOYER, R.; POTVIN, L.; PERRAULT, C.; LÉGARÉ, G. (1992). La détresse psychologique: Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec. Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec. 54 p.

CHAPITRE 11

IDÉES ET TENTATIVES DE SUICIDE

Lise Labrèche-Gauthier

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Direction de la santé publique et de l'évaluation

Le texte qui suit s'inspire fortement du texte sur les idées suicidaires et parasuicides du rapport provincial, surtout pour l'introduction, la méthodologie et la conclusion. Les auteurs du texte provincial sont :

Richard Boyer

Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Danièle St-Laurent

Service des études et analyses du ministère de la Santé et des Services sociaux

11.0 INTRODUCTION

Boyer et collaborateurs (1992) ont revu sept études épidémiologiques nord-américaines sur la prévalence des idées suicidaires et des parasuicides (gestes suicidaires) au sein de la population générale. Au niveau des idées suicidaires, la prévalence à vie moyenne observée est de 11 % alors qu'au cours des 12 derniers mois, elle se situe à 3 %. En ce qui concerne les parasuicides, la prévalence à vie moyenne est de 3 % et celle pour des périodes de cours terme (12 ou 24 mois) est de moins de 1 %. Les recherches suggèrent que les parasuicides sont plus fréquents chez les personnes ayant présenté un diagnostic psychiatrique au cours de leur vie. Quant à la distribution des parasuicides selon le sexe, les études basées sur la prévalence à vie rapportent plus de parasuicides chez les femmes alors que les recherches ne couvrant qu'une période d'un à deux ans ne rapportent pas de telles différences.

Il existe peu de données sur le phénomène entourant le suicide chez la population québécoise et encore moins dans la population estrienne. Lors de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, Santé Québec a utilisé une mesure à double aspect pour estimer la problématique du suicide : les pensées suicidaires et les tentatives de suicide. Les deux éléments de cet indicateur, quoiqu'imparfaits, permettent de mieux saisir un des aspects associés à la santé mentale identifiés dans la Politique de la santé et du bien-être du Québec (MSSS, 1992).

Cet indicateur se retrouvait dans l'Enquête Santé Québec 1987. Il est donc possible d'estimer l'évolution des idées suicidaires et des tentatives de suicide cinq années après une première enquête sanitaire d'envergure nationale. Des éléments d'informations ont été ajoutés lors de l'enquête de 1992-1993 afin de mieux apprécier l'intensité des pensées et des tentatives de suicide.

Dans ce chapitre, autant pour les pensées suicidaires que pour les tentatives de suicide, la prévalence à vie et la prévalence au cours des 12 derniers mois sont considérées. Les résultats globaux sont présentés pour l'ensemble de la population estrienne de 15 ans et plus. Ils sont suivis des variations depuis 1987. Les principales caractéristiques associées à ces indicateurs et le recours à l'aide extérieure sont aussi présentées.

11.1 MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de la présente enquête, les quatre questions sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide utilisées dans le cadre de l'Enquête Santé Québec 1987 ont été réutilisées. Celles-ci apparaissent au questionnaire autoadministré (QAA) s'adressant à la population de 15 ans et plus. Les questions concernant les idées suicidaires se lisent comme suit : «Vous est-il déjà arrivé à penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie)?». Dans l'affirmative, la personne devait indiquer si cela s'était produit au cours des douze derniers mois. Une autre question demande : «Avez-vous déjà fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)?». Dans le cas d'une réponse positive, la personne devait indiquer si cela s'était produit au cours des douze derniers mois. Cette approche permet d'estimer la prévalence des

idées suicidaires et des parasuicides au cours des douze mois précédent l'enquête et au cours de la vie. L'information concernant la dernière année apparaît plus pertinente à des fins de connaissance de ces problématiques en termes de santé publique et de compréhension psychosociale des phénomènes puisqu'elle fait référence à des événements récents.

Dans le contexte d'une enquête générale comme celle-ci, l'expression «tentative de suicide» n'est pas appropriée parce que l'intention de mourir, orientation psychologique essentielle au suicide, est très difficile à établir. Ainsi, afin d'éliminer l'ambiguité attachée à cette expression, nous avons opté pour l'expression «parasuicide» pour désigner l'ensemble des gestes suicidaires qui ne conduisent pas à un décès.

Deux variables ont été créées : 1) une variable dichotomique distinguant les personnes rapportant des idées suicidaires sans parasuicide comparativement aux individus n'ayant rapporté aucune idée et aucun parasuicide, et 2) une variable dichotomique distinguant les personnes rapportant un parasuicide (avec idée suicidaire) de celles ne rapportant aucune idée suicidaire et aucun parasuicide. En d'autres termes, la catégorie ayant eu des idées, telle que définie ici, ne regroupe pas les individus ayant rapporté un geste suicidaire; par contre, le groupe parasuicide regroupe les personnes rapportant tant des idées suicidaires qu'un parasuicide. Il faut noter que cette approche induit des prévalences légèrement surestimées puisque les dénominateurs ne comprennent pas l'ensemble des personnes ayant participé à l'enquête. Néanmoins, ces variables permettent de comparer les individus rapportant des idées suicidaires ou des parasuicides à ceux exempts d'idées ou de gestes suicidaires.

Il faut aussi noter que la gravité des idées suicidaires et des parasuicides sont très difficiles à évaluer. Par exemple, les parasuicides peuvent comprendre à la fois des gestes suicidaires interrompus et des gestes suicidaires graves ayant nécessité des traitements médicaux urgents. Afin de jeter un éclairage sur ce point, le questionnaire de l'enquête comportait cinq nouvelles questions. Ainsi, trois questions supplémentaires tentaient d'évaluer les moyens envisagés lors des idées suicidaires ou des gestes suicidaires et deux autres portaient sur la consultation d'un professionnel de la santé ou d'autres personnes qui donnent des conseils. Ces questions permettront de mieux évaluer l'importance de ces idées et gestes suicidaires sans toutefois permettre de vraiment connaître l'intention réelle de mourir.

Dans le rapport provincial de la présente enquête, les idées suicidaires et les parasuicides ont été analysés selon les variables sociodémographiques essentielles (sexe, âge, statut matrimonial de fait, scolarité relative, statut d'activité, catégorie professionnelle, niveau de revenu, langue d'usage et groupe ethnique) et selon certaines caractéristiques sociales des personnes ayant participé à l'étude (soutien social, satisfaction envers la vie sociale, présence d'un confident dans l'entourage des personnes, autonomie professionnelle, séparation vécue avant l'âge de 12 ans). Les idées et tentatives de suicide ont aussi été reliées à la détresse psychologique et aux moyens considérés au moment des idées ou employés lors des parasuicides.

Pour la population de l'Estrie, à cause des faibles effectifs obtenus dans l'échantillon, les analyses ont été limitées aux variables sociodémographiques suivantes : le sexe, l'âge et la sous-région. De plus, les idées suicidaires ont aussi été analysées en fonction du soutien social et des moyens considérés pour se donner la mort.

11.2 RÉSULTATS

11.2.1 Les parasuicides

A) *Au cours de la vie*

La prévalence des parasuicides au cours de la vie dans la population estrienne est d'environ 5 pour 100 personnes en 1992-1993. Chez les hommes et les femmes, cette prévalence est à toute fin pratique identique. Les prévalences à vie observées en 1992-1993 tant dans la population totale que chez les hommes sont supérieures à celles observées en 1987. Il faut cependant admettre que les effectifs chez les hommes sont petits, ce qui nous incite à la prudence dans l'interprétation de ces variations. Les prévalences des parasuicides chez les femmes, dans les deux enquêtes, varient aussi mais de façon non significative.

Ces données diffèrent de celles obtenues pour la population québécoise. Dans les données provinciales, en effet, on remarque que les parasuicides à vie sont près de deux fois plus nombreux chez les femmes (5 %) que chez les hommes (3 %) et que les données de 1987 et de 1992-1993 pour la population totale de même que celles pour les hommes et les femmes sont comparables.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête démontrent qu'en Estrie, comme au Québec, plus on est jeune, plus la prévalence des individus qui ont posé des gestes suicidaires au cours de leur vie est grande. On observe, en effet, qu'en Estrie, la prévalence des gestes suicidaires au cours de la vie atteint 9 personnes sur 100 chez les jeunes de 15 à 24 ans et que cette prévalence diminue graduellement avec l'âge pour atteindre 3 personnes sur 100 chez les personnes de 45 ans et plus. Les différences observées entre les groupes d'âge sont statistiquement significatives. La comparaison des données de 1992-1993 avec celles de 1987 ne démontre aucune augmentation statistiquement significative, quel que soit le groupe d'âge (Tableau 11A).

TABLEAU 11A

**Prévalence des parasuicides au cours de la vie
selon le sexe et selon l'âge (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1987 et 1992-1993**

	1987	1992-1993
SEXTE		
Hommes	2,1	5,1
Femmes	3,7	5,3
ÂGE		
15-24	4,1	9,1
25-44	4,1	5,9
45 et plus	0,9	2,8
TOTAL	2,9	5,2

B) Au cours des 12 mois précédent l'enquête

La prévalence des parasuicides au cours des 12 derniers mois, pour l'enquête de 1992-1993, en Estrie, est près de 1 pour 100 personnes. En comparaison avec 1987, la différence est faible et pas statistiquement significative. De même, au Québec, on ne note pas de variation significative pour l'ensemble de la population entre 1987 et 1992-1993. Dans les données provinciales, on observe, de plus, que tout comme en 1987, les prévalences sont presqu'identiques pour les hommes et les femmes. Par contre, on constate qu'il y a des variations significatives selon les groupes d'âge pour les deux sexes réunis. Lorsque le sexe des personnes est pris en considération, la seule différence significative se situe chez les hommes de 15-24 ans dont la prévalence observée est plus élevée que celle des hommes de 45-64 ans, soit près de 2 % contre 0,2 %.

Au niveau des parasuicides au cours des 12 mois précédent l'enquête, les effectifs estriens n'étaient pas assez nombreux en 1992-1993 pour vérifier des associations avec d'autres variables tel le découpage géographique.

Au Québec cependant, des associations ont pu être étudiées. Les résultats de l'Enquête sociale et de santé indiquent que les personnes qui appartiennent à la catégorie élevée de l'échelle de détresse psychologique, en comparaison avec les autres catégories, présentent une prévalence plus grande de parasuicides au cours des 12 derniers mois (2 pour 100 personnes contre 0,2 pour

100 personnes pour les autres catégories). De fait, près de 80 % des personnes qui posent un ou des gestes suicidaires appartiennent à la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique.

Les moyens utilisés par les personnes qui ont affirmé avoir posé des gestes suicidaires, au cours des 12 derniers mois, au Québec, sont, par ordre décroissant : les médicaments (56 %), se taillader les veines (32 %), l'arme à feu ou le véhicule à moteur (9 %), la pendaison (8 %), le saut (7 %) ou un autre moyen (11 %). Les hommes ont déclaré avoir utilisé comme moyens, lors de ces parasuicides, principalement : les médicaments, se taillader les veines, la pendaison, l'arme à feu et le véhicule à moteur. Les femmes ont déclaré avoir tenté de se suicider principalement à l'aide des médicaments, en se coupant les veines et par le saut. Les proportions observées chez les hommes et les femmes ne sont statistiquement pas différentes.

Parmi les personnes qui ont déclaré avoir posé un ou des gestes suicidaires au cours des 12 derniers mois, au Québec, les femmes, dans un pourcentage de 68 %, déclarent avoir consulté suite à ces gestes et les hommes, dans un pourcentage de 54 %. Ces différences ne sont cependant pas significatives. Les proportions observées suggèrent que les jeunes de 15-24 ans consultent moins que les autres groupes d'âge puisqu'ils ont consulté dans 49 % des situations alors que les personnes de 25-44 ans et que celles de 45-64 ans ont consulté respectivement dans des proportions de 64 % et 91 %.

11.2.2 Les idées suicidaires

A) *Au cours de la vie*

En 1992-1993, environ 9 personnes sur 100 indiquaient avoir sérieusement pensé au suicide au cours de leur vie. En 1987, cette prévalence était de 8 %. Tout comme pour les données de la population québécoise, aucune différence significative n'est notée entre les deux enquêtes quelle que soit la variable considérée : population totale, sexe ou âge.

Lorsque l'on ne considère que les résultats de la présente enquête, les hommes (11 %) présentent un taux légèrement supérieur à celui des femmes (8 %), mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Par contre, la prévalence des idées suicidaires au cours de la vie est nettement plus faible chez les personnes de 45 ans et plus (4,0 %) et la prévalence la plus élevée appartient aux 25-44 ans (13 %). Les données pour le Québec présentent un profil différent. En effet, même si, comme en Estrie, les taux d'idées suicidaires à vie sont similaires chez les hommes et les femmes, on remarque qu'ils décroissent avec l'âge, les taux les plus élevés étant notés chez les jeunes de 15-24 ans (Tableau 11B).

TABLEAU 11B

**Présence d'idées suicidaires au cours de la vie,
selon le sexe et selon l'âge (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1987 et 1992-1993**

	1987	1992-1993
SEXÉ		
Hommes	7,3	10,7
Femmes	9,4	8,0
ÂGE		
15-24	13,7	12,0
25-44	9,1	13,3
45 et plus	4,5	4,0
TOTAL	8,3	9,3

B) Au cours des 12 derniers mois

Près de 6 % de la population de l'Estrie rapportent avoir sérieusement pensé au suicide au cours de l'année de référence de la présente enquête alors que, lors de l'enquête de 1987, la prévalence était d'environ 3 %. Cette augmentation depuis 1987 est statistiquement significative. Les différences entre les prévalences des deux enquêtes sont aussi significatives lorsqu'on compare celles des hommes (6 % contre 3 %) ainsi que celles des 25-44 ans (7 % contre 3 %). Par contre, elles sont non significatives chez les femmes (5 % contre près de 4%) ainsi que chez les jeunes de 15-24 ans (11 % contre 7 %). Au Québec, les données des deux enquêtes sont comparables que ce soit pour l'ensemble de la population (4 %) selon le sexe et les groupes d'âge.

Les résultats de l'enquête 1992-1993 ne permettent pas de mettre en évidence de différences marquées entre les prévalences d'idées suicidaires au cours des 12 derniers mois observées chez les hommes (6 %) et chez les femmes (5 %). Cependant, en Estrie, ces prévalences varient avec l'âge. Onze individus sur 100 rapportent des idées suicidaires chez les 15-24 ans contre 7 sur 100 chez les 25-44 ans et 2 sur 100 chez les personnes de 45 ans et plus. Les mêmes tendances sont observées au Québec (Tableau 11C).

TABLEAU 11C

**Présence d'idées suicidaires au cours des 12 mois précédent l'enquête,
selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus,
Estrie 1987 et 1992-1993**

	1987	1992-1993
SEXÉ		
Hommes	2,9	6,2
Femmes	3,5	5,1
ÂGE		
15-24	7,1	11,1
25-44	3,3	7,4
45 et plus	1,2	1,5
TOTAL	3,2	5,6

En Estrie, on peut mettre en évidence une association significative entre la prévalence des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois et le faible niveau de soutien social. Les données obtenues dans l'enquête 1992-1993 indiquent, en effet, que les personnes avec un faible niveau de soutien social rapportent plus souvent des pensées suicidaires (14 %) que celles qui bénéficient d'un soutien social élevé (4 %). Le même phénomène est observé au Québec.

Parmi les personnes ayant des idées suicidaires, en Estrie, environ 2 individus sur 3 (68 %) révèlent qu'au moment où ils ont songé à se suicider, ils avaient prévu un moyen pour attenter à leurs jours. Le nombre de personnes ayant eu des idées suicidaires étant relativement faible en Estrie, aucune analyse n'a pu être effectuée par rapport aux moyens considérés. Cependant, les données provinciales rapportent que les médicaments et autres produits chimiques, incluant la drogue, ont été le plus fréquemment envisagés (43 %) alors que l'arme à feu (22 %), le véhicule moteur (22 %), le gaz d'échappement d'un moteur (17 %) et se taillader les veines (18 %) sont des techniques souvent considérées. Au Québec, une proportion plus grande de femmes (57 %) que d'hommes (30 %) considèrent le médicament et autres produits chimiques alors que les hommes imaginent davantage utiliser la pendaison (22 %) et l'arme à feu (33 %)¹. Lorsque les moyens envisagés par les idéatifs sont analysés en fonction de l'âge, au Québec, seul «se couper les veines» est associé à l'âge. Les 15 à 24 ans considèrent ce moyen dans 33 % des

¹ Les taux correspondants chez les femmes sont de 8% pour la pendaison et de 10% pour l'arme à feu.

cas alors que cette technique est envisagée par 13 % des 25 à 44 ans et 2 % de ceux de 45 à 64 ans.

Les idées suicidaires au cours des 12 derniers mois sont aussi fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques des individus. Les seuls résultats disponibles en Estrie se rapportent au découpage géographique et aucune différence statistiquement significative n'est mise en évidence selon que les individus demeurent dans le Sherbrooke métropolitain, dans les petites villes ou en milieu rural.

Par contre, au Québec, des analyses démontrent que les idées suicidaires au cours des 12 derniers mois sont quatre fois plus fréquentes chez les personnes célibataires (8 %) que chez les individus mariés (2 %), alors que les gens vivant en union de fait (5 %) et les personnes veuves, séparées ou divorcées (5 %) rapportent deux fois plus d'idées que les personnes mariées. Cette association entre le statut matrimonial et les idées suicidaires pourrait s'expliquer, du moins en partie, par la relation qui existe entre le statut matrimonial et l'âge des individus puisque la catégorie des célibataires est constituée pour plus de la moitié de jeunes de 15-24 ans.

Par ailleurs, au Québec, aucune association ne peut être mise en évidence entre l'indice de scolarité relative, qui tient compte de l'âge, et la prévalence des pensées suicidaires. L'analyse du statut d'activité établi pour les deux semaines avant la participation à l'enquête montre que les idées suicidaires sont plus fréquentes chez les étudiants (9 %) et chez les sans-emploi (7 %). Néanmoins, cette caractéristique est aussi reliée à l'âge. Les personnes à la retraite, donc plus âgées, rapportent le moins d'idées suicidaires soit moins de 1 % au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête.

Au Québec, la prévalence des pensées suicidaires décroît avec le niveau de revenu. Les personnes très pauvres rapportent deux fois plus d'idées suicidaires (7 %) que les personnes se situant dans les catégories de revenu «moyen supérieur» et «supérieur» avec des taux de 3 à 4 %.

La présence d'un confident dans l'entourage peut être considérée comme un facteur de protection eu égard aux idées suicidaires. En effet, les données québécoises indiquent que près de 4 % des individus qui déclarent avoir accès à de tels confidents rapportent des idées suicidaires sérieuses contre près de deux fois plus chez les personnes sans confident (6 %). De plus, les Québécoises et Québécois non satisfaits de leur vie sociale rapportent des idées suicidaires 13 fois plus souvent (16 %) que les personnes qui se disent très satisfaites (1 %).

Enfin, toujours au Québec, près de 12 % des personnes avec de hauts niveaux de détresse psychologique ont eu des idées suicidaires dans l'année contre seulement un peu plus de 1 % pour les individus avec des degrés moindres de détresse.

11.3 CONCLUSION

Dans la présente enquête, la prévalence des idées suicidaires à vie en Estrie (9 %) est semblable à celle que l'on retrouve au Québec (8 %). En Estrie comme au Québec, aucune variation significative n'est observée entre les données de 1992-1993 et celles de 1987.

Dans l'enquête de 1992-1993, près de six personnes sur 100, en Estrie, disent avoir pensé au suicide au cours de l'année précédente. Comparativement à l'enquête de 1987 (3 %), on note une augmentation significative. La prévalence régionale est même près de 40 % plus élevée que celle qui est observée au Québec (4 %) dans la présente enquête et cet écart est statistiquement significatif.

Alors que les données provinciales des deux enquêtes de 1992-1993 et de 1987 sur les idées suicidaires au cours de l'année de référence sont comparables, en Estrie, des augmentations significatives sont signalées pour l'ensemble de la population, chez les hommes et chez les personnes de 25-44 ans. Il est à souligner, toutefois, qu'en 1992-1993, ce sont les jeunes de 15-24 ans qui rapportent le plus de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Les deux tiers des personnes qui ont songé au suicide avaient prévu un moyen pour mettre fin à leurs jours.

Les données de l'enquête de 1992-1993 ne nous permettent pas de dresser un tableau très explicite des parasuicides au cours des 12 mois précédent l'enquête, en Estrie, puisque moins de 1 % seulement de la population étudiée avoue avoir attenté à ses jours durant cette période.

Cependant, au niveau des parasuicides à vie, cette enquête nous révèle que la prévalence en Estrie (5 %) est de 40 % plus élevée que celle qui est observée au Québec (près de 4 %). Alors que les données provinciales de la présente enquête indiquent qu'il y a plus de parasuicides à vie chez les femmes, on note qu'en Estrie, hommes et femmes présentent des prévalences similaires. De plus, conformément à ce que l'on retrouve dans les données québécoises, on réalise qu'en Estrie, le phénomène est proportionnellement plus élevé chez les jeunes et qu'il diminue avec l'âge. Peut-être s'agit-il ici d'un effet de cohorte (les générations sont peut-être de plus en plus perturbées) ou encore d'un biais de souvenance de la part des plus vieux qui ne se rappellent pas avoir eu des gestes suicidaires plus jeunes. Par ailleurs, la comparaison des données de la présente enquête avec celles de 1987 nous indique que, à la différence des résultats obtenus pour la population québécoise, il y a eu, en Estrie, une augmentation significative des déclarations et ce, pour la population entière et, particulièrement, chez les hommes. Les faibles effectifs de l'échantillon nous incitent toutefois à la prudence dans l'interprétation de ces variations. Une recherche plus spécifique avec un échantillonnage plus important serait nécessaire. Elle nous permettrait sans doute d'obtenir un reflet plus juste du phénomène dans notre région. Cependant, ces différences pourraient être réelles.

Si, en Estrie, les femmes et les hommes rapportent un nombre comparable de parasuicides au cours de leur vie, il n'en est pas de même pour les suicides. Le taux annuel moyen de suicide chez les hommes pour les années 1989 à 1993 est de beaucoup supérieur à celui des femmes (30

contre 7 pour 100 000 personnes). Cependant, lorsqu'on compare les parasuicides à vie et les suicides rapportés selon les groupes d'âge, on remarque que les 15-44 ans présentent des proportions plus élevées pour les deux phénomènes (environ 7 % pour les parasuicides et 25 pour 100 000 personnes pour les suicides). Les personnes de 45 ans et plus affichent une prévalence plus faible que celle des personnes de 15-44 ans au niveau des gestes suicidaires à vie, et présentent, pour les années 1989 à 1993, un taux spécifique moyen de suicide légèrement inférieur à celui des 15-44 ans (Tableaux 11A et 11D).

TABLEAU 11D

**Taux annuel moyen de décès* par suicide pour 100 000 personnes,
selon le sexe et l'âge,
Estrie 1989-1993**

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
0-14 ans	0,0	0,7	0,3
15-24 ans	46,5	3,2	25,1
25-44 ans	37,5	11,0	24,3
45 ans et plus	35,6	8,2	20,8
TOTAL	30,0	6,9	18,3

* Sources: MSSS, Régistre de la population, fichier des décès, 1989 à 1993.
MSSS, Direction des études et indicateurs, Services des études opérationnelles et données statistiques, octobre 1993.

L'ajout de nouvelles questions à l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 apporte des renseignements intéressants sur les moyens utilisés lors des parasuicides. Le constat important à retenir est que les moyens utilisés peuvent être considérés moins à risque au plan de la létalité que ceux utilisés dans les cas des suicides. On ne possède pas de données pour l'Estrie, mais les statistiques révèlent qu'au Québec, les principaux moyens utilisés pour les suicides, en 1992, sont les armes à feu et la pendaison (Bureau du coroner, 1993) tandis que ceux déclarés lors des gestes suicidaires, dans la présente enquête, par la population québécoise, tant chez les hommes que chez les femmes, sont les médicaments et la taillade des veines. Ces derniers moyens ont un caractère moins létal et moins violent que l'arme à feu et la pendaison. Il est intéressant de souligner que 9 % des personnes parasuicidaires déclarent avoir posé un geste suicidaire à l'aide de l'automobile. Or, puisque l'on sait que les suicides par accident de la route sont très difficiles à identifier, la présente enquête suggère qu'il puisse y avoir une sous-déclaration des suicides par accident de la route.

Avec des prévalences telles que 5 % de parasuicides à vie et de 1 % de parasuicides au cours des 12 mois précédent l'enquête, en Estrie, on peut se questionner sur la possibilité d'atteindre l'objectif fixé par la Politique de la santé et du bien-être de réduire de 15 % les suicides et les tentatives de suicide. La tendance actuelle suggère qu'il faudra mieux cibler les groupes à risque pour modifier la situation. Parmi les groupes considérés vulnérables, les jeunes adultes (15 - 24 ans) attirent l'attention puisqu'ils représentent le groupe où l'on observe les prévalences les plus élevées pour les idées suicidaires au cours des 12 mois précédent l'enquête et pour les parasuicides à vie.

11.4 RÉFÉRENCES

- BOYER R.; PRÉVILLE M.; PERRAULT C.; LÉGARÉ G. (1992). L'épidémiologie des parasuicides et des idées suicidaires. Ministère de la Santé et des Services sociaux. No 8, 62 p.
- BOYER R.; LANGELIER-BIRON L. (1991). «Actes de violence: suicides, parasuicides, homicides, et voies de fait», dans Gouvernement du Québec (éd). Les traumatismes, comprendre pour prévenir. p. 233-264.
- BUREAU DU CORONER (1994). Rapport annuel 1993. Québec, Les publications du Québec. p. 82.
- MSSS (1992). La politique de santé et de bien-être social. Québec.

SANTÉ PHYSIQUE

CHAPITRE 12

ACCIDENTS AVEC BLESSURES

Louis Hébert

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Direction de la santé publique et de l'évaluation

Le texte qui suit s'inspire fortement du texte sur les accidents avec blessures du rapport provincial. Les auteurs du texte provincial sont:

Yvonne Robitaille

Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Guy Régnier

Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec

I. Barry Pless

Département d'épidémiologie et de biostatistique de l'Université McGill

12.0 INTRODUCTION

Les accidents inquiètent et fascinent l'opinion publique. C'est l'aspect spectaculaire et inusité qui intrigue. Pour les professionnels de la santé, les accidents préoccupent par l'ampleur des dommages à réparer, chez des personnes par ailleurs souvent en bonne santé.. Pour le personnel de la santé publique, les blessures survenues au cours d'un accident ne constituent pas un phénomène relevant du hasard. Il s'agit le plus souvent de la juxtaposition de facteurs humains et environnementaux dont la combinaison provoque un déséquilibre qui est à la source des blessures (Robertson, 1983)¹. À mesure que l'on comprend mieux les circonstances dans lesquelles les blessures surviennent, des stratégies de prévention peuvent être envisagées.

Les accidents sont des événements fréquents dont les conséquences sont très variables en termes de sévérité. Si les décès et les hospitalisations pour cause de traumatisme² intentionnel ou non-intentionnel sont de mieux en mieux décrits (Choinière et coll., 1993; Baker et coll., 1992), les autres conséquences des traumatismes sont peu connues.

À cet égard, les enquêtes sont utiles pour fournir d'autres indicateurs des conséquences des blessures, à l'échelle des populations. Depuis une dizaine d'années, plusieurs enquêtes nationales de santé ont inclu le thème des accidents et blessures (Millar et Adams, 1991; Collins, 1990). Toutefois, les accidents ou blessures qui font l'objet des différentes enquêtes ne répondent pas à une définition unique, et les méthodes de sondage varient, de sorte que les comparaisons entre les enquêtes doivent être interprétées avec prudence. Un autre avantage des enquêtes de santé est de permettre l'exploration de certaines hypothèses quant à la variation du taux de personnes blessées, selon divers facteurs de risque rarement disponibles.

L'Enquête sociale et de santé de 1992-1993 aborde le problème des blessures de diverses façons. La principale section consacrée aux traumatismes est constituée d'une série de questions portant sur les accidents survenus au cours des derniers douze mois, et ayant causé des blessures assez graves pour entraîner soit une limitation d'activités, soit une consultation médicale. De tels accidents sont identifiés selon le lieu où ils sont survenus (ex.: route, travail, domicile)..

La présente enquête porte également sur les blessures qui ont entraîné une consultation médicale, qu'il y ait eu ou non limitation d'activités, alors que le chapitre «accident» de l'Enquête Santé Québec 1987 portait sur les accidents «qui ont causé des blessures assez graves pour obliger la personne à limiter ses activités normales». De plus, par la formulation des questions, la présente enquête permet une meilleure estimation du nombre de personnes ayant eu des accidents dans des lieux autres que sur la route ou au travail. Cette information concernant les lieux où

¹ Parce que les blessures et les accidents ne sont pas des phénomènes attribuables au hasard, bon nombre de professionnels qui travaillent à la réduction des traumatismes évitent de parler d'accidents. Pour notre part, nous utilisons le terme «accident» pour désigner l'événement au cours duquel la blessure est survenue, sans conférer à ce terme une connotation d'imprévisible ou de non-prévisible.

² Dans ce texte, nous utilisons les termes traumatisme et blessure de façon interchangeable.

surviennent les accidents est précieuse pour suivre l'évolution des objectifs de la Politique de santé et de bien-être¹ et pour stimuler l'atteinte de ces objectifs car, au Québec, le lieu détermine l'organisme responsable d'y améliorer les conditions de sécurité : la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) pour la route, la Commission de la santé et la sécurité du travail (CSST) pour les lieux de travail, la Régie de la sécurité dans les sports du Québec (RSSQ) pour les lieux de sport et loisir, les commissions scolaires pour les écoles, etc.

Les objectifs de ce chapitre sont de : 1) présenter divers indicateurs des conséquences des blessures dans la population et les mettre en perspective les uns avec les autres; 2) établir le taux de personnes victimes d'accidents survenus au cours des 12 derniers mois et ayant entraîné soit des limitations au niveau des activités normales, soit une consultation médicale, et ceci selon le lieu de l'accident et diverses caractéristiques sociodémographiques de la victime.

12.1 MÉTHODOLOGIE

12.1.1 Indicateurs utilisés pour décrire l'importance des blessures

Comme il a été mentionné plus haut, les accidents avec blessures peuvent être définis de plusieurs façons, selon les diverses conséquences qu'ils entraînent. Les indicateurs utilisés dans ce chapitre, leur définition, la justification de leur utilisation de même que les questions desquelles ils sont tirés sont présentées ci-après:

«Personnes victimes d'un accident avec blessures au cours des 12 derniers mois ayant entraîné une limitation d'activités» : nombre de personnes qui ont subi, au cours des 12 derniers mois, un accident ayant causé des blessures assez graves pour les obliger à limiter leurs activités normales. Utilisé dans plusieurs enquêtes, cet indicateur a été retenu notamment pour permettre certaines comparaisons avec l'Enquête Santé Québec 1987 et est issu de la question 132 du questionnaire réalisé par intervieweur (QRI-132).

«Personnes victimes d'un accident avec blessures au cours des 12 derniers mois ayant entraîné une consultation médicale» : nombre de personnes qui ont subi, au cours des 12 derniers mois, un accident ayant causé des blessures assez graves pour les obliger à consulter un médecin. Cet indicateur, non disponible pour 1987, a été retenu pour permettre la comparaison avec d'autres études sur les accidents avec blessures qui utilisent le critère de «consultation médicale» plutôt que celui de la «limitation d'activités» pour décrire le phénomène des accidents. Il exprime également mieux le fardeau que représentent les accidents avec blessures pour le système de santé (QRI-133).

¹ OBJECTIF 10 : Réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives ou sportives.

«Personnes victimes d'un accident avec blessures au cours des douze derniers mois ayant entraîné une limitation d'activités ou une consultation médicale» : combinaison des deux indicateurs précédents. Cet indicateur fait référence à une définition plus large des accidents avec blessures. Il pourra servir pour la comparaison avec les résultats d'autres études qui utiliseraient le même double critère pour décrire le phénomène des accidents. Il s'agit, par ailleurs, de la définition utilisée dans le U.S. National Health Interview Survey, la doyenne des enquêtes nationales de santé, incluant des questions sur les blessures (QRI-132 et QRI-133).

Enfin, des données sur les décès et les hospitalisations (CHOINIÈRE et coll., 1993) sont aussi brièvement utilisés dans le chapitre pour mieux situer l'ensemble du phénomène des accidents avec blessures.

Ces indicateurs seront présentés dans le chapitre pour décrire l'ampleur du phénomène des accidents avec blessures. Cependant, les analyses selon les principales variables d'intérêt comme l'âge, le sexe, la scolarité relative et les lieux de survenue porteront uniquement sur l'indicateur «personnes victimes d'un accident avec blessures au cours des douze derniers mois ayant entraîné une limitation d'activités ou une consultation médicale». Cet indicateur a été retenu, d'une part, parce qu'il représente une mesure plus englobante des accidents avec blessures et, d'autre part, parce que c'est celui qui se prêtait le mieux à l'analyse selon les lieux de survenue.

Les questions permettant de situer le lieu de l'accident sont également tirées du QRI (QRI-134 à QRI-141).

12.1.2 Comparabilité avec les données de 1987

Un des indicateurs de l'enquête de 1992-1993 a pu être comparé à ceux de l'enquête de 1987. Il s'agit du «nombre de personnes victimes d'un accident avec blessures au cours des douze derniers mois ayant entraîné une limitation d'activités». Malgré tout, il s'est avéré que certaines différences entre le questionnaire de 1987 et celui de 1992-1993 dans la séquence des questions ainsi que l'ajout des consultations médicales comme deuxième «critère» pour définir les accidents, aient pu influencer la comparabilité de l'important indicateur du «nombre de personnes victimes d'un accident avec blessures au cours des douze derniers mois ayant entraîné une limitation d'activités».

Les modifications faites au QRI, pour améliorer l'estimation du taux de personnes victimes d'accidents selon le lieu, ainsi que la comparaison du nombre total d'accidents, ont par ailleurs rendu impossible la comparaison du taux de personnes victimes d'accident selon le lieu, entre 1987 et 1992-1993.

12.1.3 Portée et limite des données

Les questions permettant d'établir l'incidence des accidents avec blessures au cours des douze derniers mois sont tirées du QRI (QRI-132 à QRI-143); le questionnaire répondu par une seule personne pour tous les membres du ménage. Il est possible que, pour les accidents survenus plusieurs mois avant l'entrevue, le répondant ait eu tendance à se rappeler plus facilement des accidents dont il a lui-même été victime que des accidents subis par les autres membres du ménage. Il s'est avéré que le moment du dernier accident survenu au répondant lui-même et aux autres membres du ménage pour lesquels il répond n'étaient pas statistiquement différents.

Par ailleurs, le biais de mémoire fait qu'il y a probablement sous-déclaration des blessures légères et «télescopage». Le télescopage est le phénomène par lequel les répondants auront tendance à rapporter des accidents comme s'ils étaient survenus plus récemment qu'ils sont survenus en réalité. Cet effet se traduit par une surestimation des indicateurs basés sur une courte période de rappel, telle que les deux semaines précédant l'entrevue (Harel et coll., 1994). L'hypothèse quant à la sous-déclaration des blessures légères n'a pu être vérifiée avec les données disponibles. Quant à la présence de l'effet de télescopage, il a été vérifié en comparant la répartition dans le temps du dernier accident rapporté avec la répartition attendue, à savoir une répartition uniforme pendant les douze mois que couvrait l'enquête.

Les résultats laissent croire à la présence d'un effet de télescopage qui devrait se traduire par la surestimation des indicateurs basés sur la période de rappel des deux dernières semaines. Par ailleurs, les indicateurs basés sur un rappel des douze derniers mois sont probablement légèrement sous-estimés. Les résultats présentés dans ce chapitre ne sont toutefois pas corrigés pour ces biais.

12.2 RÉSULTATS

La comparaison des principaux indicateurs de conséquences de blessures entre 1987 et 1992-1993 présentent des tendances encourageantes.

Ainsi, en Estrie, on note une légère diminution du taux de mortalité par traumatisme, de 0,6 pour 1000 à 0,5 pour 1000 entre ces deux périodes¹. De façon analogue, on note une réduction dans les taux d'hospitalisation pour traumatismes, soit 9,5 à 8,6 par 1000². Ceci représente un taux inférieur à 10 % et quelque 141 admissions à l'hôpital en moins; bien que la durée d'hospitalisation constitue, elle aussi, un facteur important des coûts, la réduction observée se traduit probablement par une économie substantielle.

¹ MSSS, Fichier des décès, 1987 à 1993.

² MSSS, Fichier des hospitalisations de MED-ECHO, 1986-1987 à 1992-1993.

12.2.1 Nombre d'accidents pour 1000 personnes

Malgré ces tendances, la comparaison d'un autre indicateur paraît indiquer une augmentation importante du taux de personnes victimes au cours des douze derniers mois d'un accident avec blessures ayant entraîné une limitation d'activités, soit 33 personnes en 1987 contre 78 pour 1000 personnes en 1992-1993. Cette différence est tellement grande qu'elle est probablement attribuable à une différence dans la formulation des questions. En 1987, cette question était précédée d'une autre portant sur la mortalité par traumatisme au cours de l'année précédente. Ceci pourrait avoir orienté l'attention du répondant vers des blessures graves et conséquemment, avoir provoqué une sous-estimation du nombre réel pour cet indicateur. Et à l'inverse, en 1992-1993, la phrase d'introduction mentionnait les blessures ayant entraîné des consultations médicales (en plus de celles ayant entraîné une limitation d'activités), ce qui orientait le répondant vers une grande diversité de blessures mineures et pourrait avoir entraîné une légère surestimation de cet indicateur. Il est difficile d'imaginer comment les deux premiers indicateurs (mortalité et hospitalisation pour traumatisme) peuvent montrer un déclin des traumatismes, alors que ce dernier indicateur traduit une telle augmentation sans que ceci résulte de l'une ou l'autre des explications précédentes, ou probablement d'une combinaison des deux.

Les autres indicateurs ne peuvent être comparés car les questions desquelles ils sont issus n'existaient pas ou n'étaient pas semblables dans l'enquête de 1987. Ces indicateurs nous apprennent que 83 pour 1000 personnes ont subi un accident avec blessures ayant requis une consultation médicale, comparativement à 72 pour le Québec. Une proportion un peu supérieure, soit 89 pour 1000 personnes ont répondu avoir subi une blessure ayant requis soit une consultation médicale, soit une limitation d'activités comparativement à 81 pour le Québec. Cette petite différence, entre les deux indicateurs, semble indiquer que d'une façon générale la plupart des personnes souffrant d'une blessure suffisamment grave pour consulter le médecin subissent également des limitations d'activités, et vice-versa.

12.2.2 Personnes victimes d'un accident avec blessures ayant entraîné soit une limitation d'activités ou une consultation médicale

Durant l'année qui a précédé l'enquête, 9 % des personnes interrogées ont subi des blessures assez graves pour entraîner soit une limitation d'activités, soit une consultation médicale. Rappelons que toutes les analyses subséquentes de ce chapitre portent sur les «personnes victimes d'accident avec blessures, survenu au cours des douze derniers mois et ayant entraîné une limitation d'activités ou une consultation médicale». Le taux (89 pour 1000 personnes), varie en fonction des caractéristiques socio-économiques de la population. Les lieux où surviennent ces blessures correspondent à ceux fréquentés par les personnes des différents groupes d'âge (Tableau 12A).

TABLEAU 12A

Victimes d'accidents avec blessures au cours des 12 mois précédent l'enquête et ayant entraîné une limitation d'activités ou une consultation médicale, selon quelques caractéristiques (taux pour 1000), population totale, Estrie 1992-1993

CARACTÉRISTIQUES		Taux pour 1000 personnes
Sexe :		
	Hommes	107
	Femmes	71
Âge :		
	0 - 14 ans	62
	15 - 24 ans	148
	25 - 44 ans	109
	45 - 64 ans	60
	65 ans et plus	61
Sous-région		
	Sherbrooke-métropolitain	94,5
	Petites villes	87,5
	Rurale	79,4
Niveau de scolarité relative		
	Faible	115,1
	Elevé	88,0
Niveau de revenu		
	Très pauvre/pauvre	98,6
	Moyen inférieur	90,0
	Moyen supérieur/Supérieur	81,8
Lieux d'accident		
	Route	9
	Travail	21
	École	7,5
	Maison (intérieur)	23
	Maison (extérieur)	11
	Lieu de loisir	15
	Lieu public	4
	Autre endroit	1

En Estrie, le taux de victimes d'accident avec blessures est globalement plus élevé chez les hommes (107 pour 1000) que chez les femmes (71 pour 1000)¹. Les individus âgés de 15 à 24 ans et 25 à 44 ans se distinguent par des taux élevés (148 et 109 pour 1000 respectivement) alors qu'on observe des taux d'environ 60 pour 1000 pour les groupes des 0-14 ans, 45-64 ans et 65 ans et plus. La répartition des taux de victimes ne démontre pas de différence significative en fonction du niveau de revenu et de la scolarité relative. On observe les mêmes tendances pour l'ensemble du Québec. Également, il ne semble pas y avoir de différence entre les trois sous-régions estriennes.

Selon les résultats de l'enquête, 34 Estriens pour 1000 auraient subi un accident avec blessures à domicile durant les douze mois précédent l'entrevue. Ces personnes représentent 37 % de l'ensemble des victimes d'accidents. Les lieux de travail viennent au second rang avec un taux de 21 pour 1000, soit 23 % des victimes suivis par les lieux de loisir avec un taux de 15 pour 1000 soit 16 %, de l'ensemble des accidents et les victimes de la route avec un taux de 9 pour 1000 avec 10 % de l'ensemble. Parmi les autres lieux, on retrouve les accidents à l'école avec 9 % des victimes et les lieux publics avec 4 %. On observe la même répartition pour l'ensemble du Québec.

12.3 CONCLUSION

L'ampleur des décès par traumatisme au Québec est relativement bien connue. Moins connues sont les conséquences des blessures non mortelles.

Chaque année, environ 24 000 Estriens subissent des blessures assez graves pour entraîner soit une limitation d'activités, soit une consultation médicale. Les groupes les plus affectés étant les 15 à 24 ans en général, de même que les hommes. Un accident avec blessures sur trois est survenu à domicile, un sur quatre au travail, un sur six au loisir et un sur dix sur la route. Cette répartition des lieux, où surviennent les blessures n'entrant pas de décès, met en lumière des circonstances de blessures ayant peu retenu l'attention jusqu'à maintenant : le domicile et les lieux de loisir.

De façon générale, on peut constater que le taux d'accidents avec blessures semble un peu plus élevé en Estrie qu'au Québec (89 contre 81 par 1000 personnes), bien que cette différence ne soit pas significative. La répartition, selon les lieux d'accidents, n'est pas différente de celle observée au Québec.

¹ Le risque est 1,5 fois plus grand chez les hommes que chez les femmes.

Certains résultats présentés dans ce chapitre mériteraient une analyse plus approfondie. Qu'est-ce qui explique l'absence de relation observée entre le niveau économique et le taux de personnes ayant eu un accident avec blessures? Nous nous attendions à ce que les personnes très pauvres soient celles qui déclarent davantage avoir été victime d'accident avec blessures, et ce n'est pas le cas pour l'ensemble des traumatismes. Il est possible que la relation entre la morbidité par traumatisme et le niveau économique soit plus complexe que ne le laissaient entrevoir les études antérieures. Il serait intéressant de pousser cette réflexion, en utilisant des analyses multivariées pour contrôler les variables d'âge et sexe, lorsque l'association entre le revenu et le taux d'accident est étudiée.

Près d'un accident avec blessures sur trois est survenu à domicile. Ces traumatismes ne tombent pas sous la responsabilité d'un organisme gouvernemental bien identifié tel la CSST, la SAAQ, ou la RSSQ. Malgré les très nombreux organismes concernés par plusieurs des types de blessures qui surviennent à domicile (ex. : Centre anti-poison, services d'incendie des municipalités), c'est certainement au ministère de la Santé et des Services sociaux que revient la responsabilité de surveiller et de faire en sorte que ce type de blessure décline. Le fait que plusieurs organismes soient actifs dans la prévention des blessures est un élément positif qui devrait favoriser la réalisation des objectifs de réduction des traumatismes. Toutefois, la multiplicité des partenaires peut être l'occasion pour eux de «se renvoyer la balle» dans les situations difficiles. La multiplicité des partenaires sera un atout en autant que le ministère de la Santé et des Services sociaux considère les traumatismes comme un problème de santé dont il est responsable au même titre que le SIDA, le cancer du sein, ou la méningite, par exemple (Pless, 1994).

12.4 RÉFÉRENCES

- BAKER, S.O.; O'NEIL, B.; GINSBURG, M.J.; LI, G. (1992). «The injury fact book», Second Edition Oxford University Press. New York. 344 p.
- CHOINIÈRE, R.; ROBITAILLE, Y.; DORVAL, D.; SAUVAGEAU, Y. (1993). Profil des traumatismes au Québec : Disparités régionales et tendances de la mortalité (1976 à 1990) et des hospitalisations (1981 à 1991). Direction de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec. 493 p.
- COLLINS, J.G. (1990). «Types of injuries by selected characteristics». Vital Health Statistics, vol. 10, no 175, p. 1-68.
- HARREL, Y.; OVERPECK, M.D.; JONES, D.H. ; SCHEIDT, P.C.; BIJUR, P.O.; TRUMBLE, A.C.; ANDERSON, J. (1994). «The effects of recall on estimating annual nonfatal injury rates for children and adolescents». American Journal of Public Health, vol. 84, p. 599-605.

MILLAR, W.; ADAMS, O. (1991). Accidents au Canada, Enquête sociale générale, Série analytique. Ottawa, Statistique Canada. 122 p.

PLESS, I.B. (1994). «Editorial unintentional childhood injury - Where the buck should stop?». American Journal of Public Health, vol. 84, p. 537-539.

ROBERTSON, L.R. (1983). Injuries : causes, control strategies, and public policy. Toronto, Lexington books. 219 p.

CHAPITRE 13

AUTONOMIE FONCTIONNELLE

*Valois Boudreault
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Direction de la santé publique et de l'évaluation*

Le texte qui suit s'inspire du texte sur l'autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé du rapport provincial. Les auteurs du texte provincial sont:

*Russell Wilkins
Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada.*

*Madeleine Rochon,
Pierre Lafontaine
Service des études et analyses du ministère de la Santé et des Services sociaux*

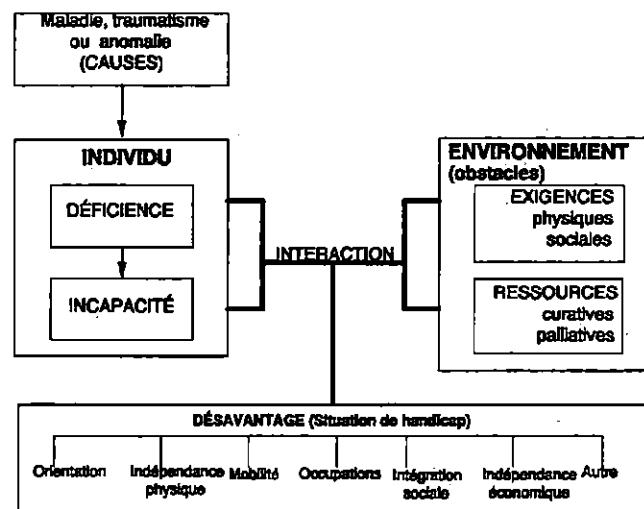
13.0 INTRODUCTION ET MÉTHODOLOGIE

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 a abordé le concept de la santé selon trois grands axes hiérarchiques, soit les déterminants, l'état de santé et les conséquences des problèmes de santé. Le présent chapitre aborde les conséquences des problèmes de santé par le biais des incapacités, des limitations d'activités, de la dépendance et de l'autonomie fonctionnelle.

Ces différents thèmes rejoignent le modèle conceptuel de la *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages (CIH)* (OMS, 1988) de l'Organisation mondiale de la santé qui a permis de déterminer trois différents niveaux de conséquences des problèmes de santé. Ainsi, comme le présente la figure 13A, la présence de maladies, traumatismes ou anomalies entraîne une **déficience** structurelle ou fonctionnelle, laquelle peut entraîner une **incapacité** (modification ou perte de la capacité de l'individu d'accomplir des activités données); l'incapacité peut réagir avec le milieu où vit l'individu et diminuer ses aptitudes à remplir le rôle que l'on attend de lui ou d'elle, entraînant ainsi un **désavantage** (situation de handicap).

FIGURE 13A

Schéma relationnel des déficiences, incapacités et désavantages



La CIH identifie six actes fondamentaux en relation avec l'existence et la survie de l'individu en tant qu'être social et avec ce que la société attend de l'individu dans toute culture. Ces actes fondamentaux ou rôles de survie comprennent la capacité de l'individu à :

- s'orienter dans son environnement et répondre aux stimuli;
- maintenir une existence indépendante pour les besoins physiques du corps, y compris la nutrition et l'hygiène personnelle;
- se mouvoir efficacement dans son environnement;
- occuper son temps de façon normale, y compris la poursuite d'une occupation (activités personnelles, tâches domestiques, jeux, divertissements);
- participer à des relations sociales et les maintenir;
- avoir une activité socio-économique.

Les désavantages sont donc l'ensemble des rôles sociaux interdits à un individu. Ce n'est rien d'autre, si l'on veut, que le contraire de l'autonomie.

Comme le soulignent Wilkins et coll. dans le rapport provincial de la présente enquête, «l'Enquête sociale et de santé ne mesure pas la déficience ni l'incapacité au sens strict, mais plutôt le désavantage (handicap) dans les rôles de survie. Les questions de l'enquête permettent de mesurer trois dimensions de handicap par rapport aux rôles de survie : les désavantages d'indépendance physique, les désavantages d'occupations et les désavantages de mobilité».

L'univers couvert par l'enquête, sous le présent chapitre, est l'ensemble de la population vivant en ménage privé. Il convient donc de noter que les personnes vivant en établissement (centre d'accueil, centre hospitalier de longue durée, centre de réadaptation, etc.) sont exclues de l'enquête alors que ces personnes sont presque toujours limitées dans leurs activités. L'échantillon pondéré de la population estrienne qui fait l'objet des présentes analyses est composé de 1284 individus de tout âge dont 118 qui déclarent un désavantage quelconque. La faible prévalence des phénomènes à l'étude et le petit nombre de répondants en région nous contraignent à une analyse essentiellement descriptive.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 interpellait la population à travers plusieurs questions du questionnaire administré par un interviewer (QRI) pour évaluer les trois catégories de désavantages (mobilité, indépendance physique et occupations). La figure 13B présente, de façon synthétique, les dimensions qui ont été retenues pour l'étude de ces désavantages (handicaps), ainsi que les questions utilisées pour les mesurer. Ces questions étaient presque identiques à celles de l'Enquête Santé Québec 1987. À partir des questions, une échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme a été construite (Figure 13C). Puisque les personnes en perte d'autonomie peuvent avoir de multiples problèmes, le principe de cette échelle est de classer chaque personne dans la première (et la plus sévère) catégorie applicable, et ainsi d'éliminer toute possibilité de classement multiple. En ordre croissant d'autonomie fonctionnelle, les catégories sont : dépendance pour les soins personnels; dépendance pour les

soins instrumentaux; incapable de faire une activité principale (travailler, étudier ou tenir maison); autres limitations dans les activités; aucune perte d'autonomie fonctionnelle.

L'enquête permet également de mesurer la limitation d'activité en termes de «jours d'incapacité» et de les comptabiliser, pour la population en ménage privé, par une série de questions circonscrites aux deux semaines précédant l'enquête. Trois catégories de limitations sont abordées. D'abord on a demandé aux répondants s'ils étaient restés au lit ou presque (y compris les jours passés à l'hôpital) pour des raisons de santé (QRI-1). On leur a également demandé (QRI-2) s'ils avaient connu des jours où ils avaient été incapables d'aller travailler, de tenir maison ou d'aller à l'école (sans compter les jours d'alitement). Finalement, on a demandé s'il y avait eu d'autres jours (sans compter les deux premières catégories) où ils ont dû diminuer leurs activités habituelles pour des raisons de santé (QRI-5). Ainsi, une moyenne annuelle du nombre de jours d'incapacité par personne peut être calculée en multipliant par 26 fois le nombre de journées de limitation dans les activités au cours des deux dernières semaines. Puisque le nombre de journées d'incapacité fluctue selon la saison, et que les interviews avaient lieu tout au long de l'année, certaines personnes ont été interviewées en hiver, lorsque les journées d'incapacité sont plus fréquentes, et d'autres personnes l'ont été en été, lorsqu'elles sont moins fréquentes. La moyenne annuelle s'applique donc uniquement aux groupes de personnes, et non aux individus. De plus, les données ne permettent pas de dire quelle proportion de la population connaît au moins une journée d'incapacité au cours de l'année.

FIGURE 13B

**Dimensions et mesures de handicap dans
l'Enquête sociale et de santé 1992-1993**

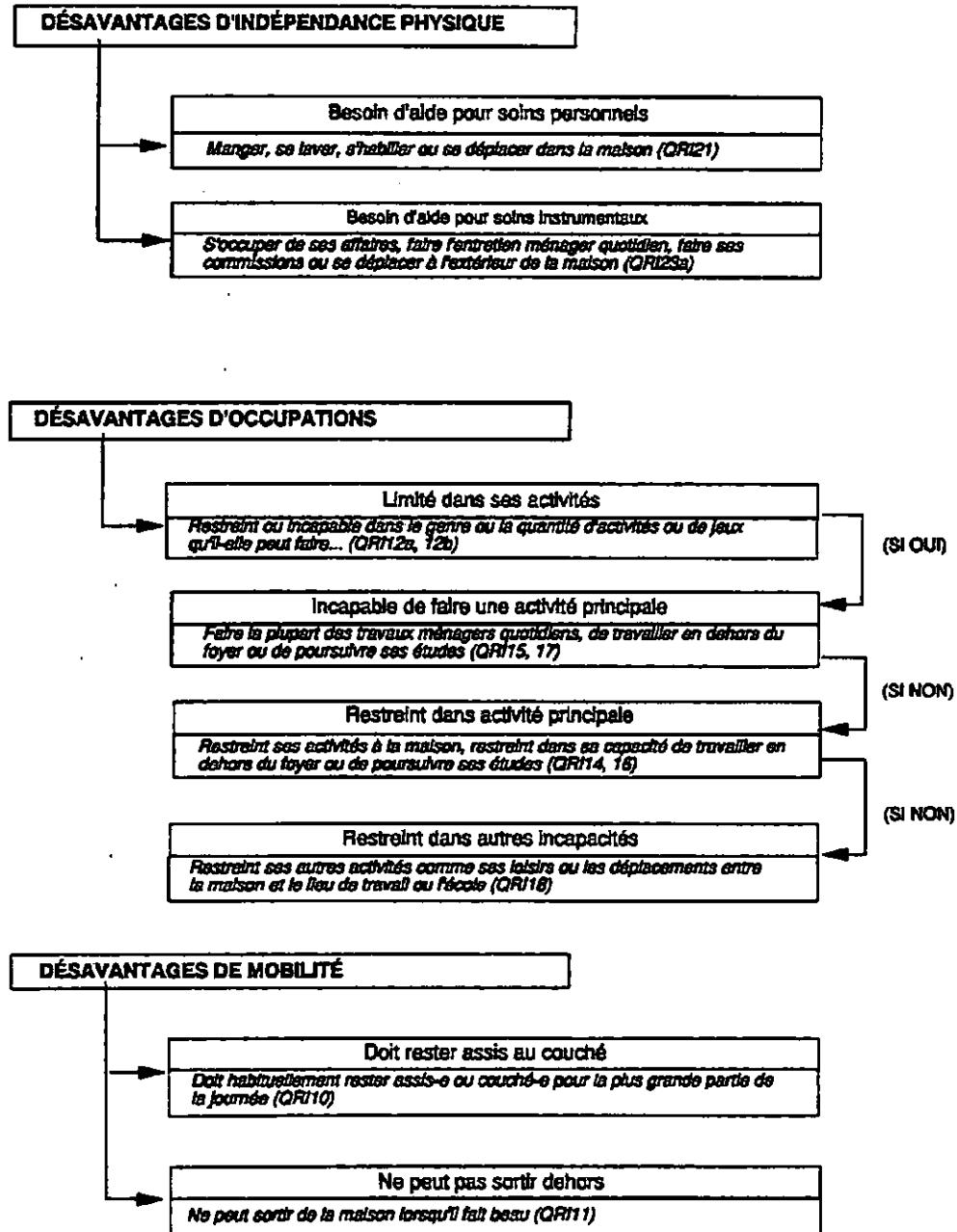
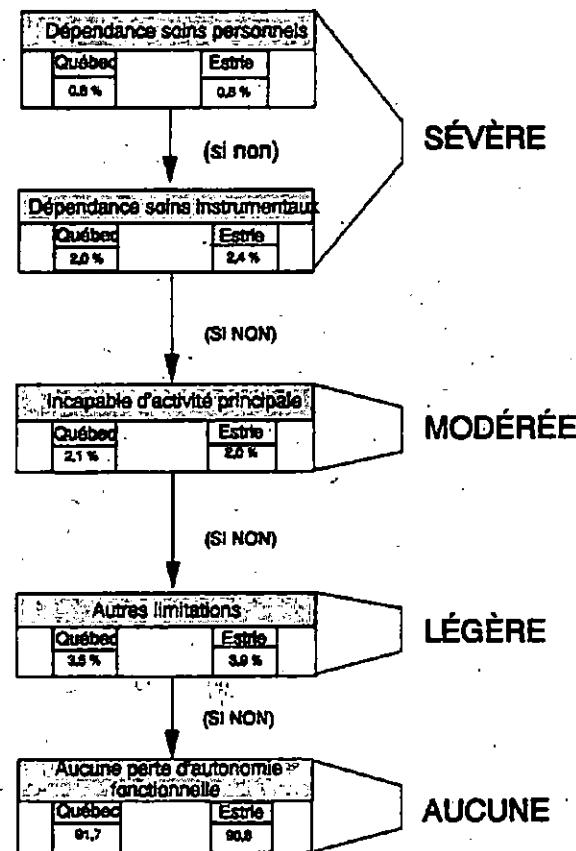


FIGURE 13C

Pertes d'autonomie fonctionnelle à long terme
(échelle hiérarchique), population en ménage privé,
Estrie et Québec 1992-1993



13.1 RÉSULTATS

L'analyse de la prévalence des différentes catégories de désavantages et d'autonomie fonctionnelle pour la population estrienne et québécoise semble indiquer que les proportions estriennes ne diffèrent pas significativement des proportions québécoises (Figure 13C). On peut donc estimer qu'en Estrie environ 9 % de la population en ménage privé a une perte d'autonomie fonctionnelle à long terme (7 % des hommes et 9 % des femmes). Selon la sévérité de ces pertes, on constate qu'environ 3 % de la même population est sévèrement dépendante,

soit 1 % pour les soins personnels et 2 % pour les soins instrumentaux. De même, 2 % est incapable de faire une activité principale et un autre 4 % a d'autres limitations.

Le total des dépendances et limitations s'accroît rapidement avec l'âge, et ce, de façon similaire en Estrie et au Québec (Tableau 13A) mais les différences par groupe d'âge entre le Québec et l'Estrie ne sont pas statistiquement significatives : environ 4 % des personnes de 0-24 ans déclarent des limitations quelconques contre 7 % approximativement pour les 25-44 ans, 11 % pour les 45-64 ans et quelque 23 % pour les 65 ans et plus.

TABLEAU 13A

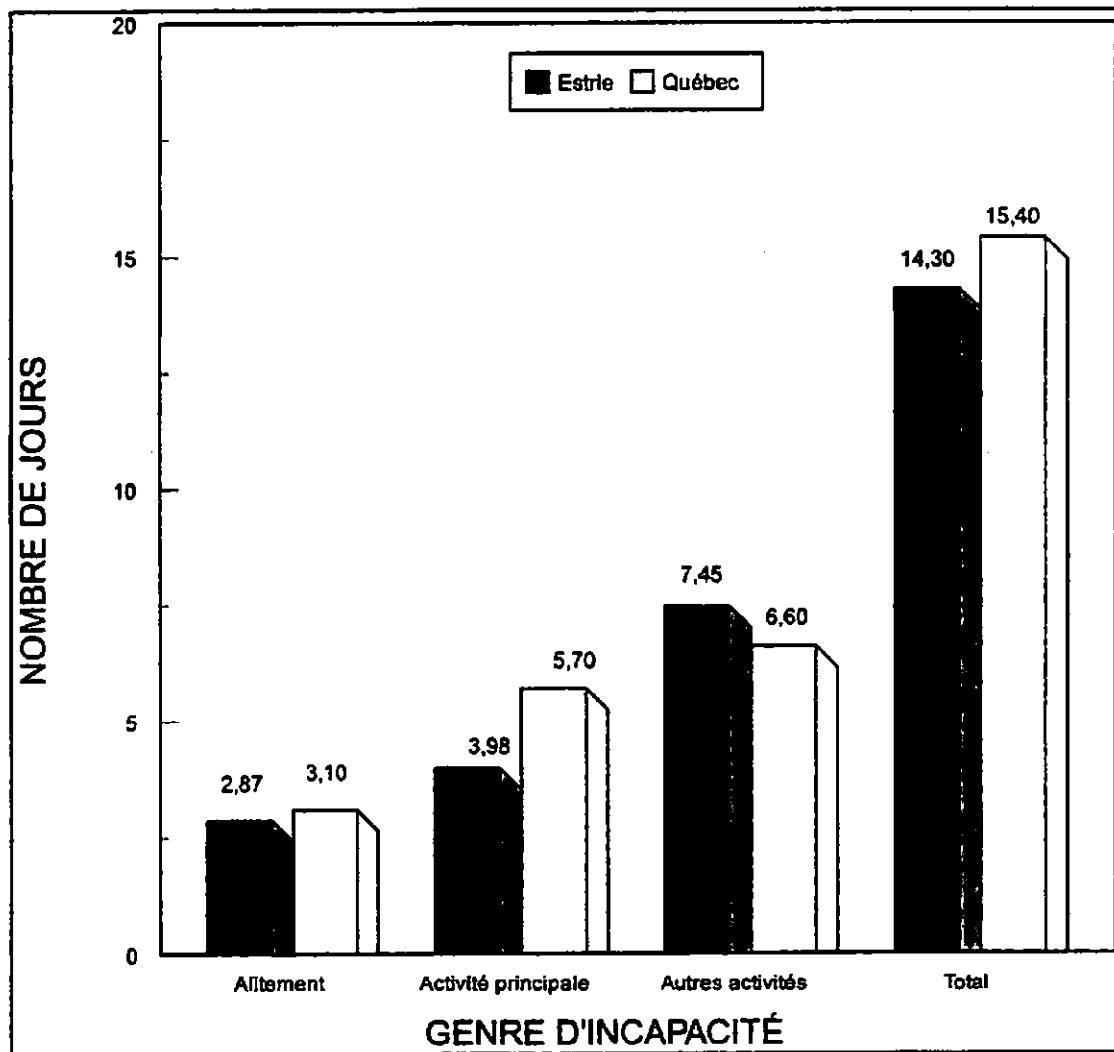
**Pertes d'autonomie fonctionnelle à long terme
selon l'âge (%), population en ménage privé,
Estrie et Québec 1992-1993**

	0 - 24 ANS	25 - 44 ANS	45 - 64 ANS	65 ANS ET +	TOTAL
ESTRIE	2,5	9,2	12,4	24,8	9,2
QUÉBEC	3,6	6,9	11,0	22,8	8,3

Pour l'ensemble des journées d'incapacité, la moyenne annuelle par personne est d'environ 15 jours. L'enquête rapporte approximativement trois journées d'alitement par personne et près de quatre jours d'incapacité pour accomplir une activité principale (Figure 13D). Finalement, environ sept jours de restriction d'activité viennent compléter la profil des «jours d'incapacité». Les résultats de l'Estrie et du Québec sont comparables.

FIGURE 13D

**Journées d'incapacité par personne
selon le genre d'incapacité, population en ménage privé
Estrie et Québec 1992-1993**



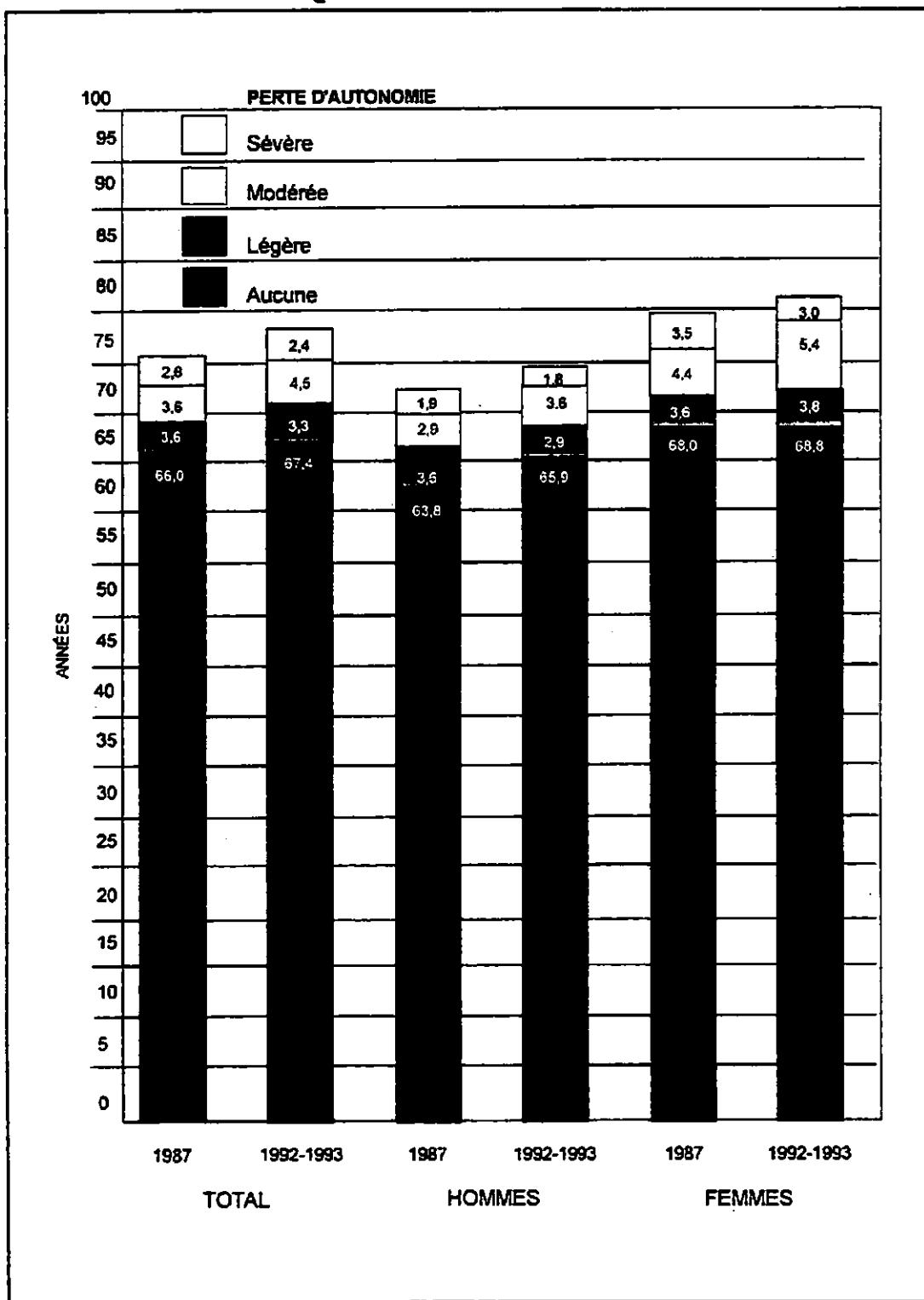
13.2 Analyse comparative des données d'enquêtes de 1987 et 1992-1993

La méthodologie utilisée par Santé Québec pour mesurer l'incapacité, lors de la présente enquête et celle de 1987, est assez similaire pour autoriser des comparaisons entre les résultats des deux enquêtes.

Les divers thèmes qui ont été retenus dans le présent chapitre ont fait l'objet d'analyses statistiques qui ne révèlent aucune différence significative pour les proportions rencontrées en Estrie et au Québec. Nous avons donc toutes les raisons de croire que les changements d'ordre social et de santé en lien avec l'autonomie fonctionnelle et observés dans la population québécoise entre 1987 et 1992-1993 sont également présents dans la population estrienne qui ne peut, compte tenu du faible effectif de son échantillon, faire l'objet d'analyse temporelle. Voici quelques faits qui se dégagent des analyses de données québécoises de 1987 et 1992-1993 :

- La proportion de la population du Québec vivant en ménage privé avec perte d'autonomie fonctionnelle à long terme est restée stable chez les hommes autour de 7 % et a augmenté chez les femmes, passant de 8 % à 9 %. Néanmoins, chez les deux sexes, la proportion de la population avec dépendance pour les soins personnels (la catégorie la plus sévère) a légèrement diminué.
- Entre 1987 et 1992-1993, on observe au Québec peu de changements pour le nombre de journées d'incapacité annuel moyen par personne pour les hommes (13 jours), mais une journée d'incapacité additionnelle chez les femmes (17 jours). Le nombre de journées d'alitement a diminué chez les hommes et chez les femmes (3,4 à 3,1 jours), tandis que le nombre total de journées d'incapacité (alité ou non) a augmenté (14,9 à 15,4 jours).
- Bien que la proportion de la population avec perte d'autonomie fonctionnelle ait augmenté et que, de plus, le nombre annuel moyen de jours d'incapacité soit à la hausse, la durée de vie sans dépendance ou limitation est au total plus longue. Ce phénomène, en apparence contradictoire, s'explique par le fait que les statistiques de l'état civil démontrent une diminution plus importante dans les taux de mortalité chez les deux sexes. Ce gain en espérance de vie à la naissance est de 24 mois chez les hommes et de 19 mois chez les femmes. Pour les deux sexes réunis, 17,5 mois des 22,6 au total, sont des gains sans perte d'autonomie fonctionnelle.

FIGURE 13E
Espérance de vie en santé à la naissance selon le sexe,
Québec 1987 et 1992-1993



13.3 CONCLUSION

Les indices et indicateurs de santé qui décrivent la capacité des individus à exercer leurs rôles sociaux et à vivre de façon autonome sont de précieux outils pour une meilleure compréhension de l'état de santé et de bien-être de la population.

Les résultats obtenus par ces indicateurs viennent confirmer certaines grandes tendances que l'on observe dans les sociétés québécoise et estrienne depuis quelques décennies. La durée de vie de la population et plus particulièrement des personnes aînées progresse de façon importante; cette augmentation est de 22,5 mois pour l'ensemble de la population et de 15,5 mois pour les personnes aînées pour la période 1987-1992-1993. Par contre, la majorité des groupes d'âge se voient confrontés avec un accroissement de la prévalence de la dépendance et des limitations d'activités de même qu'un allongement de la durée annuelle moyenne des «journées d'incapacité». C'est maintenant près d'une personne sur dix en Estrie (9 %) vivant en ménage privé, qui est confrontée aux conséquences qu'engendrent ces désavantages sociaux.

Ces problèmes entraînent des coûts sociaux et économiques pour lesquels la société québécoise semble mal préparée à répondre adéquatement. Le réseau de la Santé et des Services sociaux consacre déjà plus de 20 % de ses ressources humaines et financières pour réadapter, réinsérer et protéger les personnes aux prises avec ces divers handicaps. Ainsi, le secteur «réadaptation sociale» du MSSS représentait des dépenses de 2,7 milliards \$ (21,3 % des dépenses totales) en 1992-1993 (MSSS, 1992). Pour cette même année, l'Estrie a budgétisé 115 millions \$ pour les seuls services offerts en centre d'hébergement et de soins de longue durée, en centre d'accueil de réadaptation et en centre d'accueil d'hébergement (23 % des dépenses estriennes du réseau de la Santé).

Dans sa Politique de la santé et du bien-être, le MSSS reconnaît l'importance de ces problèmes et leur impact sur certains groupes particuliers. Deux objectifs visent les principaux groupes cibles aux prises avec des problèmes d'autonomie, soit : éliminer les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées et diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles que soient l'origine et la nature de ces incapacités. La mise en oeuvre des voies d'action prioritaires proposées dans ces objectifs de santé et bien-être pourraient grandement contribuer à mieux intégrer ces personnes dépendantes ou limitées dans leurs activités.

13.4 RÉFÉRENCES

MSSS (1992). Le système socio-sanitaire québécois en quelques chiffres. Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1988). Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies. Paris, OMS / CTENDRHI / INSERM.

CONSÉQUENCES

DES CONSÉQUENCES DE L'ÉTAT DE SANTÉ

CHAPITRE 14

CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

André Lavallière

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Direction de la santé publique et de l'évaluation

Le texte qui suit s'inspire fortement du texte sur la consommation de médicaments du rapport provincial, surtout pour l'introduction, la méthodologie et la conclusion. Les auteures du texte provincial sont:

Claudine Laurier,

Sylvie Poirier

Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal

Anne Gauthier

Direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux

14.0 INTRODUCTION

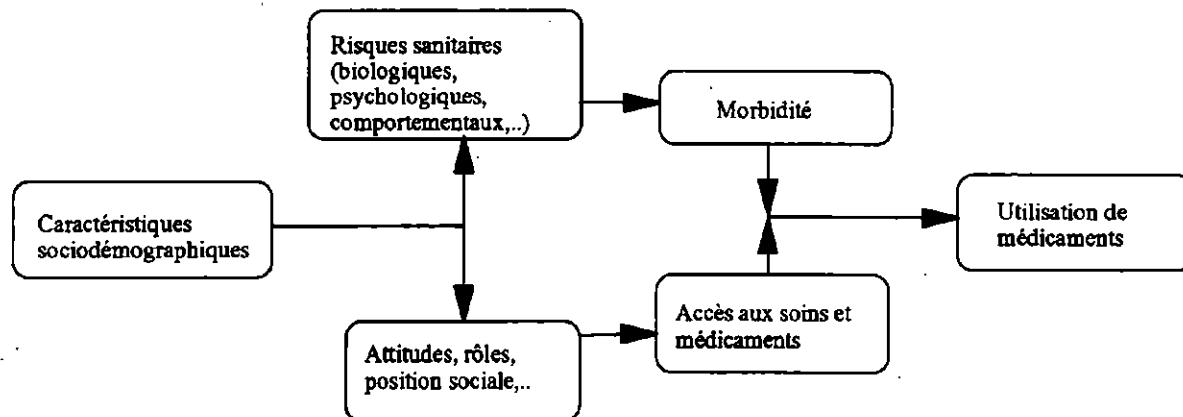
Le médicament constitue une réponse des plus populaires face à un besoin de santé. La nature des besoins de santé pouvant entraîner une utilisation de médicaments peut être cependant fort diverse. Bien qu'ils visent généralement le traitement de la maladie, les médicaments, ou du moins certains d'entre eux, peuvent être utilisés dans une perspective de prévention (ex: vitamines et suppléments alimentaires). En outre, les problèmes pour lesquels on y a recours peuvent être aigus ou chroniques. Ils peuvent être mineurs ou sérieux. Enfin les médicaments peuvent répondre à des besoins liés à la santé physique, à la santé mentale ou même à l'adaptation sociale.

Deux processus d'utilisation des médicaments peuvent être distingués. D'une part, les médicaments peuvent être utilisés sur recommandation ou prescription «médicale» ce qui implique : 1) une rencontre entre l'utilisateur et un médecin ou un dentiste et 2) une acceptation de la recommandation du prescripteur. D'autre part, l'utilisation d'un médicament peut découler de l'initiative de la personne elle-même soutenue ou non par une recommandation de sa famille, de son entourage ou d'intervenants de la santé n'ayant pas de privilège de prescription (automédication). De façon générale, cette automédication concerne les médicaments pour lesquels la loi n'exige pas d'ordonnance et vise des problèmes mineurs que la personne se sent apte à affronter sans recourir à l'aide médicale.

Il y a plusieurs façons de conceptualiser le phénomène d'utilisation des médicaments. Le modèle suivant s'inspire librement de ceux proposés par Anderson et Newman (1973) et par Verbrugge (1986) (Figure 14A). Il lie l'utilisation de médicaments à la morbidité et à l'accès aux soins médicaux et aux médicaments eux-mêmes. À leur tour, morbidité et accès dépendent des caractéristiques sociodémographiques par l'intermédiaire des risques sanitaires ou de variables psychosociales.

FIGURE 14A

Utilisation de médicaments : modèle conceptuel



Les données d'une enquête transversale comme celles de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 sont utiles même si elles ne nous permettent pas d'explorer tous les éléments du modèle précédent ni de vérifier les relations d'antériorité entre eux. En effet, elles permettent de décrire l'utilisation de tous les médicaments qu'ils aient été obtenus suite à un avis médical ou non, ce que ne permet pas l'examen de registres d'ordonnances ou de banques de données administratives. En outre, l'enquête a l'avantage de viser directement l'utilisation contrairement à des méthodes telles l'analyse des chiffres de ventes ou des ordonnances qui reflètent plutôt l'acquisition de produits. Elle permet également d'aller chercher une information sur des caractéristiques personnelles de l'utilisateur comme la perception de son état de santé ou son niveau de détresse psychologique. Enfin, il faut ajouter à l'intérêt des données de la présente enquête, la possibilité d'une comparaison avec les données de l'Enquête Santé Québec 1987, ce qui permet de suivre l'évolution du phénomène de consommation médicamenteuse.

Le suivi de la consommation de médicaments revêt un intérêt certain pour qui veut décrire le besoins de santé d'une population. Le recours aux médicaments témoigne en effet de l'existence de divers besoins de santé. En outre, parce qu'ils peuvent être une réponse efficace et efficiente à un besoin de santé, les médicaments peuvent faciliter l'atteinte des objectifs d'une politique de santé et de bien-être. Ainsi une utilisation appropriée de médicaments peut contribuer à la réduction de la mortalité cardiovasculaire ou de l'incapacité liée à l'arthrite, objectifs que s'est donnée la Politique de santé et de bien-être énoncée en 1992. Ces contributions sont toutefois difficiles à établir à partir des données de la présente enquête. D'autre part, parce qu'ils ne constituent pas toujours la réponse appropriée à un problème, les médicaments peuvent nuire à la santé et au bien-être. Ainsi, un des objectifs de la politique de 1992 consiste à réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et chez les bénéficiaires de l'aide de dernier recours (aide sociale) d'ici l'an 2002. Les données de l'enquête permettent, en partie, de suivre la réalisation d'un tel objectif.

Le chapitre suivant vise à présenter les principales données relatives à l'utilisation des médicaments telles que recueillies lors de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Après une brève section portant sur la méthodologie, l'utilisation de l'ensemble des médicaments, des médicaments obtenus sur avis médical et des médicaments obtenus sans un tel avis est analysée en fonction des caractéristiques sociodémographiques des répondants, de leurs caractéristiques socioéconomiques et de la morbidité perçue, reprenant en cela des éléments du modèle conceptuel décrit précédemment. L'analyse se poursuit ensuite par une description de l'utilisation pour chacune des classes de produits considérées dans l'enquête. En conclusion, on fait ressortir les points saillants et les questions non résolues ainsi que les implications pour la planification et la prise de décision.

14.1 MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, les renseignements relatifs à l'utilisation des médicaments ont été récoltés au moyen du questionnaire administré par l'interviewer (QRI). La question posée était la suivante: «Hier ou avant-hier, est-ce que

quelqu'un du foyer a fait usage des produits suivants?» Treize classes de substances médicamenteuses étaient ensuite énumérées. Ce sont : 1) les analgésiques, 2) les tranquillisants, sédatifs ou somnifères, 3) les médicaments pour le cœur ou la tension artérielle, 4) les antibiotiques, 5) les remèdes ou médicaments pour l'estomac, 6) les laxatifs, 7) les remèdes contre la toux ou le rhume, 8) les onguents pour la peau, 9) les vitamines ou minéraux, 10) les suppléments alimentaires, 11) les stimulants, 12) la pilule contraceptive et 13) tout autre médicament.

La référence à une période de deux jours précédant l'enquête est de nature à minimiser le biais de mémoire. Une telle stratégie a été utilisée lors de diverses enquêtes notamment par l'Enquête Santé Québec 1987, l'Enquête Santé Canada 1978-1979 et l'enquête internationale sur l'utilisation des services de santé pilotée par l'Organisation mondiale de la santé à la fin des années 60 (Rabin 1977).

Par ailleurs, le fait de mentionner diverses catégories de produits permet d'amener le répondant à rapporter l'utilisation de produits qu'il n'aurait peut-être pas considéré d'emblée comme des médicaments. Les catégories utilisées en 1992-1993 sont identiques à celles de l'Enquête Santé Québec 1987 et similaires à celles de l'Enquête Santé Canada.

Dès que le répondant rapportait l'utilisation d'un médicament, celui-ci devait être identifié en recourant si nécessaire à l'étiquette du produit. En outre, le répondant devait indiquer s'il avait été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste (avis médical), à quelle fréquence il était utilisé, depuis combien de temps et pour quel problème de santé. Sauf pour la fréquence et la durée, les questions posées en 1992-1993 sont les mêmes que celles de l'enquête de 1987.

À partir des données recueillies, la consommation de médicaments a été décrite au moyen de trois indicateurs principaux. Un premier indicateur distingue les personnes n'ayant utilisé aucun médicament au cours des deux jours précédents de ceux en ayant utilisé un ou deux et de ceux en ayant utilisé trois ou plus. Les deux dernières catégories peuvent être regroupées afin de classer les répondants en consommateurs ou non consommateurs de médicaments en général. Un autre indicateur ne porte que sur l'utilisation de médicaments obtenus sur avis médical. Il permet de distinguer ceux qui rapportent avoir utilisé de tels médicaments de ceux qui ne l'ont pas fait. Un indicateur similaire vise les médicaments obtenus sans avis médical. Enfin, le recours à chacune des treize catégories de médicaments a également été étudié.

En raison des taux de réponse élevés aux questions pertinentes, l'information relative au recours aux médicaments est disponible pour une forte proportion des personnes ayant répondu au questionnaire (moins de 10 % de non-réponse). La validité des données est cependant difficile à estimer avec certitude. La stratégie utilisée permet de limiter le biais de mémoire et le biais lié à une mauvaise compréhension de ce qui constitue un médicament. Cependant, il demeure possible que le répondant ne reconnaisse pas que le produit qu'il a consommé appartienne à la catégorie de produits énoncée par l'interviewer et n'en rapporte donc pas l'utilisation. La tendance à répondre de façon socialement désirable peut également biaiser les estimations. Enfin, dans les cas où la personne interrogée doit rapporter la consommation d'autres membres

du foyer, une mauvaise connaissance des comportements du sujet visé peut nuire à la validité des données.

14.2 RÉSULTATS

14.2.1 Utilisation de médicaments dans la population

Caractéristiques démographiques

En 1992-1993, 55 % de la population estrienne rapporte avoir pris au moins un médicament au cours des deux jours précédent l'enquête. Cette proportion est significativement supérieure à celle de la population québécoise qui s'établit à environ 51 %. C'est au niveau des consommateurs de trois médicaments ou plus que nous décelons des proportions significativement différentes : l'Estrie en comptant plus de 16 % contre un peu moins de 14 % au Québec.

Comparativement à 1987, l'Estrie voit sa proportion de consommateurs de médicaments augmenter significativement en 1992-1993 (de 40% à 55 %) et ce tant chez les consommateurs de un ou deux médicaments (de 32 % à 39 %) que chez ceux qui en consomment trois ou plus (de 8 % à 16 %) (Tableau 14A).

TABLEAU 14A

**Personnes ayant pris au moins un médicament
dans les deux jours précédent l'enquête, selon le nombre de médicaments (%),
population totale,
Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993**

	ESTRIE 1987	ESTRIE 1992-1993	QUEBEC 1992-1993
1 ou 2 médicaments	32,5	38,7	37,8
3 médicaments ou plus	8,4	16,3	13,7
Total	40,9	55,0	51,5

En 1992-1993, en Estrie, la proportion d'individus ayant consommé au moins un médicament varie en fonction de l'âge (Tableau 14B). Globalement, nous constatons qu'environ 80 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont consommé au moins un médicament dans les deux jours précédent l'enquête, soit nettement plus que les autres groupes d'âge. C'est au niveau des

consommateurs de trois médicaments et plus que nous décelons des différences significatives. Ainsi, les 0-14 ans, 15-24 ans et 25-44 ans sont significativement moins nombreux à consommer trois médicaments ou plus que les 45-64 ans et les 65 ans et plus. Les proportions de gens dans chacun de ces groupes d'âge ayant consommé trois médicaments ou plus dans les deux jours précédant l'enquête sont respectivement d'environ 6 %, 6 % et 11 % chez les 44 ans et moins contre 26 % et 45 % chez les 45 ans et plus.

TABLEAU 14B

**Personnes ayant pris au moins un médicament
dans les deux jours précédent l'enquête, selon l'âge et le nombre
de médicaments (%), population totale,
Estrie 1987 et 1992-1993**

	1 OU 2 MÉDICAMENTS		3 MÉDICAMENTS OU PLUS		TOTAL	
	1987	1992-1993	1987	1992-1993	1987	1992-1993
0-14	30,3	42,1	1,9	6,3	32,2	48,4
15-24	32,0	40,3	2,3	5,5	34,3	45,8
25-44	30,4	40,5	4,1	11,4	34,5	51,9
45-64	33,8	33,3	15,3	26,1	49,1	59,3
65 et plus	42,0	35,3	33,0	44,9	75,0	80,4

Comparativement à 1987, les proportions de gens à avoir consommé au moins un médicament ont augmenté significativement dans tous les groupes d'âge, exception faite des 65 ans et plus. Chez les 0-14 ans et les 25-44 ans, on peut relever des augmentations significatives à la fois de personnes consommant un ou deux médicaments et de celles consommant trois médicaments ou plus. Chez les 45-64 ans et les 65 ans et plus l'augmentation est significative chez les consommateurs de trois médicaments ou plus.

En Estrie, en 1992-1993, la consommation de médicaments varie aussi selon le sexe, ces proportions sont significativement plus élevées chez les femmes (Tableau 14C). Alors qu'environ 65 % des femmes ont utilisé au moins un médicament, chez les hommes cette proportion est près de 45 %. La proportion de femmes ayant utilisé un ou deux médicaments est également supérieure (44 %) à la proportion d'hommes (34 %) en ayant consommé autant. De plus, 21 % des femmes et 11 % des hommes ont utilisé trois médicaments ou plus.

TABLEAU 14C

Personnes ayant pris au moins un médicament dans les deux jours précédent l'enquête, selon le sexe et le nombre de médicaments (%), population totale, Estrie 1987 et 1992-1993

	1 OU 2 MÉDICAMENTS		3 MÉDICAMENTS OU PLUS		TOTAL	
	1987	1992-1993	1987	1992-1993	1987	1992-1993
Femmes	38,2	43,7	11,0	21,1	49,2	64,8
Hommes	26,6	33,7	5,7	11,4	32,3	45,1

En fonction du sexe, en Estrie, les proportions observées en 1992-1993 sont toutes plus élevées que celles de 1987.

La proportion des individus résidant en milieu rural est moindre à consommer trois médicaments ou plus que celle des autres sous-régions de l'Estrie (Tableau 14D).

TABLEAU 14D

Personnes ayant pris au moins un médicament dans les deux jours précédent l'enquête, selon la sous-région et le nombre de médicaments (%), population totale, Estrie 1992-1993

	1 OU 2 MÉDICAMENTS	3 MÉDICAMENTS OU PLUS	TOTAL
Rurale	38,1	12,0	50,0
Petites villes	40,0	20,0	60,0
Sherbrooke-métropolitain	38,4	16,7	55,1

Le nombre de classes de médicaments consommés témoigne de la diversité des médicaments utilisés. En 1992-1993, dans la population en Estrie, une personne sur quatre a consommé plus d'une classe de médicaments (Tableau 14E). À ce chapitre, la région et le Québec affichent des résultats similaires. En Estrie, en fonction du nombre de classes de médicaments consommés, les proportions observées en 1992-1993 sont toutes plus élevées que celles de 1987.

TABLEAU 14E

**Personnes ayant pris au moins une classe de médicaments dans les deux jours précédent l'enquête, selon le nombre de classes de médicaments (%), population totale,
Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993**

	ESTRIE 1987	ESTRIE 1992-1993	QUÉBEC 1992-1993
1 classe	24,7	30,0	29,3
2 classes	10,1	14,9	13,2
3 classes ou plus	5,8	10,1	8,7

En Estrie, en 1992-1993, des proportions significativement différentes entre les sexes sont observées pour le nombre de classes de médicaments consommées (Tableau 14F). Ainsi environ 18 % des femmes consomment deux classes de médicaments comparativement à quelque 12 % chez les hommes, et environ 14 % des femmes consomment trois classes ou plus de médicaments contre près de 6 % pour les hommes.

TABLEAU 14F

**Personnes ayant pris au moins une classe de médicaments selon le sexe et le nombre de classes de médicaments (%), population totale,
Estrie 1987 et 1992-1993**

	1 CLASSE		2 CLASSES		3 CLASSES OU PLUS	
	1987	1992-1993	1987	1992-1993	1987	1992-1993
Femmes	27,2	32,5	13,1	17,9	8,2	14,4
Hommes	22,2	27,6	7,0	11,9	3,2	5,6

En Estrie, comparé à 1987 on observe des proportions significativement différentes dans la consommation de classes de médicaments. Ainsi, toutes les proportions sont significativement plus élevées en 1992-1993, sauf pour les hommes consommant trois classes ou plus de médicaments.

Utilisation de médicaments prescrits

En 1992-1993, près d'une personne sur trois (31,3 %) en Estrie et au Québec a eu recours à au moins un médicament obtenu sur ordonnance (Tableau 14G). Cette proportion est significativement différente de celle observée en Estrie en 1987 (27 %). En Estrie, en 1992-1993, la proportion de gens consommant des médicaments prescrits est plus élevée chez les 45 ans et plus que chez les plus jeunes. En fait, ce serait environ 42 % des 45-64 ans et près de 69 % des 65 ans et plus qui auraient consommé des médicaments prescrits dans les deux jours précédant l'enquête. En comparaison à 1987, les proportions par groupe d'âge de gens en Estrie consommant des médicaments prescrits ne sont pas statistiquement différentes.

TABLEAU 14G

**Personnes ayant pris au moins un médicament prescrit
dans les deux jours précédent l'enquête, selon l'âge (%),
population totale,
Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993**

	ESTRIE 1987	ESTRIE 1992-1993	QUÉBEC 1992-1993
0-14	16,1	17,6	15,9
15-24	26,0	27,4	27,8
25-44	18,4	22,5	23,3
45-64	38,3	41,9	42,3
65 et plus	65,5	68,6	71,2
Total	27,6	31,3	31,4

En Estrie, en 1992-1993, la proportion de femmes consommant des médicaments prescrits est significativement plus élevée que celle des hommes (42 % contre 21%) (Tableau 14H). En 1987 chez les femmes cette proportion était d'environ 35 % pour 42 % observé en Estrie en 1992-1993.

TABLEAU 14H

**Personnes ayant pris au moins un médicament prescrit
dans les deux jours précédent l'enquête, selon le sexe (%),
population totale,
Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993**

	ESTRIE 1987	ESTRIE 1992-1993	QUÉBEC 1992-1993
Femmes	34,6	42,0	41,0
Hommes	19,3	20,5	21,7

Il y aurait un lien entre la sous-région de résidence et la consommation de médicaments prescrits en Estrie, les personnes résidant dans les petites villes ayant un peu plus recours aux médicaments prescrits que celles des autres sous-régions, soit 37 % contre 29 %.

Utilisation de médicaments non-prescrits

En Estrie, environ 36 % de la population a rapporté l'utilisation, dans les deux jours précédent l'enquête, d'au moins un médicament non-prescrit (Tableau 14I). Cette proportion est significativement supérieure au 31 % observé pour le Québec. En fonction de l'âge, des proportions significativement différentes sont observées en Estrie comparativement au Québec chez les 0-14 ans, 38 % contre 30 % et chez les 25-44 ans, 38 % contre 31 %. Pour la population de l'Estrie, la proportion de gens consommant des médicaments non-prescrits en 1992-1993, soit 36 %, est nettement plus élevée qu'en 1987 alors qu'elle s'établissait à près de 20 %. Depuis 1987, l'augmentation des proportions d'individus consommant des médicaments non-prescrits est statistiquement significative pour tous les groupes d'âges à l'exception des 65 ans et plus.

Contrairement à ce que nous observons dans la consommation de médicaments prescrits, nous ne décelons pas de différence significative selon les groupes d'âge dans la consommation de médicaments non-prescrits en 1992-1993.

TABLEAU 14I

**Personnes ayant pris au moins un médicament non-prescrit dans les deux jours précédent l'enquête, selon l'âge (%), population totale,
Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993**

	ESTRIE 1987	ESTRIE 1992-1993	QUÉBEC 1992-1993
0-14	19,0	37,8	30,2
15-24	14,0	27,0	25,2
25-44	21,3	38,4	31,1
45-64	19,5	36,4	32,8
65 et plus	27,1	34,5	32,4
Total	19,8	35,8	30,6

Bien que la proportion de consommateurs de médicaments non-prescrits soit significativement plus élevée chez les femmes (40 %) que chez les hommes (31 %) (Tableau 14J), l'écart entre les deux sexes est moindre que pour les médicaments obtenus sur ordonnance. Ces proportions sont significativement plus élevées que celles observées pour le Québec (35 % pour les femmes et 26 % pour les hommes). Ces proportions, de 1992-1993, sont aussi significativement plus élevées que celles observées en Estrie en 1987 (24 % pour les femmes et 16 % pour les hommes).

TABLEAU 14J

**Personnes ayant pris au moins un médicament non-prescrit dans les deux jours précédent l'enquête, selon le sexe (%), population totale,
Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993**

	ESTRIE 1987	ESTRIE 1992-1993	QUÉBEC 1992-1993
Femmes	23,6	40,4	35,4
Hommes	16,0	31,2	25,8

La proportion des individus résidant en milieu rural consommant des médicaments sans avis médical est significativement moindre que celle qu'on retrouve en milieu plus urbanisé, 29 % contre 38 %.

Caractéristiques socioéconomiques

Au niveau du Québec, la proportion de personnes rapportant l'usage de médicaments varie peu en fonction du niveau de revenu ou du niveau de scolarité relative tel que catégorisé par Santé Québec. En Estrie, aucune relation entre le revenu ou la scolarité et la consommation de médicaments prescrits ou non n'a été détectée.

Perception de l'état de santé

La proportion de consommateurs de médicaments varie en fonction de la perception que les personnes ont de leur état de santé (Tableau 14K). C'est ainsi qu'en 1992-1993, environ 80 % des Estriens qui perçoivent leur état de santé comme insatisfaisant ont consommé au moins un médicament dans les deux derniers jours précédent l'enquête. Chez ceux percevant leur état de santé comme satisfaisant cette proportion est de 54 %. Parmi les gens se disant insatisfaits de leur état de santé, environ 46 % consomment trois médicaments ou plus alors que cette proportion n'est que de 15 % chez les individus satisfaits de leur état de santé.

TABLEAU 14K

**Personnes ayant pris au moins un médicament dans les deux
jours précédent l'enquête, selon la perception de l'état de santé (%),
population totale,
Estrie 1992-1993**

	SATISFAITS	INSATISFAITS
1 ou 2 médicaments	38,8	34,7
3 médicaments ou plus	15,2	45,8
Total	54,0	80,4

Les gens insatisfaits de leur état de santé sont significativement plus nombreux à consommer au moins un médicament sur ordonnance que les gens satisfaits, soit 66 % contre 31 %.

Aucun lien entre la perception de l'état de santé et la consommation de médicaments non-prescrits n'a été établi en région.

En région, seule la consommation de médicaments non-prescrits démontre un lien significatif en fonction du niveau de détresse psychologique. Chez les personnes avec un niveau de détresse psychologique faible, 33 % ont pris au moins un médicament sans ordonnance, alors que cette proportion est de 43 % chez celles présentant un niveau de détresse psychologique élevé.

14.2.2 Médicaments consommés

L'analyse portant sur chacune des classes de médicaments considérées par l'enquête démontre des différences quant à leur consommation relative. Ainsi, en Estrie, en 1992-1993, environ 30 % des médicaments consommés étaient des vitamines ou minéraux, un peu plus de 12 % des analgésiques et près de 12 % des médicaments pour le coeur ou la tension artérielle (Tableau 14L).

TABLEAU 14L

**Médicaments consommés dans les deux jours précédant l'enquête,
selon la classe de médicaments (%), ensemble de médicaments,
Estrie et Québec 1992-1993**

	PROPORTION DES MÉDICAMENTS CONSOMMÉS	
	ESTRIE	QUÉBEC
Vitamines ou minéraux	30,1	25,2
Analgésiques	12,5	13,6
Médicaments pour le coeur ou l'hypertension	11,6	13,0
Suppléments alimentaires	5,0	4,2
Tranquillisants - sédatifs - somnifères	4,7	4,9
Onguent pour la peau	4,6	5,1
Médicaments pour la toux et le rhume	4,3	4,6
Pilules contraceptives	3,2	4,0
Médicaments pour l'estomac	3,2	3,0
Antibiotiques	1,9	2,3
Laxatifs	1,6	1,4
Stimulants	0,7	0,7
Autres	16,6	17,7

Caractéristiques des médicaments

Des médicaments utilisés en Estrie, environ 51 % ont été obtenus sur ordonnance comparativement à quelque 58 % pour l'ensemble du Québec. La proportion de médicaments obtenus sur ordonnance varie beaucoup selon la nature des produits consommés (Tableau 14M). Plus de 94 % des tranquillisants, sédatifs et somnifères, des médicaments pour le cœur, des antibiotiques, des pilules contraceptives et des médicaments appartenant à une classe non spécifiée au questionnaire ont été obtenus sur ordonnance. Par contre, la majorité des vitamines, minéraux, suppléments alimentaires, médicaments pour la toux ou le rhume, analgésiques et laxatifs utilisés dans les deux jours précédent l'enquête ont été obtenus sans ordonnance. Plusieurs produits appartenant à ces dernières classes sont en effet accessibles sans ordonnance.

Tableau 14M

Médicaments prescrits selon la classe de médicaments (%), ensemble des médicaments de la classe, Estrie et Québec 1992-1993

	MÉDICAMENTS PRÉSCRITS	
	ESTRIE	QUÉBEC
Médicaments pour le cœur ou l'hypertension	100,0	99,2
Antibiotiques	98,8	97,3
Pilules contraceptives	97,9	98,9
Tranquillisants - sédatifs - somnifères	94,2	96,8
Onguent pour la peau	71,0	69,7
Médicaments pour l'estomac	67,9	68,9
Stimulants	45,5	49,7
Laxatifs	40,7	34,5
Analgésiques	21,2	30,7
Vitamines ou minéraux	12,7	18,2
Médicaments pour la toux ou le rhume	10,5	21,7
Suppléments alimentaires	6,3	9,7
Autres	94,9	95,3

14.3 CONCLUSION

Les données pour l'Estrie de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 révèlent que plus d'une personne sur deux (55 %) rapportent l'utilisation d'un médicament au cours des deux jours précédant l'enquête. Il s'agit donc d'un comportement qui concerne la majorité de la population.

Cette proportion d'utilisateurs est légèrement supérieure à celle établie pour le Québec (52 %) mais surtout sensiblement plus importante que celle établie en Estrie en 1987 (40 %). Depuis 1987, l'augmentation se manifeste chez les hommes, chez les femmes et pour tous les groupes d'âge (à l'exception des 65 ans et plus).

L'augmentation de la proportion d'utilisateurs est marquée pour ceux prenant plus de trois médicaments. En conséquence, plus de personnes ont des régimes médicamenteux complexes; ce qui pourrait, d'une part, permettre un meilleur contrôle de leurs problèmes de santé mais d'autre part, augmenter le potentiel d'interactions et d'effets indésirables. Il est donc nécessaire de favoriser un bon suivi de ces régimes complexes par des programmes appropriés.

Si les données de 1992-1993 établissent une proportion un peu plus élevée d'utilisateurs de médicaments prescrits (31 %) qu'en 1987 (27 %), c'est surtout en regard des médicaments obtenus sans ordonnance que la hausse de la consommation s'observe (36 % contre 20 %). Cette hausse peut témoigner d'une augmentation réelle de la consommation comme d'une tendance plus marquée à rapporter l'utilisation de produits qui ne sont pas toujours considérés comme des médicaments (produits naturels, produits d'homéopathie, produits d'utilisation courante...). Une analyse plus poussée des produits rapportés serait requise pour confirmer ou infirmer cette hypothèse. Quoiqu'il en soit, la popularité du recours aux médicaments obtenus sans ordonnance fait ressortir les limites des analyses basées sur les ordonnances ou leur facturation. En effet, ces analyses ne couvrent pas une bonne partie de la consommation médicamenteuse.

L'enquête de 1992-1993 révèle une association entre le recours au médicament et le sexe, les femmes étant plus susceptibles d'utiliser ces produits que les hommes. Il s'agit d'un phénomène classique maintes fois identifié (Rabin 1977, Santé Canada 1978-79, Verbrugge 1982, Santé Québec 1987, Zadorosnyj et Svarstad 1990).

Le lien entre l'âge et le fait d'utiliser un médicament obtenu sur ordonnance est également conforme aux résultats d'études précédentes (Rabin 1977, RAMQ 1993, Quinn et coll. 1992). L'association très forte entre la perception de l'état de santé et le recours aux médicaments prescrits souligne l'influence marquée de la morbidité sur la consommation de médicaments. Une telle influence est de nature à expliquer, du moins en partie, la relation consommation-âge.

Par ailleurs, la littérature n'établit pas clairement un lien entre l'âge et le fait d'utiliser un médicament obtenu sans ordonnance, certains auteurs établissant un lien positif mais faible, d'autres un lien négatif (Benrimoj et Chua, 1990). L'absence d'association sensible observée dans l'enquête 1992-1993 ne surprend donc pas. Elle s'explique d'autant mieux que la relation entre la perception de l'état de santé et le recours aux médicaments prescrits est relativement

faible. Cette relation faible tient probablement au fait que certains médicaments non-prescrits peuvent être utilisés à des fins de prévention (ex: vitamines) ou pour soigner des malaises passagers (céphalées, douleurs musculaires, rhume,...) qui affectent peu la perception globale de l'état de santé.

L'enquête 1992-1993 n'a pas permis de mettre en évidence de lien consistant entre le revenu et le recours au médicament. Compte tenu de la morbidité généralement élevée chez les personnes disposant d'un faible revenu, une proportion plus élevée de consommateurs dans ce groupe était attendue et ce d'autant plus que des programmes d'accessibilité financière sont de nature à minimiser l'impact du revenu sur l'acquisition de produits.

La popularité relative des diverses classes de médicaments telle qu'observée en 1992-1993 est tout à fait conforme à celles observées par l'Enquête Santé Québec 1987 ou par Santé Canada 1978-1979. Les vitamines et minéraux constituent la classe la plus populaire suivie des analgésiques. Les médicaments pour le coeur et la pression artérielle arrivent au troisième rang.

Les résultats de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 confirment la popularité du recours aux médicaments et justifient l'intérêt porté à ce phénomène. Comme le médicament est un produit qui possède des effets bénéfiques comme des effets indésirables, des politiques visant à s'assurer de son utilisation optimale sont d'autant plus nécessaires qu'il est fréquemment utilisé.

L'importance de la consommation de médicaments obtenus sans ordonnance nous amène à nous questionner sur les conséquences possibles de cette consommation et sur la pertinence de mettre en place des politiques et des interventions visant une automédication rationnelle.

14.4 RÉFÉRENCES

- ANDERSON, R.; NEWMAN, J. (sd). "Societal and individual determinants of medical care utilization". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 51, p. 91-124.
- BENRIMOJ, S.I.; CHUA, S.S. (1990). "Predictors of nonprescription medication use". *J. Pharmaceutical Mark & Manag*, vol. 5, p. 3-27.
- QUINN, K.; BAKER, M.; EVANS, B. (1992). Who uses prescription drugs?, Saskatchewan Health.
- RABIN, D.L. (1977). "Prescribed and non prescribed medicine use", dans Wertheimer, A.I.; Bush, P.J. (ed.). Perspectives on medicines on society. Drug Intelligence Publications, Hamilton, Illinois.
- RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (1993). Statistiques annuelles, Bibliothèque nationale du Québec.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1981). The health of Canadians: Report of the Canada Health Survey. Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services, Canada.

SANTÉ QUÉBEC (1988). Et la santé ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987. Québec, Gouvernement du Québec.

VERBRUGGE, L.M. (1982). "Sex differences in legal drug use". Journal of Social Issues, vol. 38, p. 59-76.

ZADOROZNYJ, M.; SVARSTAD, B.L. (1990). "Gender, employment and medication use". Social Science and Medicine, vol. 31, p. 971-978.

CHAPITRE 15

LE RE COURS AUX SERVICES

Valois Boudreault

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Direction de la santé publique et de l'évaluation

Le texte qui suit s'inspire du texte sur le recours aux services sociaux et de santé du rapport provincial. Les auteurs du texte provincial sont:

Marc-André Fournier

GRIS de l'Université de Montréal

Jacques Piché

Direction des études et indicateurs du ministère de la Santé et des Services sociaux

Lise Côté

Centre de santé publique de Québec

15.0 INTRODUCTION

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 aborde le recours aux services de santé comme une conséquence des problèmes qui surviennent dans la vie des individus. Ces données ont pour but de nous renseigner sur les habitudes de consommation de services des individus et sur le système même de distribution de soins et de services. Comme le précise les auteurs du chapitre provincial¹ sur le recours aux services, elles permettent de comparer l'accès aux services de professionnels de la santé selon les caractéristiques sociodémographiques, les conditions de vie, l'état de santé et la sous-région. Elles permettent aussi de comparer le type de professionnel consulté, autant ceux dont les services sont couverts par le régime d'assurance-maladie, que ceux qui ne le sont pas de même que les raisons de santé à l'origine de cette consultation et le lieu de consultation. De plus, les données de l'enquête permettent de mesurer la privation de certains produits (médicaments, prothèses et autres fournitures) à cause de contraintes financières. Mais étant donné les restrictions de l'échantillon estrien, ce dernier volet n'est pas traité dans le présent chapitre. Cependant, le lecteur intéressé pourra retrouver ces analyses dans le rapport provincial de la présente enquête.

15.1 MÉTHODOLOGIE

Le recours aux professionnels de la santé est mesuré par le fait d'avoir consulté ou non un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'enquête. À ces informations sur chacun des types de professionnels qui a pu être consulté au cours des deux semaines précédentes, s'ajoutent celles sur le lieu et le motif de la dernière consultation auprès d'un professionnel.

Les données proviennent du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) : les questions 29 à 85 ont trait à la consultation de professionnels et les questions 86 à 88 concernent l'accessibilité financière.

Les questions 29 à 81 visent à dresser l'éventail de tous les types de professionnels de la santé et des services sociaux (dans le réseau officiel ou non officiel de services) qui ont été consultés à l'aide de douze blocs de questions portant sur 11 catégories de professionnels et une catégorie ouverte.

Pour chacune de ces 12 catégories de professionnels (incluant la catégorie ouverte), on pose 4 ou 5 questions, selon le cas, portant sur :

- quel membre du ménage a consulté ces professionnels au cours des deux semaines précédentes;
- les honoraires professionnels versés, non assurés;
- la distance parcourue;

¹ Le lecteur devra se référer au rapport provincial pour les références bibliographiques.

- le nombre d'heures de travail rémunérées perdues pour cette consultation;
- pour certaines professions, le fait que la consultation soit due à une blessure ou à un accident.

Les questions 82 à 85 portent sur la dernière consultation au cours des deux dernières semaines. Dans cette section, on identifie :

- le type de professionnels consultés;
- le lieu de consultation;
- le motif ou le problème à l'origine de cette consultation;
- la durée du problème.

Afin de connaître les motifs de la consultation de professionnels de la santé, l'Enquête sociale et de santé demandaient aux répondants de mentionner, pour le dernier professionnel consulté au cours des deux semaines précédent l'enquête, le principal problème à l'origine de cette consultation (santé, social ou familial et préventive ou de routine). On demandait par la suite de préciser les problèmes. Ceux-ci ont été identifiés selon la classification internationale des maladies (CIM-9).

L'univers couvert par l'enquête pour le présent chapitre est l'ensemble de la population vivant en ménage privé. Il faut se rappeler que les personnes vivant en établissement sont exclues de l'enquête. L'échantillon pondéré de la population estrienne qui fait l'objet des présentes analyses est composé de 1284 individus dont 330 ont consulté au moins un professionnel de la santé.

15.2 RÉSULTATS

15.2.1 Taux de consultation des professionnels de la santé

En Estrie comme au Québec, environ une personne sur quatre (26 %) a consulté au moins un professionnel de la santé au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête comparativement à 19 % en 1987.

Dans l'ensemble, la proportion d'Estriens et Estriennes qui a consulté un professionnel de la santé ne semble pas augmenter avec l'âge (Figure 15A). Le pourcentage est cependant plus élevé chez les personnes de 65 ans et plus (34 %).

Au premier rang des professionnels estriens consultés viennent les médecins généralistes, près de 12 %, suivis des médecins spécialistes (5 %), des praticiens de médecine non traditionnelle (4 %), des dentistes (4 %) et des optométristes (3 %) (Tableau 15A).

FIGURE 15A

**Personnes ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours
des deux semaines précédant l'enquête, selon l'âge,
population totale,
Estrie 1992-1993**

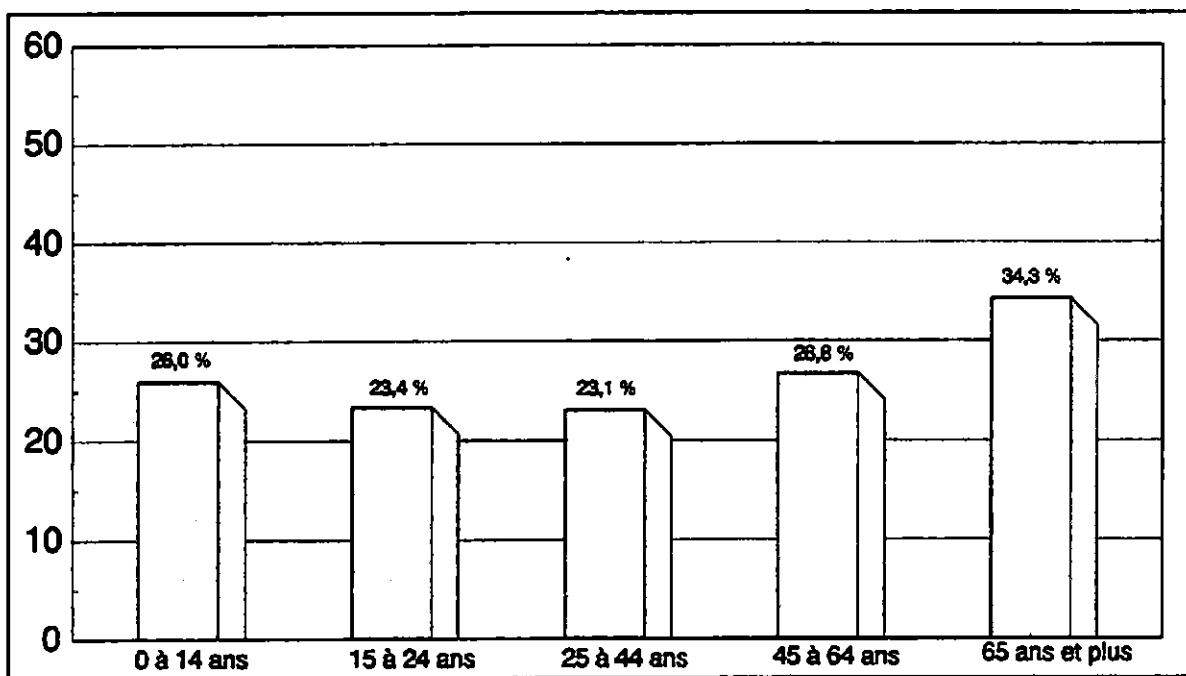


TABLEAU 15A

Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines précédant l'enquête, selon le type de professionnels (%), population totale, Estrie et Québec 1992-1993

	QUÉBEC	ESTRIE
Un médecin généraliste	10,71	11,5
Un médecin spécialiste	5,46	4,7
Un médecin (qu'il soit généraliste ou spécialiste)	14,73	14,8
Un dentiste	4,32	3,7
Un pharmacien	2,42	1,5
Un praticien de médecine non traditionnelle	2,41	4,0
Un optométriste	1,98	2,8
Une infirmière	1,57	1,1
Un physiothérapeute ou un ergothérapeute	0,86	0,6
Un psychologue	0,74	0,4
Un travailleur social	0,56	0,6
Une diététiste	0,33	0,5
Tout autre professionnel	0,71	0,5
Un professionnel autre que médecin	14,05	13,9
Un professionnel (quelle que soit sa catégorie)	24,81	25,7

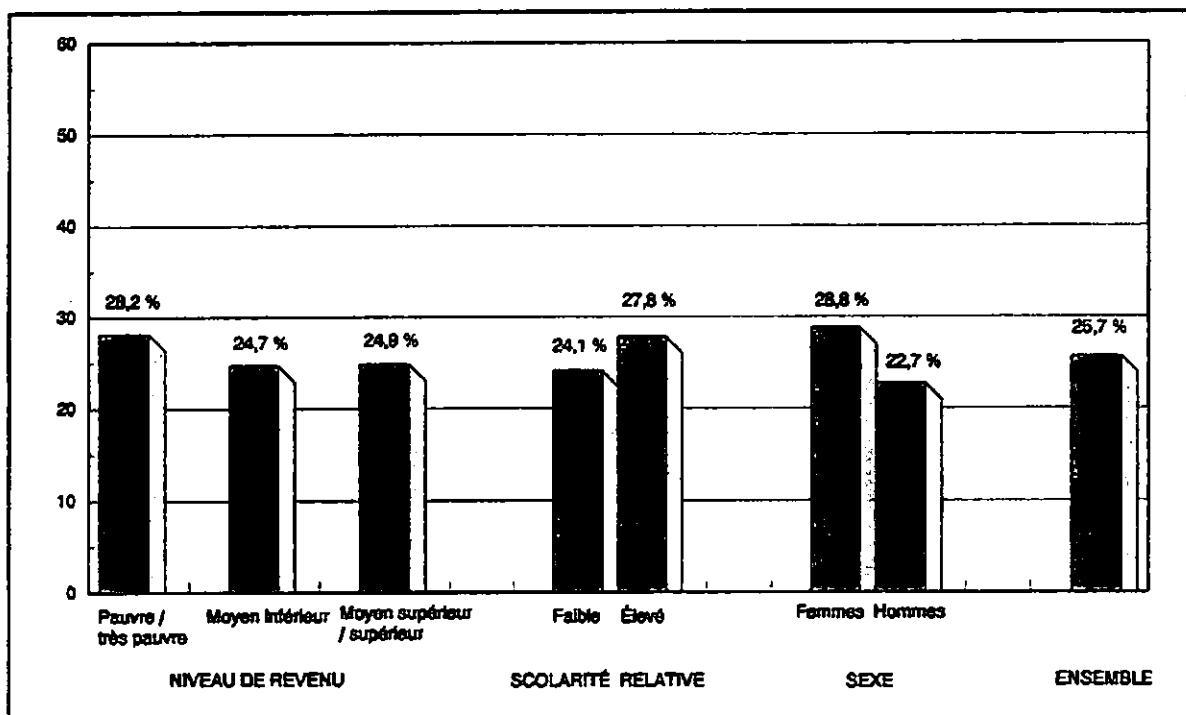
15.2.2 Consultation en regard des caractéristiques sociodémographiques

Plus de femmes (29 %) que d'hommes (23 %) ont déclaré, en Estrie, avoir consulté un professionnel de la santé et ce, de façon significative. Il n'existe pas d'association significative entre le niveau de revenu des personnes et leur taux de consultation lorsqu'on considère l'ensemble des professionnels consultés tant en Estrie qu'au Québec. Mais, ce résultat global en région ne laisse pas voir des tendances québécoises contraires pour certaines catégories de professionnels. Au Québec, le recours aux médecins omnipraticiens et aux travailleurs sociaux augmente lorsque le revenu diminue et celui des dentistes et des praticiens non traditionnels croît à mesure que s'élève le revenu.

Contrairement au Québec, la consultation des professionnels en Estrie ne varie pas avec le niveau de scolarité relative (Figure 15B et Tableau 15B). Enfin, vu sous l'angle de la sous-région de résidence, il semble que les Estriens demeurant en milieu rural consultent significativement un peu moins que ceux vivant en milieu plus urbanisé, soit 21 % contre 27 %.

FIGURE 15B

Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines précédant l'enquête selon le niveau de revenu, le niveau de scolarité relative et le sexe, population totale, Estrie 1992-1993



15.2.3 Consultation selon certaines caractéristiques de l'état de santé

En Estrie tout comme au Québec, la perception de l'état de santé et la détresse psychologique des personnes âgées de 15 ans et plus semblent liées à la fréquence du recours aux services professionnels (Tableau 15B). Parmi les personnes qui perçoivent leur santé comme satisfaisante, environ 24 % ont consulté au moins un professionnel. Cette proportion augmente à mesure que se dégrade la perception de l'état de santé pour se situer à 40 % chez les personnes jugeant leur santé insatisfaisante. En ce qui concerne le recours aux services médicaux, 13 % des personnes avec une santé perçue satisfaisante ont consulté un médecin comparativement à près de 27 % pour celles qui se disent en moins bonne santé (Tableau 15B).

Dans une moindre mesure, la détresse psychologique est un autre facteur qui apparaît reliée au recours aux services. Au total, 32 % des personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique en Estrie ont consulté au moins un professionnel dans les deux semaines précédant l'enquête, comparativement à 27 % pour les autres (Tableau 15B). Les psychologues étant plus directement concernés par ce type de problèmes, on observe à cet égard que les Québécois et Québécoises qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique les consultent dans une proportion quatre fois plus grande que les autres professionnels près de 2 % comparativement à moins de 1 %.

TABLEAU 15B

Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines précédant l'enquête selon certaines caractéristiques sociodémographiques et indicateurs d'état de santé (%), population totale, Estrie et Québec 1992-1993

	<i>Médecins</i>	<i>Autres prof.</i>	<i>Total</i>	<i>Médecins</i>	<i>Autres prof.</i>	<i>Total</i>	<i>Médecins</i>	<i>Autres prof.</i>	<i>Total</i>
<i>Niveau de revenu</i>									
TRÈS PAUVRE/PAUVRE				MOYEN INFÉRIEUR				MOYEN SUPÉRIEUR/SUPÉRIEUR	
Estrie	17,3	14,5	28,2	14,9	12,4	24,7	13,1	15,0	24,9
Québec	17,0	13,1	25,6	15,6	13,5	24,4	13,6	14,8	24,7
<i>Niveau de scolarité relative</i>									
FAIBLE				ÉLEVÉ					
Estrie	15,4	12,5	24,1	14,8	16,0	27,8			
Québec	14,7	12,3	23,2	15,2	15,8	26,8			
<i>Perception de l'état de santé</i>									
SATISFAISANT				INSATISFAISANT					
Estrie	13,4	13,5	24,2	26,8	19,8	38,8			
Québec	13,0	13,6	23,2	32,2	21,5	43,0			
<i>Détresse psychologique</i>									
FAIBLE				ÉLEVÉ					
Estrie	13,8	12,6	27,0	18,4	19,7	32,0			
Québec	13,9	13,0	23,3	17,8	18,4	30,5			

15.2.4 Nombre de types de professionnels consultés

Parmi les 26 % de la population estrienne qui ont consulté un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'enquête, certains en ont consulté plus d'un. Ainsi, environ 5 % des personnes ont consulté deux professionnels et plus. Les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes à avoir ce profil de consommation (Tableau 15B). À ce chapitre, le profil estrien ne diffère pas du profil québécois.

TABLEAU 15C

**Nombre de types de professionnels consultés au cours des deux semaines précédant l'enquête, selon le sexe (%),
population totale,
Estrie et Québec 1992-1993**

	NOMBRE DE TYPES DE PROFESSIONNELS			
	AUCUN	UN	DEUX OU PLUS	TOTAL
Hommes :				
Québec	79,4	16,3	4,3	
Estrie	77,5	18,9	3,6	100,0
Femmes :				
Québec	71,1	21,8	7,1	
Estrie	71,2	22,8	6,0	100,0
TOTAL				
Québec	75,2	19,1	5,8	
Estrie	74,3	20,0	4,8	100,0

15.2.5 Lieu de consultation

Au total, 62 % des consultations en Estrie ont lieu en cabinet privé, 12 % en clinique externe d'un hôpital près de 10 % à l'urgence d'un hôpital, 4 % en CLSC, 3 % par téléphone, 2 % lors d'hospitalisation et 8 % ailleurs (Tableau 15D). Ce profil de consommation est quelque peu différent de celui des Québécois qui semblent moins consulter les urgences des centres hospitaliers que les Estriens au profit des bureaux privés, des cliniques externes ou encore de la consultation à la maison. Déjà en 1987, l'Enquête Santé Québec avait décelé un écart entre l'Estrie et l'ensemble du Québec à ce niveau.

TABLEAU 15D

**Lieu de la dernière consultation (%), population ayant consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines précédent l'enquête,
Estrie et Québec 1992-1993**

	QUÉBEC	ESTRIE
Bureau privé	66,8	62,0
CLSC	4,1	4,2
Urgence-CH	3,2	9,6
Clinique externe	13,7	11,5
CH-séjour	1,6	1,6
École	1,3	1,0
Maison	2,6	1,9
Téléphone	1,1	3,3
Autre	5,6	4,7
TOTAL	100,0	100,0

Les données de l'Estrie ne permettent pas de vérifier d'association entre le lieu de consultation et d'autres variables, mais les données provinciales de l'enquête indiquent cependant que le lieu de consultation varie selon le niveau de revenu quant à la consultation en cabinet privé et en CLSC. Seulement 55 % des personnes très pauvres consultent en cabinet comparativement à 70 % pour celles dans les catégories moyen supérieur et supérieur. Par contre, 8 % des très pauvres vont en CLSC comparativement à 2 % pour ceux de la catégorie de revenu supérieur.

Le lieu de consultation varie également au Québec selon le type de professionnel consulté. Plus de 90 % des consultations de dentistes, d'optométristes ou d'opticiens et de praticiens de médecine non traditionnelle ont eu lieu en bureau privé comparativement à environ 50 % des consultations de médecins spécialistes, de physiothérapeutes ou d'ergothérapeutes et de diététistes, et aux deux tiers des consultations de médecins généralistes et psychologues. Seulement 3 % des consultations d'infirmières et 15 % de celles de travailleurs sociaux ont aussi lieu en bureau privé.

15.2.6 Problèmes à l'origine des consultations

Le problème à l'origine de la consultation varie selon le type de professionnel consulté. Certains professionnels sont consultés pour un seul type de problème (par exemple, les dentistes pour le

problèmes liés à la dentition ou les optométristes pour les problèmes oculaires) alors que d'autres touchent à une gamme plus étendue de problèmes (médecins, pharmaciens, infirmières, etc.).

Lorsque la population estrienne et québécoise précise le motif ou le problème à l'origine de la dernière consultation, environ 24 % des consultations des hommes ou des femmes (Tableau 15E) peuvent être associées à des activités de prévention ou des examens de routine tels vaccination, inoculation, suivi de grossesse, suivi des enfants et des adolescents, renouvellement d'ordonnance, examen pour certificat médical, examen de routine, mise en place et ajustement de lunettes.

TABLEAU 15E

**Raisons invoquées pour la dernière consultation selon le sexe (%),
population ayant consulté au moins un professionnel au cours des
deux semaines précédent l'enquête,
Estrie et Québec 1992-1993**

	RAISON			
	PRÉVENTION OU ROUTINE		AUTRES	
	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
Estrie	22,7	24,9	77,3	75,1
Québec	23,6	26,8	74,4	73,2

Les principaux autres motifs de la consultation pour la population québécoise sont les troubles du système ostéo-articulaire (10 %), les troubles de l'appareil respiratoire (9 %), les troubles du système nerveux et des organes des sens (7 %), les lésions et accidents (6 %), les troubles de la digestion (5 %), les symptômes et les signes mal définis (5 %), les troubles de l'appareil circulatoire (4 %) et les troubles mentaux (3 %). Il est à noter que ces données n'étaient pas disponibles pour l'Estrie au moment d'écrire le présent chapitre.

15.4 CONCLUSION

Le recours aux services de la population estrienne apparaît comparable à la moyenne québécoise sauf pour le lieu de consultation. Les limites de l'échantillon estrien ne permettent pas d'aborder de nombreuses variables de l'enquête qui font l'objet d'analyse au niveau provincial. Toutefois, on constate en comparant avec les résultats de l'enquête de 1987 que le taux de consultation a augmenté en région

d'environ 7 %, passant de 19 % à 26 %. De plus, les résultats montrent en région que le recours au services est plus élevé chez les femmes, les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes résidant en milieu urbain, les gens plus scolarisés, les personnes se percevant en moins bonne santé et finalement chez celles avec un niveau de détresse psychologique élevé. Par ailleurs, en région comme au Québec, le niveau de revenu n'influencerait pas le recours aux services en général, sauf dans le cas des médecins généralistes et des travailleurs sociaux où la fréquence de consultation augmente quand le revenu diminue, et des dentistes et praticiens de médecine non traditionnelle pour qui le taux de consultation augmente avec le revenu.

Le quart des consultations, en région et au Québec, ont été faites pour des examens de routine ou des activités de prévention alors que les trois quarts des consultations sont associées à un problème de santé. Également, en Estrie comme au Québec, la majorité de ces consultations a eu lieu en bureau privé. Cependant, au chapitre du lieu de consultation, les Estriens ont tendance à privilégier le recours à l'urgence des centres hospitaliers dans une plus forte proportion que l'ensemble des Québécois.

Certains des résultats en région sont donc révélateurs de facteurs, qui, malgré les besoins liés à l'état de santé, conditionnent le recours aux services. Pour un, il semble que les contraintes financières limitent l'accès à certains services non assurés par le régime public (l'accès aux dentistes par exemple). À cet égard, le groupe le plus vulnérable est certainement celui des personnes à faible revenu non bénéficiaires de prestations de la sécurité du revenu.

Enfin, une autre contrainte limitant l'accès aux services est celle des distances que les personnes résidant en milieu rural ont à parcourir pour consulter certains types de professionnels.

P A R T I E

ASPECTS SOCIAUX RELIÉS À LA SANTÉ

2

CERTAINS ASPECTS SOCIAUX

STATUT SOCIOÉCONOMIQUE

CHAPITRE 16

STATUT SOCIOÉCONOMIQUE ET SANTÉ

Danielle Bédard

*Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Direction de la santé publique et de l'évaluation*

Le texte qui suit s'inspire du texte sur les liens entre le statut socioéconomique et la santé du rapport provincial. Les auteurs du texte provincial sont:

Marc Ferland,

Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

Ginette Paquet,

Ministère de la Santé et des Services sociaux

France Lapointe,

Bureau de la statistique du Québec

16.0 INTRODUCTION

Ces dernières années, une constante se dégage de plusieurs travaux québécois et canadiens dont ceux de l'Enquête Santé Québec 1987 et de l'Enquête Promotion Santé Canada 1990, à savoir que des écarts importants en matière de santé et de bien-être persistent entre les mieux nantis et les plus démunis. En effet, le statut socioéconomique, mesuré le plus souvent par le revenu déclaré et le niveau de scolarité, s'avère toujours un déterminant majeur de l'état de santé et de bien-être de la population.

Ainsi, en général les gens de milieu défavorisé meurent plus jeunes que les riches, souffrent plus de problèmes de santé tels les maladies cardiaques et un niveau de stress élevé et présentent plus de problèmes sociaux telles la négligence envers les enfants et la délinquance. Ils adoptent également davantage de mauvaises habitudes de vie, comme fumer régulièrement, faire peu d'exercice et consommer davantage de médicaments.

En 1992, le Gouvernement du Québec reconnaît dans sa Politique de la santé et du bien-être ces écarts comme un enjeu important qui se pose à notre société. L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 reflète aussi cette préoccupation et poursuit plus avant l'étude du phénomène. Pour ce faire, de nouvelles mesures socioéconomiques sont introduites pour permettre d'aller au-delà de la pauvreté économique mesurée par le niveau de revenu en considérant, cette fois, d'autres dimensions, comme la perception de la situation financière personnelle, le patrimoine accumulé, l'exclusion du marché du travail et la durée de la pauvreté.

En utilisant un cadre d'analyse moins élaboré, le présent chapitre poursuit cependant les mêmes objectifs que ceux poursuivis à l'échelle du Québec. Il s'agit de vérifier et clarifier, à l'aide de nouvelles mesures socioéconomiques, l'existence d'inégalités sociales en Estrie et d'identifier et décrire leurs liens avec la santé et le bien-être des Estriens et des Estriennes.

Pour répondre aux objectifs fixés, un portrait de chacune des nouvelles mesures socioéconomiques, exception faite de la durée de la pauvreté, est dressé pour la région de l'Estrie en fonction d'abord du sexe et de l'âge des personnes ainsi que de leur sous-région de résidence, c'est-à-dire le Sherbrooke métropolitain, les petites villes et le milieu rural. Pour décrire les liens avec la santé de la population, les nouvelles mesures socioéconomiques sont mises en relation avec «l'état de santé perçue» et «le niveau de détresse psychologique»¹. Ces deux variables sont retenues parce qu'elles mesurent globalement la santé physique et mentale de la population.

¹ Pour les fins de l'analyse, la variable «perception de sa santé» comporte deux niveaux : satisfait (regroupant les catégories Excellente, Très bonne et Bonne) et insatisfait (regroupant les catégories Moyenne et Mauvaise). L'indice de détresse psychologique comporte également deux niveaux : Faible et Élevé.

16.1 MÉTHODOLOGIE

16.1 Les nouvelles mesures socioéconomiques

La perception de la situation financière personnelle est mesurée à partir des réponses obtenues auprès des personnes âgées de 15 ans et plus à la question suivante du questionnaire auto-administré (QAA) : *Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge?* Cette mesure a l'avantage de contourner certaines faiblesses des mesures construites à partir des revenus déclarés en prenant en compte l'entraide, le travail au noir, etc.

Le niveau de patrimoine accumulé du ménage est établi en combinant les informations sur le statut résidentiel (propriétaire ou locataire) et celles à propos de l'épargne accumulé (obligations d'épargne, RÉER, actions, etc.). Cependant un niveau supérieur de patrimoine accumulé n'est pas nécessairement synonyme de ménage très fortuné étant donné que l'on ne connaît ni la valeur des propriétés et de l'épargne, ni le niveau d'endettement. L'indice est donc utilisé comme une mesure additionnelle du statut socioéconomique.

L'exclusion du marché du travail rend compte, pour sa part, des effets du chômage et s'applique uniquement aux individus de 15 à 64 ans ayant déjà occupé un emploi. Les personnes n'ayant jamais occupé d'emploi ne sont donc pas considérées dans l'analyse. Ces personnes représentent en Estrie environ 11 % de l'ensemble des personnes âgées de 15 à 64 ans. Elles ont pour principales caractéristiques d'être en grande majorité des femmes (66 %), en bonne proportion âgées de 25 ans et moins (50 %) et vivant dans le Sherbrooke métropolitain (50 %).

Finalement, la durée de la pauvreté perçue insiste sur les situations de pauvreté extrême ou chronique et s'obtient en combinant les réponses obtenues à la question sur la perception de la situation financière (*Je me considère pauvre ou très pauvre*) et celle sur la durée de cette situation (*moins d'un an, 1-4 ans, 5 ans et plus*). En Estrie, cette mesure sera peu analysée étant donné le faible échantillon de personnes dans chacune des catégories.

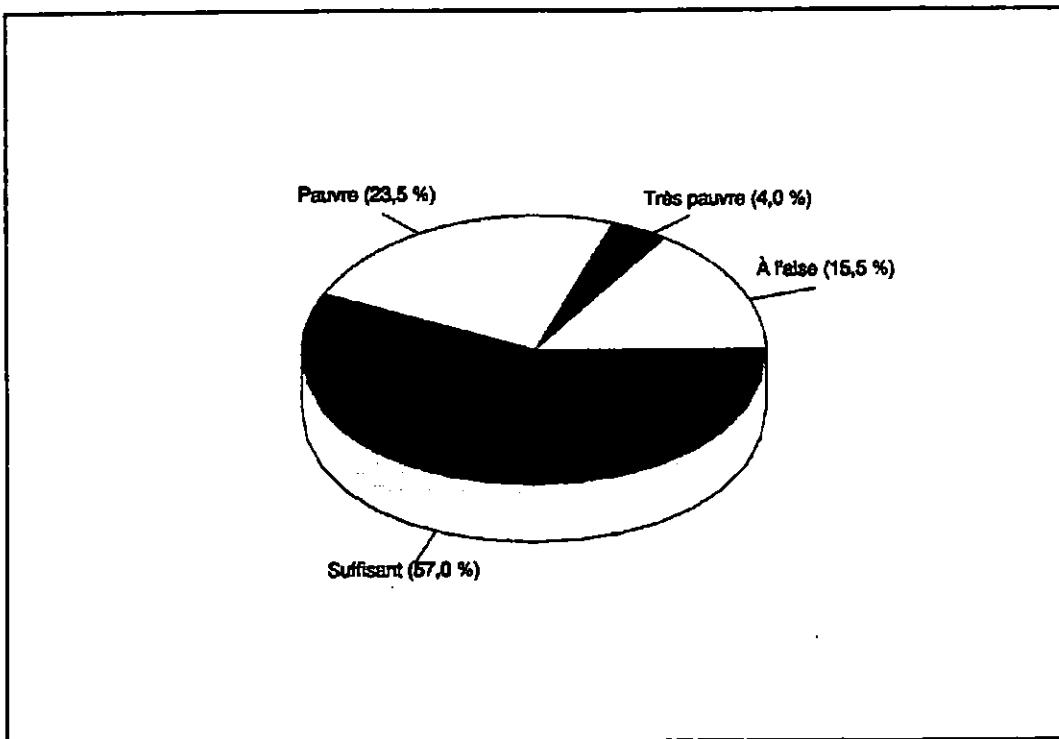
16.2 RÉSULTATS

16.2.1 La perception de la situation financière

En Estrie, environ 15 % de la population se perçoit à l'aise financièrement, la majorité (57 %) estime ses revenus suffisants pour répondre à ses besoins fondamentaux ou ceux de sa famille, près de 24 % se considère pauvre et 4 % très pauvre. Cette répartition est similaire à celle observée pour l'ensemble du Québec.

FIGURE 16A

**Perception de sa situation économique,
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**



Il n'existe aucune différence entre la perception des hommes et celle des femmes de leur situation financière personnelle. À première vue, ce résultat va à l'encontre d'une réalité souvent décriée. Il faut dire que la relation décrite ne tient pas compte du type de famille. Ainsi, les femmes qui vivent en couple prennent en compte l'apport financier de leur conjoint dans leur perception de leur situation financière, ce qui diffère des femmes de famille monoparentale. Le chapitre *17 Famille et Santé* apporte en ce sens certaines réponses.

La perception de sa situation économique n'est pas clairement reliée à l'âge, ce qui n'a rien d'étonnant tenu que la formulation de la question comporte déjà une référence à l'âge. Les écarts les plus marqués se retrouvent chez les gens qui se perçoivent à l'aise. Ainsi, les jeunes de 15-24 ans forment le groupe d'âge qui se perçoit le plus à l'aise (23 %) comparativement à 14 % chez les personnes de 25 ans et plus regroupées. Cet écart n'est cependant pas statistiquement significatif. Quant aux autres catégories de perception, les écarts se font de plus en plus faibles entre ces deux groupes d'âge à mesure que l'on évolue d'une situation financière perçue comme suffisante à une situation de très grande pauvreté.

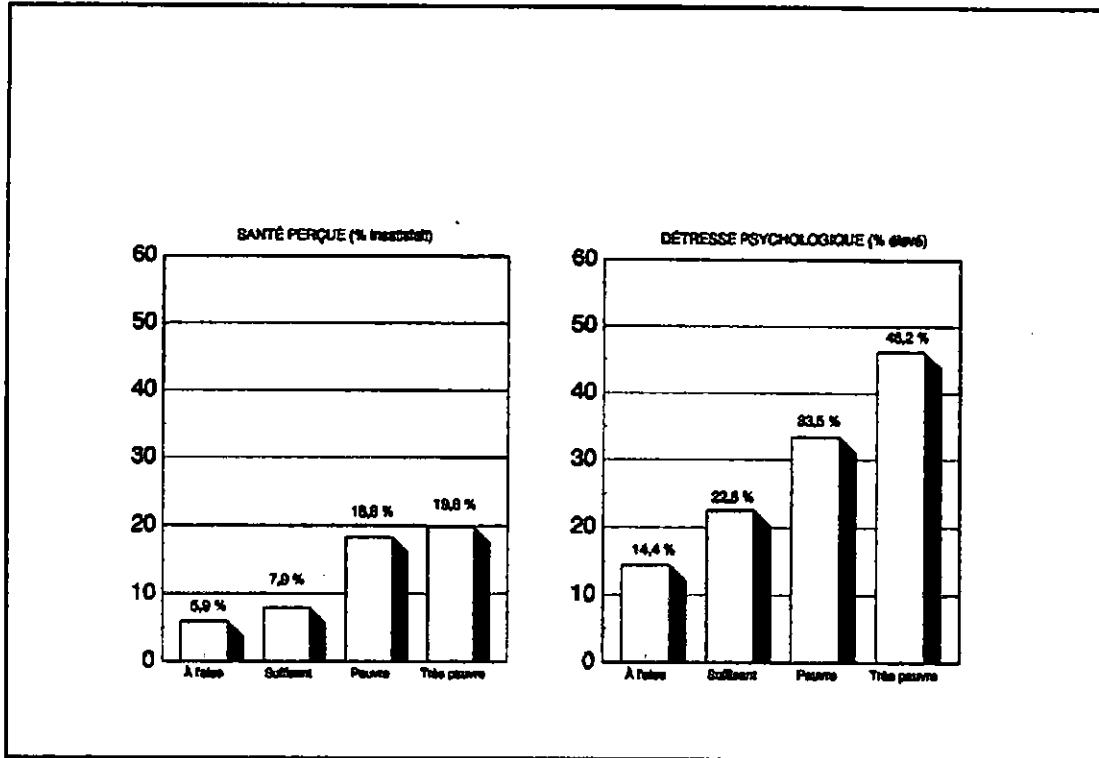
La perception de sa situation économique ne diffère pas selon que l'on vive en milieu rural ou plus fortement urbanisé en Estrie.

En Estrie, plus la perception de sa situation économique est mauvaise, moins l'on est satisfait de sa santé. La proportion des gens qui se perçoivent en mauvaise santé est de 6 % parmi les gens qui se déclarent à l'aise, 8 % chez ceux qui considèrent leurs revenus suffisants tandis qu'elle grimpe à 19 % chez ceux se percevant pauvres et à 20 % parmi ceux qui se perçoivent très pauvres (Figure 16B). La même tendance s'observe également au niveau du Québec.

On observe également que plus la perception de sa situation économique est mauvaise, plus le niveau de détresse psychologique s'accroît (Figure 16B). Nous sommes en présence ici d'une relation en forme de gradient ou d'escalier. Ainsi, parmi les personnes qui se perçoivent à l'aise, 14 % ont un indice élevé de détresse psychologique. Cette proportion passe à 23 % parmi les personnes qui considèrent leurs revenus suffisants tandis qu'elle augmente à 34 % chez celles qui se perçoivent pauvres et jusqu'à 46 % chez celles qui se perçoivent très pauvres. Encore ici, on observe la même tendance au niveau du Québec.

FIGURE 16B

Perception de sa situation économique selon la santé perçue insatisfaisante et la détresse psychologique élevée, population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993

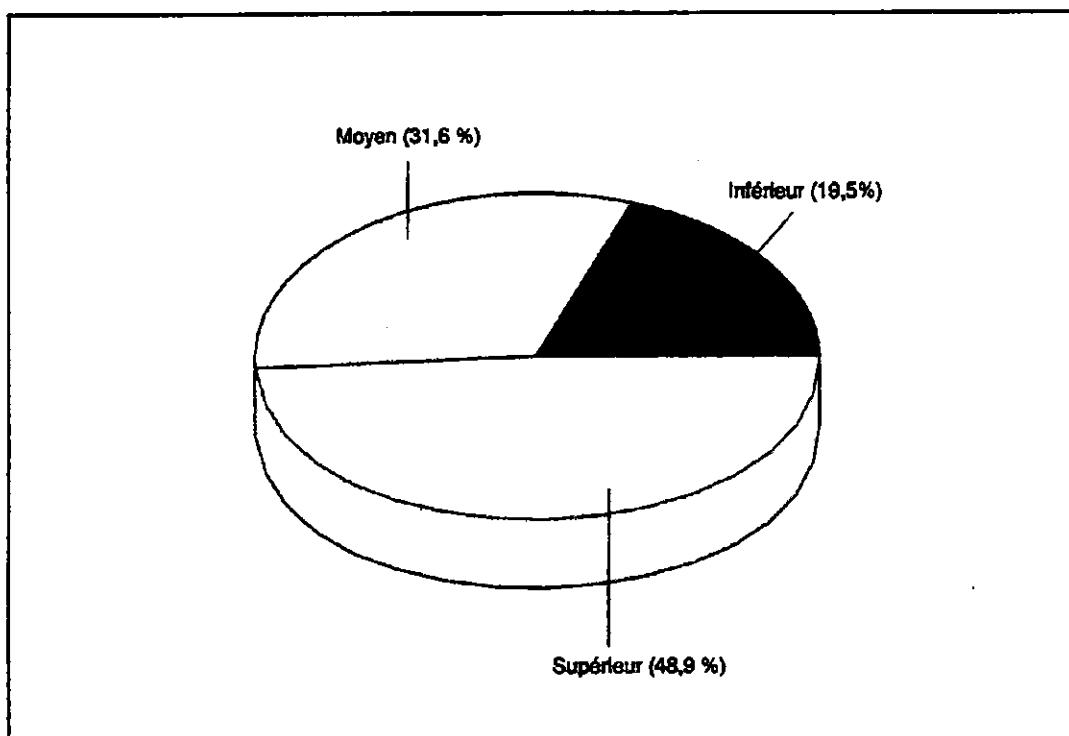


16.2.2 Le patrimoine accumulé

Près de la moitié (49 %) des personnes de 15 ans et plus en Estrie vit dans un ménage ayant un niveau supérieur de patrimoine, c'est-à-dire qu'au moins un de ses membres est propriétaire et au moins un de ses membres a des revenus de placement (Figure 16C). Un peu moins du tiers (32 %) ont un niveau moyen de patrimoine, ce qui correspond aux ménages rencontrant une seule de ces deux conditions tandis que 20 % des personnes vivent dans un ménage ayant un niveau inférieur de patrimoine, c'est-à-dire dont les membres sont locataires et n'ont aucun revenu de placement. La situation en Estrie est quasi identique à celle qui prévaut pour l'ensemble du Québec.

FIGURE 16C

**Patrimoine accumulé du ménage, population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**



Il n'y a pas de différence selon le sexe des personnes. Une fois de plus, ce résultat peut étonner puisqu'il est reconnu que les femmes ont dans l'ensemble moins de patrimoine que les hommes. Encore ici, la variable utilisée décrit le patrimoine de l'ensemble des membres du ménage incluant les avoirs du conjoint et de la conjointe et non seulement celui des femmes.

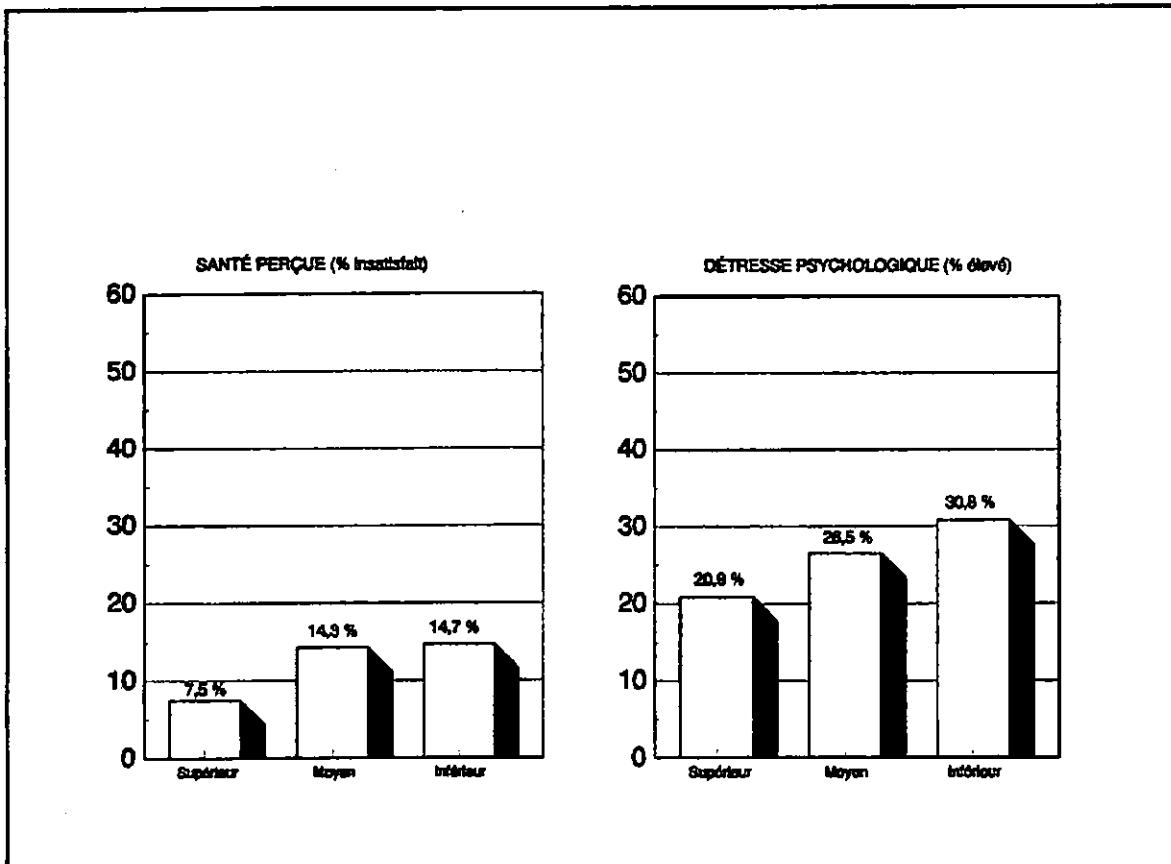
Une relation statistiquement significative s'établit entre le niveau de patrimoine et les différents groupes d'âge. Ce sont avant tout les personnes de 45 à 64 ans qui se distinguent des autres groupes d'âge avec la plus forte proportion ayant un niveau de patrimoine élevé (63 %) et la plus faible proportion ayant un patrimoine inférieur (10 %). Les personnes de 65 ans et plus ont pour ces deux niveaux de patrimoine accumulé des taux respectivement de 43 % et 20 %. Par contre, l'analyse des groupes plus jeunes est difficile à réaliser étant donné leur petit nombre dans l'échantillon.

On observe également une relation statistiquement significative entre le niveau de patrimoine accumulé et la sous-région de résidence due surtout à une faible proportion de personnes vivant en milieu rural et ayant un niveau de patrimoine inférieur (6,3 %) comparativement à une proportion quatre fois plus élevée chez les personnes vivant dans le Sherbrooke-métropolitain (27 %). De plus, mais avec des écarts moins marqués, on observe qu'enversément environ 42 % des gens de milieu rural ont un niveau moyen de patrimoine comparativement à près de 27 % pour les gens vivant dans le Sherbrooke métropolitain. Cependant, conclure que les gens vivant en milieu rural sont en meilleure situation financière que ceux vivant en milieu urbain, particulièrement à Sherbrooke, serait toutefois erroné. Rappelons, en effet, que le patrimoine accumulé est établi en combinant deux types d'informations dont le fait d'être propriétaire. La relation décrite ici traduit davantage le fait qu'il y a proportionnellement plus de propriétaires en milieu rural que dans la capitale régionale et ce, indépendamment de la valeur des propriétés.

En ce qui concerne la perception de la santé, le lien avec le patrimoine accumulé n'est pas clair en région. Ainsi, on distingue avant tout que ce sont les personnes qui ont un niveau supérieur de patrimoine qui sont proportionnellement les moins nombreuses à se considérer insatisfaites de leur état de santé. Cette proportion est de 8 % par rapport à respectivement 14 % et 15 % pour les personnes ayant un patrimoine accumulé qualifié de moyen ou d'inférieur (Figure 16D). Ces résultats vont dans le même sens que ceux observés pour l'ensemble du Québec où toutes les différences entre les catégories de patrimoine sont statistiquement significatives.

FIGURE 16D

Patrimoine accumulé du ménage selon la santé perçue insatisfaisante et la détresse psychologique élevée, population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993



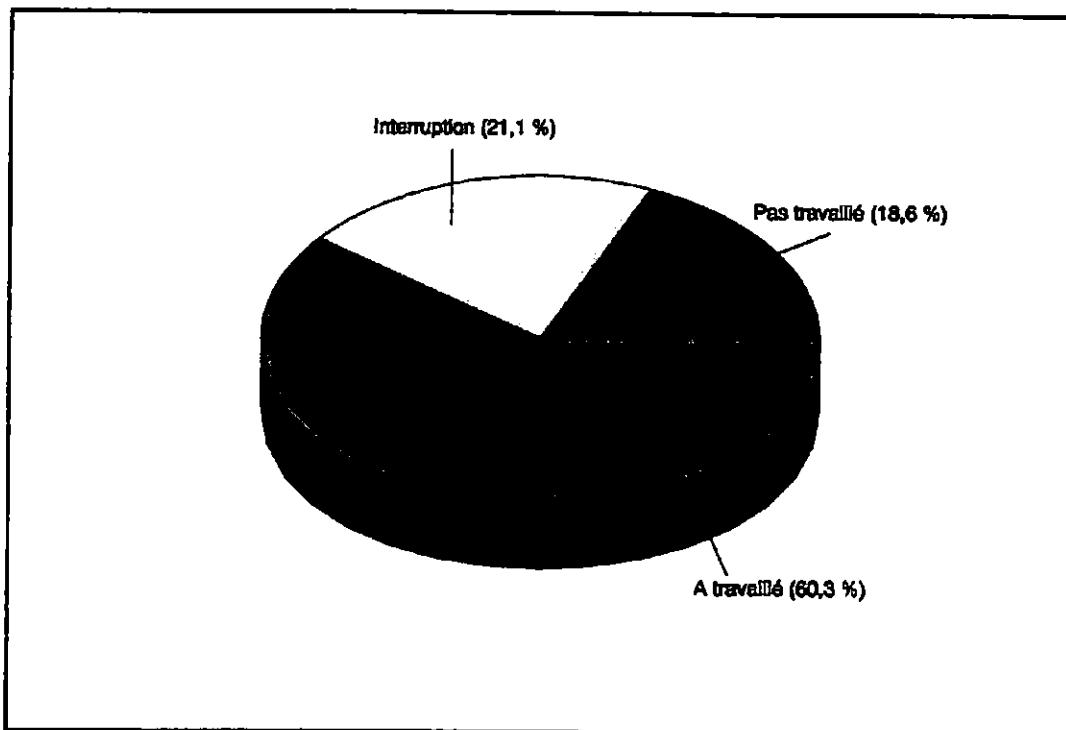
Malgré des proportions fort similaires à celles obtenues pour l'ensemble du Québec, aucune relation statistiquement significative n'est observée en région entre le niveau de patrimoine accumulé et l'indice de détresse psychologique. Pour le Québec, cependant, la relation est significative.

16.2.3 L'exclusion du marché du travail

La majorité des personnes de 15 à 64 ans ayant déjà occupé un emploi ont travaillé toute l'année précédent l'enquête (60 %) tandis que le reste du groupe se répartit à peu près également entre les personnes ayant connu une interruption (21 %) et celles n'ayant pas travaillé pendant l'année précédente (19 %). Cette situation est similaire à celle décrite pour l'ensemble du Québec.

FIGURE 16E

**Niveau d'exclusion du marché du travail au cours de l'année précédent l'enquête, population des 15-64 ans ayant déjà occupé un emploi,
Estrie 1992-1993**



Une relation statistiquement significative s'observe entre le sexe et l'exclusion du marché du travail et indique que les femmes connaissent une situation plus difficile que les hommes. En effet, environ 23 % des femmes n'ont pas travaillé durant l'année précédent l'enquête comparativement à près de 15 % des hommes. Quant à la proportion de femmes ayant occupé un emploi toute l'année, elle est significativement différente de celle des hommes, c'est-à-dire 55 % par rapport à 65 %.

L'exclusion du marché du travail est aussi vécue différemment selon l'âge. Ainsi, les 45-64 ans ont la plus forte proportion de personnes n'ayant pas travaillé au cours de l'année précédent l'enquête (31 %) tandis qu'elle est de 15 % chez les 25-44 ans et de 6 % chez les 15-24 ans. C'est chez les 25-44 ans que l'on retrouve le plus fort taux de personnes ayant travaillé toute l'année, soit 66 % comparativement à 57 % pour les 45-64 ans et 50 % chez les 15-24 ans. Quant aux 15-24 ans, ils sont très nombreux à avoir connu au moins une interruption au cours

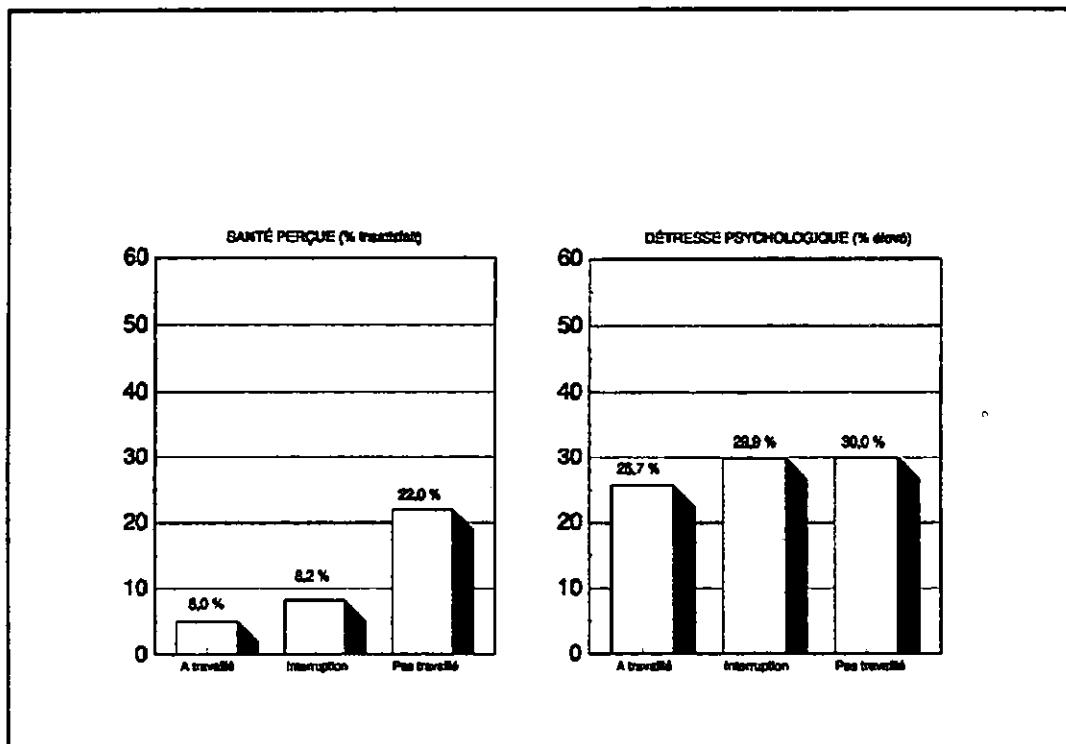
de l'année précédent l'enquête : 44 % contre 19 % pour les 25-44 ans et 13 % pour les 45-64 ans.

On observe également une relation statistiquement significative entre l'exclusion du marché du travail et la sous-région de résidence due surtout au fait que le quart (25 %) des personnes habitant le Sherbrooke métropolitain ont davantage connu au moins une interruption de travail par rapport à 19 % dans les petites villes de l'Estrie et 15 % en milieu rural.

Moins les gens ont travaillé durant l'année précédent l'enquête, plus ils se disent insatisfaits de leur santé. En effet, la proportion de personnes insatisfaites de leur santé est de 5 % chez les personnes qui ont travaillé toute l'année, de 8 % chez celles qui ont connu une interruption et grimpe à 22 % chez celles qui n'ont pas travaillé au cours de l'année précédent l'enquête (Figure 16F). Malgré un gradient continu, les écarts observés entre les catégories d'exclusion de travail ne sont pas statistiquement significatifs en région, contrairement à ce qui est observé à l'échelle du Québec.

FIGURE 16F

Niveau d'exclusion du marché du travail au cours de l'année précédent l'enquête selon la santé perçue insatisfaisante et la détresse psychologique élevée, population des 15-64 ans ayant déjà occupé un emploi, Estrie 1992-1993



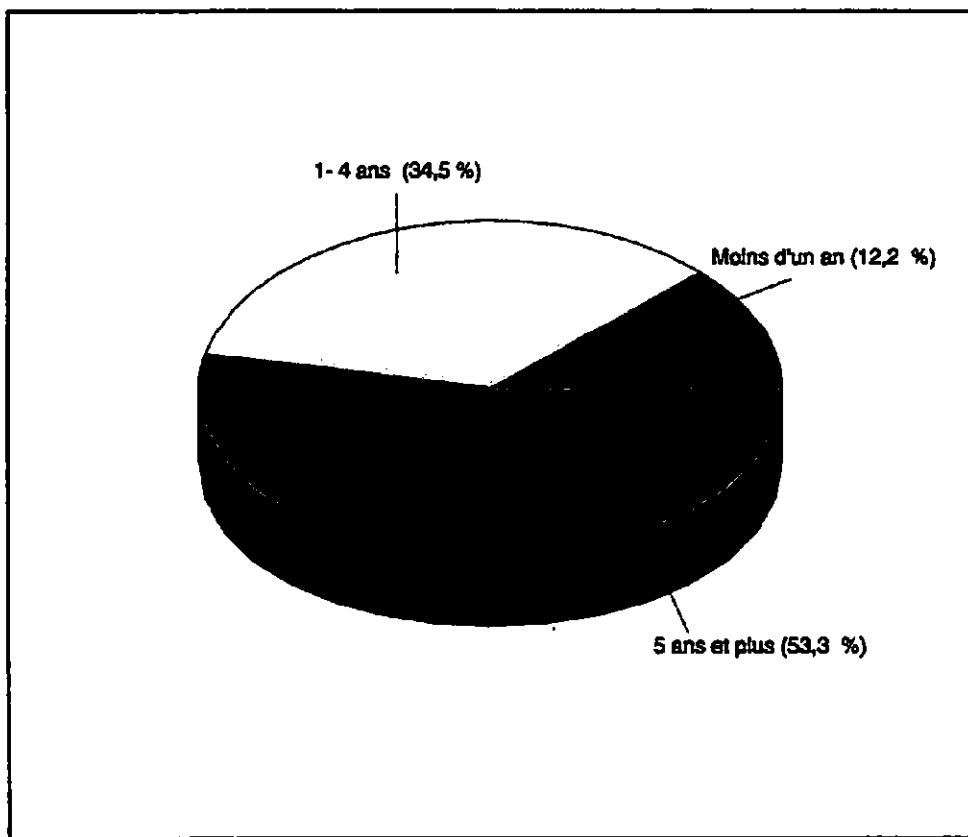
Contrairement au Québec, on observe aucun lien en région entre le niveau de détresse psychologique et le fait d'avoir travaillé ou non au cours de la dernière année (Figure 16F).

16.2.4 La durée de la pauvreté

Rappelons qu'en Estrie, environ 27 % des individus de 15 ans et plus se perçoivent pauvres ou très pauvres. Parmi eux, 12 % sont affectés par une pauvreté récente, 35 % le sont par une pauvreté de durée moyenne (entre 1 et 4 ans) tandis que plus de la moitié (53%) le sont par une pauvreté qui dure depuis plus de cinq ans. Cette situation est quelque peu différente de celle observée à l'échelle du Québec où la durée de la pauvreté est moins élevée; soit 47 % de pauvreté de longue durée comparativement à 53 % en Estrie. Cet écart n'est cependant pas statistiquement significatif.

FIGURE 16G

Durée de la pauvreté perçue,
population de 15 ans et plus se percevant
pauvre ou très pauvre,
Estrie 1992-1993



16.3 CONCLUSION

L'analyse des nouvelles mesures socioéconomiques introduites dans l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 a permis d'atteindre en bonne partie les objectifs visés.

En comptant sur un très petit nombre de données manquantes (contrairement à une mesure comme le revenu déclaré), il a été possible d'identifier l'existence d'inégalités socioéconomiques en Estrie. Ainsi, nous avons observé qu'un peu plus du quart des Estriens et des Estriennes se perçoivent pauvres ou très pauvres pendant que pour la majorité d'entre eux, la situation perdure depuis cinq ans et plus. Nous avons aussi constaté qu'une personne sur cinq vit dans un ménage dont les membres sont locataires et n'ont aucun revenu de placement. De plus, 40 % des individus ayant déjà occupé un emploi n'ont pas travaillé de façon régulière durant l'année précédant l'enquête tandis que la moitié d'entre eux ont été totalement exclus du marché du travail.

Cependant, la description de ces inégalités selon certaines variables sociodémographiques n'a pu être concluante dans le cas des mesures de perception de la situation financière personnelle et du patrimoine accumulé. Dans ces cas, la construction même des catégories de ces mesures est associé au sexe, à l'âge et au statut résidentiel des personnes. Par contre, nous avons pu observer que les Estriennes connaissent une situation plus difficile sur le marché du travail pendant que ce sont surtout les plus jeunes qui ont connu une interruption de travail et les plus âgés qui n'ont pas travaillé durant l'année.

Quant aux liens que ces nouveaux indicateurs entretiennent avec la santé et le bien-être de la population de l'Estrie, nous avons identifié des relations significatives et linéaires indiquant que plus la situation socioéconomique des gens est défavorable, plus ils s'estiment en mauvaise santé physique. Contrairement au Québec, deux indicateurs sur trois n'ont pu établir d'association statistique avec le niveau de détresse psychologique, probablement à cause du relatif petit échantillon estrien.

C'est avant tout la nouvelle mesure de la perception de la situation financière personnelle qui se révèle la plus liée à la santé physique et psychologique de la population de l'Estrie. En effet, mis à part les écarts observés entre les catégories extrêmes (les gens se percevant à l'aise et ceux se percevant très pauvres), nous avons relevé que les différences les plus grandes se retrouvent entre ceux qui considèrent leurs revenus suffisants et ceux qui se perçoivent pauvres.

Ces résultats réaffirment la place prépondérante qu'occupent les facteurs socioéconomiques parmi les déterminants de la santé en Estrie. La réduction des écarts de santé et de bien-être entre les divers groupes sociaux (et non seulement entre les très riches et les très pauvres) représente donc un défi majeur que doit relever l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux en étroite collaboration avec l'ensemble des partenaires concernés dans la région.

Dans ce sens, il nous faudra poursuivre nos actions envers les groupes vulnérables (ex. programme OLO, programmes de soutien parental en milieu défavorisé) mais aussi susciter et

multiplier des actions intersectorielles (ex.: Tables de concertation par unité de voisinage EPE, pour Eglise, Parc, École de *Sherbrooke, ville en santé*). Mais pour faire de nouveaux gains, il nous faut aussi améliorer notre compréhension de la relation qui s'établit entre la situation sociale, la capacité de faire face aux situations, le stress qui y est relié et la santé (ICRA, 1991). Un projet (CLSC Fleur de Lys, 1995), subventionné en 1995-1996 dans le cadre du Programme de subventions en santé publique géré par la Régie régionale constitue un pas intéressant en ce sens.

16.4 RÉFÉRENCES

CLSC FLEUR DE LYS (1995). Pauvreté et CLSC : vers de nouveaux modes d'intervention. Weedon, Québec.

L'INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHES AVANCÉES (ICRA) (1991). Les déterminants de la santé. Toronto, Canada, Publication no 5, p. 9.

FAMILLE

CHAPITRE 17

FAMILLE ET SANTÉ

Louise Ostiguy
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Direction de la santé publique et de l'évaluation

Le texte qui suit s'inspire du texte sur la santé et la famille du rapport provincial. Les auteurs du texte provincial sont:

Michel Bernier
Secrétariat à la famille

Hélène Desrosiers,
Céline Le Bourdais
Institut national de la recherche scientifique (INRS) - Urbanisation

Esther Létourneau,
Bureau de la statistique du Québec

17.0 INTRODUCTION

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 nous offre la possibilité de mieux connaître le profil sociodémographique et sanitaire des familles estriennes de même que certains déterminants associés à leur état de santé.

La connaissance de cette réalité des familles estriennes constitue un atout important pour mieux orienter nos actions vers les groupes les plus affectés par les problèmes de santé et de bien-être. De plus, au cours des dernières années, un consensus s'est établi autour du fait que la qualité du milieu familial est un déterminant souvent associé à des problèmes de santé physique et à des problèmes sociaux vécus par les enfants et leurs parents. Ces facteurs explicatifs reliés à la famille sont mis en évidence dans le Rapport du groupe de travail pour les jeunes (MSSS, 1991), la Politique de périnatalité (MSSS, 1993) et la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992).

Les transformations de la vie familiale ne sont pas sans poser des difficultés sur le plan personnel et social. Ces difficultés associées à des conditions de vie difficiles peuvent entraîner des problèmes de santé et sociaux (MSSS, 1992) tels la toxicomanie, la délinquance, les troubles de comportement, le décrochage scolaire et le suicide. Les enfants qui se retrouvent dans une famille sans support social et pauvre sont plus susceptibles de connaître des problèmes d'abus et de négligence.

Le présent chapitre nous renseigne sur les caractéristiques des familles estriennes et, plus particulièrement, celles des familles biparentales et monoparentales selon différents déterminants et certains indicateurs de l'état de santé et certaines de ses conséquences.

17.1 MÉTHODOLOGIE

En Estrie, l'enquête repose sur un échantillon pondéré de 694 ménages. L'information obtenue sur les liens existants entre les membres d'un même ménage a permis de distinguer deux grands types de ménage : familiaux et non-familiaux. Les ménages familiaux comprennent les personnes unies par les liens de filiation ou d'union, alors que les ménages non-familiaux sont composés de personnes seules et de personnes unies par des liens autres que ceux de l'union ou de la filiation.

L'analyse de la réalité des familles en Estrie ne porte cependant que sur les ménages familiaux, c'est-à-dire les familles biparentales intactes (vivant avec ses enfants, peu importe leur âge), les familles recomposées et les familles monoparentales. Par contre, le petit échantillon en région de familles recomposées ne nous permet pas d'avoir des informations suffisantes sur la configuration familiale et les déterminants associés. Pour l'ensemble des variables étudiées, nous n'avons donc retenu et comparé entre elles que les familles biparentales intactes et les familles monoparentales.

De plus, l'analyse des déterminants, de l'état de santé et des conséquences s'est orientée vers les mères de familles biparentales et monoparentales. Le faible échantillon de pères de familles monoparentales ne nous permet pas, une fois de plus, de faire les comparaisons avec les pères de familles biparentales.

17.2 RÉSULTATS

17.2.1 Portrait des ménages

Au moment de l'enquête en 1992-1993, un peu plus du quart (28 %) des ménages estriens était de type non familial, c'est-à-dire comprenant surtout des personnes seules (24 %). Quant aux ménages de type familial, soit près de 70 % de tous les ménages, environ le quart (26%) était le fait de couples (mariés ou en union libre) sans enfant, et un peu moins du tiers (31 %) abritait une famille biparentale intacte. Enfin près de 10 % des ménages étaient sous la conduite d'un parent seul et 4 % constituaient une famille recomposée (Tableau 17A).

Les ménages dits familiaux ont chuté de 7 % entre 1987 et 1992-1993, et ce sont surtout les ménages abritant les familles biparentales intactes qui ont subi la plus forte baisse, soit 12 %. Ces différences sont jugées statistiquement significatives.

TABLEAU 17A

**Ménages privés selon le type (%),
Estrie 1987 et 1992-1993**

	1987	1992-1993
Ménages non familiaux :		
personnes seules	20,9	28,1
autres ménages	17,8	24,3
	3,1	3,8
Ménages familiaux :		
couples sans enfant	79,1	72,0
familles biparentales intactes	24,1	26,2
familles recomposées	43,0	31,4
familles monoparentales	2,0	4,3
autres familles	9,6	9,7
	0,4	0,4

17.2.2 Portrait des familles

Si nous ne retenons que les ménages familiaux avec au moins un enfant de moins de 18 ans, nous observons aussi, à l'intérieur d'une période de cinq ans, une baisse sensible des familles biparentales intactes. On observe que la proportion évolue de 81 % à 71 % au bénéfice avant tout des familles recomposées dont la proportion passe de 3 % à 11 % tandis que les familles monoparentales n'augmentent que de 3 %. Cette évolution s'observe également à l'échelle du Québec et s'avère statistiquement significative autant pour le Québec que pour l'Estrie.

Tableau 17B

**Familles avec au moins un enfant
de moins de 18 ans selon le type de famille (%),
Estrie 1987 et 1992-1993**

	1987	1992-1993
Biparentale intacte	81,4	70,8
Recomposée	2,9	10,5
Monoparentale	15,7	18,7

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'analyse des informations sur les familles biparentales ne concerne que les couples vivant avec leurs enfants. En regroupant les familles vivant à Sherbrooke et dans les agglomérations et villes de l'Estrie, nous avons pu observer des différences tout juste significatives entre la répartition du type de famille et le fait de vivre en milieu urbain ou rural. Ainsi, en milieu rural, nous retrouvons un pourcentage plus élevé de familles biparentales (82 %) qu'en milieu urbain (66 %) tandis qu'à l'inverse, les familles monoparentales se retrouvent deux fois plus nombreuses en milieu urbain qu'en milieu rural (22 % et 11 %).

Le nombre d'enfants par type de famille est semblable au Québec et en Estrie. Neuf familles monoparentales sur dix comprennent un ou deux enfants alors que près des trois quarts des familles biparentales ont deux enfants et plus.

L'indice du niveau de revenu nous révèle des différences marquées en région, quoique non statistiquement significatives, entre les familles biparentales et monoparentales. En effet, une famille monoparentale sur deux déclare un revenu inférieur au seuil de la pauvreté comparée à une famille biparentale sur cinq.

Quant au statut d'activité des mères de famille biparentale et monoparentale, il est également semblable au Québec et en Estrie. Parmi les mères de famille biparentale, 62 % d'entre elles

occupent un emploi, par rapport à 47 % des mères de famille monoparentale. Cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative en Estrie.

17.2.3 Santé et famille

Les déterminants de l'état de santé des parents, c'est-à-dire essentiellement des mères de famille biparentale et monoparentale sont abordés sous l'angle de leurs habitudes de vie en regard de leur type de consommation de tabac et d'alcool et sous l'angle du soutien social.¹

Notre analyse porte sur la répartition des mères de famille biparentale et monoparentale selon les catégories les plus pertinentes pour rendre compte des déterminants de santé retenus. Nous avons fait de même pour les variables retenues mesurant l'état de santé et ses conséquences.

En ce qui regarde les habitudes de consommation régulière de tabac et de consommation régulière et occasionnelle d'alcool, nous retrouvons en Estrie un pourcentage environ 10 % plus élevé chez les mères de famille monoparentale, sans que cet écart s'avère statistiquement significatif. Le portrait du tabagisme est différent pour l'ensemble du Québec car la proportion de fumeuses régulières est significativement beaucoup plus élevée chez les mères de famille monoparentale (54 %) comparé aux mères de famille biparentale (29 %).

Sur le plan du soutien social, nous constatons qu'environ 17 % des mères autant de famille biparentale que monoparentale ont un indice de soutien social faible. La situation est quelque peu différente pour l'ensemble du Québec puisque nous retrouvons un pourcentage plus élevé (27 %) de mères de famille monoparentale avec un indice de soutien social faible. Cet écart est statistiquement significatif entre l'Estrie et le Québec.

¹ L'indice de soutien social comprend deux catégories : faible et élevée.

TABLEAU 17C

**Mères de famille biparentale et monoparentale
selon certains déterminants, états de santé et conséquences (%),
Estrie et Québec 1992-1993**

	MÈRES DE FAMILLE BIPARENTALE		MÈRES DE FAMILLE MONOPARENTALE	
	ESTRIE	QUÉBEC	ESTRIE	QUÉBEC
Déterminants :				
consommation régulière de tabac	26,0	29,2	37,8	53,7
consommation occasionnelle ou régulière d'alcool	84,7	83,5	96,6	82,8
soutien social faible	17,0	17,6	16,5	27,2
Etat de santé :				
perçu comme insatisfaisant	6,0	5,8	16,8	13,4
indice de détresse psychologique élevé	29,5	28,3	45,0	45,6
Conséquences :				
consultation d'un professionnel de la santé dans les 2 semaines précédant l'enquête	23,1	28,5	21,5	33,8
consommation de trois médicaments ou plus	9,6	9,3	18,3	15,0

Plus de mères de familles monoparentale (17 %) perçoivent leur état de santé insatisfaisant¹ comparé à celui de leurs consoeurs de familles biparentales (6 %) (Tableau 17C). En Estrie, cet écart n'est pas statistiquement significatif mais il l'est pour le Québec.

En ce qui a trait à l'indice de détresse psychologique, nous relevons des différences non significatives en Estrie mais significatives au Québec entre les mères de famille biparentale et monoparentale. Ainsi, les mères de famille monoparentale présenteraient un indice de détresse psychologique «élevé»² plus souvent que les mères de famille biparentale, soit respectivement 45 % et 30 %.

¹ Les catégories de l'état de santé perçu sont regroupées en deux niveaux : satisfaisant et insatisfaisant.

² Les catégories de l'indice de détresse psychologique sont regroupées en deux niveaux : faible et élevé.

Au cours des deux semaines précédant l'enquête, environ 22 % des mères de famille biparentale et monoparentale ont consulté un professionnel de la santé.

Cependant, en regard de la consommation de médicaments, les mères de famille monoparentale seraient plus nombreuses (18 %) à prendre trois médicaments et plus comparé aux mères de famille biparentale (10 %). Cet écart, significatif pour l'ensemble du Québec, ne l'est pas pour l'Estrie.

17.3 CONCLUSION

L'analyse des informations issues de l'enquête sociale et de santé nous révèle que le portrait sociodémographique des ménages s'est sensiblement modifié au cours des dernières années en Estrie. Ainsi, entre 1987 et 1992-1993, nous assistons à une diminution des ménages familiaux, particulièrement des familles biparentales intactes au profit des personnes vivant seules. Cependant, en observant de plus près les familles ayant des enfants de moins de 18 ans, nous constatons que si les familles biparentales intactes diminuent aussi sensiblement parmi ce groupe, cette baisse se fait au profit des familles recomposées qui connaissent, pour leur part, une augmentation significative. Même si nous n'avons pu analyser leurs caractéristiques en Estrie, les planificateurs tout comme les intervenants devront accorder une attention particulière à cette nouvelle réalité familiale.

Quant aux familles monoparentales dont la proportion n'a que légèrement augmenté entre 1987 et 1992-1993, le portrait qui s'en dégage complète les observations faites en région (Réseau d'appui..., 1993). En effet, les mères de famille monoparentale sont économiquement plus défavorisées et en moins bonne santé physique et mentale que les mères de famille biparentale. Même si les différences observées en Estrie expriment plutôt une tendance (les différences n'étant pas statistiquement significatives), elles vont dans le même sens que celles observées pour l'ensemble du Québec et indiquent clairement que ces familles constituent une clientèle à risque auprès de laquelle des interventions sont justifiées.

Cependant, les résultats sur les déterminants de l'état de santé de ces mères méritent d'être analysés plus à fond. En effet, les mères de famille monoparentale de l'Estrie semblent compter sur un soutien social aussi élevé que les mères de famille biparentale tandis que l'habitude de fumer régulièrement est loin d'être le fait de la majorité, comme c'est le cas pour l'ensemble du Québec. Par contre, la quasi totalité d'entre elles consomment de façon régulière ou occasionnelle de l'alcool. Un examen plus détaillé de certaines caractéristiques de ces familles, comme l'âge et le niveau de scolarité des mères, l'âge des enfants, ou encore la qualité du réseau social, s'impose afin de mieux comprendre et mieux cibler les interventions auprès de cette clientèle.

17.4 RÉFÉRENCES

MSSS (1991). Un Québec fou de ses enfants. Québec. 179 p.

MSSS (1993). Politique de périnatalité. Québec. 101 p.

MSSS (1992). La Politique de la santé et du bien-être. Québec. 192 p.

RÉSEAU D'APPUI AUX FAMILLES MONOPARENTALES ET ÉQUIPE RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE (1993). Évaluation d'un type de service auprès des familles monoparentales de l'Estrie. 105 p.

ABUS D'ALCOOL

CHAPITRE 18

ABUS D'ALCOOL ET SANTÉ

Aline Drapeau

*Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Direction de la santé publique et de l'évaluation*

Le texte qui suit s'inspire du texte sur la grande consommation d'alcool et problèmes connexes du rapport provincial. Les auteures du texte provincial sont:

Louise Guyon

Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives Québec (RISQ)

Louise Nadeau

Département de psychologie de l'Université de Montréal

Andrée Demers

Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention (GRASP) de l'Université de Montréal

Natalie Kishchuk

Direction de la santé publique de Montréal-Centre

18.0 INTRODUCTION

En 1992-1993, environ 82 % des Estriens de 15 ans et plus auraient bu de l'alcool à une ou plusieurs occasions durant l'année précédant le sondage. La consommation d'alcool n'est pas un mal en soi. Dans la majorité des sociétés, elle est un moyen culturellement acceptable d'agrémenter les activités de socialisation et d'installer un climat de détente. De plus, il semblerait que la consommation d'un ou même de deux verres d'alcool par jour pourrait avoir des effets bénéfiques sur la santé (Dubuc 1994). Cependant, la consommation abusive peut conduire les buveurs à adopter des comportements socialement répréhensibles et à développer des problèmes de santé importants. Ainsi, 34 % des cas d'abus d'enfant et 50 % des victimes d'inceste vivent dans des familles perturbées par l'alcoolisme (MSSS, 1990). La moitié des décès de conducteurs de véhicules est liée à l'alcool (MSSS, 1990) et on estime que le nombre d'accidents routiers mortels aurait diminué de 24 % si aucun des conducteurs impliqués n'avait été affecté par l'alcool (Santé et bien-être social Canada, 1989). Finalement, la consommation abusive d'alcool est un facteur de risque important pour certaines maladies du foie, de l'appareil digestif, du système nerveux central, de l'appareil cardiovasculaire et du sang (Santé et bien-être social Canada, 1989).

Le profil sociodémographique des buveurs qui présentent un problème de consommation abusive d'alcool est relativement bien connu. Ainsi, les buveurs problématiques sont surtout des hommes. Les buveurs qui ont une faible scolarité semblent plus nombreux à développer un problème d'alcoolisme que ceux qui ont une scolarité moyenne ou élevée (Brière et Demers, 1993); les personnes qui n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires ou collégiales seraient plus à risque que celles qui l'ont obtenu (Crum et al., 1992). Les jeunes de 15 à 19 ans seraient proportionnellement plus nombreux à s'adonner au «binge drinking»¹. On compterait proportionnellement plus de gros buveurs parmi les personnes sans emploi, mais les femmes qui ont un emploi rémunéré seraient plus à risque que les femmes au foyer de développer une dépendance à l'alcool (Nadeau, 1994).

La consommation d'alcool est un phénomène socioculturel et la prévention de l'alcoolisme doit tenir compte non seulement du profil sociodémographique de la population à risque mais aussi des situations qui occasionnent un boire excessif. Une étude des données québécoises extraites de l'Enquête canadienne sur l'alcool conclut que la fréquence de consommation lors d'une soirée tranquille à la maison et la fréquence de consommation d'alcool lors d'un repas au restaurant le soir sont directement et significativement associées à la consommation annuelle d'alcool (Brière et Demers, 1993). Elle suggère aussi que la fréquence de consommation d'alcool avec les amis ou les collègues de travail et lors d'une soirée tranquille à la maison ou dans un bar étaient des déterminants significatifs de la fréquence du phénomène de «binge drinking».

Le type de boisson absorbée influence la relation entre la consommation d'alcool et la santé.. En effet, il semblerait que la morbidité définie en termes de jours d'alitement, de perte d'activité et de visites chez le médecin soit moins élevée chez les buveurs de bière que chez les autres

¹ Le «binge drinking» consiste à prendre 5 consommations d'alcool ou plus en une seule occasion.

consommateurs d'alcool (Santé et bien-être social Canada, 1989) mais que les buveurs de vin soient moins sujets à une pression sanguine élevée que les buveurs de bière ou de spiritueux (Kimball et al., 1992). Les auteurs de cette dernière étude précisent cependant que les buveurs de vin consomment généralement moins d'alcool que les autres buveurs.

Les données dont nous disposons pour la rédaction de ce chapitre sur la problématique de l'abus d'alcool en Estrie ne nous permettent pas d'approfondir le profil spécifique des consommateurs à risque en lien avec les problèmes physiques ou sociaux. Pour des analyses plus fines, nous référons le lecteur au rapport provincial de la présente enquête. Compte tenu de ces limitations, l'analyse des données estriennes poursuivra deux objectifs. Il s'agira premièrement de vérifier, dans la mesure du possible, la correspondance entre le profil des consommateurs abusifs en Estrie et celui que la littérature dessine. Dans un deuxième temps, nous tenterons d'estimer au moyen de quelques indicateurs le pourcentage des buveurs estriens susceptibles de développer un problème de consommation abusive d'alcool.

18.1 MÉTHODOLOGIE

Les personnes interviewées durant l'enquête ont été sélectionnées par un échantillonnage aléatoire des ménages stratifié en fonction de la sous-région de résidence (Sherbrooke métropolitain, petites villes et milieu rural). L'échantillon estrien pondéré sondé par rapport à sa consommation d'alcool se chiffre à 1211 personnes² âgées de 15 ans et plus dont 19 % étaient abstinences depuis au moins un an; la moitié des sujets habitaient le Sherbrooke métropolitain, ce qui correspond approximativement à la distribution spatiale réelle de la population de l'Estrie. Les données portant sur la consommation d'alcool ont été recueillies à l'aide du questionnaire autoadministré (QAA) et ont été mesurées par rapport à l'ensemble des personnes de 15 ans et plus.

18.1.1 Définition des variables

Le risque de consommation abusive d'alcool est mesuré par trois variables différentes, soit le profil de consommation, l'indice de risque CAGE et le polyusage d'alcool et de drogues illégales. Ces variables sont définies de la façon suivante :

(1) *Le profil de consommation*

Tel que conçu et analysé dans le rapport provincial de la présente enquête, le profil de consommation compte six catégories : les abstinents à vie (QAA21), les abstinents des 12 derniers mois (QAA22), les modérés minimum, les modérés maximum, les «binge drinkers» et

² L'échantillon décrit dans les tableaux de ce chapitre est légèrement inférieur à 1211 à cause des données manquantes pour quelques répondants.

les gros buveurs (QAA31). Pour chacune des catégories de buveurs, les définitions sont les suivantes :

- les buveurs modérés minimum ayant pris 0 à 2 consommations par jour, pendant 1 à 7 jours de la semaine étudiée, pour un volume de 0 à 14 consommations par semaine;
- les buveurs modérés maximum qui ont pris 3 à 4 consommations par jour, pendant 1 à 7 jours de cette semaine, pour un volume maximum de 3 à 28 consommations par semaine;
- les buveurs occasionnellement excessifs «binge drinkers» ayant rapporté un minimum de 5 consommations par jour, au moins une fois au cours de la semaine, pour un volume minimum de 5 consommations et un maximum de 28 consommations par semaine;
- les grands buveurs qui ont déclaré un volume minimum de 29 consommations par semaine.

Pour l'analyse régionale, la catégorie des «binge drinkers» a été combinée à celle des gros buveurs, étant donné le relativement petit nombre de répondants estriens correspondant à la catégorie des grands buveurs. Cette dernière opération nous a amené à refondre les catégories initiales du profil de consommation de la façon suivante : les abstinents à vie, les abstinents des 12 derniers mois et les buveurs avec un niveau de consommation faible, moyen ou élevé.

(2) *L'indice de risque de problèmes liés à l'alcool (CAGE)*

L'indice CAGE, un instrument créé par Ewing (1984), vise à dépister les buveurs à risque de développer un problème de consommation abusive d'alcool. Cet indice est construit en dénombrant les réponses positives à quatre questions dichotomiques (QAA32 à 35) portant sur les critiques portées par l'entourage du buveur sur sa consommation, son opinion personnelle par rapport à une diminution de sa consommation, sa culpabilité par rapport à sa consommation et le fait de boire en se levant. La quatrième question fait référence à l'expérience du buveur durant la dernière année tandis que les autres questions ne sont pas limitées dans le temps.

Les buveurs qui répondent négativement aux quatre questions du CAGE sont classées dans la catégorie des buveurs à risque nul de développer un problème de consommation d'alcool; ceux qui répondent positivement à une question, dans la catégorie des buveurs à risque faible; et ceux qui répondent positivement à deux, trois ou quatre questions, dans la catégorie des buveurs à risque élevé. Les personnes qui n'ont pas consommé d'alcool durant l'année précédant l'enquête et les personnes qui n'ont jamais consommé d'alcool n'avaient pas à répondre aux questions du CAGE mais ont été classées dans la catégorie de risque nul.

(3) *Le polyusage*

Dans l'enquête, le polyusage est défini comme étant la consommation d'alcool et de drogues illégales durant l'année précédant l'enquête chez les personnes de 15 ans et plus. Cette variable comporte trois catégories :

- les personnes qui n'ont consommé ni alcool, ni drogues illégales;
- les personnes qui ont uniquement consommé de l'alcool;
- les polyconsommateurs, c'est-à-dire les personnes qui ont consommé de l'alcool et de la drogue ou uniquement de la drogue.

Il est généralement admis, du moins pour les populations cliniques, que rares sont les personnes qui consomment des drogues illégales mais ne consomment pas d'alcool et c'est pourquoi les personnes consommant exclusivement des drogues ont été incluses dans la catégorie des polyconsommateurs.

Les données de l'enquête ont été communiquées aux régions par Santé Québec sous la forme de tableaux de fréquences des variables dépendantes (profil de consommation des buveurs, indice CAGE, polyusage) et de tableaux croisés où la distribution des variables dépendantes est présentée selon les catégories de quelques variables sociodémographiques. Parmi ces variables, nous retiendrons le sexe, le groupe d'âge, la sous-région de résidence et le niveau de détresse psychologique. L'état de santé perçu n'a pas été retenu étant donné que les manifestations de l'abus sont davantage d'ordre psychologique que physique et aussi à cause du phénomène de déni qui pourrait particulièrement toucher les gros buveurs.

18.2 RÉSULTATS

Les résultats de l'enquête corroborent les observations d'autres études suggérant que, de façon générale, le sexe et l'âge sont des marqueurs du risque de la consommation abusive d'alcool. La force des associations statistiques qui décrivent les relations entre ces variables varie cependant en fonction de la définition du risque d'abus d'alcool. Parallèlement, on trouve systématiquement un plus haut pourcentage de buveurs à risque parmi les personnes qui présentent un niveau de détresse psychologique élevé quoique la force du lien statistique avec cette variable soit plutôt faible.

18.2.1 Profil de consommation

En 1992-1993, le profil de consommation des Estriens ne se distingue pas de celui des Québécois. En Estrie, environ 12 % de la population des 15 ans et plus a rapporté un niveau

élevé de consommation d'alcool durant la semaine précédent le sondage. Les hommes (19 %) étant plus portés que les femmes (5 %) à adopter ce profil de consommation (Tableau 18A).

Les personnes âgées de 15 à 44 ans sont proportionnellement plus nombreuses que les personnes de 45 ans et plus à avoir un niveau élevé de consommation; soit environ 21 % des 15-24 ans et 15 % des 25-44 ans comparativement à 8 % des 45-64 ans et 0 % de 65 ans et plus (Tableau 18B).

L'association entre la détresse psychologique et le profil de consommation est significative mais relativement faible. Ainsi, plus la détresse psychologique est élevée, plus la consommation d'alcool serait forte (Tableau 18C).

Enfin, le profil de consommation semble également lié au milieu de résidence; les personnes résidant dans le Sherbrooke métropolitain connaissant un niveau de consommation légèrement plus élevé que les personnes demeurant hors de cette zone (Tableau 18D).

TABLEAU 18A

**Profil de consommation d'alcool selon le sexe (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie et Québec 1992-1993**

	ABSTINENTS		BUVEURS NIVEAU DE CONSOMMATION			TOTAL
	À VIE	≥ 1 AN	FAIBLE	MODÉRÉ	ÉLEVÉ	
Hommes	7	8	52	14	19	100
Femmes	16	5	64	9	5	100
ESTRIE	12	7	58	11	12	100
QUÉBEC	16	6	55	13	11	100

TABLEAU 18B

**Profil de consommation d'alcool selon l'âge (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	ABSTINENTS		BUVEURS NIVEAU DE CONSOMMATION			TOTAL
	À VIE	≥ 1 AN	FAIBLE	MODÉRÉ	ÉLEVÉ	
15-24 ans	9	3	57	11	21	100
25-44 ans	4	6	62	13	15	100
45-64 ans	14	7	59	12	8	100
65 ans et +	37	14	46	3	0	100

TABLEAU 18C

**Profil de consommation d'alcool selon le niveau de
détresse psychologique (%), population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	ABSTINENTS		BUVEURS NIVEAU DE CONSOMMATION			TOTAL
	À VIE	≥ 1 AN	FAIBLE	MODÉRÉ	ÉLEVÉ	
Faible	13	5	60	12	11	100
Élevé	7	10	54	11	18	100

TABLEAU 18D

**Profil de consommation d'alcool selon la sous-région (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	ABSTINENTS		BUVEURS NIVEAU DE CONSOMMATION			TOTAL
	À VIE	≥ 1 AN	FAIBLE	MODÉRÉ	ÉLEVÉ	
Sherbrooke métropolitain	8	6	61	13	12	100
Petites villes	16	8	56	9	11	100
Rurale	16	6	56	11	11	100

18.2.2 L'indice de risque de problèmes liés à l'alcool (CAGE)

Selon l'indice CAGE, le pourcentage dans la population des 15 ans et plus de buveurs à risque élevé a augmenté en Estrie entre 1987 et 1992-1993, passant de 10 % à 15 %. Cependant, en 1992-1993, le risque de développer un problème de consommation abusive d'alcool est statistiquement semblable en Estrie et au Québec (Tableau 18E).

Environ trois fois plus d'hommes (22 %) que de femmes (7 %) présentent un risque élevé tandis qu'un pourcentage comparable d'hommes (11%) et de femmes (9 %) présente un risque faible (Tableau 18E).

TABLEAU 18E

Risque de développer un problème de consommation abusive d'alcool (Indice CAGE)
selon le sexe (%), population de 15 ans et plus,
Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993

	NIVEAU DE RISQUE DE CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL			TOTAL
	NUL	FAIBLE	ÉLEVÉ	
Hommes	67	11	22	100
Femmes	84	9	7	100
ESTRIE 1992-1993	75	10	15	100
ESTRIE 1987	78	12	10	100
QUÉBEC 1992-1993	77	10	13	100

Le niveau de risque lié à l'alcool est aussi associé significativement à l'âge mais cette association doit être nuancée. Ainsi, les personnes de 15 à 24 ans sont pratiquement autant à risque élevé que les 25 à 44 ans de développer un problème de consommation abusive d'alcool (15 % contre 20 %) tandis que celles de 45 à 64 ans sont aussi à risque élevé que les 15-24 ans (12 % contre 15 %) mais moins à risque que celles de 25 à 44 ans (20 %) (Tableau 18F).

Environ 21 % des Estriens qui enregistrent un niveau de détresse psychologique élevé affichent un risque élevé de développer un problème de consommation abusive d'alcool comparativement à 13 % des personnes qui ont un niveau de détresse faible ou moyen (Tableau 18G). Finalement, le fait de résider en zone rurale ou en zone plus urbanisée en Estrie ne semble pas influencer le risque de développer un problème de consommation abusive d'alcool.

TABLEAU 18F

**Risque de développer un problème de consommation abusive d'alcool (Indice CAGE)
selon l'âge (%), population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	NIVEAU DE RISQUE DE CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL			TOTAL
	NUL	FAIBLE	ÉLEVÉ	
15-24 ans	72	13	15	100
25-44 ans	69	11	20	100
45-64 ans	80	8	12	100
65 ans et +	92	5	3	100

TABLEAU 18G

**Risque de développer un problème de consommation abusive d'alcool (Indice CAGE)
selon le niveau de détresse psychologique (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	NIVEAU DE RISQUE DE CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL			TOTAL
	NUL	FAIBLE	ÉLEVÉ	
Faible	79	8	13	100
Élevé	64	15	21	100

18.2.3 Polyusage

Les données de l'enquête suggèrent que l'Estrie compterait un pourcentage légèrement plus faible que le Québec de personnes âgées de 15 ans et plus ne consommant ni alcool ni drogue (16 % contre 19 %), mais un pourcentage comparable de personnes consommant de l'alcool et de la drogue ou uniquement de la drogue, soit environ 13 %. Bien qu'on remarque une association significative entre le polyusage et le sexe, ce lien est faible et la différence est

significative seulement pour les personnes qui ne consomment aucun psychotrope (Tableau 18H). Ainsi, proportionnellement autant d'hommes que de femmes (14 % contre 12 %) rapporteraient un usage d'alcool et de drogues illégales durant l'année précédant l'enquête.

TABLEAU 18H

**Polyusage de substances psychoactives
selon le sexe (%), population de 15 ans et plus,
Estrie et Québec 1992-1993**

	POLYUSAGE			TOTAL
	AUCUN	ALCOOL SEULEMENT	ALCOOL ET DROGUES	
Hommes	13	73	14	100
Femmes	19	69	12	100
ESTRIE	16	71	13	100
QUÉBEC	19	68	13	100

Le profil des polyconsommateurs est plus distinct lorsqu'on le décrit en fonction de l'âge. La consommation d'alcool sans consommation de drogues illégales est plus fréquente chez les personnes de 25 à 64 ans tandis que le polyusage est un phénomène plus particulier aux personnes de 15 à 24 ans tout en étant pratiquement absent chez les personnes de 65 ans et plus (Tableau 18I).

Également, les personnes présentant un niveau élevé de détresse psychologique seraient plus sujettes au polyusage (19 %) que celles ayant un plus faible niveau de détresse (11 %) (Tableau 18J).

TABLEAU 18I

**Polyusage de substances psychoactives selon l'âge (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	POLYUSAGE			TOTAL
	AUCUN	ALCOOL SEULEMENT	ALCOOL ET DROGUES	
15-24 ans	11	63	26	100
25-44 ans	9	76	15	100
45-64 ans	19	75	6	100
65 ans et +	42	57	1	100

TABLEAU 18J

**Polyusage de substances psychoactives
selon le niveau de détresse psychologique (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	POLYUSAGE			TOTAL
	AUCUN	ALCOOL SEULEMENT	ALCOOL ET DROGUES	
Faible	16	73	11	100
Élevé	14	66	19	100

Enfin, il semble qu'en Estrie, le polyusage soit beaucoup plus un phénomène urbain que rural. Environ 16 % des personnes de 15 ans et plus du Sherbrooke métropolitain s'adonneraient au polyusage pour environ 9 % des autres résidents de la région (Tableau K).

TABLEAU 18K

**Polyusage de substances psychoactives
selon la sous-région (%),
population de 15 ans et plus,
Estrie 1992-1993**

	POLYUSAGE			TOTAL
	AUCUN	ALCOOL SEULEMENT	ALCOOL ET DROGUES	
Sherbrooke métropolitain	12	72	16	100
Petites villes	21	69	10	100
Rurale	19	72	9	100

18.3 CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons tenté de dresser un bilan du pourcentage des Estriens susceptibles de développer un problème de consommation abusive d'alcool. Ce bilan s'appuie sur deux variables qui traduisent le risque potentiel en termes de consommation, soit le niveau de consommation et le polyusage et sur une autre variable qui mise plutôt sur le profil des consommateurs en termes de conséquences sociales et physiques, soit l'indice de risque CAGE. Les résultats suggèrent, d'une part, qu'environ 12 % de la population estrienne des 15 ans et plus boivent cinq consommations d'alcool ou plus par jour une fois ou plus par semaine et que près de 13 % consomment de l'alcool et de la drogue ou uniquement de la drogue. Ils suggèrent, d'autre part, qu'environ 15 % des Estriens âgés de 15 ans et plus sont à risque élevé de développer un problème de consommation d'alcool. Le profil sociodémographique de la population à risque d'abus d'alcool en Estrie ne se distingue pas de celui décrit dans la littérature : quel que soit l'indicateur de risque utilisé, les hommes sont plus à risque que les femmes; les buveurs de 15 à 44 ans sont plus à risque que leurs aînés et le polyusage touche surtout les 15-24 ans; également les personnes qui ont un niveau de détresse psychologique élevé sont plus à risque que celles qui ont un niveau de détresse faible.

De façon générale, les différentes façons de définir le risque de consommation abusive d'alcool dans la présente enquête parviennent à dresser un profil sociodémographique convergent de la population à risque. Cependant, le dénombrement exact de la population à risque à partir des données de l'enquête pourrait poser problème parce que les variables utilisées définissent différemment le risque de consommation abusive d'alcool.

Il sera intéressant de compléter le bilan de la population estrienne à risque de développer un problème de consommation abusive d'alcool en analysant le niveau de scolarité des répondants, leurs statuts matrimonial ou d'emploi, trois variables souvent présentes dans les profils des consommateurs d'alcool à risque.

Cependant, comme le portrait de l'abus d'alcool en Estrie semble s'apparenter à celui du Québec nous pouvons tirer profit du rapport provincial de l'enquête pour raffiner notre profil de la population à risque de développer un problème de consommation abusive d'alcool et obtenir les informations utiles pour la prévention de l'alcoolisme.

Ainsi, les auteures du rapport provincial mentionnent que les hommes sans emploi seraient particulièrement à risque de développer un problème de consommation abusive d'alcool et que plus du quart des femmes de 15 à 24 ans s'adonneraient au «binge drinking». Elles mentionnent aussi que la monoparentalité, particulièrement chez les hommes, serait associée à une plus forte tendance à consommer fréquemment en assez grande quantité. De plus, il semblerait que plus le profil de consommation est à risque, moins il y a de limitations des activités au cours des deux semaines précédant l'enquête, moins il y a recours aux services et que les gros buveurs, comme les abstinent, se perçoivent en moins bonne santé que les buveurs modérés.

18.4 RÉFÉRENCES

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). Diagnostic statistical manual, Third revised edition-DSM-III. Washington , Psychiatric American Association.
- BRIÈRE, N.; DEMERS, A. (1993). Dynamiques sociales et motivations associées à la consommation d'alcool. Coll. Données statistiques et indicateurs. Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. 46 p.
- CRUM, R. M.; BUCHOLZ, K. K.; HELZER, J. E.; ANTHONY, J. C. (1992). «The Risk of Alcohol Abuse and Dependence in Adulthood : The Association with Educational Level». American Journal of Epidemiology, vol. 135, no 9, p. 989-999.
- DUBUC, J. G. (1994). «Educ'alcool: une philosophie du libre choix et de la responsabilisation», dans L'usage des drogues et la toxicomanie, sous la direction de Pierre Brisson. Gaétan Morin éditeur. Vol. II, p. 323-345.
- EWING, J.A. (1984). «Detecting Alcoholism : the CAGE questionnaire». Journal of the American Medical Association, no 252, p. 1905-1907.
- KIMBALL, A. W.; FRIEDMAN, L. A.; MOORE, R. (1992). «Nonlinear Modeling of Alcohol Consumption for Analysis of Beverage Type Effects and Beverage Preference Effects». American Journal of Epidemiology. Vol. 135, no 11, p.1287-1292.

MSSS (1990). Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes. Gouvernement du Québec. 36 p.

NADEAU, LOUISE (1994). «Les femmes et l'alcool : état de la question», dans L'usage des drogues et la toxicomanie, sous la direction de Pierre Brisson. Gaétan Morin éditeur. Vol. II, p. 231-254.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1989). L'alcool au Canada. 35 p.

CONCLUSION

Michel Carboneau

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Direction de la santé publique et de l'évaluation

Ce rapport des résultats de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 a été produit afin de dresser un portrait estrien des thèmes de l'enquête pouvant être traités à un niveau régional. L'approche retenue a consisté à décrire ces thèmes en s'inspirant des textes du rapport provincial à l'intérieur cependant d'un nombre plus restreint de variables pour respecter les limites méthodologiques de l'enquête liées au nombre de personnes échantillonnées en Estrie. Ce tableau, bien que perfectible, permet ainsi de cerner des clientèles-cibles, de tirer des conclusions quant à l'évolution de l'état de santé des Estriens, de ses déterminants et de ses conséquences, et de se comparer à l'ensemble du Québec. Ces informations seront certainement utiles pour guider les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et pour éveiller la curiosité d'autres utilisateurs potentiels comme ceux du domaine de la recherche sociosanitaire.

Des gains et des pertes depuis 1987

L'Enquête sociale et de santé a permis de relever des gains et des pertes en Estrie depuis l'enquête de 1987, et la plupart de ces tendances se retrouvent également à l'échelle du Québec. Relativement aux déterminants de la santé, on notera surtout la diminution du tabagisme, l'accroissement du recours au dépistage du cancer du col de l'utérus (test de Pap) et une forte augmentation du recours à la mammographie, un recours qui a doublé entre les deux enquêtes. Il faut aussi mentionner la diminution de l'insuffisance de poids surtout chez les femmes. Par contre, au cours de la même période, on note aussi une plus forte prévalence de personnes présentant un excès de poids.

L'état de santé mentale tel que mesuré par l'enquête semble accuser un certain recul par rapport à 1987. On remarque une augmentation du niveau de détresse psychologique dans l'ensemble de la population avec un accroissement plus marqué chez les jeunes. De même, on note une augmentation de la proportion de personnes qui affirment avoir poser au moins un geste suicidaire au cours de leur vie. Par contre, la perception de l'état de santé n'a pas changé dans son ensemble depuis 1987.

La consommation de médicaments, surtout non prescrits, et le recours à des professionnels de la santé se sont accrus. Ces résultats semblent indiquer une modification des habitudes de consommation des Estriens en matière de santé entre les deux enquêtes.

L'Estrie par rapport au Québec

Les Estriens ne semblent pas différer significativement de l'ensemble des Québécois pour la plupart des indicateurs analysés dans le rapport régional. À maints égards, l'Estrie ne se distingue pas du Québec. Pour quelques points précis, cependant, la région semble accuser une différence par rapport à la province. Ainsi, les Estriens affichent des prévalences supérieures en ce qui a trait aux gestes suicidaires posés au cours de la vie et à la consommation de médicaments. Également, la population de l'Estrie aurait tendance à privilégier davantage le recours à la salle d'urgence des hôpitaux comme lieu de consultation comparativement à la population de l'ensemble du Québec, mais ce comportement sera probablement altéré par la transformation de notre système de santé.

Certains aspects sociaux de la santé

Ce second volet du rapport régional a permis de brosser un tableau de trois des cinq aspects sociaux traités par Santé Québec dans la présente enquête.

Ces résultats de l'enquête ont confirmé que les Estriens défavorisés, comme leurs homologues québécois, présentent un niveau plus élevé de détresse psychologique et se perçoivent en moins bonne santé que les personnes mieux nanties.

L'enquête a aussi permis, en région comme au Québec, de mieux cerner la santé des parents en fonction de certains types d'organisation familiale. Ces analyses suggèrent que les mères de familles monoparentales affichent des indicateurs de santé moins favorables que les mères de familles intactes. Par contre, la santé des parents des familles recomposées n'a pu être analysée en région compte tenu des limites méthodologiques de l'enquête, même si ce type d'organisation familiale a beaucoup augmenté depuis quelques années. Mais le lecteur intéressé pourra trouver une description sociosanitaire intéressante des parents de familles recomposées dans le rapport provincial de la présente enquête.

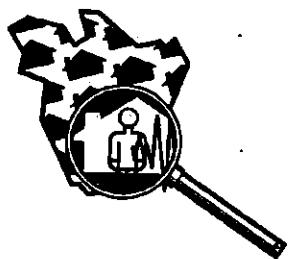
Finalement, l'enquête a permis d'approfondir l'analyse des liens entre la santé des Estriens et leur consommation abusive d'alcool dans le but de cibler les groupes les plus susceptibles de présenter des problèmes associés à une consommation abusive. Quel que soit l'indicateur utilisé, les résultats des analyses faites en région vont tous dans le même sens et démontrent que les personnes à risque sont souvent celles qui présentent aussi un plus haut niveau de détresse psychologique.

Pertinents et utiles, les résultats du rapport régional de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 viennent compléter les autres sources d'information existantes sur l'état de santé et ses composantes. Ils contribuent à mieux cerner les réalités sociosanitaires des Estriens dans une perspective temporelle et souvent en comparaison avec l'ensemble des Québécois. À l'intérieur de ses limites, le rapport établi également le lien avec la Politique de santé et de bien-être du MSSS et participe aux fonctions de monitorage de l'état de santé, de planification et d'évaluation du

réseau de la santé et des services sociaux tout en ouvrant la porte aux chercheurs préoccupés par les problématiques abordées. Le lecteur intéressé à en savoir davantage pourra consulter les publications provinciales de Santé Québec, les rapports des autres régions sociosanitaires ou encore exploiter la banque de données qui est disponible sur demande.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE AUTOADMINISTRÉ



Le présent questionnaire doit être rempli
par : _____

NO DOSSIER	4	1								(1-10)
NO DE L'INTERVIEWEUR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				(11-13)					
SQ	<input type="text"/>				<input checked="" type="text"/> 1 (15)					

DOCUMENT CONFIDENTIEL UNE FOIS REMPLI

VOS HABITUDES DE VIE ET VOTRE SANTÉ

MERCI DE VOTRE COLLABORATION ESSENTIELLE À LA RÉUSSITE DE CETTE ÉTUDE MENÉE PAR SANTÉ QUÉBEC AVEC LA COLLABORATION DE L'INSTITUT DE SONDAGES LÉGER & LÉGER.

RÉPONDEZ À TOUTES LES QUESTIONS QUI VOUS CONCERNENT.

SI VOUS AVEZ DES DIFFICULTÉS À COMPRENDRE LES QUESTIONS OU SI VOUS DÉSIREZ PLUS DE RENSEIGNEMENTS SUR CETTE ÉTUDE, VOUS POUVEZ COMMUNIQUER AVEC LÉGER & LÉGER AU NUMÉRO (514) 882-2464.

SI VOUS AVEZ DES DIFFICULTÉS À REMPLIR SEUL(E) LE QUESTIONNAIRE, APPElez-NOUS AU NUMÉRO (514) 882-2464. QUELQU'UN POURRA ALLER VOUS AIDER À REMPLIR VOTRE QUESTIONNAIRE.

SI VOUS HABITEZ À L'EXTÉRIEUR DE LA RÉGION MONTRÉALAISE, NOUS ACCEPTONS LES FRAIS DE VOTRE APPEL TÉLÉPHONIQUE.

CE QUESTIONNAIRE SERA TRAITÉ DE FAÇON ANONYME ET CONFIDENTIELLE.

RÉPONDRE PENDANT QUE L'INTERVIEWEUR ATTEND OU DANS LES 6 JOURS SERAIT PRÉFÉRABLE.
ASSUREZ-VOUS DE BIEN CACHETER L'ENVELOPPE PRÉ-AFFRANCHIE AVANT DE LA REMETTRE À L'INTERVIEWEUR OU DE LA POSTER.

SANTÉ QUÉBEC
600, boul. René-Lévesque ouest
10^{ème} étage
MONTRÉAL (Québec)
H3B 1N4
(514) 873-4748

Date de réception
par le bureau

jr ms en

GROUPE LÉGER & LÉGER
60, rue St-Jacques
MONTRÉAL (Québec)
H2Y 1L5
(514) 882-2464

INSTRUCTIONS		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION																												
<p>Les questions qui suivent ont plusieurs choix de réponses possibles et vous devez choisir celle qui vous convient le mieux. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Donnez une seule réponse à chaque question, à moins d'indication contraire.</p> <p>Voici quelques exemples sur la façon dont nous apprécierions que vous répondiez :</p> <p>EXEMPLE 1 : Encerclez votre réponse ou écrivez un chiffre</p> <p>Question 1 1. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général...</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE</td> </tr> <tr> <td>Excellent</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Très bonne</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Bonne</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Moyenne</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Mauvaise</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Question 17 17. À quel âge avez-vous commencé à fumer la cigarette tous les jours? Âge <u>18</u></p> <p>EXEMPLE 2 : Encerclez votre ou vos réponses et écrivez un mot.</p> <p>Question 87 87. Qui avez-vous consulté?</p> <table border="1"> <tr> <td>Oui</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Un médecin généraliste</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Un médecin spécialiste</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>- De quelle spécialité? _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Un autre type de professionnel</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>→ - De quel type ? PSYCHOLOGUE</td> <td></td> </tr> </table> <p>EXEMPLE 3 : Encerclez votre réponse et passez au numéro de question indiqué.</p> <p>Question 128 128. J'ai été gravement malade</p> <table border="1"> <tr> <td>Oui</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>2 → passez à Q 130</td> </tr> </table> <p>si vous répondez «Non», vous passez ensuite à la question 130</p> <p>NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE COLLABORATION</p>			ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE		Excellent	1	Très bonne	2	Bonne	3	Moyenne	4	Mauvaise	5	Oui		Un médecin généraliste	1	Un médecin spécialiste	1	- De quelle spécialité? _____		Un autre type de professionnel	1	→ - De quel type ? PSYCHOLOGUE		Oui	1	Non	2 → passez à Q 130
ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE																														
Excellent	1																													
Très bonne	2																													
Bonne	3																													
Moyenne	4																													
Mauvaise	5																													
Oui																														
Un médecin généraliste	1																													
Un médecin spécialiste	1																													
- De quelle spécialité? _____																														
Un autre type de professionnel	1																													
→ - De quel type ? PSYCHOLOGUE																														
Oui	1																													
Non	2 → passez à Q 130																													

I- VOTRE SANTÉ EN GÉNÉRAL		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION												
<p>Commençons par quelques questions générales.</p> <p>1. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général...</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE</td> </tr> <tr> <td>Excellent</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Très bonne</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Bonne</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Moyenne</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Mauvaise</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>□ (16)</p>			ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE		Excellent	1	Très bonne	2	Bonne	3	Moyenne	4	Mauvaise	5
ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE														
Excellent	1													
Très bonne	2													
Bonne	3													
Moyenne	4													
Mauvaise	5													
<p>2. De façon générale, diriez-vous que vous êtes une personne...</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE</td> </tr> <tr> <td>Très heureuse</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Plutôt heureuse</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pas très heureuse</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>□ (17)</p>			ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE		Très heureuse	1	Plutôt heureuse	2	Pas très heureuse	3				
ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE														
Très heureuse	1													
Plutôt heureuse	2													
Pas très heureuse	3													
<p>3. Combien d'heures par jour, en moyenne, dormez-vous ? nombre d'heures _____</p> <p>□□ (18-19)</p>														
<p>4.1. Quel est votre poids? kg <input checked="" type="checkbox"/> 1 OU livres <input type="checkbox"/> 2</p> <p>□ (20)</p>														
<p>4.2. Combien aimeriez-vous peser ? kg <input type="checkbox"/> 1 OU livres <input type="checkbox"/> 2</p> <p>□□□ (21-23)</p>														
<p>4.3. Quelle est votre taille ? m cm <input type="checkbox"/> 1 OU pieds pouces <input type="checkbox"/> 2</p> <p>□ (24)</p>														
<p>4.4. Quelle est votre taille ? m cm <input type="checkbox"/> 1 OU pieds pouces <input type="checkbox"/> 2</p> <p>□□□ (25-27)</p>														
<p>5. Quelle est votre grandeur ? m cm <input type="checkbox"/> 1 OU pieds pouces <input type="checkbox"/> 2</p> <p>□ (28)</p>														
<p>6. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous fait de l'activité physique au moins une fois par semaine durant vos temps libres ? (le terme «activité physique» recouvre tous les genres d'activité soit : les sports, le plein air, le conditionnement physique, la danse et même la marche)</p> <table border="1"> <tr> <td>Oui</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>2</td> </tr> </table> <p>□ (29)</p>			Oui	1	Non	2								
Oui	1													
Non	2													
<p>6. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous fait de l'activité physique au moins une fois par semaine durant vos temps libres ? (le terme «activité physique» recouvre tous les genres d'activité soit : les sports, le plein air, le conditionnement physique, la danse et même la marche)</p> <table border="1"> <tr> <td>Oui</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>2</td> </tr> </table> <p>□ (30)</p>			Oui	1	Non	2								
Oui	1													
Non	2													

I- VOTRE SANTÉ EN GÉNÉRAL (suite)

LES HUIT QUESTIONS QUI SUVENT NE S'ADRESSENT QU'AUX FEMMES.

LES HOMMES DOIVENT PASSER À LA QUESTION 15.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

7. Etes-vous enceinte actuellement?

- Oui 1
- Non 2
- Ne sais pas 8

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

(33)

8. Quand avez-vous eu un prélèvement vaginal ("Pap Test") la dernière fois ?

- Il y a moins de 12 mois 1
- Il y a 1 à 2 ans 2
- Il y a plus de 2 ans 3
- Jamais 4
- Ne sais pas 8

(34)

9. Quand avez-vous eu la dernière fois un examen des seins fait par un médecin ou une infirmière ?

- Il y a moins de 12 mois 1
- Il y a 1 à 2 ans 2
- Il y a plus de 2 ans 3
- Jamais 4
- Ne sais pas 8

(35)

10. Examinez-vous vous-même vos seins pour y découvrir des tumeurs ou des kystes (des bosses)?

- Au moins une fois par mois 1
- Une fois tous les 2 ou 3 mois ... 2
- Moins souvent que cela 3
- Jamais 4

(36)

I- VOTRE SANTÉ EN GÉNÉRAL (suite)

11. Avez-vous déjà eu une mammographie (radiographie des seins) ?

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

- Oui 1
- Non 2 → passez à Q 13

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

(37)

12. SI OUI, quand la dernière fois?

- Il y a moins de 12 mois 1
- Il y a 1 à 2 ans 2
- Il y a plus de 2 ans 3
- Ne sais pas 8

(38)

13. Prenez-vous des pilules contraceptives (pour régulariser le cycle menstruel, pour éviter une grossesse ou pour une autre raison) ?

- Oui 1
- Non 2

(39)

14. Prenez-vous des hormones (pour le traitement de troubles liés à la ménopause (retour d'âge) ou pour une autre raison) ?

- Oui 1
- Non 2

(40)

II- LE TABAC

Passons maintenant aux questions sur la cigarette ou l'usage du tabac.

15. Présentement fumez-vous la cigarette :

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

- Oui régulièrement 1
- Oui à l'occasion 2
- Non 3 → passez à Q 20

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

(41)

16. Fumez-vous la cigarette tous les jours ?

Oui 1

Non 2 → passez à Q 20

(42)

17. À quel âge avez-vous commencé à fumer la cigarette tous les jours ?

Âge _____

(43-44)

18. Actuellement, environ combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

Nombre de cigarettes _____

(45-46)

19. Généralement, fumez-vous des cigarettes à bout filtre ?

Oui 1 → passez à Q 21

Non 2 → passez à Q 21

(47)

SI VOUS NE FUMEZ PAS DE CIGARETTES TOUS LES JOURS

20. Comment décrivez-vous votre expérience de la cigarette:

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

(donnez une seule réponse)

- Je n'ai jamais fumé de cigarettes 1
- J'ai déjà fumé la cigarette à l'occasion 2
- J'ai déjà fumé la cigarette tous les jours 3

(48)

III- L'ALCOOL

Les questions qui suivent portent sur votre consommation d'alcool.

ATTENTION : la bière 0.5 % n'est pas considérée comme de l'alcool.

21. Avez-vous déjà consommé de la bière, du vin, des liqueurs fortes ou d'autres boissons alcoolisées?

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

- Oui 1
- Non 2 → passez à Q 47

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

(49)

22. Ces 12 derniers mois, avez-vous consommé de la bière, du vin, des liqueurs fortes ou d'autres boissons alcoolisées?

- Oui 1 → passez à Q 24
- Non 2

(50)

23. Si vous avez déjà bu mais n'avez pas bu au cours de la dernière année, à quel âge avez-vous cessé de boire?

_____ ans → passez à Q 47

(51-52)

24. Au cours des 12 derniers mois, quelle a été la fréquence de votre consommation de boissons alcoolisées?

En avez-vous bu :

- a) Chaque jour 1
- b) De 4 à 6 fois par semaine 2
- c) De 2 à 3 fois par semaine 3
- d) Une fois par semaine 4
- e) Une ou deux fois par mois ... 5
- f) Moins d'une fois par mois 6

(53)

III- L'ALCOOL (suite)

La table suivante peut vous aider à répondre aux prochaines questions :

1 CONSOMMATION =	2 CONSOMMATIONS =
1 petite bouteille de bière (sauf .5) (12 onces ou 360 ml)	1 grosse bouteille de bière
1 petit verre de vin (4-5 onces ou 120-150 ml)	1 verre double de boisson forte
1 petit verre de liqueur forte ou de spiritueux (1-1½ onces avec ou sans mélange)	1 coup accompagné d'une bière ("beer chaser")

Attention : la bière 0.5 % n'est pas considérée comme de l'alcool

25. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous pris CINQ consommations ou plus dans une même occasion ?

_____ fois

(54-55)

26. Au cours des 12 derniers mois, quel plus grand nombre de consommations vous souvenez-vous avoir prises à une même occasion ?

_____ consommations

(56-57)

27. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous êtes-vous enivré(e) (bu avec excès, «paqueté(e)», souillé(e), pris une «brosse») ?

_____ fois

(58-59)

28. Sans compter les fois où vous avez seulement goûté, à quel âge avez-vous commencé à boire des boissons alcoolisées ?

À l'âge de _____ ans

(60-61)

29. De façon générale, combien de consommations prenez-vous en moyenne par semaine ?

_____ consommations

(62-63)

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

III- L'ALCOOL (suite)

30. Avez-vous consommé de l'alcool au cours des 7 derniers jours ?

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Oui 1

Non 2 → passez à Q 32

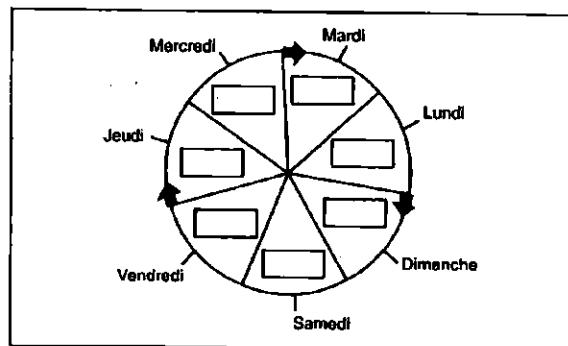
NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

(64)

31. Si vous avez consommé de l'alcool au cours des 7 derniers jours, inscrivez dans les cases le nombre de consommations que vous avez prises pour chacun des 7 derniers jours. Commencez par la journée d'hier.

Exemple :

- si vous remplissez ce questionnaire un samedi, vous commencez par vendredi ;
- vous inscrivez le nombre de consommations dans les cases (si cinq consommations, inscrivez 5, si douze consommations, inscrivez 12);
- vous continuez ainsi en suivant le sens des flèches;
- les jours où vous n'avez pas bu d'alcool, inscrivez 0.



(65-66)

(67-68)

(69-70)

(71-72)

(73-74)

(75-76)

(77-78)

III- L'ALCOOL (suite)		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE		
32. Avez-vous déjà été critiqué(e) par des personnes de votre entourage à cause de votre consommation d'alcool ?		
Oui	1	<input type="checkbox"/> (79)
Non	2	
33. Avez-vous déjà pensé que vous deviez diminuer votre consommation d'alcool ?		
Oui	1	<input type="checkbox"/> (80)
Non	2	
34. Vous êtes-vous déjà senti(e) mal à l'aise ou coupable à cause de votre consommation d'alcool ?		
Oui	1	<input type="checkbox"/> (81)
Non	2	
35. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà pris de l'alcool en vous levant le matin pour calmer vos nerfs ou vous débarrasser d'une gueule de bois (vous remettre d'une « brossé ») ?		
Presque tous les jours	1	
Assez souvent	2	
Rarement	3	
Non jamais	4	<input type="checkbox"/> (82)
SI VOUS AVEZ RÉPONDU « NON » À TOUTES LES QUESTIONS 32 À 35, ALLEZ DIRECTEMENT À LA QUESTION 47.		

III- L'ALCOOL (suite)		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE		
36. Avez-vous déjà constaté que vous deviez boire plus que d'habitude pour obtenir les mêmes effets ?		
Oui	1	<input type="checkbox"/> (83)
Non	2	
37. Avez-vous déjà rompu avec un membre de votre famille ou un ami parce que vous buviez ?		
Oui	1	<input type="checkbox"/> (84)
Non	2	
38. Avez-vous déjà eu des problèmes au travail ou à l'école parce que vous aviez bu ?		
Oui	1	<input type="checkbox"/> (85)
Non	2	
39. Avez-vous déjà eu des bagarres ou des problèmes avec la police lorsque vous aviez bu ?		
Oui	1	<input type="checkbox"/> (86)
Non	2	
40. Avez-vous déjà eu des ennuis au volant parce que vous buviez, par exemple, avez-vous eu un accident ou avez-vous été arrêté(e) pour conduite en état d'ivresse ?		
Oui	1	<input type="checkbox"/> (87)
Non	2	
41. Le fait de diminuer ou d'arrêter la consommation d'alcool vous a-t-il déjà posé des problèmes de santé ?		
Oui	1	<input type="checkbox"/> (88)
Non	2 → passez à Q 43	
42. Si OUI, avez-vous déjà eu un delirium tremens (D.T.) ou des tremblements très importants après avoir bu ?		
Oui	1	<input type="checkbox"/> (89)
Non	2	

III- L'ALCOOL (suite)

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

43. Le fait de boire vous a-t-il créé des problèmes de santé comme la jaunisse, vomir du sang ?

- Oui 1
Non 2

(80)

44. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ou avez-vous dû suivre une cure de désintoxication à cause de ces problèmes d'alcool ?

- Oui 1
Non 2

(81)

SI VOUS AVEZ RÉPONDU « NON » À TOUTES LES QUESTIONS 36 À 44, ALLEZ DIRECTEMENT À LA QUESTION 47

45. Quand avez-vous eu un de ces problèmes pour la première fois ?

Actuellement ou il y a moins d'un mois 1

Il y a 1 mois à moins de 6 mois 2

Il y a plus de 6 mois 3

► S'il y a plus de 6 mois, quel âge aviez-vous approximativement?

_____ ans

(82)

(83-84)

46. Quand avez-vous eu un de ces problèmes pour la dernière fois ?

Actuellement ou il y a moins d'un mois 1

Il y a 1 mois à moins de 6 mois 2

Il y a plus de 6 mois 3

► S'il y a plus de 6 mois, quel âge aviez-vous approximativement ?

_____ ans

(85)

(86-87)

IV- LES DROGUES

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

Les questions suivantes portent sur la consommation de drogues

47. Nous aimerais savoir s'il vous est arrivé de prendre de la drogue sans prescription ou sans ordonnance, AU COURS DE VOTRE VIE ?

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

- Oui 1 → passez à Q 48
Non 2 → passez à Q 60

(88)

48. Voici la liste de quelques drogues parmi les plus connues. Nous aimerais savoir s'il vous est arrivé de prendre l'une d'elles, sans prescription ou sans ordonnance, AU COURS DE VOTRE VIE ?

Marijuana, haschisch, pot, grass

- Oui 1
Non 2 → passez à Q 50

(89)

49. Si oui, quand avez-vous pris l'une de ces drogues la dernière fois ?

- Durant la dernière semaine 1
Durant le dernier mois 2
Durant les six derniers mois 3
Il y a de 6 mois à 1 an 4
Il y a plus d'un an 5

(100)

50. Amphétamines, stimulants, « speed »

- Oui 1
Non 2 → passez à Q 52

(101)

51. Si oui, quand avez-vous pris l'une de ces drogues la dernière fois ?

- Durant la dernière semaine 1
Durant le dernier mois 2
Durant les six derniers mois 3
Il y a de 6 mois à 1 an 4
Il y a plus d'un an 5

(102)

IV- LES DROGUES (suite)

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

52. Cocaïne, Crack, Free Base

Oui 1
Non 2 → passez à Q 54

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

(103)

53. Si oui, quand avez-vous pris l'une de ces drogues la dernière fois ?

Durant la dernière semaine 1
Durant le dernier mois 2
Durant les six derniers mois 3
Il y a de 6 mois à 1 an 4
Il y a plus d'un an 5

(104)

54. Héroïne

Oui 1
Non 2 → passez à Q 56

(105)

55. Si oui, quand avez-vous pris cette drogue la dernière fois ?

Durant la dernière semaine 1
Durant le dernier mois 2
Durant les six derniers mois 3
Il y a de 6 mois à 1 an 4
Il y a plus d'un an 5

(106)

56. Drogues à base d'opium autres que l'héroïne : Codéine, « Demerol », Morphine, Méthadone, « Darvon », Opium (sans prescription ou ordonnance)

Oui 1
Non 2 → passez à Q 58

(107)

57. Si oui, quand avez-vous pris l'une de ces drogues la dernière fois ?

Durant la dernière semaine 1
Durant le dernier mois 2
Durant les six derniers mois 3
Il y a de 6 mois à 1 an 4
Il y a plus d'un an 5

(108)

IV- LES DROGUES (suite)

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

58. Psychédéliques (LSD, Mescaline, Peyotl, Psilocybin, DMT, PCP)

Oui 1
Non 2 → passez à Q 60

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

(109)

59. Si oui, quand avez-vous pris l'une de ces drogues la dernière fois ?

Durant la dernière semaine 1
Durant le dernier mois 2
Durant les six derniers mois 3
Il y a de 6 mois à 1 an 4
Il y a plus d'un an 5

(110)

60. Voici une liste de médicaments. Nous aimerions savoir s'il vous est arrivé de prendre l'un d'eux, sans prescription ou sans ordonnance, AU COURS DE VOTRE VIE ?

Barbituriques, sédatifs, « downers », pilules pour dormir ou somnifères, par exemple « Seconal », « Quaaludes » (sans prescription ou ordonnance)

Oui 1
Non 2 → passez à Q 62

(111)

61. Si oui, quand avez-vous pris l'un de ces médicaments la dernière fois ?

Durant la dernière semaine 1
Durant le dernier mois 2
Durant les six derniers mois 3
Il y a de 6 mois à 1 an 4
Il y a plus d'un an 5

(112)

62. Tranquillisants, pilules pour les nerfs, par exemple Valium, Librium (sans prescription ou ordonnance).

Oui 1
Non 2 → passez à Q 64

(113)

63. Si oui, quand avez-vous pris l'un de ces médicaments la dernière fois ?

Durant la dernière semaine 1
Durant le dernier mois 2
Durant les six derniers mois 3
Il y a de 6 mois à 1 an 4
Il y a plus d'un an 5

(114)

IV- LES DROGUES (suite)

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

64. Autre(s) drogue(s) ou autre(s) médicament(s) sans prescription ou sans ordonnance, au cours de votre vie

Oui 1

(Précisez)

Non 2 → passez à Q 66

(115)

(116-117)

65. Si oui, quand avez-vous pris l'une de ces drogues ou l'un de ces médicaments la dernière fois ?

- Durant la dernière semaine 1
- Durant le dernier mois 2
- Durant les six derniers mois 3
- Il y a de 6 mois à 1 an 4
- Il y a plus d'un an 5

(118)

66. AU COURS DE L'ANNÉE PASSÉE, avez-vous eu des problèmes de santé suite à l'utilisation d'une drogue ou de l'un de ces médicaments ?

Oui 1

Non 2 → passez à Q 68

(119)

67. Quel(s) problème(s) de santé avez-vous eu(s) ?

(Précisez)

(120-123)

V- DIVERS PROBLÈMES PERSONNELS

Les questions qui suivent portent sur divers aspects de votre santé.

La façon dont vous vous êtes senti(e) durant la dernière semaine a pu être différente de celle dont vous vous êtes senti(e) l'année passée.
Pouvez-vous nous dire avec quelle fréquence

AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE :

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

	jamais	de temps en temps	assez souvent	très souvent
--	--------	-------------------	---------------	--------------

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--------------------------------|
| 68. Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir ? | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="checkbox"/> (124) |
| 69. Vous êtes-vous senti(e) seul(e) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="checkbox"/> (125) |
| 70. Avez-vous eu des blancs de mémoire ? | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="checkbox"/> (126) |
| 71. Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les « bleus » ? | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="checkbox"/> (127) |
| 72. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression ? | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="checkbox"/> (128) |
| 73. Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose ? | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="checkbox"/> (129) |
| 74. Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses ? .. | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="checkbox"/> (130) |
| 75. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes ? | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="checkbox"/> (131) |
| 76. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses ? | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="checkbox"/> (132) |
| 77. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer ? | 1 | 2 | 3 | 4 | <input type="checkbox"/> (133) |

V- DIVERS PROBLÈMES PERSONNELS (suite)

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

	jamais	de temps en temps	assez souvent	très souvent
--	--------	-------------------	---------------	--------------

78. Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement ? 1 2 3 4 (134)
79. Vous êtes-vous senti(e) négatif(ve) envers les autres ? 1 2 3 4 (135)
80. Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e) ? 1 2 3 4 (136)
81. Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance ? 1 2 3 4 (137)

Si vous avez répondu par « de temps en temps (2) », « assez souvent (3) » ou « très souvent (4) » à l'une des questions précédentes (68 à 81 inclusivement), répondez aux questions suivantes.

Sinon, passez à la question 88.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

82. Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations ont nui à votre vie familiale ou sentimentale ?

Oui 1
Non 2 (138)

83. Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations ont nui à votre capacité de travailler ou de poursuivre vos études ?

Oui 1
Non 2 (139)

84. Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations vous ont restreint(e) dans vos activités sociales (loisirs, rencontres avec votre parenté, des amis, autres) ?

Oui 1
Non 2 (140)

V- DIVERS PROBLÈMES PERSONNELS (suite)

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

85. Avez-vous consulté quelqu'un au sujet de ces manifestations ?

Oui 1
Non 2 → passez à Q 88 (141)

86. Quand l'avez-vous consulté ?

Au cours des 4 derniers mois ... 1
Il y a entre 5 et 12 mois 2
Il y a plus de 12 mois 3 (142)

87. Qui avez-vous consulté ?

Oui

Un médecin généraliste 1 (143)

Un médecin spécialiste 1 (144)

→ - De quelle spécialité ? _____ (145-146)

Un autre type de professionnel 1 (147)

→ - De quel type ? _____ (148-149)

VI- LE SUICIDE

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

Les questions qui suivent abordent un sujet délicat : le suicide

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

88. Vous est-il déjà arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie) ?

Oui 1

Non 2 → passez à Q 97

(150)

89. Cela s'est-il passé au cours des 12 derniers mois ?

Oui 1

Non 2 → passez à Q 92

(151)

90. Si vous avez pensé à vous suicider au cours des 12 derniers mois, avez-vous prévu un moyen pour le faire ?

Oui 1

Non 2 → passez à Q 92

(152)

91. Pouvez-vous identifier ce ou ces moyens ?

Oui:

Médicaments ou autres produits chimiques 1

(153)

Se couper les veines 1

(154)

Pendaison 1

(155)

Gaz d'échappement d'un véhicule moteur (monoxyde de carbone) 1

(156)

Saut 1

(157)

Arme à feu 1

(158)

Véhicule moteur 1

(159)

Autre moyen 1

(160)

→ — Spécifiez _____

(161-162)

VI- LE SUICIDE (suite)

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

92. Avez-vous déjà fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie) ?

Oui 1

Non 2 → passez à Q 97

(163)

93. Cela s'est-il passé au cours des 12 derniers mois ?

Oui 1

Non 2 → passez à Q 97

(164)

94. Pouvez-vous identifier le ou les moyens que vous avez utilisé(s) ?

Oui
Médicaments ou autres produits chimiques 1

(165)

Se couper les veines 1

(166)

Pendaison 1

(167)

Gaz d'échappement d'un véhicule moteur (monoxyde de carbone) 1

(168)

Saut 1

(169)

Arme à feu 1

(170)

Véhicule moteur 1

(171)

Autre moyen 1

(172)

→ — Spécifiez _____

(173-174)

VI- LE SUICIDE (suite)		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE			
95. Avez-vous consulté un professionnel de la santé ou toute autre personne qui donne des conseils après avoir fait cette tentative de suicide ?			
Oui 1 Non 2 → passez à Q 97		<input type="checkbox"/> (175)	
96. Qui avez-vous consulté ?			
Oui			
Un médecin généraliste 1		<input type="checkbox"/> (176)	
Un médecin spécialiste 1		<input type="checkbox"/> (177)	
► - De quelle spécialité ? _____		<input type="checkbox"/> (178-179)	
► - Un autre type de professionnel 1		<input type="checkbox"/> (180)	
► - De quel type ? _____		<input type="checkbox"/> (181-182)	
Toute autre personne qui donne des conseils 1		<input type="checkbox"/> (183)	
↓ (spécifiez) _____		<input type="checkbox"/> (184-185)	
97. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous participé à des rencontres avec votre parenté, vos amis ou des connaissances ?		ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE	
Plus d'une fois par semaine 1 Une fois par semaine 2 Au moins une fois par mois 3 Environ 1 fois par année 4 Jamais 5		<input type="checkbox"/> (186)	
98. Diriez-vous que vous avez passé votre temps libre au cours des 2 derniers mois :			
Presqu'entièrement seul(e) 1 Plus de la moitié du temps seul(e) 2 À peu près la moitié seul(e) et la moitié avec d'autres 3 Plus de la moitié du temps avec d'autres 4 Presqu'entièrement avec d'autres 5		<input type="checkbox"/> (187)	
99. Comment trouvez-vous votre vie sociale ?			
Très satisfaisante 1 Plutôt satisfaisante 2 Plutôt insatisfaisante 3 Très insatisfaisante 4		<input type="checkbox"/> (188)	

VII- VOTRE VIE EN GÉNÉRAL (suite)

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

100. Avez-vous des amis ?

- Oui 1
Non 2 → passez à Q 102

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

(189)

101. Si OUI, en général êtes-vous satisfait(e) de vos rapports avec vos amis?

- Très satisfait(e) 1
Plutôt satisfait(e) 2
Plutôt insatisfait(e) 3
Très insatisfait(e) 4

(190)

102. Avez-vous des enfants à vous?

- Oui 1 → combien ?
Non 2 → passez à Q 104

(191)

(192-193)

103. SI OUI, comment trouvez-vous les relations que vous avez avec eux ?

- Très satisfaisantes 1
Plutôt satisfaisantes 2
Plutôt insatisfaisantes 3
Très insatisfaisantes 4

(194)

104. Vivez-vous seul(e) ?

- Oui 1
Non 2 → passez à Q 106

(195)

105. Diriez-vous que vous êtes, dans l'ensemble, heureux(se) de vivre seul(e) ?

- Très heureux (se) 1
Heureux(se) 2
Ni heureux(se) ni malheureux(se) 3
Malheureux(se) 4
Très malheureux(se) 5

(196)

VII- VOTRE VIE EN GÉNÉRAL (suite)

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

106. Vivez-vous avec un(e) conjoint(e) ?

- Oui 1
Non 2 → passez à Q 108

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

(197)

107. Diriez-vous que vous êtes, dans l'ensemble, heureux(se) avec votre conjoint(e) actuel(le) ?

- Très heureux(se) 1
Heureux(se) 2
Ni heureux(se), ni malheureux(se) 3
Malheureux(se) 4
Très malheureux 5

(198)

108. Êtes-vous chef d'une famille monoparentale ?

- Oui 1
Non 2 → passez à Q 110

(199)

109.1 Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait(e) de l'implication financière de l'autre parent de votre ou de vos enfant(s) ?

- Très satisfait(e) 1
Plutôt satisfait(e) 2
Plutôt insatisfait(e) 3
Très insatisfait(e) 4

(200)

109.2 Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait(e) de l'implication de l'autre parent auprès de votre ou vos enfant(s) ?

- Très satisfait(e) 1
Plutôt satisfait(e) 2
Plutôt insatisfait(e) 3
Très insatisfait(e) 4

(201)

VII- VOTRE VIE EN GÉNÉRAL (suite)

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

110. Y a-t-il dans votre entourage (vos amis ou votre famille) quelqu'un à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes?

- Oui 1
Non 2 → passez à Q 112

(202)

111. S'il en est ainsi, combien de personnes ?

- Une 1
Deux 2
Trois 3
Quatre 4
Cinq et plus 5

(203)

112. Y a-t-il dans votre entourage (vos amis ou votre famille) quelqu'un qui peut vous aider si vous êtes mal pris(e) ?

- Oui 1
Non 2 → passez à Q 114

(204)

113. S'il en est ainsi, combien de personnes ?

- Une 01
Deux 02
Trois 03
Quatre 04
Cinq 05
Six 06
Sept 07
Huit 08
Neuf 09
Dix et plus 10

(205-208)

VII- VOTRE VIE EN GÉNÉRAL (suite)

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

114. Y a-t-il dans votre entourage (vos amis ou votre famille) quelqu'un de qui vous vous sentez proche et qui vous démontre de l'affection ?

- Oui 1
Non 2 → passez à Q 116

(207)

115. S'il en est ainsi, combien de personnes ?

- Une 1
Deux 2
Trois 3
Quatre 4
Cinq et plus 5

(208)

VIII- LES CHANGEMENTS IMPORTANTS DANS LA VIE

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Quand j'étais enfant, avant l'âge de douze (12) ans,

	oui	non	
116. Ma mère est décédée	1	2	<input type="checkbox"/> (209)
117. Mon père est décédé	1	2	<input type="checkbox"/> (210)
118. Mes parents se sont séparés ou ont divorcé	1	2	<input type="checkbox"/> (211)
119. J'ai été placé(e) en foyer nourricier ou en famille d'accueil	1	2	<input type="checkbox"/> (212)

Au cours des douze (12) derniers mois

120. J'ai déménagé en dehors de ma ville ou de mon village

Oui	1	
Non	2	→ passez à Q 122

121. Si OUI, cela a été pour moi :

extrêmement stressant	1	
plutôt stressant	2	
assez stressant	3	
pas stressant	4	<input type="checkbox"/> (214)

122. J'ai pris ma retraite

Oui	1	
Non	2	→ passez à Q 124

123. Si OUI, cela a été pour moi :

extrêmement stressant	1	
plutôt stressant	2	
assez stressant	3	
pas stressant	4	<input type="checkbox"/> (216)

124. J'ai perdu mon emploi

Oui	1	
Non	2	→ passez à Q 126

125. Si OUI, cela a été pour moi :

extrêmement stressant	1	
plutôt stressant	2	
assez stressant	3	
pas stressant	4	<input type="checkbox"/> (218)

VIII- LES CHANGEMENTS IMPORTANTS DANS LA VIE (suite)

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

Au cours des douze (12) derniers mois

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

126. J'ai divorcé ou je me suis séparé(e) de mon conjoint (ma conjointe)

Oui	1	
Non	2	→ passez à Q 128

(219)

127. Si OUI, cela a été pour moi :

extrêmement stressant	1	
plutôt stressant	2	
assez stressant	3	
pas stressant	4	<input type="checkbox"/> (220)

(220)

128. J'ai été gravement malade

Oui	1	
Non	2	→ passez à Q 130

(221)

129. Si OUI, cela a été pour moi :

extrêmement stressant	1	
plutôt stressant	2	
assez stressant	3	
pas stressant	4	<input type="checkbox"/> (222)

(222)

130. Quelqu'un dans mon foyer a été gravement malade

Oui	1	
Non	2	→ passez à Q 132

(223)

131. Si OUI, cela a été pour moi :

extrêmement stressant	1	
plutôt stressant	2	
assez stressant	3	
pas stressant	4	<input type="checkbox"/> (224)

(224)

VIII- LES CHANGEMENTS IMPORTANTS DANS LA VIE (suite)	
SI VOUS N'AVEZ JAMAIS ÉTÉ MARIÉ(E) OU N'AVEZ JAMAIS VÉCU EN UNION LIBRE, PASSEZ À LA QUESTION 134	
Au cours des douze (12) derniers mois :	
<u>ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE</u>	
132. Mon conjoint ou ma conjointe est décédé(e)	
Oui 1	<input type="checkbox"/>
Non 2 → passez à Q 134	<input type="checkbox"/> (225)
133. SI OUI, cela a été pour moi :	
extrêmement stressant 1	<input type="checkbox"/>
plutôt stressant 2	<input type="checkbox"/>
assez stressant 3	<input type="checkbox"/>
pas stressant 4	<input type="checkbox"/> (226)
134. Quelqu'un qui m'est très cher (autre que mon(me) conjoint(e)) est décédé	
Oui 1	<input type="checkbox"/>
Non 2 → passez à Q 136	<input type="checkbox"/> (227)
135. SI OUI, cela a été pour moi:	
extrêmement stressant 1	<input type="checkbox"/>
plutôt stressant 2	<input type="checkbox"/>
assez stressant 3	<input type="checkbox"/>
pas stressant 4	<input type="checkbox"/> (228)
NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION	

IX- L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	
NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION	
Les questions qui suivent visent à mieux connaître le profil de l'activité physique de loisir de la population, ainsi que certaines opinions vis-à-vis la pratique de ce genre d'activités.	
<u>ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE</u>	
136. Combien de fois avez-vous pratiqué des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours des trois derniers mois ?	
Aucune fois	<input type="checkbox"/> 1
Environ 1 fois par mois	<input type="checkbox"/> 2
Environ 2 à 3 fois par mois	<input type="checkbox"/> 3
Environ 1 fois par semaine	<input type="checkbox"/> 4
Environ 2 fois par semaine	<input type="checkbox"/> 5
Environ 3 fois par semaine	<input type="checkbox"/> 6
4 fois ou plus par semaine	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> (229)	
137. Avez-vous l'intention de pratiquer régulièrement des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours de la prochaine année ?	
Définitivement oui	<input type="checkbox"/> 1
Probablement oui	<input type="checkbox"/> 2
Ni oui, ni non	<input type="checkbox"/> 3
Probablement non	<input type="checkbox"/> 4
Définitivement non	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> (230)	
138. Face à la pratique régulière d'activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours de la prochaine année, votre attitude est...	
Très favorable	<input type="checkbox"/> 1
Assez favorable	<input type="checkbox"/> 2
Ni l'un, ni l'autre	<input type="checkbox"/> 3
Assez défavorable	<input type="checkbox"/> 4
Très défavorable	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> (231)	

IX- L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (suite)

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

139. Selon vous, les personnes de votre entourage sont-elles pour ou contre votre pratique régulière de l'activité physique de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours de la prochaine année ?

Très pour 1
 Assez pour 2
 Ni pour, ni contre 3
 Assez contre 4
 Très contre 5

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

(232)

140. Pour vous, pratiquer régulièrement des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours de la prochaine année serait...

Très facile 1
 Assez facile 2
 Ni facile, ni difficile 3
 Assez difficile 4
 Très difficile 5

(233)

IX- L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (suite)

141. À l'intérieur des activités énumérées ci-dessous, identifiez celles que vous avez pratiquées au moins une fois au cours des douze (12) derniers mois :

ENCERCLEZ VOTRE OU VOS RÉPONSES

oui

Marche pour fins d'exercice 1

(234)

Jardinage 1

(235)

Danse (disco, sociale ou autre) 1

(236)

Cours de conditionnement physique 1

(237)

Jogging ou course 1

(238)

Golf 1

(239)

Quilles 1

(240)

Natation (cours ou entraînement) 1

(241)

Baignade 1

(242)

Curling 1

(243)

Ski de randonnée (ski de fond) 1

(244)

Ski alpin 1

(245)

Planche à neige 1

(246)

Raquette sur neige 1

(247)

Randonnée à vélo 1

(248)

Vélo de montagne 1

(249)

Ski nautique 1

(250)

Canot ou chaloupe à rames 1

(251)

Voile 1

(252)

IX- L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (suite)		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION	X- LES AIDANTS NATURELS	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
142. À l'intérieur des activités énumérées ci-dessous, identifiez celles que vous avez pratiquées au moins une fois au cours des douze (12) derniers mois:				
ENCERCLEZ VOTRE OU VOS RÉPONSES				
ouï				
Planche à voile	1	<input type="checkbox"/> (253)		
Hockey	1	<input type="checkbox"/> (254)		
Patinage libre sur glace	1	<input type="checkbox"/> (255)		
Motoneige	1	<input type="checkbox"/> (256)		
Baseball	1	<input type="checkbox"/> (257)		
Soccer	1	<input type="checkbox"/> (258)		
Softball	1	<input type="checkbox"/> (259)		
Tennis	1	<input type="checkbox"/> (260)		
Volley-ball	1	<input type="checkbox"/> (261)		
Basket-ball (ballon panier)	1	<input type="checkbox"/> (262)		
Badminton	1	<input type="checkbox"/> (263)		
Racquet-ball	1	<input type="checkbox"/> (264)		
Squash	1	<input type="checkbox"/> (265)		
Karaté	1	<input type="checkbox"/> (266)		
Judo	1	<input type="checkbox"/> (267)		
Patinage à roulettes	1	<input type="checkbox"/> (268)		
Tennis de table (ping-pong)	1	<input type="checkbox"/> (269)		
Bicyclette stationnaire	1	<input type="checkbox"/> (270)		
NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION				
Certaines personnes, à cause de problèmes de santé physique ou mentale chroniques, d'un handicap, de troubles de mémoire ou de perte d'autonomie, ne sont pas capables de faire certaines activités de la vie quotidienne. Elles ont alors besoin d'aide pour leurs soins personnels, pour certaines tâches ménagères, pour gérer leurs affaires ou autres...				
143. Apportez-vous ainsi de l'aide à une personne d'une façon régulière ?				
ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE				
Oui	1	<input type="checkbox"/>	(271)	
Non	2 → passez à Q 173	<input type="checkbox"/>		
144. Aidez-vous ainsi plus d'une personne ?				
Oui	1	<input type="checkbox"/>		
Non	2 → passez à Q 146	<input type="checkbox"/>	(272)	
145. Combien de personnes aidez-vous ?				
_____ personnes				
SI VOUS AIDEZ PLUS D'UNE PERSONNE, RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES EN PENSANT À LA PERSONNE QUE VOUS AIDEZ LE PLUS.				
146. Quel âge a la personne que vous aidez ?				
_____ ans				
<input type="checkbox"/> (275-276)				
147. Quel est le sexe de la personne que vous aidez ?				
Homme	1	<input type="checkbox"/>		
Femme	2	<input type="checkbox"/>	(277)	

X- LES AIDANTS NATURELS (suite)

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

148. Quel est le lien qui vous unit à cette personne ?

Cette personne est :

- mon conjoint, ma conjointe 01
- mon père, ma mère 02
- mon beau-père, ma belle-mère 03
- mon fils, ma fille 04
- mon frère, ma soeur 05
- mon ami(e) 06
- mon oncle, ma tante 07
- mon cousin, ma cousine 08
- autre 96

(spécifiez)

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

(278-279)
 (280-281)

149. Cette personne habite :

- avec moi 1
- avec quelqu'un d'autre dans un logement ou une maison 2
- seule 3
- dans une famille d'accueil ou dans un foyer de groupe 4
- dans un centre d'accueil ou un centre d'hébergement 5
- (pavillon, hôpital ou autres...)

(282)

POUR CHACUNE DES ACTIVITÉS SUIVANTES, INDIQUEZ À QUELLE FRÉQUENCE VOUS LUI FOURNISSEZ DE L'AIDE OU DE LA SURVEILLANCE.

150. Accompagnement, transport ou faire les courses

- La personne n'a pas besoin de cette aide .. 1
- Chaque jour ou presque 2
- Au moins 1 fois par semaine 3
- Au moins 1 fois par mois 4
- Moins d'une fois par mois ou jamais..... 5

(283)

X- LES AIDANTS NATURELS (suite)

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

151. Faire le budget, gérer les biens

- La personne n'a pas besoin de cette aide .. 1
- Chaque jour ou presque 2
- Au moins 1 fois par semaine 3
- Au moins 1 fois par mois 4
- Moins d'une fois par mois ou jamais..... 5

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

(284)

152. Travaux ménagers légers

- La personne n'a pas besoin de cette aide .. 1
- Chaque jour ou presque 2
- Au moins 1 fois par semaine 3
- Au moins 1 fois par mois 4
- Moins d'une fois par mois ou jamais..... 5

(285)

153. Préparer les repas

- La personne n'a pas besoin de cette aide .. 1
- Chaque jour ou presque 2
- Au moins 1 fois par semaine 3
- Au moins 1 fois par mois 4
- Moins d'une fois par mois ou jamais..... 5

(286)

154. Vous avez commencé à offrir un de ces types d'aide depuis ...

- Moins de 6 mois 1
- 6 mois à 11 mois 2
- 1 an à 4 ans 3
- 5 ans et plus 4

(287)

155. Se déplacer dans la maison

- La personne n'a pas besoin de cette aide .. 1
- Chaque jour ou presque 2
- Au moins 1 fois par semaine 3
- Au moins 1 fois par mois 4
- Moins d'une fois par mois ou jamais..... 5

(288)

X- LES AIDANTS NATURELS (suite)

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

156. Faire manger

- La personne n'a pas besoin de cette aide .. 1
- Chaque jour ou presque 2
- Au moins 1 fois par semaine 3
- Au moins 1 fois par mois 4
- Moins d'une fois par mois ou jamais..... 5

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

(289)

157. S'habiller, se déshabiller, faire sa toilette au lavabo

- La personne n'a pas besoin de cette aide .. 1
- Chaque jour ou presque 2
- Au moins 1 fois par semaine 3
- Au moins 1 fois par mois 4
- Moins d'une fois par mois ou jamais..... 5

(290)

158. Prendre son bain ou sa douche ou l'aider au moment d'utiliser la toilette

- La personne n'a pas besoin de cette aide .. 1
- Chaque jour ou presque 2
- Au moins 1 fois par semaine 3
- Au moins 1 fois par mois 4
- Moins d'une fois par mois ou jamais..... 5

(291)

159. Vous avez commencé à offrir un des 4 derniers types d'aide depuis...

- Moins de 6 mois 1
- 6 mois à 11 mois 2
- 1 an à 4 ans 3
- 5 ans et plus 4

(292)

160. Êtes-vous la principale personne à l'aider ?

- Oui 1
- Non 2
- Ne sais pas 8

(293)

X- LES AIDANTS NATURELS (suite)

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

161. Est-ce que la personne que vous aidez ou vous-même, parce que vous apportez cette aide, recevez les soutiens suivants, soit d'organismes (CLSC, groupes bénévoles, agences privées, etc.), soit de votre entourage (famille, amis, voisins, etc.) ?

a. soutien financier (dont achats de services à domicile)

- d'organismes oui 1
- non 2
- ↓ de votre entourage oui 1
- non 2

(294)

(295)

b. soutien psychologique (dont groupe d'entraide, etc.)

- d'organismes oui 1
- non 2
- ↓ de votre entourage oui 1
- non 2

(296)

(297)

c. aide pour l'aménagement du logement (prêt d'équipement, etc.)

- d'organismes oui 1
- non 2
- ↓ de votre entourage oui 1
- non 2

(298)

(299)

d. aide pour tâches ménagères

- d'organismes oui 1
- non 2
- ↓ de votre entourage oui 1
- non 2

(300)

(301)

e. aide pour les soins personnels

- d'organismes oui 1
- non 2
- ↓ de votre entourage oui 1
- non 2

(302)

(303)

X- LES AIDANTS NATURELS (suite)

1. aide pour les soins infirmiers	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
• d'organismes	<input type="checkbox"/> (304)
oui 1	
non 2	
• de votre entourage	<input type="checkbox"/> (305)
oui 1	
non 2	
g. jardinage ou hébergement temporaire	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
• d'organismes	<input type="checkbox"/> (306)
oui 1	
non 2	
• de votre entourage	<input type="checkbox"/> (307)
oui 1	
non 2	
161.1 Est-ce que la personne que vous aidez fréquente actuellement un centre de jour ?	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
Oui	<input type="checkbox"/> (308)
Non	
162. La personne que vous aidez souffre-t-elle :	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
oui	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
- de confusion ou de pertes de mémoire importantes 1	<input type="checkbox"/> (309)
- d'une maladie ou d'un handicap physique 1	<input type="checkbox"/> (310)
- de troubles psychiatriques (dépression sévère, schizophrénie, autre) 1	<input type="checkbox"/> (311)
- déficience intellectuelle 1	<input type="checkbox"/> (312)
- aucun de ces problèmes 1	<input type="checkbox"/> (313)
163. Est-ce qu'il arrive que la personne que vous aidez ait des comportements agressifs envers vous tels critique continuelle, blâme, insultes, coups, etc. ?	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
Jamais	<input type="checkbox"/> (314)
C'est déjà arrivé	
Cela se produit à l'occasion	
Cela se produit régulièrement	

X- LES AIDANTS NATURELS (suite)

164. Est-ce que la personne que vous aidez souffre d'incontinence ?

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Jamais 1

Occasionnellement 2

Souvent 3

La personne a une sonde ou une colostomie 4

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

(315)

Les personnes qui s'occupent d'un(e) proche, parent(e) ou ami(e), à la maison peuvent y voir des côtés positifs et des côtés plus difficiles.

Les phrases suivantes expriment des sentiments ou des pensées que l'on peut avoir dans cette situation. En songeant à votre situation, indiquez dans quelle mesure les pensées suivantes vous ont traversé l'esprit AU COURS DU DERNIER MOIS

165. Il m'arrive de penser que cette personne demande des soins que je ne peux lui donner

Jamais 1

Rarement 2

Occasionnellement 3

Souvent 4

(316)

166. Je trouve que prendre soin de cette personne donne un sens à ma vie

Jamais 1

Rarement 2

Occasionnellement 3

Souvent 4

(317)

167. Je me sens débordé(e) par la responsabilité de prendre soin de cette personne

Jamais 1

Rarement 2

Occasionnellement 3

Souvent 4

(318)

X- LES AIDANTS NATURELS (suite)		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
168. Je me sens heureux(se) de contribuer au bien-être de cette personne	<u>ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE</u>	
Jamais 1 Rarement 2 Occasionnellement 3 Souvent 4	<input type="checkbox"/>	(319)
169. Je me sens rassuré(e) de savoir que tant que je l'aide, cette personne reçoit les soins dont elle a besoin		
Jamais 1 Rarement 2 Occasionnellement 3 Souvent 4	<input type="checkbox"/>	(320)
170. Je me sens utile en prenant soin de cette personne		
Jamais 1 Rarement 2 Occasionnellement 3 Souvent 4	<input type="checkbox"/>	(321)
171. Il m'est difficile de trouver un équilibre entre prendre soin de cette personne et rencontrer mes autres responsabilités (famille, travail)		
Jamais 1 Rarement 2 Occasionnellement 3 Souvent 4	<input type="checkbox"/>	(322)
172. Je sens que je n'ai plus le contrôle de ma vie depuis que je prends soin de cette personne		
Jamais 1 Rarement 2 Occasionnellement 3 Souvent 4	<input type="checkbox"/>	(323)

XI- RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION		
Les quelques questions qui suivent permettront de comparer votre état de santé à celui d'autres personnes au Québec ayant des caractéristiques semblables aux vôtres.			
173. Êtes-vous ...?			
Homme 1 Femme 2	<input type="checkbox"/>	(324)	
174. Quelle est votre date de naissance ? <u>Inscrivez le jour, le mois et l'année</u>			
Exemple : si vous êtes né(e) le 25 août 1950, Inscrivez : 25 08 1950			
Jour Mois Année (si vous ne connaissez pas la date exacte, donnez une date approximative)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
175. Quelle est la première langue que vous avez apprise et que vous parlez encore ? <u>(N'ENCERCLEZ QU'UNE RÉPONSE)</u>			
Français 01 Anglais 02 Italien 03 Grec 04 Espagnol 05 Portugais 06 Chinois 07 Vietnamien 08 Arabe 09 Autre (précisez) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		(325-330)	
		<input type="checkbox"/>	
		(331-332)	

**XI- RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES
(suite)**

176. Quelle langue parlez-vous vous-même le plus souvent à la maison (si vous en parlez plus d'une, laquelle parlez-vous le plus souvent) ?

(N'ENCERCLEZ QU'UNE RÉPONSE)

- Français 01
- Anglais 02
- Italien 03
- Grec 04
- Espagnol 05
- Portugais 06
- Chinois 07
- Vietnamien 08
- Arabe 09
- Autre (précisez) _____

**NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION**

(333-334)

177. Où votre mère est-elle née ?

- Québec 1
- Autre province 2
- Précisez _____
- À l'extérieur du Canada 3
- Précisez _____

(335)

(336-337)

178. Où votre père est-il né ?

- Québec 1
- Autre province 2
- Précisez _____
- À l'extérieur du Canada 3
- Précisez _____

(338)

(339-340)

179. À quel groupe ethnique ou culturel vous identifiez-vous (par exemple: autochtone, québécois, canadien, arabe, grec...) ?

(341-342)

**XI- RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES
(suite)**

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

180. Quel est votre état matrimonial légal, actuellement ?

- Légalement marié(e) et non séparé(e) 1
- Légalement marié(e) et séparé(e) 2
- Divorcé(e) 3
- Veuf ou veuve 4
- Célibataire, jamais marié(e) 5

(343)

181. Avez-vous eu un ou des enfant(s) avec une personne avec laquelle vous n'habitez plus ?

- Oui 1
- Non 2 → passez à Q.184

(344)

182. SI OUI, cet enfant ou l'un de ces enfant(s) a-t-il moins de 18 ans actuellement ?

- Oui 1
- Non 2 → passez à Q 184

(345)

183. SI OUI, quelle situation est la plus proche de la vôtre concernant la garde de votre/vos enfant(s) ?

- Je ne vois jamais mon ou mes enfants 1
- J'habite avec mes enfants mais leur autre parent en a la garde occasionnellement ... 2
- Je n'habite pas avec mes enfants mais j'en ai la garde occasionnellement 3
- Je garde mes enfants aussi souvent que leur autre parent 4
- J'habite avec mes enfants et j'en ai la garde exclusive 5
- Ma situation est une combinaison des précédentes 6

(346)

XI- RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (suite)

184. Dites-nous le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété ?

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

- | | |
|---|----|
| Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle | 00 |
| Première année | 01 |
| Deuxième année | 02 |
| Troisième année | 03 |
| Quatrième année | 04 |
| Cinquième année | 05 |
| Sixième année | 06 |
| Septième année | 07 |
| Huitième année ou secondaire I | 08 |
| Neuvième année ou secondaire II | 09 |
| Dixième année ou secondaire III | 10 |
| Onzième année ou secondaire IV | 11 |
| Douzième année ou secondaire V | 12 |
| Études partielles dans un cégep, une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale | 13 |
| Diplôme ou certificat d'études d'un cégep, d'une école de métiers, d'un collège commercial privé, d'un institut technique, d'une école de sciences infirmières, d'une école normale | 14 |
| Études partielles à l'université | 15 |
| Certificat(s) universitaires, Baccalauréat(s), Maîtrise(s) ou Doctorat(s) acquis | 16 |

**NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION**

(347-348)

XI- RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (suite)

Bien que les dépenses liées à la santé soient couvertes en partie par l'assurance-maladie, il continue d'exister un lien entre l'état de santé et le revenu. Nous apprécierions que vous répondiez à la question suivante pour nous permettre d'étudier cette relation. Soyez assuré(e) que cela restera CONFIDENTIEL tout comme les autres informations que vous fournissez dans cette étude.

185. Quel était approximativement votre revenu personnel total L'AN DERNIER avant déduction d'impôts ?

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

- | | |
|------------------------------|----|
| Aucun revenu personnel | 00 |
| 0 \$ - 999 \$ | 01 |
| 1 000 \$ - 5 999 \$ | 02 |
| 6 000 \$ - 11 999 \$ | 03 |
| 12 000 \$ - 19 999 \$ | 04 |
| 20 000 \$ - 29 999 \$ | 05 |
| 30 000 \$ - 39 999 \$ | 06 |
| 40 000 \$ - 49 999 \$ | 07 |
| 50 000 \$ et plus | 08 |

**NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION**

(349-350)

186. Êtes-vous propriétaire, locataire ou chambreur de la maison ou de l'appartement que vous habitez ?

- | | |
|--|--------------------|
| Propriétaire | 1 |
| Locataire | 2 |
| Chambreur | 3 |
| Quelqu'un du foyer
est propriétaire ou
locataire | 4 → passez à Q 188 |

(351)

187. Depuis combien de temps êtes-vous propriétaire, locataire ou chambreur de la maison ou de l'appartement que vous habitez ?

- | | |
|------------------------|---|
| Moins d'un an | 1 |
| Entre 1 et 4 ans | 2 |
| Entre 5 et 9 ans | 3 |
| 10 ans et plus | 4 |

(352)

188. SI VOUS N'ETES PAS PROPRIÉTAIRE ACTUELLEMENT,
avez-vous auparavant déjà été propriétaire d'une maison que
vous habitez ?

- | | |
|-----------|---|
| Oui | 1 |
| Non | 2 |

(353)

XI- RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (suite)

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

189. Avez-vous des revenus de placement ? (Obligations d'épargne, REER, certificats de dépôt, actions...)

- Oui 1
- Non 2

(354)

190. Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge ?

- Je me considère à l'aise financièrement 1
- Je considère mes revenus suffisants pour répondre à mes besoins fondamentaux ou à ceux de ma famille 2
- Je me considère pauvre 3
- Je me considère très pauvre 4

(355)

191. Depuis combien de temps vous percevez-vous dans cette situation ?

- Moins d'un an 1
- Entre 1 et 4 ans 2
- Entre 5 et 9 ans 3
- 10 ans et plus 4

(356)

192. Croyez-vous que votre situation financière va s'améliorer ?

- Oui, dans un proche avenir 1
- Oui, je ne sais pas quand mais j'ai l'espérance que ça va s'améliorer 2
- Non, je ne crois pas que ça va changer ... 3
- Non, je crois que ça va empirer 4

(357)

XI- RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (suite)

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

193. Vous considérez-vous financièrement plus à l'aise ou moins à l'aise que vos parents l'étaient à votre âge ?

- Plus à l'aise 1
- Ni plus, ni moins à l'aise 2
- Moins à l'aise 3

(358)

194. Quand vous aviez 15 ans, quelle était la principale activité de votre père ? (une seule réponse) ?

- Il travaillait à son compte 01
- Il travaillait pour quelqu'un d'autre 02
- Il était étudiant 03
- Il était retraité 04
- Il tenait maison 05
- Il était chômeur 06
- Il était sur le bien-être social (secours direct) 07
- Autre 96

→ (précisez)

(359-360)

(361-362)

195. Quel est le plus haut niveau de scolarité atteint par votre père ?

- Aucune scolarité 1
- Élémentaire (primaire) 2
- Secondaire 3
- Collégial 4
- Universitaire 5
- Je ne sais pas 8

(363)

XII- LE TRAVAIL

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

**RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES SI VOUS OCCUPEZ
UN EMPLOI RÉMUNÉRÉ (SALARIÉ OU À VOTRE COMPTE)
ACTUELLEMENT.**

SI NON PASSEZ À LA QUESTION 206.

Pour chaque question, indiquez si vous êtes fortement en désaccord, en désaccord, d'accord ou fortement d'accord en encerclant votre réponse.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

196. Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles.

Fortement
en désaccord

Fortement
d'accord

1 2 3 4

(364)

197. Mon travail exige un niveau élevé de qualifications.

Fortement
en désaccord

Fortement
d'accord

1 2 3 4

(365)

198. Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité.

Fortement
en désaccord

Fortement
d'accord

1 2 3 4

(366)

199. Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses.

Fortement
en désaccord

Fortement
d'accord

1 2 3 4

(367)

200. J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail.

Fortement
en désaccord

Fortement
d'accord

1 2 3 4

(368)

XII- LE TRAVAIL (suite)

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

201. Il relève de ma responsabilité de décider de la quantité de travail à faire.

Fortement
en désaccord

1

2

3

4

Fortement
d'accord

(369)

202. Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome.

Fortement
en désaccord

1

2

3

4

Fortement
d'accord

(370)

203. Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes.

Fortement
en désaccord

1

2

3

4

Fortement
d'accord

(371)

204. J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail.

Fortement
en désaccord

1

2

3

4

Fortement
d'accord

(372)

205. Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles.

Fortement
en désaccord

1

2

3

4

Fortement
d'accord

(373)

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

XII- LE TRAVAIL (suite)

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE SECTION

206. Afin de nous permettre de comparer la consommation de services de santé et les réponses à cette étude, pouvez-vous nous donner votre numéro d'assurance-maladie. Votre numéro ne nous servira qu'à des fins d'études et jamais de jugement ne sera porté sur votre propre utilisation de services.

Mon numéro d'assurance-maladie (la carte soleil)

est : (374-385)

(374-377)

(378-381)

(382-385)

Si vous avez des commentaires ou des suggestions concernant ce questionnaire, veuillez les indiquer ci-dessous :

COMMENTAIRES

MERCI !

Veuillez mettre ce questionnaire dans l'enveloppe pré-affranchie ci-jointe.
Assurez-vous de la sceller pour en conserver la confidentialité.
Remettez-la ensuite à l'intervieweur ou posteza-la.

Nous vous remercions d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire et nous vous rappelons que toute l'information qui y est incluse demeurera anonyme et confidentielle.

Par ailleurs, Santé Québec aimerait pouvoir rejoindre un certain nombre de personnes volontaires dans les mois ou les années qui suivent afin de mener d'autres études sur l'état de santé des Québécois et des Québécoises.

Si vous acceptez de participer à une telle étude,

1) remplissez la section ci-dessous :

Votre numéro de téléphone _____
Le nom et le numéro de téléphone d'une autre personne par qui on pourrait vous rejoindre si vous déménagez

Je me porte volontaire pour un suivi à cette étude:

signature

2) détachez cette page et la mettre dans l'enveloppe marquée « Lettre de consentement »

3) cachetez l'enveloppe et mettez-la dans l'enveloppe du questionnaire.



ANNEXE 2

**QUESTIONNAIRE RÉALISÉ
PAR UN INTERVIEWER**



SAINTE-DUÉBEC

NO DOSSIER								
[3]	[3]	[]	[9]	[9]				
(1-10)								
NO DE L'INTERVIEWEUR								
[]	[]	[]	(11-13)					
NOMBRE DE QUESTIONNAIRES								
[]	(14)		[]	(15)				

COMPOSANTE - INTERVIEW -

REGISTRE DES VISITES

NO DE VISITE	DATE		HEURE DE L'INTERVIEW			DUREE DE L'INTERVIEW (min)	COMMENTAIRES			
	JOUR	MOIS	DEBUT	FIN						
1										
2	16	17	18	19	20	23	24	27	28	30
3	31	32	33	34	35	36	39	42	43	45
4	46	47	48	49	50	53	54	57	58	60
5	59	60	63	64	65	68	69	72	73	75
6	70	77	78	79	80	83	84	87	88	90
	91	92	93	94	95	98	99	102	103	104

SANTÉ QUÉBEC
600, BOUL. RENÉ-LÉVESQUE OUEST
10^{ÈME} ÉTAGE
MONTRÉAL (QUÉBEC)
H3B 1M4

(514) 873-4749

LE GROUPE LÉGER & LÉGER
60, RUE SAINT-JACQUES
4^{ÈME} ÉTAGE
MONTRÉAL (QUÉBEC)
H2Y 1E5

(514) 982-2464

<input type="checkbox"/> (121-122)	<input type="checkbox"/> (121-122)	<input type="checkbox"/> (121-122)	<input type="checkbox"/> (121-122)
<input type="checkbox"/> (123-124)	<input type="checkbox"/> (123-124)	<input type="checkbox"/> (123-124)	<input type="checkbox"/> (123-124)
<input type="checkbox"/> (125-126)	<input type="checkbox"/> (125-126)	<input type="checkbox"/> (125-126)	<input type="checkbox"/> (125-126)
<input type="checkbox"/> (127-128)	<input type="checkbox"/> (127-128)	<input type="checkbox"/> (127-128)	<input type="checkbox"/> (127-128)
<input type="checkbox"/> (129)	<input type="checkbox"/> (129)	<input type="checkbox"/> (129)	<input type="checkbox"/> (129)
<input type="checkbox"/> (130-131)	<input type="checkbox"/> (130-131)	<input type="checkbox"/> (130-131)	<input type="checkbox"/> (130-131)

SECTION I — INCAPACITÉ AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES (suite)

À l'intervieweur :
Ne pas lire les bouts de phrase entre parenthèses s'ils ne s'appliquent pas :

- 3) (Sans compter ce(s) jour(s) d'absence . . .) Y a-t-il eu des (d'autres) jours au cours de ces 2 semaines où _____ prénom _____ a été Incapable d'aller travailler, de tenir maison ou d'aller à l'école pour des raisons de santé ?

1 = oui
2 = non → (passez à Q5)

- 4) Pendant combien de jours ?

NOMBRE

(132)

(133-134)

(135)

(136-137)

- 5) (Sans compter le(s) jour(s) déjà mentionné(s)) Y a-t-il eu des (d'autres) jours au cours de ces 2 semaines où _____ prénom _____ a dû diminuer ses activités habituelles pour des raisons de santé ?

1 = oui
2 = non → (passez à Q7)

- 6) Pendant combien de jours ?

NOMBRE

(138-139)

- 7) Ça fait un total de _____ jours pendant les deux dernières semaines que _____ prénom _____ a dû limiter ses activités pour des raisons de santé ?

PRÉCISEZ LE NOMBRE DE JOURS, SI 0 ÉCRIVEZ 00,
POURSUIVRE AVEC LA PERSONNE SUIVANTE, À LA QUESTION 1

- 8) Quel était le principal problème de santé qui l'a obligé(e) à arrêter ou à modérer ses activités ?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME

(140-143)

- 9) Ce problème était-il dû à un accident ?

1 = oui
2 = non

POURSUIVRE AVEC LA PERSONNE SUIVANTE, À LA QUESTION 1

(144)

<input type="checkbox"/> (132)	<input type="checkbox"/> (132)	<input type="checkbox"/> (132)	<input type="checkbox"/> (132)
<input type="checkbox"/> (133-134)	<input type="checkbox"/> (133-134)	<input type="checkbox"/> (133-134)	<input type="checkbox"/> (133-134)
<input type="checkbox"/> (135)	<input type="checkbox"/> (135)	<input type="checkbox"/> (135)	<input type="checkbox"/> (135)
<input type="checkbox"/> (136-137)	<input type="checkbox"/> (136-137)	<input type="checkbox"/> (136-137)	<input type="checkbox"/> (136-137)
<input type="checkbox"/> (138-139)	<input type="checkbox"/> (138-139)	<input type="checkbox"/> (138-139)	<input type="checkbox"/> (138-139)
<hr/>		<hr/>	
<input type="checkbox"/> (140-143)	<input type="checkbox"/> (140-143)	<input type="checkbox"/> (140-143)	<input type="checkbox"/> (140-143)
<input type="checkbox"/> (144)	<input type="checkbox"/> (144)	<input type="checkbox"/> (144)	<input type="checkbox"/> (144)

SECTION II — LIMITATION DES ACTIVITÉS

Les questions qui suivent portent sur les limitations que peut imposer l'état de santé sur le plan de l'activité normale de chaque personne dans les différents secteurs de sa vie.

À l'intervieweur :
Posez cette série de questions pour chaque personne du foyer :

10) D'ordinaire, _____ prénom _____ peut-il (elle) sortir de la maison lorsqu'il fait beau ?

- 1 = oui
2 = non

11) Est-ce que _____ prénom _____ doit habituellement rester assis(e) ou couché(e) pour la plus grande partie de la journée, à cause de son état de santé ?

- 1 = oui
2 = non

À l'intervieweur :
Si enfant d'âge préscolaire (moins de 6 ans),
passez à la question 12b :

12a) Comparativement à d'autres personnes du même âge en bonne santé, _____ prénom _____ est-il (elle) restreint(e) dans le genre ou la quantité d'activités qu'il (elle) peut faire à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé ?

- 1 = oui → (passez à Q13)
2 = non → (passez à Q21)

12b) Comparativement à d'autres enfants du même âge en bonne santé, _____ prénom _____ est-il (elle) restreint(e) dans le genre ou la quantité de jeux auxquels il (elle) peut participer, à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé ?

- 1 = oui → (passez à Q13)
2 = non → (passez à Q21)

13) (Si oui) Depuis combien de temps _____ prénom _____ est-il (elle) restreint(e) dans ses activités ?

- 1 = depuis sa naissance
2 = depuis _____ années
3 = depuis _____ mois
4 = depuis moins d'un mois

UNITÉ

NOMBRE

(145)

(146)

(147)

(148)

(149)

(150-151)

<input type="checkbox"/> (145)	<input type="checkbox"/> (145)	<input type="checkbox"/> (145)	<input type="checkbox"/> (145)
<input type="checkbox"/> (146)	<input type="checkbox"/> (146)	<input type="checkbox"/> (146)	<input type="checkbox"/> (146)
<input type="checkbox"/> (147)	<input type="checkbox"/> (147)	<input type="checkbox"/> (147)	<input type="checkbox"/> (147)
<input type="checkbox"/> (148)	<input type="checkbox"/> (148)	<input type="checkbox"/> (148)	<input type="checkbox"/> (148)
<input type="checkbox"/> (149)	<input type="checkbox"/> (149)	<input type="checkbox"/> (149)	<input type="checkbox"/> (149)
<input type="checkbox"/> (150-151)	<input type="checkbox"/> (150-151)	<input type="checkbox"/> (150-151)	<input type="checkbox"/> (150-151)

SECTION II -- LIMITATION DES ACTIVITÉS (suite)

À l'intervieweur :
Si enfant d'âge préscolaire (moins de 6 ans),
passez à la question 19 :

- 14) Est-ce que l'état de santé de _____ prénom _____ restreint ses activités à la maison ?

1 = oui
2 = non → (passez à Q16)

(152)

- 15) Est-ce que l'état de santé de _____ prénom _____ le (la) rend incapable de faire la plupart des travaux ménagers quotidiens ?

1 = oui
2 = non

(153)

- 16) _____ prénom _____ est-il (elle) restreint(e) dans sa capacité de travailler en dehors du foyer ou de poursuivre ses études à cause de son état de santé ?

1 = oui
2 = non → (passez à Q18)

(154)

- 17) _____ prénom _____ est-il (elle) incapable de travailler en dehors du foyer ou de poursuivre ses études, à cause de son état de santé ?

1 = oui
2 = non

(155)

- 18) _____ prénom _____ est-il (elle) restreint(e) dans d'autres activités comme les loisirs ou les déplacements entre la maison et le lieu de travail ou l'école, à cause de son état de santé ?

1 = oui
2 = non

(156)

- 19) Pour _____ prénom _____ quel est le principal problème de santé qui lui impose ces restrictions ?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME

(157-160)

- 20) Est-ce que ce problème est le résultat d'un accident ou d'une blessure ?

1 = oui
2 = non

(161)

<input type="checkbox"/> (152)	<input type="checkbox"/> (152)	<input type="checkbox"/> (152)	<input type="checkbox"/> (152)
<input type="checkbox"/> (153)	<input type="checkbox"/> (153)	<input type="checkbox"/> (153)	<input type="checkbox"/> (153)
<input type="checkbox"/> (154)	<input type="checkbox"/> (154)	<input type="checkbox"/> (154)	<input type="checkbox"/> (154)
<input type="checkbox"/> (155)	<input type="checkbox"/> (155)	<input type="checkbox"/> (155)	<input type="checkbox"/> (155)
<input type="checkbox"/> (156)	<input type="checkbox"/> (156)	<input type="checkbox"/> (156)	<input type="checkbox"/> (156)
<hr/>		<hr/>	
<input type="checkbox"/> (157-160)		<input type="checkbox"/> (157-160)	
<input type="checkbox"/> (157-160)		<input type="checkbox"/> (157-160)	
<input type="checkbox"/> (161)	<input type="checkbox"/> (161)	<input type="checkbox"/> (161)	<input type="checkbox"/> (161)

SECTION II — LIMITATION DES ACTIVITÉS (suite)

À l'interveneur :
 Pour les enfants de moins d'un an,
 passez à la section III.

- 21) Est-ce qu'à cause d'un handicap ou d'un problème de santé, prénom a besoin de l'aide d'une autre personne pour prendre soin de lui-même (d'elle-même), c'est-à-dire pour manger, se laver, s'habiller ou se déplacer dans la maison ?
- 1 = oui
 2 = non → (passez à Q 23a)

- 22) Si oui, qui assure cette aide ?
- 1 = une personne apparentée (y compris en union libre) vivant dans ce ménage.
 2 = une personne apparentée (y compris en union libre) ne vivant pas dans ce ménage.
 3 = une personne non apparentée, peu importe son lieu de résidence.
 4 = une combinaison des précédentes.

- 23a) Est-ce que, à cause d'un handicap ou d'un problème de santé, prénom a besoin de l'aide d'une autre personne pour s'occuper de ses affaires, faire l'entretien ménager quotidien, faire ses commissions ou se déplacer à l'extérieur de la maison ?
- 1 = oui
 2 = non

- 23b) Si oui, qui assure cette aide ?
- 1 = une personne apparentée (y compris en union libre) vivant dans ce ménage.
 2 = une personne apparentée (y compris en union libre) ne vivant pas dans ce ménage.
 3 = une personne non apparentée, peu importe son lieu de résidence.
 4 = une combinaison des précédentes.

À l'interveneur :
 Si « NON » aux deux questions 21 et 23a,
 poursuivez avec la personne suivante à la question 12a.

 (162) (163) (164) (165)

<input type="checkbox"/> (162)	<input type="checkbox"/> (162)	<input type="checkbox"/> (162)	<input type="checkbox"/> (162)
<input type="checkbox"/> (163)	<input type="checkbox"/> (163)	<input type="checkbox"/> (163)	<input type="checkbox"/> (163)
<input type="checkbox"/> (164)	<input type="checkbox"/> (164)	<input type="checkbox"/> (164)	<input type="checkbox"/> (164)
<input type="checkbox"/> (165)	<input type="checkbox"/> (165)	<input type="checkbox"/> (165)	<input type="checkbox"/> (165)

SECTION II — LIMITATION DES ACTIVITÉS (suite)

À l'interveneur :
S'il s'agit d'une personne de moins de 15 ans,
passez à la section III.

Pour lesquelles des activités suivantes _____ prénom _____ a-t-il (elle) besoin
d'aide (à cause de son handicap ou de son problème de santé) ?

24) Pour préparer les repas ?

- 1 = oui
2 = non

(166)

25) Pour faire les travaux ménagers légers ?

- 1 = oui
2 = non

(167)

26) Pour faire les travaux ménagers lourds ?

- 1 = oui
2 = non

(168)

27) Pour faire les travaux extérieurs ?

- 1 = oui
2 = non

(169)

28) Pour faire les courses ?

- 1 = oui
2 = non

(170)

À l'interveneur :
Poursuivez avec la personne suivante à la question 12a
ou passez à la section III.

<input type="checkbox"/> (166)	<input type="checkbox"/> (168)	<input type="checkbox"/> (166)	<input type="checkbox"/> (166)
<input type="checkbox"/> (167)	<input type="checkbox"/> (167)	<input type="checkbox"/> (167)	<input type="checkbox"/> (167)
<input type="checkbox"/> (168)	<input type="checkbox"/> (168)	<input type="checkbox"/> (168)	<input type="checkbox"/> (168)
<input type="checkbox"/> (169)	<input type="checkbox"/> (169)	<input type="checkbox"/> (169)	<input type="checkbox"/> (169)
<input type="checkbox"/> (170)	<input type="checkbox"/> (170)	<input type="checkbox"/> (170)	<input type="checkbox"/> (170)

SECTION III — RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ OU SERVICES SOCIAUX

Les questions qui suivent portent sur les consultations faites au cours des 2 dernières semaines.

À l'intervieweur :
 Pour chaque personne :
 Montrez la fiche « C » et posez les questions ;
 SI « OUI », posez les questions pour la dernière consultation seulement.

Au cours des 2 dernières semaines, quelqu'un du foyer s'est-il adressé aux personnes suivantes au sujet de sa santé ?

- 29) Un(e) médecin généraliste ?
 1 = oui (QUI ?) 2 = non 8 = ne sait pas
- 30) Si oui, quels sont les honoraires professionnels versés et non remboursés par une assurance (en \$) pour la dernière consultation ?
 (171) (172-175)
- 31) Quelle est la distance parcourue (aller seulement)
 1 = mille(s) 2 = kilomètre(s)
 (176-179)
- 32) Combien d'heures de travail n'ont pas été rémunérées à cause de cette consultation (utilisateur(trice) et son (ses) accompagnateur(s) (trice(s)) s'il y a lieu) ? (indiquez en heures seulement)
 (180-182)
- 33) Est-ce que cette consultation était due à un accident ou à une blessure ?
 1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas
 (183)
- 34) Un(e) médecin spécialiste ?
 1 = oui (QUI ?) 2 = non 8 = ne sait pas
 (SI OUI). De quelle(s) spécialité(s) s'agit-il ?
 PRÉCISEZ
 (184) (185-186)
 (187-190)
- 35) Si oui, quels sont les honoraires professionnels versés et non remboursés par une assurance (en \$) pour la dernière consultation ?
 (191-194)
- 36) Quelle est la distance parcourue (aller seulement)
 1 = mille(s) 2 = kilomètre(s)
 (195-197)
- 37) Combien d'heures de travail n'ont pas été rémunérées à cause de cette consultation (utilisateur(trice) et son (ses) accompagnateur(s) (trice(s)) s'il y a lieu) ? (indiquez en heures seulement)
 (198)
- 38) Est-ce que cette consultation était due à un accident ou à une blessure ?
 1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

<input type="checkbox"/> (f71)	<input type="checkbox"/> (171)	<input type="checkbox"/> (171)	<input type="checkbox"/> (171)
<input type="checkbox"/> (172-175)	<input type="checkbox"/> (172-175)	<input type="checkbox"/> (172-175)	<input type="checkbox"/> (172-175)
<input type="checkbox"/> (176-179)	<input type="checkbox"/> (176-179)	<input type="checkbox"/> (176-179)	<input type="checkbox"/> (176-179)
<input type="checkbox"/> (180-182)	<input type="checkbox"/> (180-182)	<input type="checkbox"/> (180-182)	<input type="checkbox"/> (180-182)
<input type="checkbox"/> (183)	<input type="checkbox"/> (183)	<input type="checkbox"/> (183)	<input type="checkbox"/> (183)
<input type="checkbox"/> (184)	<input type="checkbox"/> (184)	<input type="checkbox"/> (184)	<input type="checkbox"/> (184)
<input type="checkbox"/> (185-188)	<input type="checkbox"/> (185-186)	<input type="checkbox"/> (185-186)	<input type="checkbox"/> (185-186)
<input type="checkbox"/> (187-190)	<input type="checkbox"/> (187-190)	<input type="checkbox"/> (187-190)	<input type="checkbox"/> (187-190)
<input type="checkbox"/> (191-194)	<input type="checkbox"/> (191-194)	<input type="checkbox"/> (191-194)	<input type="checkbox"/> (191-194)
<input type="checkbox"/> (195-197)	<input type="checkbox"/> (195-197)	<input type="checkbox"/> (195-197)	<input type="checkbox"/> (195-197)
<input type="checkbox"/> (198)	<input type="checkbox"/> (198)	<input type="checkbox"/> (198)	<input type="checkbox"/> (198)

SECTION III — RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ OU SERVICES SOCIAUX (suite)

A l'intervieweur : répétez : « Au cours des 2 dernières semaines, quelqu'un du foyer s'est-il adressé aux personnes suivantes au sujet de sa santé ? »

- 39) Un(e) dentiste?
 1 = oui (QUI ?) 2 = non 8 = ne sait pas
 (199)
- 40) Si oui, quels sont les honoraires professionnels versés et non remboursés par une assurance (en \$) pour la dernière consultation ?
 (200-203)
- 41) Quelle est la distance parcourue (aller seulement)
 1 = mille(s) 2 = kilomètre(s)
 (204-207)
- 42) Combien d'heures de travail n'ont pas été rémunérées à cause de cette consultation (utilisateur(trice) et son (ses) accompagnateur(s) (trice(s)) s'il y a lieu) ? (indiquez en heures seulement)
 (208-210)
- 43) Est-ce que cette consultation était due à un accident ou à une blessure ?
 1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas
 (211)
- 44) Un(e) infirmier(ère)?
 1 = oui (QUI ?) 2 = non 8 = ne sait pas
 (212)
- 45) Si oui, quels sont les honoraires professionnels versés et non remboursés par une assurance (en \$) pour la dernière consultation ?
 (213-216)
- 46) Quelle est la distance parcourue (aller seulement)
 1 = mille(s) 2 = kilomètre(s)
 (217-220)
- 47) Combien d'heures de travail n'ont pas été rémunérées à cause de cette consultation (utilisateur(trice) et son (ses) accompagnateur(s) (trice(s)) s'il y a lieu) ? (indiquez en heures seulement)
 (221-223)
- 48) Un(e) pharmacien(ne)?
 1 = oui (QUI ?) 2 = non 8 = ne sait pas
 (224)
- 49) Si oui, quels sont les honoraires professionnels versés et non remboursés par une assurance (en \$) pour la dernière consultation ?
 (225-228)
- 50) Quelle est la distance parcourue (aller seulement)
 1 = mille(s) 2 = kilomètre(s)
 (229-232)
- 51) Combien d'heures de travail n'ont pas été rémunérées à cause de cette consultation (utilisateur(trice) et son (ses) accompagnateur(s) (trice(s)) s'il y a lieu) ? (indiquez en heures seulement)
 (233-235)

<input type="checkbox"/> (199)	<input type="checkbox"/> (199)	<input type="checkbox"/> (199)	<input type="checkbox"/> (199)
<input type="checkbox"/> (200-203)	<input type="checkbox"/> (200-203)	<input type="checkbox"/> (200-203)	<input type="checkbox"/> (200-203)
<input type="checkbox"/> (204-207)	<input type="checkbox"/> (204-207)	<input type="checkbox"/> (204-207)	<input type="checkbox"/> (204-207)
<input type="checkbox"/> (208-210)	<input type="checkbox"/> (208-210)	<input type="checkbox"/> (208-210)	<input type="checkbox"/> (208-210)
<input type="checkbox"/> (211)	<input type="checkbox"/> (211)	<input type="checkbox"/> (211)	<input type="checkbox"/> (211)
<input type="checkbox"/> (212)	<input type="checkbox"/> (212)	<input type="checkbox"/> (212)	<input type="checkbox"/> (212)
<input type="checkbox"/> (213-216)	<input type="checkbox"/> (213-216)	<input type="checkbox"/> (213-216)	<input type="checkbox"/> (213-216)
<input type="checkbox"/> (217-220)	<input type="checkbox"/> (217-220)	<input type="checkbox"/> (217-220)	<input type="checkbox"/> (217-220)
<input type="checkbox"/> (221-223)	<input type="checkbox"/> (221-223)	<input type="checkbox"/> (221-223)	<input type="checkbox"/> (221-223)
<input type="checkbox"/> (224)	<input type="checkbox"/> (224)	<input type="checkbox"/> (224)	<input type="checkbox"/> (224)
<input type="checkbox"/> (225-228)	<input type="checkbox"/> (225-228)	<input type="checkbox"/> (225-228)	<input type="checkbox"/> (225-228)
<input type="checkbox"/> (229-232)	<input type="checkbox"/> (229-232)	<input type="checkbox"/> (229-232)	<input type="checkbox"/> (229-232)
<input type="checkbox"/> (233-235)	<input type="checkbox"/> (233-235)	<input type="checkbox"/> (233-235)	<input type="checkbox"/> (233-235)

SECTION III — RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ OU SERVICES SOCIAUX (suite)

À l'intervieweur : répétez : « Au cours des 2 dernières semaines, quelqu'un du foyer s'est-il adressé aux personnes suivantes au sujet de sa santé ? »

52) Un(e) ophtalmologiste ou un(e) ophtalmien(ne) ?

1 = oui (OUI ?) 2 = non 8 = ne sait pas

(236)

(237-240)

53) Si oui, quels sont les honoraires professionnels versés et non remboursés par une assurance (en \$) pour la dernière consultation ?

(241-244)

54) Quelle est la distance parcourue (aller seulement) ?

1 = mille(s) 2 = kilomètre(s)

(245-247)

55) Combien d'heures de travail n'ont pas été rémunérées à cause de cette consultation (utilisateur(trice) et son (ses) accompagnateur(s) (trice(s)) si il y a lieu) ? (Indiquez en heures seulement)

(248)

(249-252)

56) Un(e) physiothérapeute ou un(e) ergothérapeute ?

1 = oui (OUI ?) 2 = non 8 = ne sait pas

(253-256)

57) Si oui, quels sont les honoraires professionnels versés et non remboursés par une assurance (en \$) pour la dernière consultation ?

(257-259)

58) Quelle est la distance parcourue (aller seulement) ?

1 = mille(s) 2 = kilomètre(s)

(260)

59) Combien d'heures de travail n'ont pas été rémunérées à cause de cette consultation (utilisateur(trice) et son (ses) accompagnateur(s) (trice(s)) si il y a lieu) ? (Indiquez en heures seulement)

60) Est-ce que cette consultation était due à un accident ou à une blessure ?

1 = oui 2 = non 8 = ne sait pas

<input type="checkbox"/> (236)	<input type="checkbox"/> (236)	<input type="checkbox"/> (236)	<input type="checkbox"/> (236)
<input type="checkbox"/> (237-240)	<input type="checkbox"/> (237-240)	<input type="checkbox"/> (237-240)	<input type="checkbox"/> (237-240)
<input type="checkbox"/> (241-244)	<input type="checkbox"/> (241-244)	<input type="checkbox"/> (241-244)	<input type="checkbox"/> (241-244)
<input type="checkbox"/> (245-247)	<input type="checkbox"/> (245-247)	<input type="checkbox"/> (245-247)	<input type="checkbox"/> (245-247)
<input type="checkbox"/> (248)	<input type="checkbox"/> (248)	<input type="checkbox"/> (248)	<input type="checkbox"/> (248)
<input type="checkbox"/> (249-252)	<input type="checkbox"/> (249-252)	<input type="checkbox"/> (249-252)	<input type="checkbox"/> (249-252)
<input type="checkbox"/> (253-256)	<input type="checkbox"/> (253-256)	<input type="checkbox"/> (253-256)	<input type="checkbox"/> (253-256)
<input type="checkbox"/> (257-259)	<input type="checkbox"/> (257-259)	<input type="checkbox"/> (257-259)	<input type="checkbox"/> (257-259)
<input type="checkbox"/> (260)	<input type="checkbox"/> (260)	<input type="checkbox"/> (260)	<input type="checkbox"/> (260)

SECTION III — RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ OU SERVICES SOCIAUX (suite)

A l'intervieweur : répétez : « Au cours des 2 dernières semaines, quelqu'un du foyer s'est-il adressé aux personnes suivantes au sujet de sa santé ? »

- 61) Un(e) praticien(ne) de médecine non-traditionnelle ou de médecine douce (chiropraticien(ne), acupuncteur(trice), naturopathe, ostéopathe, homéopathe, sage-femme) ?

1 = oui (OUI ?) 2 = non 3 = ne sait pas

SI OUI,
PRÉCISEZ LA PROFESSION

- 62) Si oui, quels sont les honoraires professionnels versés et non remboursés par une assurance (en \$) pour la dernière consultation ?

- 63) Quelle est la distance parcourue (aller seulement)

1 = mille(s) 2 = kilomètre(s)

- 64) Combien d'heures de travail n'ont pas été rémunérées à cause de cette consultation (utilisateur(trice) et son (ses) accompagnateur(s) (trice(s)) s'il y a lieu) ? (indiquez en heures seulement)

- 65) Est-ce que cette consultation était due à un accident ou à une blessure ?

1 = oui 2 = non 3 = ne sait pas

- 66) Un(e) psychologue ?

1 = oui (OUI ?) 2 = non 3 = ne sait pas

- 67) Si oui, quels sont les honoraires professionnels versés et non remboursés par une assurance (en \$) pour la dernière consultation ?

- 68) Quelle est la distance parcourue (aller seulement)

1 = mille(s) 2 = kilomètre(s)

- 69) Combien d'heures de travail n'ont pas été rémunérées à cause de cette consultation (utilisateur(trice) et son (ses) accompagnateur(s) (trice(s)) s'il y a lieu) ? (indiquez en heures seulement)

<input type="checkbox"/> (261)	<input type="checkbox"/> (261)	<input type="checkbox"/> (261)	<input type="checkbox"/> (261)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (262-263)	<input type="checkbox"/> (262-263)	<input type="checkbox"/> (262-263)	<input type="checkbox"/> (262-263)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (264-267)	<input type="checkbox"/> (264-267)	<input type="checkbox"/> (264-267)	<input type="checkbox"/> (264-267)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (266-271)	<input type="checkbox"/> (266-271)	<input type="checkbox"/> (266-271)	<input type="checkbox"/> (266-271)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (272-274)	<input type="checkbox"/> (272-274)	<input type="checkbox"/> (272-274)	<input type="checkbox"/> (272-274)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (275)	<input type="checkbox"/> (275)	<input type="checkbox"/> (275)	<input type="checkbox"/> (275)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (276)	<input type="checkbox"/> (276)	<input type="checkbox"/> (276)	<input type="checkbox"/> (276)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (277-280)	<input type="checkbox"/> (277-280)	<input type="checkbox"/> (277-280)	<input type="checkbox"/> (277-280)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (281-284)	<input type="checkbox"/> (281-284)	<input type="checkbox"/> (281-284)	<input type="checkbox"/> (281-284)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (285-287)	<input type="checkbox"/> (285-287)	<input type="checkbox"/> (285-287)	<input type="checkbox"/> (285-287)
_____	_____	_____	_____

SECTION III — RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ OU SERVICES SOCIAUX (suite)

À l'intervieweur : répétez : "Au cours des 2 dernières semaines, quelqu'un du foyer s'est-il adressé aux personnes suivantes au sujet de sa santé ? "

- 70) Un(e) travailleur(euse) social(e) ou toute personne offrant des services similaires ?

1 = oui (QUI ?) 2 = non 8 = ne sais pas

SI OUI,
PRÉCISEZ LA PROFESSION

(288)

(289-290)

(291-294)

(295-298)

(299-301)

- 71) Si oui, quels sont les honoraires professionnels versés et non remboursés par une assurance (en \$) pour la dernière consultation ?

- 72) Quelle est la distance parcourue (aller seulement) ?
1 = mille(s) 2 = kilomètre(s)

- 73) Combien d'heures de travail n'ont pas été rémunérées à cause de cette consultation (utilisateur(trice) et son (ses) accompagnateur(s) (trice(s)) s'il y a lieu) ? (indiquez en heures seulement)

(302)

(303-306)

(307-310)

(311-313)

- 74) Un(e) diététiste ou un(e) diététicien(ne) ?

1 = oui (QUI ?) 2 = non 8 = ne sais pas

- 75) Si oui, quels sont les honoraires professionnels versés et non remboursés par une assurance (en \$) pour la dernière consultation ?

- 76) Quelle est la distance parcourue (aller seulement) ?
1 = mille(s) 2 = kilomètre(s)

- 77) Combien d'heures de travail n'ont pas été rémunérées à cause de cette consultation (utilisateur(trice) et son (ses) accompagnateur(s) (trice(s)) s'il y a lieu) ? (indiquez en heures seulement)

(314)

(315-316)

(317-320)

(321-324)

(325-327)

- 78) Toute autre personne qui applique des traitements ou qui donne des conseils?

1 = oui (QUI ?) 2 = non 8 = ne sais pas

SI OUI,
PRÉCISEZ LA PROFESSION

- 79) Si oui, quels sont les honoraires professionnels versés et non remboursés par une assurance (en \$) pour la dernière consultation ?

- 80) Quelle est la distance parcourue (aller seulement) ?
1 = mille(s) 2 = kilomètre(s)

- 81) Combien d'heures de travail n'ont pas été rémunérées à cause de cette consultation (utilisateur(trice) et son (ses) accompagnateur(s) (trice(s)) s'il y a lieu) ? (indiquez en heures seulement)

<input type="checkbox"/> (288)	<input type="checkbox"/> (288)	<input type="checkbox"/> (288)	<input type="checkbox"/> (288)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (289-290)	<input type="checkbox"/> (289-290)	<input type="checkbox"/> (289-290)	<input type="checkbox"/> (289-290)
<input type="checkbox"/> (291-294)	<input type="checkbox"/> (291-294)	<input type="checkbox"/> (291-294)	<input type="checkbox"/> (291-294)
<input type="checkbox"/> (295-298)	<input type="checkbox"/> (295-298)	<input type="checkbox"/> (295-298)	<input type="checkbox"/> (295-298)
<input type="checkbox"/> (299-301)	<input type="checkbox"/> (299-301)	<input type="checkbox"/> (299-301)	<input type="checkbox"/> (299-301)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (302)	<input type="checkbox"/> (302)	<input type="checkbox"/> (302)	<input type="checkbox"/> (302)
<input type="checkbox"/> (303-306)	<input type="checkbox"/> (303-306)	<input type="checkbox"/> (303-306)	<input type="checkbox"/> (303-306)
<input type="checkbox"/> (307-310)	<input type="checkbox"/> (307-310)	<input type="checkbox"/> (307-310)	<input type="checkbox"/> (307-310)
<input type="checkbox"/> (311-313)	<input type="checkbox"/> (311-313)	<input type="checkbox"/> (311-313)	<input type="checkbox"/> (311-313)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (314)	<input type="checkbox"/> (314)	<input type="checkbox"/> (314)	<input type="checkbox"/> (314)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (315-316)	<input type="checkbox"/> (315-316)	<input type="checkbox"/> (315-316)	<input type="checkbox"/> (315-316)
<input type="checkbox"/> (317-320)	<input type="checkbox"/> (317-320)	<input type="checkbox"/> (317-320)	<input type="checkbox"/> (317-320)
<input type="checkbox"/> (321-324)	<input type="checkbox"/> (321-324)	<input type="checkbox"/> (321-324)	<input type="checkbox"/> (321-324)
<input type="checkbox"/> (325-327)	<input type="checkbox"/> (325-327)	<input type="checkbox"/> (325-327)	<input type="checkbox"/> (325-327)
_____	_____	_____	_____

SECTION III — RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ OU SERVICES SOCIAUX (suite)

À l'intervieweur :
Pour chaque personne qui a consulté une fois ou plus
au cours des 2 dernières semaines, demandez :
Si aucune consultation, passez à la question 86

82) Quelle est la dernière personne que _____ prénom a consultée ?

PRÉCISEZ LA PROFESSION

(328-329)

À l'intervieweur :
Montrez la fiche « D » et demandez :

83) Où a eu lieu la dernière consultation de _____ prénom ?

PRÉCISEZ LE LIEU

(330-331)

84) Quel était le principal problème à l'origine de cette consultation ?

- 1 = Santé
- 2 = Social ou familial
- 3 = Préventive ou de routine -- passez à Q86

PRÉCISEZ LE PROBLÈME

(332)

(333-336)

85) Depuis combien de temps _____ prénom a-t-il (elle) ce problème ?

UNITÉ

(337)

- 1 = jour
- 2 = semaine
- 3 = mois
- 4 = année
- 8 = ne sait pas

NOMBRE DE

(338-339)

<input type="checkbox"/> (328-329)	<input type="checkbox"/> (328-329)	<input type="checkbox"/> (328-329)	<input type="checkbox"/> (328-329)
<input type="checkbox"/> (330-331)	<input type="checkbox"/> (330-331)	<input type="checkbox"/> (330-331)	<input type="checkbox"/> (330-331)
<input type="checkbox"/> (332)	<input type="checkbox"/> (332)	<input type="checkbox"/> (332)	<input type="checkbox"/> (332)
<input type="checkbox"/> (333-336)	<input type="checkbox"/> (333-336)	<input type="checkbox"/> (333-336)	<input type="checkbox"/> (333-336)
<input type="checkbox"/> (337)	<input type="checkbox"/> (337)	<input type="checkbox"/> (337)	<input type="checkbox"/> (337)
<input type="checkbox"/> (338-339)	<input type="checkbox"/> (338-339)	<input type="checkbox"/> (338-339)	<input type="checkbox"/> (338-339)

SECTION III — RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ OU SERVICES SOCIAUX (suite)

86) **Au cours des 2 dernières semaines**, est-ce que quelqu'un de votre foyer s'est fait prescrire des médicaments par un médecin ou un dentiste ?

- 1 = oui (OUI ?)
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

Si oui, est-ce qu'il(elle) s'est privé(e) de les acheter à cause de leur coût ?

- 1 = oui
- 2 = non

(340)

(341)

87) **Au cours des 2 dernières semaines**, est-ce que quelqu'un de votre foyer aurait dû se procurer des lunettes, des prothèses ou toute autre fourniture médicale ?

- 1 = oui (OUI ?)
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

Si oui, est-ce qu'il(elle) s'est privé(e) de les acheter à cause de leur coût ?

- 1 = oui
- 2 = non

(342)

(343)

88) Quelqu'un du foyer est-il couvert par une assurance qui défraie(couvre-paie), au moins en partie, les dépenses non assurées par l'Assurance-maladie du Québec ?

- 1 = oui (OUI ?)
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

(344)

<input type="checkbox"/> (340)	<input type="checkbox"/> (340)	<input type="checkbox"/> (340)	<input type="checkbox"/> (340)
<input type="checkbox"/> (341)	<input type="checkbox"/> (341)	<input type="checkbox"/> (341)	<input type="checkbox"/> (341)
<input type="checkbox"/> (342)	<input type="checkbox"/> (342)	<input type="checkbox"/> (342)	<input type="checkbox"/> (342)
<input type="checkbox"/> (343)	<input type="checkbox"/> (343)	<input type="checkbox"/> (343)	<input type="checkbox"/> (343)
<input type="checkbox"/> (344)	<input type="checkbox"/> (344)	<input type="checkbox"/> (344)	<input type="checkbox"/> (344)

SECTION IV — CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

Les questions qui suivent portent sur les médicaments que les membres du foyer ont pris, au cours des 2 dernières jours (comprimés, onguents, sirop,...)

À l'intervieweur :
 Pour chaque personne :
 Montrez la fiche «E» et posez les questions;
 Inscrivez la réponse dans la colonne appropriée
 «1» pour «OUI»
 «2» pour «NON»
 «3» pour «NE SAIT PAS».

Hier ou avant hier, est-ce que quelqu'un du foyer a fait usage des produits suivants :

- 88) Analgésiques (médicaments contre la douleur).
 comme l'aspirine ? 1 = oui (OUI?) 2 = non 3 = ne sait pas 89 (345)
- 90) Tranquillisants, sédatifs ou somnifères ? 1 = oui (OUI?) 2 = non 3 = ne sait pas 90 (346)
- 91) Médicaments pour le cœur ou la tension artérielle (pression sanguine) ? 1 = oui (OUI?) 2 = non 3 = ne sait pas 91 (347)
- 92) Antibiotiques ? 1 = oui (OUI?) 2 = non 3 = ne sait pas 92 (348)
- 93) Remèdes ou médicaments pour l'estomac ? 1 = oui (OUI?) 2 = non 3 = ne sait pas 93 (349)
- 94) Laxatifs ? 1 = oui (OUI?) 2 = non 3 = ne sait pas 94 (350)
- 95) Remèdes contre la toux ou le rhume ? 1 = oui (OUI?) 2 = non 3 = ne sait pas 95 (351)
- 96) Onguents pour la peau ? 1 = oui (OUI?) 2 = non 3 = ne sait pas 96 (352)
- 97) Vitamines ou minéraux ? 1 = oui (OUI?) 2 = non 3 = ne sait pas 97 (353)
- 98) Suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, de la poudre d'os, etc.? 1 = oui (OUI?) 2 = non 3 = ne sait pas 98 (354)
- 99) Stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral ? 1 = oui (OUI?) 2 = non 3 = ne sait pas 99 (355)
- 100) (femmes de 12 ans et plus)
 Pilule contraceptive ? 1 = oui (OUI?) 2 = non 3 = ne sait pas 100 (356)
- 101) Tout autre médicament ?
 1 = oui (OUI?) 2 = non 3 = ne sait pas si oui, précisez le type de médicament 101 (357)

À l'intervieweur :
 Si personne dans le foyer n'a pris un médicament,
 passez à la question 132

(358-359)

89 <input type="checkbox"/> (345)			
90 <input type="checkbox"/> (346)			
91 <input type="checkbox"/> (347)			
92 <input type="checkbox"/> (348)			
93 <input type="checkbox"/> (349)			
94 <input type="checkbox"/> (350)			
95 <input type="checkbox"/> (351)			
96 <input type="checkbox"/> (352)			
97 <input type="checkbox"/> (353)			
98 <input type="checkbox"/> (354)			
99 <input type="checkbox"/> (355)			
100 <input type="checkbox"/> (356)			
101 <input type="checkbox"/> (357)			
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<input type="checkbox"/> (358-359)	<input type="checkbox"/> (358-359)	<input type="checkbox"/> (358-359)	<input type="checkbox"/> (358-359)

SECTION IV — CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS (suite)

Pour chacun des médicaments utilisés dans les 2 derniers jours, nous vous demandons certaines informations supplémentaires.

TRANSCRIVEZ LE TYPE DE MÉDICAMENT

1er médicament

102) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste ?

- 1 = oui
- 2 = non
- 3 = ne sait pas

(360-361)

103) À quelle fréquence _____ prend-t-il (elle) ce médicament ?
(Attention si antibiotique)

- 1 = à tous les jours
- 2 = quelquefois par semaine
- 3 = quelquefois par mois
- 4 = quelquefois par année
- 5 = ne sait pas

(362)

(363)

104) Depuis combien de temps _____ prend-t-il (elle) ce médicament ?

- 1 = moins d'un mois
- 2 = d'un à six mois
- 3 = de six mois à un an
- 4 = plus d'un an
- 5 = ne sait pas

(364)

105) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT

(365-372)

106) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ prénom a pris ce médicament ?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME

(373-376)

<input type="checkbox"/> (360-361)	<input type="checkbox"/> (360-361)	<input type="checkbox"/> (360-361)	<input type="checkbox"/> (360-361)
<input type="checkbox"/> (362)	<input type="checkbox"/> (362)	<input type="checkbox"/> (362)	<input type="checkbox"/> (362)
<input type="checkbox"/> (363)	<input type="checkbox"/> (363)	<input type="checkbox"/> (363)	<input type="checkbox"/> (363)
<input type="checkbox"/> (364)	<input type="checkbox"/> (364)	<input type="checkbox"/> (364)	<input type="checkbox"/> (364)
<input type="checkbox"/> (365-372)	<input type="checkbox"/> (365-372)	<input type="checkbox"/> (365-372)	<input type="checkbox"/> (365-372)
<input type="checkbox"/> (373-376)	<input type="checkbox"/> (373-376)	<input type="checkbox"/> (373-376)	<input type="checkbox"/> (373-376)

SECTION IV — CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS (suite)

TRANSCRIVEZ LE TYPE DE MÉDICAMENT

2e médicament

107) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste ?

- 1 = oui
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

108) À quelle fréquence _____ prénom _____ prend-t-il (elle) ce médicament ?
(Attention si antibiotique)

- 1 = à tous les jours
- 2 = quelquefois par semaine
- 3 = quelquefois par mois
- 4 = quelquefois par année
- 8 = ne sait pas

109) Depuis combien de temps _____ prénom _____ prend-t-il (elle) ce médicament ?

- 1 = moins d'un mois
- 2 = d'un à six mois
- 3 = de six mois à un an
- 4 = plus d'un an
- 8 = ne sait pas

110) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT

111) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ prénom _____ a pris ce médicament ?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME

(377-378)

(379)

(380)

(381)

(382-389)

(390-393)

<input type="checkbox"/> (377-378)	<input type="checkbox"/> (377-378)	<input type="checkbox"/> (377-378)	<input type="checkbox"/> (377-378)
<input type="checkbox"/> (379)	<input type="checkbox"/> (379)	<input type="checkbox"/> (379)	<input type="checkbox"/> (379)
<input type="checkbox"/> (380)	<input type="checkbox"/> (380)	<input type="checkbox"/> (380)	<input type="checkbox"/> (380)
<input type="checkbox"/> (381)	<input type="checkbox"/> (381)	<input type="checkbox"/> (381)	<input type="checkbox"/> (381)
<input type="checkbox"/> (382-389)	<input type="checkbox"/> (382-389)	<input type="checkbox"/> (382-389)	<input type="checkbox"/> (382-389)
<input type="checkbox"/> (390-393)	<input type="checkbox"/> (390-393)	<input type="checkbox"/> (390-393)	<input type="checkbox"/> (390-393)

SECTION IV — CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS (suite)

TRANSCRIVEZ LE TYPE DE MÉDICAMENT

De médicament

112) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste ?

- 1 = oui
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

(394-395)

(396)

113) À quelle fréquence _____ prend-t-il (elle) ce médicament ?
(Attention si antibiotique)

- 1 = à tous les jours
- 2 = quelquefois par semaine
- 3 = quelquefois par mois
- 4 = quelquefois par année
- 8 = ne sait pas

(397)

114) Depuis combien de temps _____ prend-t-il (elle) ce médicament ?

- 1 = moins d'un mois
- 2 = d'un à six mois
- 3 = de six mois à un an
- 4 = plus d'un an
- 8 = ne sait pas

(398)

115) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT

(399-406)

116) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ prénom a pris ce médicament ?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME

(407-410)

<input type="checkbox"/> (394-395)	<input type="checkbox"/> (394-395)	<input type="checkbox"/> (394-395)	<input type="checkbox"/> (394-395)
<input type="checkbox"/> (396)	<input type="checkbox"/> (396)	<input type="checkbox"/> (396)	<input type="checkbox"/> (396)
<input type="checkbox"/> (397)	<input type="checkbox"/> (397)	<input type="checkbox"/> (397)	<input type="checkbox"/> (397)
<input type="checkbox"/> (398)	<input type="checkbox"/> (398)	<input type="checkbox"/> (398)	<input type="checkbox"/> (398)
<input type="checkbox"/> (399-406)	<input type="checkbox"/> (399-406)	<input type="checkbox"/> (399-406)	<input type="checkbox"/> (399-406)
<input type="checkbox"/> (407-410)	<input type="checkbox"/> (407-410)	<input type="checkbox"/> (407-410)	<input type="checkbox"/> (407-410)

SECTION IV — CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS (suite)

TRANSCRIVEZ LE TYPE DE MÉDICAMENT

Le médicament

117) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste ?

- 1 = oui
- 2 = non
- 3 = ne sait pas

118) À quelle fréquence _____ prend-t-il (elle) ce médicament ?
(Attention si antibiotique)

- 1 = à tous les jours
- 2 = quelquefois par semaine
- 3 = quelquefois par mois
- 4 = quelquefois par année
- 5 = ne sait pas

119) Depuis combien de temps _____ prend-t-il (elle) ce médicament ?

- 1 = moins d'un mois
- 2 = d'un à six mois
- 3 = de six mois à un an
- 4 = plus d'un an
- 5 = ne sait pas

120) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT

121) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ a pris ce médicament ?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME

<input type="checkbox"/> (411-412)	<input type="checkbox"/> (411-412)	<input type="checkbox"/> (411-412)	<input type="checkbox"/> (411-412)
<input type="checkbox"/> (413)	<input type="checkbox"/> (413)	<input type="checkbox"/> (413)	<input type="checkbox"/> (413)
<input type="checkbox"/> (414)	<input type="checkbox"/> (414)	<input type="checkbox"/> (414)	<input type="checkbox"/> (414)
<input type="checkbox"/> (415)	<input type="checkbox"/> (415)	<input type="checkbox"/> (415)	<input type="checkbox"/> (415)
_____		_____	
<input type="checkbox"/> (416-423)		<input type="checkbox"/> (416-423)	
_____		_____	
<input type="checkbox"/> (424-427)		<input type="checkbox"/> (424-427)	
_____		_____	

SECTION IV — CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS (suite)

TRANSCRIVEZ LE TYPE DE MÉDICAMENT

Se médicament

122) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste ?

- 1 = oui
- 2 = non
- 8 = ne sait pas

(428-429)

123) À quelle fréquence _____ prénom _____ prend-t-il (elle) ce médicament ?
(Attention si antibiotique)

- 1 = à tous les jours
- 2 = quelquefois par semaine
- 3 = quelquefois par mois
- 4 = quelquefois par année
- 8 = ne sait pas

(430)

124) Depuis combien de temps _____ prénom _____ prend-t-il (elle) ce médicament ?

- 1 = moins d'un mois
- 2 = d'un à six mois
- 3 = de six mois à un an
- 4 = plus d'un an
- 8 = ne sait pas

(431)

125) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire) ?

(432)

PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT

(433-440)

126) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ prénom _____ a pris ce médicament ?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME

(441-444)

<input type="checkbox"/> (428-429)	<input type="checkbox"/> (428-429)	<input type="checkbox"/> (428-429)	<input type="checkbox"/> (428-429)
<input type="checkbox"/> (430)	<input type="checkbox"/> (430)	<input type="checkbox"/> (430)	<input type="checkbox"/> (430)
<input type="checkbox"/> (431)	<input type="checkbox"/> (431)	<input type="checkbox"/> (431)	<input type="checkbox"/> (431)
<input type="checkbox"/> (432)	<input type="checkbox"/> (432)	<input type="checkbox"/> (432)	<input type="checkbox"/> (432)
<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> (433-440)	<input type="checkbox"/> (433-440)	<input type="checkbox"/> (433-440)	<input type="checkbox"/> (433-440)
<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> (441-444)	<input type="checkbox"/> (441-444)	<input type="checkbox"/> (441-444)	<input type="checkbox"/> (441-444)
<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

SECTION IV — CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS (suite)

TRANSCRIVEZ LE TYPE DE MÉDICAMENT

6e médicament

127) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste ?

- = Oui
 - * non
 - ne sait pas

128) À quelle fréquence _____ prénom _____ prend-t-il (elle) ce médicament ?
(Attention si antibiotique)

- à tous les jours
 - quelquefois par semaine
 - quelquefois par mois
 - quelquefois par année
 - ne sait pas

129) Depuis combien de temps prénom prend-t-il (elle) ce médicament ?

- moins d'un mois
 - d'un à six mois
 - de six mois à un an
 - plus d'un an
 - ne sait pas

130) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT

131) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ prénom
a pris ce médicament ?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME

I l'intervieweur :
la personne utilise plus de 6 médicaments,
scrivez-les dans l'annexe -A- de votre porte-document

**NOMBRE D'ANNEXES
A COMPLÉTÉES**

<input type="checkbox"/> (445-446)	<input type="checkbox"/> (445-446)	<input type="checkbox"/> (445-446)	<input type="checkbox"/> (445-446)
<input type="checkbox"/> (447)	<input type="checkbox"/> (447)	<input type="checkbox"/> (447)	<input type="checkbox"/> (447)
<input type="checkbox"/> (448)	<input type="checkbox"/> (448)	<input type="checkbox"/> (448)	<input type="checkbox"/> (448)
<input type="checkbox"/> (449)	<input type="checkbox"/> (449)	<input type="checkbox"/> (449)	<input type="checkbox"/> (449)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (450-457)	<input type="checkbox"/> (450-457)	<input type="checkbox"/> (450-457)	<input type="checkbox"/> (450-457)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (458-461)	<input type="checkbox"/> (458-461)	<input type="checkbox"/> (458-461)	<input type="checkbox"/> (458-461)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (462)	<input type="checkbox"/> (462)	<input type="checkbox"/> (462)	<input type="checkbox"/> (462)

SECTION V — ACCIDENTS ET BLESSURES

Les questions qui suivent portent sur les accidents ayant causé des blessures assez graves pour obliger quelqu'un à limiter ses activités normales ou à consulter un médecin. Voici quelques exemples de ces blessures : fracture, coupure ou brûlure grave, entorse au pied, etc.

132) Au cours des 12 derniers mois, quelqu'un du foyer a-t-il eu des accidents ayant causé des blessures (incluant les empoisonnements) et ayant entraîné des limitations au niveau de ses activités?

1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

133) Au cours des 12 derniers mois, quelqu'un du foyer a-t-il eu des accidents ayant causé des blessures (incluant les empoisonnements) pour lesquelles il (elle) a consulté un médecin?

1 = oui (Qui?) 2 = non 8 = ne sait pas

À l'intervieweur :

Si «non» ou «ne sait pas» aux questions 132 et 133,
passez à la question 144.

Pour chaque personne qui a eu un accident causant des
blessures, demandez :

Est-ce que _____ prénom _____ a eu un accident :

ÉCRIVEZ DANS LA COLONNE APPROPRIÉE

	Non	Oui → A-t-il (elle) consulté un médecin	oui	non
--	-----	--	-----	-----

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 134) de la route | 2 | 1 | " | 1 | 2 |
| 135) de travail | 2 | 1 | " | 1 | 2 |
| 136) à l'école | 2 | 1 | " | 1 | 2 |
| 137) à la maison
(intérieur) | 2 | 1 | " | 1 | 2 |
| 138) dans un lieu de loisir
et de sport | 2 | 1 | " | 1 | 2 |
| 139) dans un lieu public
(trottoir, édifice public,
centre commercial,
banque ou autres)
(excluant le lieu de
loisir et de sport) | 2 | 1 | " | 1 | 2 |
| 140) à la maison
(extérieur) | 2 | 1 | " | 1 | 2 |
| 141) dans un autre endroit
(spécifiez) | 2 | 1 | " | 1 | 2 |

(463)

(484)

(465) (466)

(467) (468)

(469) (470)

(471) (472)

(473) (474)

(475) (476)

(477) (478)

(479) (480-481) (482)

<input type="checkbox"/> (463)	<input type="checkbox"/> (463)	<input type="checkbox"/> (463)	<input type="checkbox"/> (463)
<input type="checkbox"/> (464)	<input type="checkbox"/> (464)	<input type="checkbox"/> (464)	<input type="checkbox"/> (464)
<input type="checkbox"/> (465) <input type="checkbox"/> (466)			
<input type="checkbox"/> (467) <input type="checkbox"/> (468)			
<input type="checkbox"/> (469) <input type="checkbox"/> (470)			
<input type="checkbox"/> (471) <input type="checkbox"/> (472)			
<input type="checkbox"/> (473) <input type="checkbox"/> (474)			
<input type="checkbox"/> (475) <input type="checkbox"/> (476)			
<input type="checkbox"/> (477) <input type="checkbox"/> (478)			
<input type="checkbox"/> (479) <input type="checkbox"/> (480-481) <input type="checkbox"/> (482)	<input type="checkbox"/> (479) <input type="checkbox"/> (480-481) <input type="checkbox"/> (482)	<input type="checkbox"/> (479) <input type="checkbox"/> (480-481) <input type="checkbox"/> (482)	<input type="checkbox"/> (479) <input type="checkbox"/> (480-481) <input type="checkbox"/> (482)

SECTION V — ACCIDENTS ET BLESSURES (suite)	
142) Combien d'accidents avec blessures _____ prénom _____ a-t-il (elle) eus au cours des 12 derniers mois ?	NOMBRE
<input type="checkbox"/>	(463-484)
143) Quand a eu lieu le dernier accident ?	
1 = il y a moins de 8 jours 2 = 8 jours à moins 1 mois 3 = 1 mois à moins 3 mois 4 = 3 mois à 1 an 8 = ne sait pas	<input type="checkbox"/> (485)

<input type="checkbox"/> (483-484)	<input type="checkbox"/> (483-484)	<input type="checkbox"/> (483-484)	<input type="checkbox"/> (483-484)
<input type="checkbox"/> (485)	<input type="checkbox"/> (485)	<input type="checkbox"/> (485)	<input type="checkbox"/> (485)

SECTION VI — RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Les questions qui suivent nous fourniront d'importants renseignements de base sur les membres de votre foyer.

À l'Intervieweur :
Posez les questions suivantes pour chaque personne

144) Où _____ prénom _____ est-il(elle) né(e) ?

ÉCRIVEZ LE CODE

1. Québec → passez à Q146
2. Autre province → passez à Q146

3. À l'extérieur du Canada →

PRÉCISEZ

145) En quelle année _____ prénom _____ est-il(elle) venu(e) s'établir au Canada?

À l'Intervieweur :
Demandez pour les personnes âgées de 15 ans ou plus seulement :
Fin de l'entrevue pour les personnes de moins de 15 ans.

146) _____ prénom _____ occupe-t-il(elle) un emploi actuellement ?

1. oui → passez à Q147
2. non → passez à Q148

147) Depuis combien de temps _____ prénom _____ occupe-t-il(elle) cet emploi ?

- | | | |
|-------------------------|---|-----------------|
| 1 = jour | } | → passez à Q149 |
| 2 = semaine | | |
| 3 = mois (max. 12 mois) | | |
| 4 = année | | |
- 8 = ne sait pas → passez à Q150

UNITÉ

(491)

(492)

(493-494)

148) Depuis combien de temps _____ prénom _____ est-il(elle) sans emploi ?

- | | | |
|-------------------------|---|-----------------|
| 1 = jour | } | → passez à Q149 |
| 2 = semaine | | |
| 3 = mois (max. 12 mois) | | |
| 4 = année | | |
| 5 = jamais travaillé | | |
- 8 = ne sait pas → passez à Q156

UNITÉ

(495)

NOMBRE

(496-497)

<input type="checkbox"/> (486)	<input type="checkbox"/> (486)	<input type="checkbox"/> (486)	<input type="checkbox"/> (486)
<input type="checkbox"/> (487-488)	<input type="checkbox"/> (487-488)	<input type="checkbox"/> (487-488)	<input type="checkbox"/> (487-488)
<input type="checkbox"/> (489-490)	<input type="checkbox"/> (489-490)	<input type="checkbox"/> (489-490)	<input type="checkbox"/> (489-490)
<input type="checkbox"/> (491)	<input type="checkbox"/> (491)	<input type="checkbox"/> (491)	<input type="checkbox"/> (491)
<input type="checkbox"/> (492)	<input type="checkbox"/> (492)	<input type="checkbox"/> (492)	<input type="checkbox"/> (492)
<input type="checkbox"/> (493-494)	<input type="checkbox"/> (493-494)	<input type="checkbox"/> (493-494)	<input type="checkbox"/> (493-494)
<input type="checkbox"/> (495)	<input type="checkbox"/> (495)	<input type="checkbox"/> (495)	<input type="checkbox"/> (495)
<input type="checkbox"/> (496-497)	<input type="checkbox"/> (496-497)	<input type="checkbox"/> (496-497)	<input type="checkbox"/> (496-497)

SECTION VI — RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (suite)

149) Durant les douze derniers mois, pendant combien de temps _____ prénom _____ a-t-il (elle) travaillé ?

UNITÉ

(498)

- 1 = jour
- 2 = semaine
- 3 = mois
- 8 = ne sait pas

NOMBRE

(499-500)

A l'Intervieweur :
Posez cette série de questions aux personnes qui occupent actuellement un emploi selon la question 146.
Pour les autres, passez à la question 156.

150) Quel genre de travail fait-il (elle) ? (donnez-en une description complète, par exemple : tenir les comptes à jour, vendre des chaussures, enseigner à l'école primaire, etc.)

(501-504)

151) De quel genre d'entreprise, d'activité économique ou de service s'agit-il ? (donnez-en une description complète, par exemple : fabrication de boîtes en carton, magasin de chaussures au détail, commission scolaire, etc.)

(505-508)

152) Combien d'heures par semaine _____ prénom _____ fait-il (elle) ce travail ?

NOMBRE

(509-510)

153) Ce travail est-il saisonnier ?

- 1 = oui
- 2 = non

(511)

<input type="checkbox"/> (498)	<input type="checkbox"/> (498)	<input type="checkbox"/> (498)	<input type="checkbox"/> (498)
<input type="checkbox"/> (499-500)	<input type="checkbox"/> (499-500)	<input type="checkbox"/> (499-500)	<input type="checkbox"/> (499-500)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (501-504)	<input type="checkbox"/> (501-504)	<input type="checkbox"/> (501-504)	<input type="checkbox"/> (501-504)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (505-508)	<input type="checkbox"/> (505-508)	<input type="checkbox"/> (505-508)	<input type="checkbox"/> (505-508)
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (509-510)	<input type="checkbox"/> (509-510)	<input type="checkbox"/> (509-510)	<input type="checkbox"/> (509-510)
<input type="checkbox"/> (511)	<input type="checkbox"/> (511)	<input type="checkbox"/> (511)	<input type="checkbox"/> (511)

SECTION VI — RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (suite)

154) A-t-il (elle) un autre travail ?

- 1 = oui
- 2 = non
- 3 = ne sait pas } poursuivez avec la personne suivante à la question 146

(512)

155) (Si OUI) Combien d'heures par semaine ?

_____ heures ➤ poursuivez avec la personne suivante à la question 146

NOMBRE

(513-514)

156) Jusqu'en quelle année (sans l'avoir nécessairement terminée) _____ prénom a-t-il (elle) fréquenté l'école secondaire ou primaire ?

UNITÉ

- 1 = primaire
- 2 = secondaire

(515)

NOMBRE

(516-517)

(518-519)

157) Combien d'années d'études _____ prénom a-t-il (elle) terminées à l'université ?

(520-521)

158) Combien d'années d'études cette personne a-t-elle terminées dans un établissement autre qu'une université ou une école secondaire ou primaire (compter les années d'études dans les cégeps, instituts techniques, collèges communautaires, écoles de métiers et collèges commerciaux privés, écoles de sciences infirmières, etc...)?

(522)

159) Actuellement, quelle est la principale source de revenu de votre ménage ?

- 1 = de l'exercice d'un métier, d'une profession
- 2 = d'un commerce
- 3 = de régimes de pension ou de retraite
- 4 = d'une pension alimentaire
- 5 = de l'assurance-chômage
- 6 = de l'aide sociale (aide de dernier recours, bien-être social)
- 7 = autres
- 8 = ne sait pas

(523)

160) Depuis combien de temps ?

- 1 = moins d'un an
- 2 = entre un et quatre ans
- 3 = entre cinq et neuf ans
- 4 = dix ans et plus
- 5 = ne sait pas

<input type="checkbox"/> (512)	<input type="checkbox"/> (512)	<input type="checkbox"/> (512)	<input type="checkbox"/> (512)
<input type="checkbox"/> (513-514)	<input type="checkbox"/> (513-514)	<input type="checkbox"/> (513-514)	<input type="checkbox"/> (513-514)
<input type="checkbox"/> (515)	<input type="checkbox"/> (515)	<input type="checkbox"/> (515)	<input type="checkbox"/> (515)
<input type="checkbox"/> (516-517)	<input type="checkbox"/> (516-517)	<input type="checkbox"/> (516-517)	<input type="checkbox"/> (516-517)
<input type="checkbox"/> (518-519)	<input type="checkbox"/> (518-519)	<input type="checkbox"/> (518-519)	<input type="checkbox"/> (518-519)
<input type="checkbox"/> (520-521)	<input type="checkbox"/> (520-521)	<input type="checkbox"/> (520-521)	<input type="checkbox"/> (520-521)

SECTION VI — RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (suite)

Maintenant nous arrivons à la fin de l'entrevue. Il continue d'exister un lien entre l'état de santé et le revenu. Nous apprécierions que vous répondiez à la question suivante, pour nous permettre d'étudier cette relation. Soyez assuré(e) que cela restera confidentiel tout comme les autres informations que vous avez fournies précédemment.

161) Quel est le revenu global (brut) du ménage provenant de toutes sources, avant impôts et déductions, pour l'année 1992 ? Était-ce :

- 01 = AUCUN REVENU
- 02 = MOINS DE 20,000\$
- 03 = MOINS DE 10,000\$
- 04 = MOINS DE 5,000\$
- 05 = PLUS DE 5,000\$
- 06 = PLUS DE 10,000\$
- 07 = MOINS DE 15,000\$
- 08 = PLUS DE 15,000\$
- 09 = PLUS DE 20,000\$
- 10 = MOINS DE 40,000\$
- 11 = MOINS DE 30,000\$
- 12 = PLUS DE 30,000\$
- 13 = PLUS DE 40,000\$
- 14 = ENTRE 40,000\$ ET 60,000\$
- 15 = ENTRE 60,000\$ ET 80,000\$
- 16 = ENTRE 80,000\$ ET 100,000\$
- 17 = PLUS DE 100,000\$

98 = NE SAIT PAS

99 = REFUS

(524-525)

À l'intervieweur :
 Vous devez maintenant passer au questionnaire auto-administré. (QAA)
 Assurez-vous de remettre les 15 \$ promis et le reçu.
 Remerciez la personne :
 Nous venons de compléter ce questionnaire.
 Je vous remercie de votre collaboration.

N° PERSONNE <input type="checkbox"/> (116-117)			
Age <input type="checkbox"/> (118-119) Sexe <input type="checkbox"/> (120)			

ANNEXE 3

FICHE D'IDENTIFICATION

Santé Québec Enquête Sociale et de Santé

FICHE D'IDENTIFICATION (cette fiche est confidentielle) IDENTIFICATION CHART (this chart is confidential)

1. No. de dossier

2	2						9	9
---	---	--	--	--	--	--	---	---

 (1-10)
File No.

2. Adresse:
Address: _____

3. Code postal:

--	--	--	--	--	--

 (11-16)
Postal code:

4. No. de téléphone() _____
Phone number

5. No. de liste:

--	--	--

 (17-20)
File No.:

6. No. d'intervieweur:

--	--	--

 (21-23)
Interviewer No.

7. Dernier résultat de l'entrevue:
Last result for interview:

--	--

 (24-25)

8. La date du dernier résultat:
The date of last result:

9			
---	--	--	--

 (26-31)
an/
year mois/
month jour/
day

9. Nombre total d'essais pour le dernier résultat:
Number of trials to get the last result:

--	--

 (32-33)

10. Français = 1

--

 (34)
Anglais = 2

11. Logement multiple:
Multiple dwelling:

--	--

 (35-36)

12. Type de construction:

--

 (37)
Construction type:

13. Nombre de pièces:
Number of rooms:

--	--

 (38-39)

1. Maison individuelle
Individual dwelling
2. Moins de 6 logements
Less than 6 dwellings
3. 6 logements et plus
6 dwellings and more
4. Autres
Other

14. Nombre de personnes de 15 ans et plus:
Number of persons aged 15 and more:

--	--

 (40-41)

15. Nombre de QAA attendu(s):
Number of QAA expected:

--	--

 (42-43)

16. Nombre de fiches pour ce ménage:
Number of charts for this household:

--

 (44)

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No. personne <i>Person's no.</i> (65-66)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No. personne <i>Person's no.</i> (85-86)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No. personne <i>Person's no.</i> (105-106)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No. personne <i>Person's no.</i> (125-126)
Prénom <i>Given name</i> <hr/>	Prénom <i>Given name</i> <hr/>	Prénom <i>Given name</i> <hr/>	Prénom <i>Given name</i> <hr/>
Nom <i>Family Name</i> <hr/>	Nom <i>Family Name</i> <hr/>	Nom <i>Family Name</i> <hr/>	Nom <i>Family Name</i> <hr/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (67-70) an/year mois/month <input type="checkbox"/> (71-72) âge/age	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (87-90) an/year mois/month <input type="checkbox"/> (91-92) âge/age	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (107-110) an/year mois/month <input type="checkbox"/> (111-112) âge/age	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (127-130) an/year mois/month <input type="checkbox"/> (131-132) âge/age
<input type="checkbox"/> (73)	<input type="checkbox"/> (93)	<input type="checkbox"/> (113)	<input type="checkbox"/> (133)
<input type="checkbox"/> (74-75)	<input type="checkbox"/> (94-95)	<input type="checkbox"/> (114-115)	<input type="checkbox"/> (134-135)
<input type="checkbox"/> (76-77)	<input type="checkbox"/> (96-97)	<input type="checkbox"/> (116-117)	<input type="checkbox"/> (136-137)
<input type="checkbox"/> (78)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (118)	<input type="checkbox"/> (138)
<input type="checkbox"/> (79)	<input type="checkbox"/> (99)	<input type="checkbox"/> (119)	<input type="checkbox"/> (139)
<input type="checkbox"/> (80-81)	<input type="checkbox"/> (100-101)	<input type="checkbox"/> (120-121)	<input type="checkbox"/> (140-141)
<input type="checkbox"/> (82)	<input type="checkbox"/> (102)	<input type="checkbox"/> (122)	<input type="checkbox"/> (142)
<input type="checkbox"/> (83-84)	<input type="checkbox"/> (103-104)	<input type="checkbox"/> (123-124)	<input type="checkbox"/> (143-144)

17. Numéro de la personne dans le ménage:

Person's number in the household:

No. personne
Person's no.

(45-46)

18. Indiquer toutes les personnes qui demeurent actuellement dans ce logement, qui n'ont pas de lieu de résidence ailleurs, et/ou qui sont temporairement absentes (affaires, études, hôpital, etc.)

Include all persons now living or staying in this dwelling, who have no usual place of residence elsewhere, and/or are temporarily away (such as on business, at school, in hospital, etc.)

19. Quelle est la date de naissance de _____:

What is _____ birth date:

(47-50)
an/year mois/month

20. Cela signifie qu'il(elle) est âgé(e) de _____:
(calculez l'âge)

That means he (she) is _____ years old:
(calculate the age)

(51-52)
âge/age

21. VÉRIFIEZ LE SEXE DE CHAQUE PERSONNE ET CODEZ:

1= homme 2= femme

VERIFY THE SEX OF EACH PERSON AND CODE:

1= male 2= female

(53)

22. REMETTEZ LA FICHE DE RÉFÉRENCE "A"

Quel est le lien entre vous et _____?

0 1 (54-55)

SHOW REFERENCE CARD "A"

What is your relationship with _____?

(IF OTHER SPECIFY)

23. Indiquez pour chacune si elle est père ou mère d'une des personnes.

Specify for each if she or he is a mother or a father of another person.

(56-57)

24. Indiquez pour chacune des personnes, si elle a participé à l'entrevue. 1 = oui, 2 = non

Specify for each person if she participated in the interview. 1 = yes, 2 = no

(58)

25. QRI: Y a-t-il des réponses (pour chacune des personnes)

1 = oui, 2 = non

QRI: Are there answers (for each person)

1 = yes, 2 = no

(59)

26. Raison des non-réponses (pour chacune des personnes)

Reasons for no reply (for each person)

(60-61)

27. QAA : livré (pour chacune des personnes)

1 = oui, 2 = non, 3 = NA (moins de 15 ans)

QAA : delivered (for each person)

1 = yes, 2 = no, 3 = NA (less than 15 years old)

(62)

28. Si NON, pourquoi? (pour chacune des personnes)

IF NO, why? (for each person)

(63-64)

**QUESTION À POSER UNIQUEMENT À LA PERSONNE DE RÉFÉRENCE:
QUESTION TO BE ASKED ONLY TO REFERENCE PERSON :**

29. Quel type de famille correspond le mieux à votre organisation familiale?
What family type best corresponds to your family situation?

(145)

1- personne seule

1-single

2- couple sans enfant

2-couple with no children

3- famille monoparentale

3-single parent family

4 - couple avec enfant(s)
issu(s) de l'union actuelle
des conjoint

4-couple with children born
of current union

5 - couple avec enfant(s)
issu(s) de l'union actuelle
des conjoints et avec enfant(s)
issu(s) de l'union précédente
de l'un ou l'autre des
conjoints.

5-couple with children born
of both current and previous
union of one or other of
spouses

6 - couple sans enfant issu de
l'union actuelle des conjoints
et avec enfant(s) issu(s) de
l'union précédente de l'un des
conjoints.

6-couple with no children
born of current union but
with children from previous
union of one of spouses

7 - autre → spécifiez

7-other → specify

ASSUREZ-VOUS QUE LES QUESTIONS DE LA PAGE 2 DE LA FICHE SONT COMPLÉTÉES
REMERCIÉZ LA PERSONNE ET PASSEZ AU «ORI»

COMMENTAIRES:

COMMENTS:

* REÇU *
* RECEIPT *

J'affirme avoir reçu la somme de 15.00\$ constituant la prime de participation à l'enquête de SANTÉ QUÉBEC.

I confirm having received 15.00\$ representing the participation bonus for the SANTÉ QUÉBEC survey.

Signature:.....

DATE: _____

* Ce reçu ne sert qu'à assurer que vous avez bien reçu la prime de 15.00\$.
* This receipt proves that you effectively received the bonus of 15.00\$.

ANNEXE 4

LISTE DES FIGURES

Chapitre 4

Figure 4A :	Indice de masse corporelle selon le sexe, population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	48
Figure 4B :	Indice de masse corporelle selon l'âge, population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	49
Figure 4C :	Indice de masse corporelle selon la sous-région, population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	50
Figure 4D :	Indice de masse corporelle selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	50
Figure 4E :	Indice de masse corporelle selon l'état matrimonial de fait, population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	51
Figure 4F :	Indice de masse corporelle, population de 15 ans et plus, Estrie 1987 et 1992-1993	51

Chapitre 5

Figure 5A :	Fréquence des activités physiques de loisir, 20 à 30 minutes par séance, selon l'âge, population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	57
Figure 5B :	Fréquence des activités physiques de loisir, 20 à 30 minutes par séance, selon le sexe, population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	58

Chapitre 6

Figure 6A :	Personnes très satisfaites de leur vie sociale selon l'âge, population de 15 ans et plus, Estrie 1987 et 1992-1993	81
-------------	--	----

Chapitre 7

Figure 7A :	Faible niveau d'autonomie professionnelle au travail, selon la catégorie professionnelle, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Estrie et Québec 1992-1993	90
-------------	---	----

Chapitre 8

Figure 8A :	Fréquence de l'autoexamen de seins, population féminine de 15 ans et plus, Estrie 1987, Estrie et Québec 1992-1993	99
Figure 8B :	Temps écoulé depuis le dernier examen clinique, population féminine de 15 ans et plus, Estrie et Québec 1992-1993	101
Figure 8C :	Temps écoulé depuis la dernière mammographie, population féminine de 15 ans et plus, Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993	103
Figure 8D :	Temps écoulé depuis le dernier test de Pap, population féminine de 15 ans et plus, Estrie 1987, Estrie et Québec 1992-1993	104
Figure 8E :	Temps écoulé depuis le dernier test de Pap selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	105
Figure 8F :	Consommation d'anovulants selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Estrie 1987, Estrie et Québec 1992-1993	106
Figure 8G :	Consommation d'hormones pour troubles liés à la ménopause ou pour autre raison, selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Estrie 1987, Estrie et Québec 1992-1993	107

Chapitre 9

Figure 9A :	Perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Estrie 1987 et 1992-1993	114
Figure 9B :	État de santé perçu insatisfaisant selon l'âge, population de 15 ans et plus, Estrie 1987 et 1992-1993	115
Figure 9C :	État de santé perçu insatisfaisant selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	116
Figure 9D :	État de santé perçu insatisfaisant selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	116
Figure 9E :	État de santé perçu insatisfaisant selon la fréquence d'activités physiques de loisir au cours des trois derniers mois, population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	117

Figure 9F :	État de santé perçu insatisfaisant selon la satisfaction de leur vie sociale, population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	118
Figure 9G :	État de santé perçu insatisfaisant selon le niveau de soutien social, population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	118

Chapitre 13

Figure 13A :	Schéma relationnel des déficiences, incapacités et désavantages	163
Figure 13B :	Dimensions et mesures de handicap dans l'Enquête sociale et de santé 1992-1993	166
Figure 13C :	Pertes d'autonomie fonctionnelle à long terme (échelle hiérarchique), population en ménage privé, Estrie et Québec 1992-1993	167
Figure 13D :	Journées d'incapacité par personne selon le genre d'incapacité, population en ménage privé, Estrie et Québec 1992-1993	169
Figure 13E :	Espérance de vie en santé à la naissance selon le sexe, Québec 1987 et 1992-1993	171

Chapitre 14

Figure 14A :	Utilisation de médicaments : modèle conceptuel	175
---------------------	--	-----

Chapitre 15

Figure 15A :	Personnes ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'enquête, selon l'âge, population totale, Estrie 1992-1993	195
Figure 15B :	Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines précédant l'enquête selon le niveau de revenu, le niveau de scolarité relative et le sexe, population totale, Estrie 1992-1993	197

Chapitre 16

Figure 16A :	Perception de sa situation économique, population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	209
---------------------	---	-----

Figure 16B : Perception de sa situation économique selon la santé perçue insatisfaisante et la détresse psychologique élevée, population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	210
Figure 16C : Patrimoine accumulé du ménage, population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	211
Figure 16D : Patrimoine accumulé du ménage selon la santé perçue insatisfaisante et la détresse psychologique élevée, population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	213
Figure 16E : Niveau d'exclusion du marché du travail au cours de l'année précédant l'enquête, population des 15-64 ans ayant déjà occupé un emploi, Estrie 1992-1993	214
Figure 16F : Niveau d'exclusion du marché du travail au cours de l'année précédant l'enquête selon la santé perçue insatisfaisante et la détresse psychologique élevée, population des 15-64 ans ayant déjà occupé un emploi, Estrie 1992-1993	215
Figure 16G : Durée de la pauvreté perçue, population de 15 ans et plus se percevant pauvre ou très pauvre, Estrie 1992-1993	216

ANNEXE 5

LISTE DES TABLEAUX

Caractéristiques de la population de l'enquête

Tableau A1 : Répondants et population estrienne en ménage privé selon l'âge et le sexe (%), Estrie 1992-1993	xxix
Tableau A2 : Population de l'enquête âgée de 15 ans et plus selon l'état matrimonial de fait et la sous-région (%), Estrie 1992-1993	xxxii
Tableau A3 : Population de l'enquête âgée de 15 ans et plus selon le niveau de revenu (%), Estrie et Québec 1992-1993	xxxii
Tableau A4 : Catégories professionnelles de la population de l'enquête âgée de 15 ans et plus occupant un emploi selon la sous-région (%), Estrie 1992-1993	xxxiv

Chapitre 1

Tableau 1A : Types de buveurs (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993	10
Tableau 1B : Types de buveurs selon le sexe (%), population de 15 ans et plus, Estrie et Québec 1992-1993	10
Tableau 1C : Types de buveurs selon l'âge (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	11
Tableau 1D : Types de buveurs selon la sous-région de résidence (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	11
Tableau 1E : Types de buveurs selon le niveau de revenu (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	12
Tableau 1F : Consommation d'alcool au cours de la semaine précédant l'enquête (%), buveurs de 15 ans et plus, Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993	13
Tableau 1G : Consommation d'alcool au cours de la semaine précédant l'enquête selon le sexe (%), buveurs de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	13
Tableau 1H : Consommation d'alcool au cours de la semaine précédant l'enquête selon l'âge (%), buveurs de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	14

Tableau 1I : Consommation d'alcool au cours de la semaine précédent l'enquête selon le niveau de scolarité relative (%), buveurs de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	14
Tableau 1J : Fréquence de consommation, au cours de l'année précédent l'enquête, de 5 consommations ou plus en une seule occasion (%), buveurs de 15 ans et plus, Estrie et Québec 1992-1993	15
Tableau 1K : Fréquence de consommation, au cours de l'année précédent l'enquête, de 5 consommations ou plus selon le sexe (%), buveurs de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	15
Tableau 1L : Fréquence de consommation, au cours de l'année précédent l'enquête, de 5 consommations ou plus selon l'âge (%), buveurs de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	16
Tableau 1M : Fréquence de consommation, au cours de l'année précédent l'enquête, de 5 consommations ou plus selon le niveau de revenu (%), buveurs de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	16
Tableau 1N : Fréquence d'enivrement, au cours de l'année précédent l'enquête selon le sexe (%), buveurs de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	17
Tableau 1O : Fréquence d'enivrement, au cours de l'année précédent l'enquête selon l'âge (%), buveurs de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	17

Chapitre 2

Tableau 2A : Types de consommateurs de drogues (%), population de 15 ans et plus, Estrie et Québec 1992-1993	25
Tableau 2B : Types de consommateurs de drogues selon le sexe (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	25
Tableau 2C : Types de consommateurs de drogues selon l'âge (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	26
Tableau 2D : Types de consommateurs de drogues selon la sous-région (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	26
Tableau 2E : Types de consommateurs de drogues selon le niveau de revenu (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	27

Tableau 2F : Types de consommateurs de drogues selon le niveau de scolarité relative (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	27
--	----

Chapitre 3

Tableau 3A : Types de fumeurs (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993	35
Tableau 3B : Types de fumeurs selon le sexe (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	36
Tableau 3C : Types de fumeurs selon l'âge (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	36
Tableau 3D : Types de fumeurs selon le niveau de revenu (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	37
Tableau 3E : Types de fumeurs selon le niveau de scolarité relative (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	37
Tableau 3F : Types de fumeurs selon l'état matrimonial de fait (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	37
Tableau 3G : Types de fumeurs selon le type de buveurs d'alcool (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	38
Tableau 3H : Âge où la personne a commencé à fumer tous les jours selon l'âge des fumeurs réguliers (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	38
Tableau 3I : Nombre de cigarettes par jour chez les fumeurs réguliers (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993	39
Tableau 3J : Nombre de cigarettes par jour chez les fumeurs réguliers selon le sexe (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1987 et 1992-1993	40
Tableau 3K : Nombre de cigarettes par jour chez les fumeurs réguliers selon l'âge (%), population de 15 ans et plus, Estrie et Québec 1992-1993	40
Tableau 3L : Types de fumeurs selon l'âge (%), anciens fumeurs de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	41

Chapitre 4

Tableau 4A : Seuils retenus pour l'indice de masse corporelle (IMC) selon l'âge, population de 15 ans et plus	46
---	----

Chapitre 5

Tableau 5A : Fréquence des activités physiques de loisir, 20 à 30 minutes par séance, selon certaines caractéristiques socioéconomiques (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	59
---	----

Tableau 5B : Les dix activités physiques de loisir les plus populaires (%), population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993	60
--	----

Chapitre 6

Tableau 6A : Indice de soutien social selon le sexe, l'âge, le niveau de revenu et la sous-région (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	70
---	----

Tableau 6B : Composantes de l'indice de soutien social selon le sexe (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	72
--	----

Tableau 6C : Composantes de l'indice de soutien social selon l'âge (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	74
--	----

Tableau 6D : Niveau faible de l'indice de soutien social selon certaines composantes de l'indice et selon l'état matrimonial de fait (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	75
--	----

Tableau 6E : Niveau faible de l'indice de soutien social selon certaines composantes et selon le niveau de revenu (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	76
---	----

Tableau 6F : Niveau faible de l'indice de soutien social selon certaines composantes et selon le statut d'activité (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	77
--	----

Tableau 6G : Situation de vie selon l'âge (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	78
---	----

Tableau 6H : Situation de vie selon la sous-région (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	79
--	----

Tableau 6I : Situation de vie selon le niveau de revenu (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	79
---	----

Chapitre 7

Tableau 7A : Autonomie décisionnelle au travail selon le niveau de revenu (%), population de 15 ans et plus occupant un emploi, Estrie et Québec 1992-1993	89
--	----

Chapitre 10

Tableau 10A : Niveau l'indice de détresse psychologique selon le sexe (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993	126
Tableau 10B : Niveau de l'indice de détresse psychologique selon l'âge (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	127
Tableau 10C : Niveau de l'indice de détresse psychologique selon l'état matrimonial de fait (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	127
Tableau 10D : Niveau de l'indice de détresse psychologique selon la scolarité relative (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	128
Tableau 10E : Niveau de l'indice de détresse psychologique selon le niveau de revenu (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	128
Tableau 10F : Niveau de l'indice de détresse psychologique selon la satisfaction de la vie sociale (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	129
Tableau 10G : Niveau de l'indice de détresse psychologique selon le soutien social (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	129
Tableau 10H : Niveau de l'indice de détresse psychologique selon l'impact sur la vie familiale ou sentimentale (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	130
Tableau 10I : Niveau de l'indice de détresse psychologique selon l'impact sur le travail ou les études (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	130

Tableau 10J : Niveau de l'indice de détresse psychologique selon l'impact sur la vie sociale (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993 131

Tableau 10K : Niveau de l'indice de détresse psychologique selon la consultation (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993 131

Chapitre 11

Tableau 11A : Prévalence des parasuicides au cours de la vie selon le sexe et l'âge (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1987 et 1992-1993 140

Tableau 11B : Présence d'idées suicidaires au cours de la vie, selon le sexe et l'âge (%), population âgée de 15 ans et plus, Estrie 1987 et 1992-1993 142

Tableau 11C : Présence d'idées suicidaires au cours des 12 mois précédent l'enquête, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Estrie 1987 et 1992-1993 143

Tableau 11D : Taux annuel moyen de décès par suicide pour 100 000 personnes, selon le sexe et l'âge, Estrie 1989-1993 146

Chapitre 12

Tableau 12A : Victimes d'accidents avec blessures au cours des 12 mois précédent l'enquête et ayant entraîné une limitation d'activités ou une consultation médicale, selon quelques caractéristiques (taux pour 1000), population totale, Estrie 1992-1993 156

Chapitre 13

Tableau 13A : Pertes d'autonomie fonctionnelle à long terme selon l'âge (%), population en ménage privé, Estrie et Québec 1992-1993 168

Chapitre 14

Tableau 14A : Personnes ayant pris au moins un médicament dans les deux jours précédent l'enquête, selon le nombre de médicaments (%), population totale, Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993 178

Tableau 14B :	Personnes ayant pris au moins un médicament dans les deux jours précédent l'enquête, selon l'âge et le nombre de médicaments (%), population totale, Estrie 1987 et 1992-1993 . . .	179
Tableau 14C :	Personnes ayant pris au moins un médicament dans les deux jours précédent l'enquête, selon le sexe et le nombre de médicaments (%), population totale, Estrie 1987 et 1992-1993 . . .	180
Tableau 14D :	Personnes ayant pris au moins un médicament dans les deux jours précédent l'enquête, selon la sous-région et le nombre de médicaments (%), population totale, Estrie 1992-1993	180
Tableau 14E :	Personnes ayant pris au moins une classe de médicaments dans les deux jours précédent l'enquête, selon le nombre de classes de médicaments (%), population totale, Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993	181
Tableau 14F :	Personnes ayant pris au moins une classe de médicaments selon le sexe et le nombre de classes de médicaments (%), population totale, Estrie 1987 et 1992-1993	181
Tableau 14G :	Personnes ayant pris au moins un médicament prescrit dans les deux jours précédent l'enquête, selon l'âge (%), population totale, Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993 . .	182
Tableau 14H :	Personnes ayant pris au moins un médicament prescrit dans les deux jours précédent l'enquête, selon le sexe (%), population totale, Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993 . .	183
Tableau 14I :	Personnes ayant pris au moins un médicament non-prescrit dans les deux jours précédent l'enquête, selon l'âge (%), population totale, Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993 . .	184
Tableau 14J :	Personnes ayant pris au moins un médicament non-prescrit dans les deux jours précédent l'enquête, selon le sexe (%), population totale, Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993 . .	184
Tableau 14K :	Personnes ayant pris au moins un médicament dans les deux jours précédent l'enquête, selon la perception de l'état de santé (%), population totale, Estrie 1992-1993	185
Tableau 14L :	Médicaments consommés dans les deux jours précédent l'enquête, selon la classe de médicaments (%), ensemble de médicaments, Estrie et Québec 1992-1993	186

Tableau 14M :	Médicaments prescrits selon la classe de médicaments (%), ensemble des médicaments de la classe, Estrie et Québec 1992-1993	187
---------------	---	-----

Chapitre 15

Tableau 15A :	Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines précédent l'enquête, selon le type de professionnels (%), population totale, Estrie et Québec 1992-1993	196
Tableau 15B :	Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines précédent l'enquête selon certaines caractéristiques sociodémographiques et indicateurs d'état de santé (%). population totale, Estrie et Québec 1992-1993	198
Tableau 15C :	Nombre de types de professionnels consultés au cours des deux semaines précédent l'enquête, selon le sexe (%), Estrie et Québec 1992-1993	199
Tableau 15D :	Lieu de la dernière consultation (%) population ayant consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines précédent l'enquête, Estrie et Québec 1992-1993	200
Tableau 15E :	Raisons invoquées pour la dernière consultation selon le sexe (%), population ayant consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines précédent l'enquête, Estrie et Québec 1992-1993	201

Chapitre 17

Tableau 17A :	Ménages privés selon le type (%), Estrie 1987 et 1992-1993	222
Tableau 17B :	Familles avec au moins un enfant de moins de 18 ans selon le type de famille (%), Estrie 1987 et 1992-1993	223
Tableau 17C :	Mères de familles biparentale et monoparentale selon certains déterminants, états de santé et conséquences (%), Estrie et Québec 1992-1993	225

Chapitre 18

Tableau 18A :	Profil de consommation d'alcool selon le sexe (%), population de 15 ans et plus, Estrie et Québec 1992-1993	235
Tableau 18B :	Profil de consommation d'alcool selon l'âge (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	236
Tableau 18C :	Profil de consommation d'alcool selon le niveau de détresse psychologique (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	236
Tableau 18D :	Profil de consommation d'alcool selon la sous-région (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	237
Tableau 18E :	Risque de développer un problème de consommation abusive d'alcool (Indice CAGE) selon le sexe (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1987 et 1992-1993, Québec 1992-1993	238
Tableau 18F :	Risque de développer un problème de consommation abusive d'alcool (Indice CAGE) selon l'âge (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	239
Tableau 18G :	Risque de développer un problème de consommation abusive d'alcool (Indice CAGE) selon le niveau de détresse psychologique (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	239
Tableau 18H :	Polyusage de substances psychoactives selon le sexe (%), population de 15 ans et plus, Estrie et Québec 1992-1993	240
Tableau 18I :	Polyusage de substances psychoactives selon l'âge (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	241
Tableau 18J :	Polyusage de substances psychoactives selon le niveau de détresse psychologique (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	241
Tableau 18K :	Polyusage de substances psychoactives selon la sous-région (%), population de 15 ans et plus, Estrie 1992-1993	242

N 10,814 E-2539
Ex.2 Emond, Aline
Carbonneau, Michel
RSSSS de L'Estrie - DSP et de l'éva
luation
Et la santé en Estrie, ça va en
1992-1993? Rapport régional de
l'enquête sociale et de santé
DATE NOM
1992-1993

N 10,814
Ex.2



RÉGIES RÉGIONALES
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX



Gouvernement du Québec
Santé Québec