

NIVEAU 4 CONDITIONS SOCIALES

Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé

Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé

Sylvie Rheault

Direction de la recherche et de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Lise Caron

Service de l'actuariat et des analyses économiques
Régie de l'assurance maladie du Québec

Introduction

Le régime d'assurance maladie, qui a été mis en place au début des années 70, à la suite des recommandations de la Commission Castonguay-Neveu, visait en premier lieu à permettre à toute personne résidant au Québec, sans égard à son revenu, son lieu de résidence, son emploi, son âge, de recevoir les services de santé médicalement requis pour prévenir, traiter ou pallier ses problèmes de santé. L'adoption de diverses lois structurant notre régime d'assurance maladie reflète le fait que l'équité face à l'accès au système de soins est une valeur importante de la société québécoise (Desrosiers, 1999). Plus récemment, soit au 1^{er} janvier 1997, le gouvernement rendait universelle la protection par une assurance pour les médicaments prescrits. Toutefois, contrairement au régime d'assurance maladie, le programme d'assurance médicaments n'est pas gratuit à l'accès.

La couverture des frais pour les services de santé est cependant incomplète. On se rappellera que plusieurs programmes complémentaires administrés par la Régie de l'assurance maladie, mais non universels, ont été progressivement instaurés au cours des années 70 et 80 pour offrir des services spécifiques (prothèses...) ou pour desservir des clientèles particulières (services dentaires aux enfants...). Toutefois, au fil des années 90, sous l'influence des crises financières de l'État, les clientèles admises et les services couverts ont été progressivement diminués et certains critères ont été resserrés (ex. : un examen dentaire par année seulement). Ainsi, ces services spécifiques ne sont actuellement couverts ou fournis gratuitement

que pour les clientèles suivantes : les prestataires de la Sécurité du revenu (services dentaires, services optométriques, prothèses...), les personnes âgées (services optométriques), les enfants de 0 à 9ans (services dentaires) et les enfants de moins de 18 ans (services optométriques). D'autres services ne sont couverts pour aucune personne résidant au Québec par le régime d'assurance public, tels les services de physiothérapie à l'extérieur du centre hospitalier, l'orthodontie, le recours à des psychologues en pratique privée... C'est aussi le cas pour les services d'acupuncture, de chiropractie... qui représentent un complément ou une alternative aux services de santé dits plus traditionnels (services médicaux, médicaments...).

Cette couverture incomplète peut donc entraîner, pour des personnes ayant des problèmes de santé, des dépenses supplémentaires. Une certaine iniquité peut alors apparaître envers les personnes ayant moins accès à des régimes d'assurance privés. Certains groupes de la population peuvent être plus touchés que d'autres. Cette couverture peut également constituer, pour les individus sans protection financière, un obstacle à l'utilisation de certains services que requiert leur état de santé. Plusieurs chercheurs ont observé que les personnes ayant des problèmes de santé et ne possédant pas d'assurance utilisaient peu ou pas les services que requiert leur état de santé (Burstin et autres, 1998; Franks et autres, 1993; Hafner-Eaton, 1993; Lohr et autres, 1986; Long et autres, 1998; Sorlie et autres, 1994). Toutefois, ces travaux ont porté principalement sur le recours aux services médicaux et

hospitaliers. Or, au Québec, toute la population est assurée par le régime public pour les soins médicaux et hospitaliers. De plus, dans l'ensemble du Canada, contrairement aux autres pays occidentaux, il n'est pas possible de détenir une assurance privée pour des services déjà offerts par le régime public. Ainsi, la question du recours à des services de santé en regard de la disponibilité ou non d'une assurance privée n'est pertinente que pour les services pratiqués en dehors de l'hôpital, par des professionnels de la santé autres que des médecins, tels les services dentaires, les services optométriques de même que pour tous les autres services peu ou pas couverts par les régimes publics (services de chiropractie, d'acupuncture, de psychologie en pratique privée...).

Enfin, des inquiétudes se sont manifestées face à l'augmentation de la part des dépenses de santé qui sont assumées privément. En effet, de 21 % des dépenses en 1975, les dépenses privées passaient à 31 % des dépenses de santé estimées en 1998 (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1999). Entre autres, le virage ambulatoire pourrait accentuer le recours à des ressources complémentaires privées pour les services posthospitaliers.

Les objectifs du présent chapitre consistent à comparer la couverture des frais de santé par une assurance privée selon certaines caractéristiques socioéconomiques, soit l'âge, le sexe, le statut familial, le statut d'activité habituelle et le niveau de revenu. Également, le recours aux professionnels de la santé autres que des médecins est comparé entre les personnes possédant ou non une couverture d'assurance privée et entre les personnes ayant différentes perceptions de leur état de santé. Une estimation de la présence de déboursés effectués par les personnes ayant subi une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour est aussi réalisée.

28.1 Aspects méthodologiques

Le présent chapitre porte sur trois aspects, soit la couverture d'assurance pour les frais de santé, le recours aux professionnels de la santé autres que des

médecins par les personnes assurées et par celles qui ne le sont pas et la présence de déboursés pour l'aide et les soins à domicile à la suite d'une chirurgie d'un jour ou d'une hospitalisation. Ces trois aspects sont analysés à partir du questionnaire rempli par l'intervieweur. Les données sur la couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé sont tirées de la section XII. Le recours aux professionnels autres que des médecins est mesuré à l'aide des questions provenant de la section III sur le recours aux services de santé ou aux services sociaux. Quant aux données relatives aux déboursés, elles proviennent de la section VII sur les chirurgies d'un jour et de la section VIII sur les hospitalisations.

28.1.1 Indicateurs

Le taux de couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé correspond à la proportion de la population de tous âges qui bénéficie d'un régime d'assurance (QRI 141). On a aussi distingué le taux de couverture selon le type d'assurance privée, soit une police individuelle ou familiale obtenue dans le cadre d'un emploi ou d'une activité professionnelle, désignée ici comme un régime collectif privé, soit une police individuelle ou familiale obtenue auprès d'un courtier d'assurances, désignée alors comme un régime individuel privé (QRI 142 à QRI 144). Plusieurs sous-questions ont porté sur les services couverts par les régimes d'assurance privés. La proportion de la population couverte par une assurance privée pour les services suivants a ainsi pu être estimée : soins hospitaliers (ex. : frais de séjour pour une chambre privée ou semi-privée), médicaments prescrits par un médecin ou un dentiste, soins dentaires, examens de la vue, lunettes et verres de contact et services fournis par certains professionnels (physiothérapeutes, psychologues, chiropraticiens, acupuncteurs, ostéopathes...) (QRI 145 à QRI 150).

L'analyse décrit la relation entre le recours aux professionnels autres que des médecins et le taux de couverture des frais par un régime d'assurance privé. Rappelons que le recours aux professionnels est mesuré par le fait d'avoir consulté ou non un professionnel au cours des deux semaines ayant

précédé l'enquête. Le recours aux dentistes (QRI 18) est comparé entre les personnes ayant un régime d'assurance privé incluant les soins dentaires et celles qui n'en ont pas. Le recours aux ophtalmologistes, optométristes et opticiens (QRI 17 et 21) est comparé entre les personnes ayant une couverture pour les examens de la vue et celles qui n'en ont pas. Quoique médecins, les ophtalmologistes sont inclus dans la liste des professionnels retenus parce qu'ils effectuent des examens de la vue pouvant entraîner la prescription de lunettes. Enfin, le recours aux physiothérapeutes, psychologues, chiropraticiens, acupuncteurs, aux autres personnes qui appliquent des traitements ou qui donnent des conseils de même qu'aux praticiens de médecine non traditionnelle ou de médecine douce (naturopathes, ostéopathes, homéopathes, sages-femmes, etc.) (QRI 22 à QRI 26 et QRI 29) est comparé entre les personnes couvertes par un régime d'assurance privé incluant ces services et celles qui ne le sont pas. Pour l'analyse plus spécifique du recours selon la perception de la santé, portant sur la population de 15 ans et plus, toutes les données concernant le recours aux professionnels autres que des médecins ont été regroupées. Cependant, les travailleurs sociaux ont été exclus sur la base de l'hypothèse que le recours à leurs services était majoritairement effectué dans le secteur public.

L'occurrence de déboursés à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour est mesurée par la proportion de personnes qui ont effectué des déboursés pour de l'aide ou des soins à domicile parmi la population ayant vécu l'une ou l'autre de ces situations. Les faibles effectifs aux questions relatives aux déboursés ne permettent pas de traiter séparément les déboursés pour l'aide à domicile et pour les soins à domicile. Pour la même raison, aucune distinction n'a été faite entre les déboursés effectués à la suite d'une hospitalisation et ceux effectués à la suite d'une chirurgie d'un jour.

28.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1992-1993

Les questions sur le recours aux professionnels ont été reprises des enquêtes de 1987 et de 1992-1993. Quant aux questions sur la couverture des frais de santé et sur les déboursés à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, elles ont été conçues pour les besoins de la présente enquête à l'exception d'une seule, soit la question sur la couverture par une assurance privée (QRI 141) qui provient de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Quoique le libellé de cette question soit identique, le contexte réglementaire et légal n'est pas le même pour les deux enquêtes. En effet, en janvier 1997, le gouvernement du Québec mettait en place un régime obligatoire d'assurance médicaments. Dans cette loi, il est stipulé que lorsque l'un des deux conjoints détient, dans le cadre de son emploi ou par le biais d'une association professionnelle, une protection collective d'assurance privée dans le domaine de la santé, cette assurance doit comprendre le volet médicaments. De plus, l'assureur doit obligatoirement offrir la couverture d'assurance médicaments à l'autre conjoint, aux enfants et aux autres personnes à charge. En l'absence d'un régime collectif d'assurance privé, les individus doivent adhérer au programme public d'assurance médicaments.

Par ailleurs, il est également probable, sans qu'on puisse toutefois en estimer l'ampleur, que certains employeurs ou groupes autoassurés se soient retirés de la protection des assurances privées, en raison du nouveau programme d'assurance public pour les médicaments qui s'avère financièrement plus avantageux pour certaines catégories de la population. On peut connaître l'effet net, soit le pourcentage de la population qui est assurée, sans avoir la possibilité cependant d'identifier les sources du changement.

28.1.3 Portée et limites des données

La question relative à la couverture des frais de santé par une assurance privée semble avoir été bien comprise lorsque l'on examine les réponses, selon les résultats attendus. Ainsi, alors que la *Loi sur*

l'assurance médicaments oblige les assurances collectives à couvrir les médicaments prescrits, les résultats de l'enquête suggèrent que seulement 3,5 % des personnes se disent non couvertes pour les médicaments. On doit cependant s'attendre à une certaine méconnaissance des services couverts par le régime d'assurance privé, dans le cas des services peu fréquemment utilisés. Un sondage pancanadien réalisé par Hoechst Marion Roussel (1999) montrait, qu'au Québec, 57 % des employés estimaient comprendre leur régime d'assurance « extrêmement bien » ou « très bien ». Le pourcentage était plus faible au Québec que dans la plupart des autres provinces canadiennes.

L'enquête permet d'estimer le pourcentage de la population dont le contrat d'assurance couvre différents services, par exemple les soins dentaires, mais ne fournit pas l'information sur le degré de couverture de ces services (types de services, fréquence...), ni sur les frais encourus (franchises, copaiements...). Par ailleurs, puisque les régimes d'assurance couvrent généralement l'ensemble des membres d'une même famille, l'impact de la réponse par un tiers sur la validité des données est sans doute moindre que pour d'autres sujets, comme les problèmes de santé ou le recours à certains services.

Les questions QRI 151 et QRI 152, qui portent sur la couverture des frais de santé par le régime d'assurance public, semblent cependant avoir posé problème. Selon la question « Quelqu'un du foyer est-il inscrit au programme d'assurance médicaments du Québec? Si oui, qui? » (QRI 151), 35 % de la population serait inscrite à un tel programme. Parmi les personnes de 65 ans et plus, dont la presque totalité devrait être couverte par ce programme, seulement 69 % le seraient selon l'enquête. Par ailleurs, à la question « Quelqu'un du foyer est-il couvert par un autre programme d'aide sociale tel que la Sécurité du revenu, c'est-à-dire le bien-être ou l'aide sociale, ou la pension de la Sécurité de la vieillesse, qui paie, en partie ou en totalité, les soins de santé tels les examens de la vue, les soins dentaires... ? Si oui, qui? » (QRI 152), 14 % de la population bénéficierait

d'une telle couverture. Ce pourcentage est de 56 % pour les personnes de 65 ans et plus. Or, ce dernier pourcentage aurait dû s'approcher de 100 %, puisque les personnes de ce groupe d'âge reçoivent toutes la pension de la Sécurité de la vieillesse, ce qui les rend admissibles *de facto* à certains programmes publics tels ceux mentionnés dans la question QRI 152. Cette situation laisse croire que les estimations pour les autres groupes d'âge ne sont pas non plus valables. Pour ces raisons, les données sur le taux de couverture des frais de santé par le régime d'assurance public ne sont pas présentées.

28.2 Résultats

28.2.1 Taux de couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé

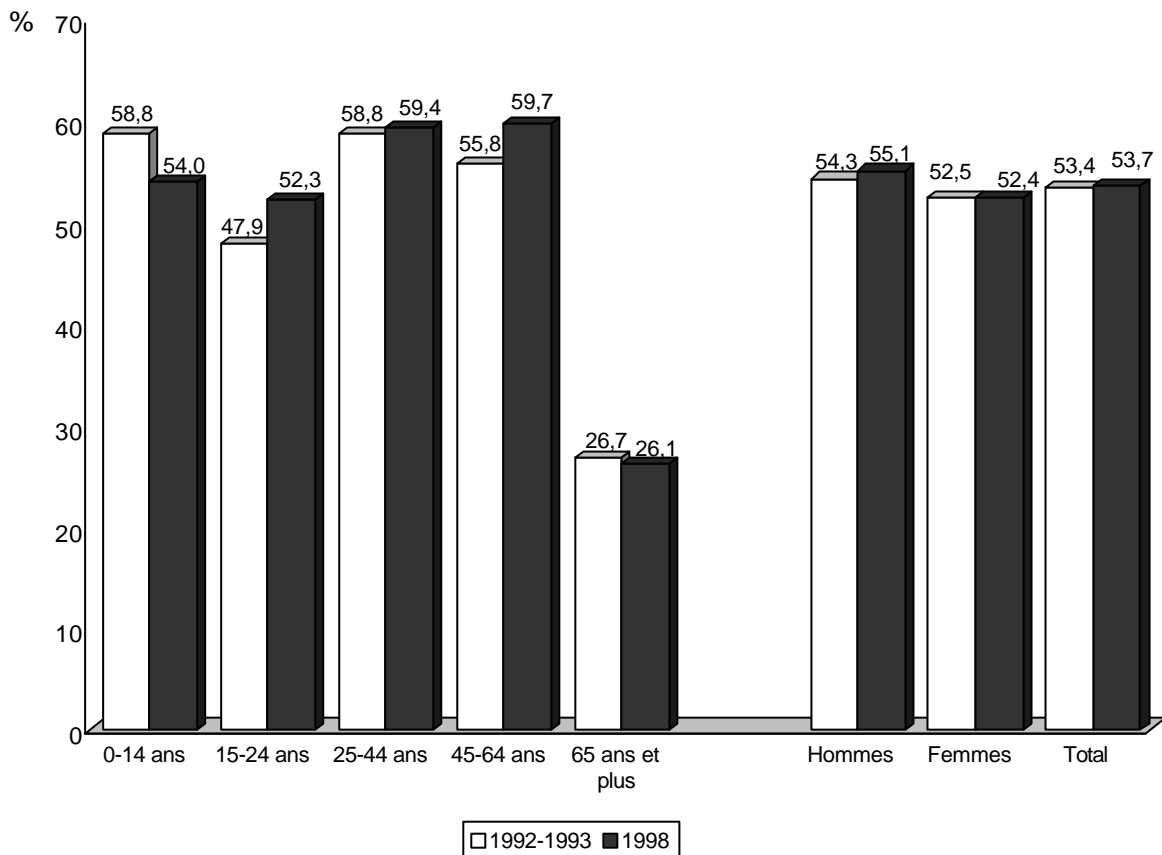
Variations selon le sexe et l'âge

Au total, on estime que plus de la moitié (54 %) de la population québécoise est couverte par un régime d'assurance privé. Les résultats de l'enquête de 1998 permettent également de constater un écart significatif en faveur des hommes (figure 28.1 et tableau C.28.1). Le taux de couverture pour l'ensemble de la population ou selon le sexe est demeuré à peu près le même entre l'enquête de 1992-1993 et celle de 1998.

Les personnes de 65 ans et plus sont celles dont le taux de couverture par un assureur privé est le plus bas, soit 26 %. Cette situation s'explique aisément par l'existence de régimes publics plus généreux pour ce groupe d'âge. Par ailleurs, la proportion la plus élevée de personnes couvertes par un régime d'assurance privé se trouve chez celles de 25 à 64 ans, soit environ 60 %.

La couverture selon l'âge semble avoir varié depuis la dernière enquête. Les enfants de 0 à 14 ans sont proportionnellement moins nombreux à être couverts par un régime privé en 1998 qu'ils ne l'étaient en 1992-1993 (54 % c. 59 %), alors que l'inverse se vérifie auprès des jeunes de 15 à 24 ans (52 % c. 48 %) et des personnes de 45 à 64 ans (60 % c. 56 %).

Figure 28.1
Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1992-1993 et 1998



Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
 Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

On ne remarque aucune différence statistique entre les proportions estimées pour les deux enquêtes en ce qui a trait aux groupes d'âge de 25 à 44 ans et de 65 ans et plus.

Variations selon le statut familial, le statut d'activité habituelle et le niveau de revenu

Le taux de couverture par les régimes privés varie selon le statut familial des individus (tableau 28.1). Les individus qui sont en couple, avec ou sans enfants, détiennent un régime d'assurance privé en plus grande proportion (plus de 50 %) que les personnes seules et les familles monoparentales pour qui les proportions sont similaires (39 % et 37 % respectivement). Parmi les individus vivant en couple, ceux qui

vivent dans des familles biparentales ont une proportion de couverture significativement plus élevée que les couples sans enfants, soit respectivement 63 % et 53 %. Bien que la même tendance s'observe entre les familles biparentales et les familles recomposées, on ne peut cependant conclure que la proportion soit significativement plus élevée (63 % c. 56 %) dans les familles biparentales.

Le taux de couverture par des régimes privés varie également selon le statut d'activité habituelle. Ainsi, les personnes qui ont déclaré le travail comme occupation habituelle, au cours d'une période de 12 mois, sont proportionnellement plus nombreuses (66 %) à être couvertes par une assurance privée que les personnes sans emploi (23 %). Chez les personnes qui tiennent maison ou qui sont à la retraite, les proportions sont sensiblement les mêmes (37 % et 34 % respectivement). Plus de la moitié des personnes de 15 ans et plus aux études sont couvertes par une assurance privée (54 %).

La proportion de personnes qui détiennent une assurance privée varie en fonction du niveau de revenu des ménages. Ainsi, alors que seulement 8 % des personnes vivant au sein de ménages très pauvres possèdent une assurance privée, cette proportion atteint 80 % pour les personnes vivant dans un ménage dont le niveau de revenu est supérieur. Le taux de couverture augmente rapidement avec le revenu.

Tableau 28.1
Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le statut familial, le statut d'activité habituelle et le niveau de revenu, population totale, Québec, 1998

	%
Statut familial	
Personne seule	38,6
Couple sans enfants	53,3
Famille biparentale	62,6
Famille recomposée	56,3
Famille monoparentale	36,7
Statut d'activité habituelle	
En emploi	66,4
Aux études	53,7
Tient maison	36,9
À la retraite	34,0
Sans emploi	23,1
Niveau de revenu	
Très pauvre	8,1
Pauvre	20,4
Moyen inférieur	48,7
Moyen supérieur	70,2
Supérieur	79,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Variations selon le type de régime d'assurance

Parmi les personnes assurées, 89 % possèdent un régime d'assurance collectif obtenu dans le cadre d'un emploi ou d'une activité professionnelle, 3,2 %, une assurance individuelle achetée auprès d'un courtier ou d'une compagnie d'assurances et 0,5 % des personnes, un autre type d'assurance (ex. : cartes de crédit) (tableau 28.2). Par ailleurs, 7 % des personnes détiennent à la fois une assurance collective et une assurance individuelle. Les assurances individuelles dans le domaine de la santé sont achetées principalement pour couvrir les déplacements hors du Québec (assurance voyage).

Tableau 28.2
Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le type d'assurance, population totale, Québec, 1998

	%
Type d'assurances	
Assurance collective provenant d'un emploi ou d'une activité professionnelle	89,4
Assurance individuelle provenant d'un courtier ou d'une compagnie d'assurances	3,2
Autre type d'assurance	0,5
Combinaison	6,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Variations selon le type de services couverts

La moitié de la population est couverte par un régime d'assurance privé pour les frais de séjour hospitalier et pour les médicaments prescrits, soit 49 % et 51 % respectivement (tableau 28.3). La proportion des personnes couvertes pour chacun de ces services est d'environ 50 % pour toutes les catégories d'âge, sauf pour les personnes de 65 ans et plus. Aussi, à l'inverse des autres groupes d'âge, chez le groupe de 65 ans et plus, la couverture pour les frais de séjour hospitalier est plus répandue (24 %) que celle pour les médicaments prescrits (18 %). Par ailleurs, la couverture pour ces services se situe au-delà de 50 % chez les familles avec enfants, biparentales et recomposées.

Tableau 28.3

Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le type de services assurés, l'âge et le statut familial, population totale, Québec, 1998

	Frais de séjour hospitalier	Médicaments prescrits	Soins Dentaires	Examens de la vue	Autres ¹
	%				
Sexes réunis					
0-14 ans	50,4	52,7	36,5	27,1	44,6
15-24 ans	46,1	49,9	32,8	26,8	40,5
25-44 ans	54,3	57,2	40,6	31,4	49,5
45-64 ans	55,5	56,8	34,3	28,2	49,1
65 ans et plus	24,2	17,5	7,7	11,4	17,5
Statut familial					
Personne seule	33,9	33,8	20,3	18,5	28,9
Couple sans enfants	48,9	48,3	29,5	26,2	43,8
Famille biparentale	58,3	60,5	41,3	31,5	51,6
Famille recomposée	52,5	54,6	38,2	30,3	46,9
Famille monoparentale	32,5	34,8	22,8	18,4	29,0
Autre	27,3	32,7	22,5	16,6	24,5
Total	49,3	50,7	33,5	26,9	43,6

1. Comprend les services fournis par certains professionnels, par exemple des psychologues, des physiothérapeutes, des chiropraticiens, des acupuncteurs, des ostéopathes, etc.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les services dits « autres », tels ceux qui sont fournis par des physiothérapeutes, des psychologues, des chiropraticiens, des acupuncteurs, des ostéopathes..., sont couverts par des régimes d'assurance privés pour 44 % de la population. Les données de l'enquête permettent de constater que 34 % de la population possède une assurance privée pour couvrir les frais dentaires et 27 % en possède une pour couvrir les examens de la vue. La population de 25 à 44 ans se distingue de celle des autres groupes d'âge par un pourcentage plus élevé de personnes couvertes pour les frais associés aux services dentaires.

28.2.2 Recours aux professionnels de la santé autres que des médecins selon la présence ou l'absence de couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé

Variations selon le type de professionnels consultés

Au cours d'une période de deux semaines, 16 % des personnes assurées ont consulté un professionnel de la santé autre qu'un médecin et pour lequel des frais privés pouvaient être exigés (tableau 28.4). Les personnes non assurées ont eu recours à un professionnel dans une proportion significativement moindre, soit 14 %. Lorsque l'on compare les deux groupes selon le type de professionnels consultés, on observe aussi des différences significatives pour la consultation des dentistes, physiothérapeutes, chiropraticiens et acupuncteurs, mais pas pour celle des ophtalmologistes, optométristes et opticiens. Quant aux praticiens de médecine non traditionnelle ou de médecine douce et aux psychologues, on parle plutôt d'une tendance à recourir davantage à ces professionnels par les personnes couvertes par un régime d'assurance privé.

Tableau 28.4

Recours aux professionnels autres que des médecins au cours d'une période de deux semaines selon la présence ou l'absence de couverture par un régime d'assurance privé et selon le type de professionnels consultés, population totale, Québec, 1998

Type de professionnels consultés	Recours aux professionnels autres que des médecins	
	Frais couverts	Frais non couverts
	%	
Dentiste	6,3	3,3
Ophthalmologiste, optométriste et opticien	2,1	2,1
Physiothérapeute	1,3	0,7
Chiropraticien	2,1	0,8
Acupuncteur	0,4*	0,2**
Praticien de médecine non traditionnelle	1,1	0,7
Psychologue	1,2	0,8
Total¹	16,1	13,8

1. Le total inclut d'autres types de professionnels non spécifiés dans la liste (ex. : infirmières, pharmaciens, diététistes, etc.) mais exclut les travailleurs sociaux.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Variations selon la perception de l'état de santé

Parmi les personnes de 15 ans et plus percevant leur état de santé comme « excellent ou très bon » ou « bon », la proportion de celles qui ont eu recours à un professionnel autre qu'un médecin est significativement plus élevée chez les personnes assurées que chez celles qui ne le sont pas (tableau 28.5). En effet, le recours est de 15 % chez les premières et de 12 % chez les deuxièmes parmi la population qui qualifie son état de santé « d'excellent ou très bon ». De plus, chez les personnes ayant la perception que leur santé est bonne, les proportions sont respectivement de 18 % et de 15 %. La tendance se maintient chez les

personnes qui perçoivent leur état de santé comme « moyen ou mauvais », bien qu'elle ne soit pas significative.

28.2.3 Déboursés pour les services post-hospitaliers

Environ 2 % des personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont subi une chirurgie d'un jour ont effectué des déboursés pour obtenir des soins ou de l'aide à domicile (données non présentées). Les résultats de l'enquête ne permettent pas de déceler de différence selon l'âge, le sexe, le niveau de revenu, le statut d'activité habituelle et le statut familial.

Tableau 28.5

Recours aux professionnels autres que des médecins au cours d'une période de deux semaines selon la présence ou l'absence de couverture par un régime d'assurance privé et selon la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

Perception de l'état de santé	Recours aux professionnels autres que des médecins	
	Frais couverts	Frais non couverts
	%	
Excellent ou très bon	14,6	11,7
Bon	18,2	14,7
Moyen ou mauvais	28,8	22,2

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Plus de la moitié de la population québécoise est couverte par un régime d'assurance privé. Cette proportion n'a pas varié depuis l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. La mise en place du régime obligatoire d'assurance médicaments en janvier 1997 ne semble pas avoir eu d'effet sur le taux de couverture par les assurances privées. Ce dernier varie selon le sexe, l'âge, le statut familial, le statut d'activité habituelle et le niveau de revenu. La couverture par une assurance privée est davantage présente chez les hommes. Les personnes de 25 à 64 ans de même que celles ayant un emploi ou étant aux études sont proportionnellement plus nombreuses à être couvertes par une assurance privée. Quant aux personnes de 65 ans et plus, elles sont, en proportion, moins nombreuses à être couvertes par une assurance privée. Cette dernière situation s'explique d'une part, par la perte du régime d'assurance collectif qu'elles détenaient dans le cadre d'un emploi et, d'autre part, par l'existence de régimes publics plus généreux pour les personnes âgées. Les couples, avec ou sans enfants, souscrivent davantage à un régime d'assurance privé que les familles monoparentales et les personnes seules. Les couples à la tête de familles biparentales ont, proportionnellement, une couverture plus élevée que les couples sans enfants. Enfin, plus le revenu augmente, plus la proportion de couverture par une assurance privée croît rapidement.

Parmi les personnes assurées par un régime privé, la presque totalité le sont dans le cadre d'un emploi ou d'une activité professionnelle. Environ la moitié de la population québécoise est couverte par un régime d'assurance privé pour les médicaments prescrits et pour les frais liés à un séjour à l'hôpital. Le tiers de la population est couverte pour les soins dentaires, alors qu'un peu plus du quart seulement possède une couverture privée pour les examens de la vue. Quant aux autres services tels les services de psychologie, de physiothérapie, de chiropractie, etc., plus de

4 personnes sur 10 peuvent s'en prévaloir par le biais d'un régime d'assurance privé.

Au cours d'une période de deux semaines, les personnes assurées ont davantage eu recours aux dentistes, physiothérapeutes, chiropraticiens et acupuncteurs que les personnes non assurées. Lorsque l'on tient compte de la perception de l'état de santé, on observe que les personnes qui se disent en excellente, très bonne ou bonne santé recourent en plus grande proportion à un professionnel autre qu'un médecin lorsqu'elles sont assurées. Comme piste de recherche, il serait intéressant de comparer le recours aux professionnels de la santé autres que des médecins entre les personnes qui présentent des problèmes de santé chroniques, plus particulièrement des maladies dont la prévalence est élevée, tel l'asthme, ou encore des limitations d'activités.

Une deuxième piste éventuelle serait de comparer le recours aux médecins et aux professionnels autres que des médecins entre les personnes assurées par un régime privé et les personnes non assurées. Cette comparaison, surtout si les variables liées à l'état de santé sont contrôlées, pourrait donner certaines indications quant à la complémentarité des services offerts par les médecins et par les autres intervenants, particulièrement pour les services de psychologie, physiothérapie, acupuncture, chiropractie et les services non traditionnels.

Enfin, environ 2 % des personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont subi une chirurgie d'un jour ont effectué des déboursés pour obtenir des soins ou de l'aide à domicile.

Éléments de réflexion pour la planification

La présente enquête révèle un écart en ce qui concerne le recours aux dentistes entre les personnes assurées et les personnes non assurées. Les données de l'*Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997* ont également montré que la population canadienne assurée utilise davantage les services dentaires (Millar et Locker, 1999). Cette dernière enquête révèle aussi que les soins dentaires préventifs

sont plus courants chez les personnes assurées, tandis que les plombages et les extractions sont plus fréquents chez les personnes non assurées. De plus, l'étude canadienne montre que le Québec constitue avec Terre-Neuve la province où le taux de couverture par un régime d'assurance offrant les soins dentaires, soit public ou privé, est le plus faible. Ainsi, à l'égard de la santé dentaire, on n'a pas, au Québec, une égalité des chances. Par ailleurs, la présente enquête montre que, parmi les services couverts par un régime d'assurance privé, les services dentaires ne figurent pas parmi les plus fréquents. Est-ce à dire que la population québécoise, par le biais de ses groupes d'assurances, ne juge pas à propos une plus grande couverture d'assurance pour les soins dentaires, ou encore, que les assureurs privés, au Québec, offrent moins souvent cette protection que dans les autres provinces? Cette situation apparaît particulièrement préoccupante considérant la diminution de la couverture des soins dentaires pour les enfants par le régime public.

Dans le cas du recours aux services de psychologie, physiothérapie, acupuncture, chiropraxie et aux services non traditionnels, les résultats de l'enquête indiquent que la disponibilité d'une assurance privée conduit à un recours plus élevé aux professionnels de la santé dispensant ces services. Comme les données révèlent également que ce sont les personnes en emploi et celles ayant des revenus plus élevés qui bénéficient davantage d'une couverture d'assurance, cette situation peut accentuer les écarts en ce qui concerne l'état de santé entre les pauvres et les mieux nantis. Toutefois, seule une étude plus poussée établissant un lien entre problèmes de santé, dépenses réalisées et efficacité des interventions pourrait permettre de saisir le sens de la relation entre le recours et l'assurance.

Seulement 2 % des personnes hospitalisées ou ayant subi une chirurgie d'un jour au cours d'une période de 12 mois ont assumé des frais privés pour des soins ou de l'aide à domicile. Il faut rappeler que les services posthospitaliers sont généralement nécessaires pour des épisodes de courte durée seulement. La réduction

des durées de séjour hospitalier, au cours des dernières années, ne signifie pas cependant que l'état des personnes qui sont de retour à la maison nécessite de l'aide pour une longue période, bien qu'il puisse requérir de l'aide et du support de la part des proches. La situation pourrait être très différente pour les personnes vivant des problèmes chroniques. Toutefois, l'enquête de 1998 n'incluait pas de questions relatives aux frais privés pour les personnes vivant des problèmes chroniques ou en perte d'autonomie bien que les données de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités* fournissent de l'information sur les besoins de cette population (Camirand et autres, à paraître). Cette petite proportion de la population ayant à assumer des frais pour des soins ou de l'aide à domicile constitue une donnée relativement rassurante considérant les fortes inquiétudes à l'égard d'une hausse probable des dépenses privées à la suite du virage ambulatoire. Actuellement, ce sont les proches qui fournissent l'aide et les CLSC, les traitements que requiert l'état des personnes après un séjour hospitalier pour des épisodes de soins de courte durée. Il faut cependant vérifier si ce pourcentage augmentera dans les années futures. Il serait également intéressant de quantifier les dépenses privées effectuées par la population québécoise, en lien avec l'état de santé des individus. Cette information s'avérerait d'autant plus pertinente qu'on a observé au Québec une hausse des dépenses privées au cours de la dernière décennie. En effet, de 498 \$ par personne en 1989, les dépenses privées atteignent 719 \$ par personne en 1998, soit une augmentation de 44 % (MSSS, 1999).

Bibliographie

BURSTIN, H. R., K. SWARTZ, A. C. O'NEIL, E. J. ORAV et T. A. BRENNAN (1998). «The effect of change of health insurance on access to care », *Inquiry*, vol.35, n°4, p. 389-397.

CAMIRAND, J., et autres (à paraître). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

DESROSIERS, G. (1999). « Le système de santé au Québec: bilan historique et perspective d'avenir », *Conférence inaugurale de l'Institut d'histoire de l'Amérique française, octobre 1998, Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol.53, n°1, été.

FRANKS, P., C. M. CLANCY et M. R. GOLD (1993). « Health Insurance and mortality - evidence from a national cohort », *Journal of the American Medical Association*, vol.270, n°6, p. 737-741.

HAFNER-EATON, C. (1993). « Physician utilization disparities between the uninsured and insured », *Journal of the American Medical Association*, vol.269, n°6, p.787-792.

HOECHST MARION ROUSSEL (1999). « Sondage sur l'opinion des consommateurs canadiens à l'égard des soins de santé », Édition 1999, *Les Canadiens et leurs régimes collectifs de soins de santé*, 20 p.

LOHR, K. N., et autres (1986). « Use of medical care in the Rand health insurance experiment. diagnosis – and service – specific analyses in a randomized controlled trial », *Medical Care*, supplement, vol.24, n°9, p.S1-S87.

LONG, S. H., M. S. MARQUIS et J. RODGERS (1998). « Do people shift their use of health services over time to take advantage of insurance? », *Journal of Health Economics*, vol.17, p. 105-115.

MILLAR, W. J., et D. LOCKER (1999). « L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaires », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol 11, n°11, p.59-72.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec : la présence du secteur privé dans la santé au Québec*, État détaillé de la situation, Gouvernement du Québec, 52 p.

NORTHCOTT, H. C., et J. A. BACHYNSKY (1993). « Concurrent utilization of chiropractic, prescription medicines, nonprescription medicines and alternative health care », *Social Science Medicine*, vol. 37, n°3, p. 431-435.

RHEAULT, S. (1996). *Les dépenses privées en médicaments et en primes d'assurance privée : données québécoises et comparaison internationale, Enquête sur les dépenses des ménages, Statistique Canada 1982-1986-1992*, direction générale de la Planification et de l'Évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 14 p. (document interne).

SORLIE, P. D., N. J. JOHNSON, E. BLACKBURN et D. D. BRADHAM (1994). «Mortality in the insured compared with that persons with public and private health insurance », *Archives of Internal Medicine*, vol.154, n°21, p.2409-2416.

Tableau complémentaire

Tableau C.28.1

Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1992-1993 et 1998

	1992-1993	1998	Pe
	%		'000
Hommes	54,3	55,1	1955
Femmes	52,5	52,4	1896
Sexes réunis			
0-14 ans	58,8	54,0	728
15-24 ans	47,9	52,3	509
25-44 ans	58,8	59,4	1380
45-64 ans	55,8	59,7	1021
65 ans et plus	26,7	26,1	213
Total	53,4	53,7	3851

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

NIVEAU 5 NORMES, VALEURS ET IDÉOLOGIES DOMINANTES

Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire

Chapitre 29

Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire

May Clarkson

Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Lucille Pica

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec

Hébert Lacombe

Département des études québécoises
Université du Québec à Trois-Rivières

Introduction

Depuis un demi-siècle, les définitions de la santé et du bien-être deviennent de plus en plus holistiques et systémiques, c'est-à-dire que, d'une part, elles tendent à tenir compte des dimensions physique, psychique, émotive et spirituelle de l'être humain et que, d'autre part, elles considèrent l'être humain dans son environnement physique, social et culturel. Le modèle systémique d'analyse adopté par Santé Québec pour l'enquête de 1998 permet de tenir compte de ces différentes dimensions et, pour la première fois, du lien possible entre les normes, valeurs ou idéologies et la santé et le bien-être des personnes. Dans ce contexte, la présente analyse porte sur l'appartenance religieuse et la fréquentation d'un lieu de culte, l'importance accordée à la vie spirituelle et le lien de ces variables avec la santé et le bien-être des individus.

La plupart des chercheurs font une distinction entre spiritualité et religion. Maslow (1976) insiste sur le fait que les valeurs spirituelles ne sont pas la propriété exclusive des religions organisées et qu'elles n'ont pas besoin de « concepts surnaturels » pour les valider. De nombreux efforts ont été effectués afin de clarifier ces concepts. Plusieurs chercheurs américains (Banks et autres, 1984; Chapman, 1986 et 1987; Elkins et autres, 1988) ont tenté de définir ce qu'on entend par « spiritualité ». On trouve chez ces chercheurs un

consensus à l'effet qu'il s'agit d'un concept multidimensionnel qui inclut entre autres les dimensions suivantes : la recherche d'un but et d'un sens à la vie, la croyance qu'il existe quelque chose qui transcende l'être humain, le respect de la vie, l'idéalisme et l'altruisme. Actuellement, au Québec, comme en témoigne un numéro récent de la revue *Possibles*, plusieurs auteurs tendent à définir la spiritualité comme une « quête du sens de la vie » (Baril, 1999; Boisvert, 1999; Damiani, 1999; Rioux, 1999). De façon opérationnelle, suivant en cela Fallot (1998), on peut définir la religion comme l'adhésion aux croyances et/ou aux pratiques d'une église ou d'une institution religieuse, alors que le concept de spiritualité ferait plutôt référence à une recherche de sens et d'appartenance en relation avec des valeurs fondamentales ou en relation avec un être ou un univers transcendant.

Jusqu'à tout récemment, les enquêtes de santé, dont celles de Santé Québec, n'avaient recours qu'à deux indicateurs portant sur la religion, soit l'appartenance religieuse et la fréquentation d'un lieu de culte au cours de l'année précédant l'enquête. La spiritualité, par contre, demeure un concept beaucoup plus difficile à cerner et à mesurer puisqu'il s'agit d'un élément subjectif et équivoque, auquel diverses personnes peuvent attribuer un sens différent.

Bien que le sujet demeure relativement peu exploré, les résultats de diverses études américaines permettent de soulever des hypothèses intéressantes en ce qui concerne les liens entre la spiritualité et la capacité de faire face à un problème de santé chronique, tel que le diabète (Landis, 1996) ou le cancer (Mickley et Soeken, 1993). Divers auteurs établissent également un lien entre la spiritualité et le bien-être psychologique; Fehring et autres (1987) lui attribuent un effet tampon sur la détresse et la dépression. La spiritualité semble donc, au même titre que les diverses composantes du soutien social, pouvoir agir de façon positive sur l'état de santé physique et mentale, dans la mesure où elle augmente la capacité de faire face à la détresse et de l'atténuer.

En ce qui concerne le lien entre santé et religion, Ellison et Levin (1998) ont recensé plusieurs études descriptives faisant état « d'effets positifs et statistiquement significatifs » de la fréquentation d'un lieu de culte et de la présence de convictions religieuses sur la santé. Quelques-unes confirment la persistance de ce lien même après avoir contrôlé plusieurs variables potentiellement confondantes. Ellison et Levin proposent diverses hypothèses pouvant contribuer à expliquer ce lien entre la religion et la santé. Dans certains cas, la religion pourrait préconiser des habitudes de vie et des comportements qui auraient un impact positif sur la santé, par exemple, demander de s'abstenir de fumer ou de consommer de l'alcool. En outre, la fréquentation d'un lieu de culte faciliterait l'accès à un réseau de soutien social. Par ailleurs, il existe un corpus de recherche qui met en évidence une association positive entre la participation religieuse et la santé mentale (Ellison et Levin, 1998). Toutefois, Ellison et Levin soulignent que les chercheurs, jusqu'à maintenant, se sont moins intéressés aux effets potentiellement négatifs de la religion sur la santé.

Dans le même article, les auteurs soulèvent la possibilité d'un lien entre les événements stressants de la vie et la fréquence des activités religieuses, proposant deux hypothèses : soit que les événements stressants incitent les individus à accroître la

fréquence de leurs comportements religieux, soit, au contraire, qu'ils « découragent ou préviennent certaines activités religieuses » et, en particulier, la fréquentation d'un lieu de culte (Ellison et Levin, 1998).

Dans ce contexte, le but du présent chapitre est d'explorer le lien entre l'importance accordée à la vie spirituelle, c'est-à-dire des croyances ou des pratiques qui concernent l'esprit ou l'âme, l'appartenance religieuse et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte, avec diverses variables démographiques, socioéconomiques et sociosanitaires. Ainsi, l'âge, le sexe, le groupe ethnoculturel et le niveau de revenu, de même que des variables telles que la perception de l'état de santé, les problèmes de santé de longue durée, les limitations d'activité à long terme, la détresse psychologique, les idées suicidaires, les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence, la consommation d'alcool, de tabac et de drogues et le soutien social, sont analysés auprès de la population des 15 ans et plus en fonction des variables liées à la spiritualité et à la religion.

29.1 Aspects méthodologiques

29.1.1 Indicateurs

Dans le présent chapitre, l'exploration des concepts de spiritualité et de religion s'est faite à l'aide de trois questions introduites dans le questionnaire autoadministré (QAA). Tout d'abord, à la section XI - Votre vie en général, une première question inspirée de celle qui a été employée dans une étude montréalaise de Lévy et autres (1995) cherche à connaître l'importance accordée à la vie spirituelle (QAA157) : « Pour vous, la vie spirituelle (c'est-à-dire des croyances ou des pratiques qui concernent l'esprit ou l'âme) est-elle très importante, assez importante, peu importante, pas importante du tout? ». Lors de l'analyse, les réponses à cette question ont été regroupées en deux catégories, soit très ou assez importante et peu ou pas importante. Une deuxième question dans la même section du QAA cherche à estimer la croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur la santé physique ou mentale des personnes (QAA158) : « Croyez-vous que vos

valeurs spirituelles ont un effet positif sur votre état de santé, physique ou mentale? Oui, beaucoup; oui, un peu; non, pas du tout; ne sais pas ». Ces deux questions sont utilisées ici pour la première fois dans une enquête générale auprès de la population. Finalement, la troisième question se trouve à la section XVII - Renseignements sociodémographiques. Elle est adaptée du recensement canadien de 1991 et porte sur l'appartenance religieuse actuelle (QAA229).

Pour documenter la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte, on a repris une question posée lors de l'enquête *Santé Québec 1987* (QAA230). Elle demande si, au cours des 12 derniers mois, la personne a fréquenté une église ou un lieu de culte. Cinq réponses sont possibles, soit : 1-plus d'une fois par semaine, 2-une fois par semaine, 3-plus d'une fois par mois, 4-plus d'une fois par an et 5-ne fréquente jamais. Pour l'analyse, ces réponses ont été regroupées en trois catégories, soit plus d'une fois par mois (réponses 1, 2 et 3), une fois par mois ou moins (réponse 4) et jamais (réponse 5). Ces libellés permettent d'obtenir des catégories mutuellement exclusives.

La question portant sur la principale religion à l'enfance (QAA228) n'a pas été traitée dans le présent chapitre parce que les résultats sont relativement comparables à ceux de la question sur l'appartenance actuelle à une religion (QAA229). Cette dernière question a été jugée plus intéressante à mettre en relation avec diverses autres variables dans le cadre d'une analyse transversale car elle donne un portrait de la situation au moment de l'enquête.

L'indice de consommation de drogues utilisé dans le présent chapitre diffère de celui qui est utilisé dans le chapitre 5 - Consommation de drogues, car il exclut la prise de tranquillisants ou de somnifères (QAA46) ainsi que les drogues ou autres médicaments sans prescription ou sans ordonnance (QAA47). L'indice utilisé ici est donc tiré des questions QAA44 et QAA45 uniquement, et ceci afin d'orienter l'évaluation sur l'usage de drogues illicites.

29.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Malgré qu'il n'y ait eu aucun chapitre consacré aux valeurs spirituelles dans les enquêtes précédentes, l'enquête *Santé Québec 1987* comprenait une question sur la principale religion de l'enfance et une autre sur la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois. Ces deux questions ont été reprises en 1998 mais, tel que nous l'avons mentionné précédemment, seule la dernière a été retenue pour l'analyse (QAA230). Ainsi, la comparaison des résultats de la présente enquête et de celle de 1987 a pu être faite pour cette question. Aucune question portant sur le présent sujet n'avait été intégrée à l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

29.1.3 Portée et limites des données

Des données visant à mettre en relation certains aspects de la spiritualité et de la religion de même que de l'état de santé sont explorées pour la première fois dans une enquête sur la santé des Québécois. Il apparaît donc d'autant plus important de montrer les limites de cette exploration.

Une première limite tient au fait que diverses variables sont impliquées dans l'association entre la spiritualité ou la religion et la santé; on peut mentionner, outre l'âge et le sexe, l'appartenance ethnique, le statut socio-économique, les normes et habitudes de vie associées à l'une ou l'autre religion, etc. Une analyse multivariée permettrait sans doute de mesurer l'impact relatif de ces différents facteurs, de façon plus complète et détaillée qu'on a pu le faire dans l'analyse descriptive présentée ici. À tout le moins, lorsque les effectifs le permettaient, on a utilisé le sexe et l'âge comme variables de contrôle, afin de tenir compte de l'impact possible de ces deux variables tant sur le plan de la religion que sur celui de la perception de la spiritualité.

La difficulté de définir la spiritualité de façon univoque constitue également une limite, puisqu'on ne peut être assuré que tous accordent à ce terme le même sens et la même portée. En outre, la question posée dans le QAA définit la vie spirituelle comme « des croyances ou

des pratiques qui concernent l'esprit ou l'âme »; il s'agit là d'une description très globale, qui ne prend pas en compte les multiples dimensions possibles de la spiritualité.

Enfin, lorsqu'on observe « la religion » au Québec, il s'agit pour la très grande majorité de la religion catholique romaine. La proportion des Québécois appartenant à d'autres religions est relativement faible; c'est pourquoi on a jugé préférable pour les fins de l'analyse de les regrouper, malgré leurs disparités.

Mentionnons que le taux de non-réponse partielle de l'ensemble des questions est inférieur à 5 %.

29.2 Résultats

29.2.1 Valeurs spirituelles et pratique religieuse selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Selon les estimations présentées dans le tableau 29.1 et le tableau complémentaire C.29.1, une majorité de Québécois (65 %) accordent de l'importance (très ou assez importante) à la vie spirituelle; plus des deux tiers de la population (69 %) considèrent que leurs valeurs spirituelles ont un effet positif sur leur état de santé physique ou mentale, que ce soit beaucoup (37 %) ou un peu (33 %). Par ailleurs, 26 % seulement, soit une personne sur quatre, fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois. Si l'on considère le sexe, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à accorder de l'importance à la vie spirituelle (73 % c. 58 %) et elles considèrent, dans une proportion de 43 %, comparativement à 30 % des hommes, que les valeurs spirituelles ont un effet positif (beaucoup) sur leur état de santé physique ou mentale. En outre, 30 % des femmes fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois, comparativement à 22 % des hommes.

Lorsqu'on considère l'âge, on constate qu'approximativement 84 % des personnes de 65 ans et plus accordent une grande importance (très ou assez importante) à la vie spirituelle; cette proportion diminue d'un groupe d'âge à l'autre, atteignant 44 % chez les 15-24 ans (tableau 29.1). Les aînés de 65 ans et plus sont

également plus nombreux à considérer que leurs valeurs spirituelles ont un effet positif (beaucoup) sur leur état de santé physique ou mentale que les jeunes de 15 à 24 ans (57 % c. 19 %). Par ailleurs, 60 % des personnes de 65 ans et plus fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois, alors que cette proportion diminue régulièrement avec l'âge, jusqu'à 10 % chez les 15-24 ans.

En ce qui concerne le groupe ethnoculturel d'appartenance, on observe qu'environ 75 % des personnes appartenant au groupe minoritaire de la première génération, tel qu'il est défini au chapitre 2 – Caractéristiques de la population, considèrent que la vie spirituelle est très ou assez importante, comparativement à environ 64 % du groupe majoritaire (tableau 29.1). Par ailleurs, 49 % du groupe minoritaire de la première génération, comparativement à 35 % seulement des personnes du groupe majoritaire, pensent que leurs valeurs spirituelles ont un effet positif (beaucoup) sur leur état de santé physique ou mentale. Trente-six pour cent (36 %) des personnes appartenant au groupe minoritaire de la première génération fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois, comparativement à 25 % des personnes du groupe majoritaire.

Le niveau de revenu semble lié à l'importance accordée à la vie spirituelle. En effet, on estime que 71 % des personnes très pauvres ou pauvres, comparativement à 63 % de celles qui ont un niveau de revenu moyen supérieur ou supérieur, accordent de l'importance (très ou assez importante) à la vie spirituelle. Par ailleurs, 43 % de la population définie comme pauvre ou très pauvre considère que ses valeurs spirituelles ont un effet positif (beaucoup) sur son état de santé physique ou mentale, comparativement à 33 % des personnes ayant un niveau de revenu moyen supérieur ou supérieur. Enfin, 33 % des personnes catégorisées comme pauvres ou très pauvres fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois, comparativement à 22 % des personnes qui se situent dans le niveau de revenu le plus élevé.

Tableau 29.1

Importance accordée à la vie spirituelle, croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur l'état de santé physique ou mentale et fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Importance accordée à la vie spirituelle		Croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur l'état de santé physique ou mentale				Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois		
	Très ou assez importante	Peu ou pas importante	Beaucoup	Un peu	Pas du tout	Ne sait pas	Plus d'une fois par mois	Une fois par mois ou moins	Jamais
	%								
Hommes	57,6	42,4	30,2	33,0	26,3	10,5	22,4	42,7	34,9
Pe '000	1 650	1 211	865	943	752	301	644	1 219	998
Femmes	72,6	27,4	43,3	32,1	16,5	8,1	29,6	42,6	27,8
Pe '000	2 152	811	1 285	950	489	239	884	1 259	820
Sexes réunis									
15-24 ans	43,6	56,4	19,4	33,8	27,3	19,5	10,3	47,6	42,1
25-44 ans	62,2	37,8	32,8	35,2	23,1	9,0	15,8	50,1	34,1
45-64 ans	72,8	27,2	43,2	31,8	18,8	6,2	33,4	39,1	27,5
65 ans et plus	84,3	15,7	56,5	24,8	14,3	4,4	60,0	22,3	17,8
Total	65,2	34,8	36,9	32,5	21,3	9,3	26,1	42,7	31,3
Pe '000	3 803	2 022	2 150	1 893	1 242	540	1 528	2 478	1 818
Groupe ethnoculturel									
Majoritaire	63,9	36,1	35,4	33,0	22,3	9,4	24,7	43,6	31,8
Minoritaire 2 ^e et 3 ^e génération	72,6	27,4	41,0	32,1	17,5	9,5*	30,7	44,4	24,9
Minoritaire 1 ^{re} génération	75,1	24,9	49,0	28,3	14,2	8,4	36,1	34,7	29,3
Niveau de revenu									
Très pauvre ou pauvre	70,7	29,3	43,1	28,0	19,5	9,5	32,8	33,5	33,7
Moyen inférieur	66,5	33,5	39,2	30,8	21,4	8,6	29,0	40,9	30,1
Moyen supérieur ou supérieur	62,5	37,5	33,1	35,3	22,0	9,6	21,8	47,0	31,2

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Environ 78 % des Québécois disent appartenir actuellement à la religion catholique romaine, 8 % s'identifient à diverses autres religions et 14 % ne déclarent aucune religion (tableaux 29.2 et C.29.1). C'est chez les hommes que l'on trouve la plus forte proportion de personnes n'appartenant à aucune religion, soit 16 %, comparativement à 12 % chez les femmes; en outre, la proportion de personnes déclarant n'appartenir à aucune religion diminue à mesure que l'âge augmente, passant de 27 % chez les personnes de 15 à 24 ans à 4 % seulement chez les personnes de 65 ans et plus.

Tableau 29.2

Appartenance religieuse actuelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Aucune	Catholique romaine	Autres
	%		
Hommes	15,8	76,3	7,9
Pe '000	452	2 184	226
Femmes	11,7	80,4	7,9
Pe '000	345	2 383	234
Sexes réunis			
15-24 ans	26,5	66,4	7,1
25-44 ans	14,6	77,3	8,2
45-64 ans	9,9	82,4	7,7
65 ans et plus	4,0	87,6	8,5
Total	13,7	78,4	7,9
Pe '000	797	4 568	460

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

En ce qui a trait à l'évolution de la pratique religieuse, le tableau 29.3 montre que les Québécois sont proportionnellement moins nombreux à fréquenter régulièrement une église ou un lieu de culte en 1998 qu'ils ne l'étaient en 1987. En effet, 26 % s'y rendent plus d'une fois par mois en 1998, comparativement à 39 % en 1987, et environ 43 % s'y rendent une fois par mois ou moins en 1998 comparativement à 35 % en 1987. En outre, en 1987, 26 % de la population québécoise ne fréquentait jamais une église ni un lieu de culte, comparativement à 31 % en 1998 (tableau 29.3). Ces tendances se vérifient pour les deux sexes et pour tous les groupes d'âge.

Le tableau 29.4 montre que l'importance accordée à la vie spirituelle (très ou assez importante) et la croyance en un effet positif (beaucoup ou un peu) des valeurs spirituelles sur la santé physique ou mentale sont

fortement liées entre elles. En effet, parmi les personnes qui considèrent la vie spirituelle comme très ou assez importante, 92 % croient que leurs valeurs spirituelles ont un effet positif sur leur état de santé physique ou mentale, que ce soit beaucoup (56 %) ou un peu (36 %). Par ailleurs, 94 % des gens qui fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois considèrent la vie spirituelle comme très ou assez importante, comparativement à 43 % seulement de ceux qui ne fréquentent jamais une église ni un lieu de culte. Enfin, parmi ceux qui fréquentent régulièrement une église ou un lieu de culte, 91 % pensent que leurs valeurs spirituelles ont un effet positif sur leur état de santé physique ou mentale, soit beaucoup (65 %) ou un peu (26 %), comparativement à seulement 51 % de ceux qui ne fréquentent jamais une église ni un lieu de culte.

Tableau 29.3
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 et 1998

	Plus d'une fois par mois		Une fois par mois ou moins		Jamais	
	1987	1998	1987	1998	1987	1998
	%					
Hommes	35,3	22,4	35,2	42,7	29,4	34,9
Femmes	42,7	29,6	34,6	42,6	22,7	27,8
Sexes réunis						
15-24 ans	26,3	10,3	43,3	47,6	30,4	42,1
25-44 ans	29,4	15,8	40,3	50,1	30,4	34,1
45-64 ans	53,5	33,4	27,5	39,1	19,1	27,5
65 ans et plus	67,3	60,0	15,8	22,3	16,9	17,8
Total	39,1	26,0	34,9	42,7	26,0	31,3

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 29.4

Associations entre les variables de l'enquête : importance accordée à la vie spirituelle, croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur la santé physique ou mentale, fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois et appartenance religieuse actuelle, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Importance accordée à la vie spirituelle		Croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur l'état de santé physique ou mentale				Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois		
	Très ou assez importante	Peu ou pas importante	Beaucoup	Un peu	Pas du tout	Ne sait pas	Plus d'une fois par mois	Une fois par mois ou moins	Jamais
	%								
Importance accordée à la vie spirituelle									
Très ou assez importante	...	...	55,6	36,3	5,3	2,9	37,7	41,7	20,6
Peu ou pas importante	...	...	1,8	25,4	51,5	21,3	4,5	44,7	50,8
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois									
Plus d'une fois par mois	94,0	6,0	65,4	26,0	6,0	2,5	...	...	...
Une fois par mois ou moins	63,6	36,4	29,5	39,7	21,3	9,6	...	...	...
Jamais	43,1	56,9	22,5	28,7	34,2	14,6	...	...	...
Appartenance religieuse actuelle									
Aucune	37,2	62,8	22,8	23,0	37,8	16,4	2,0*	20,1	77,9
Catholique romaine	68,7	31,3	37,6	35,0	19,4	8,1	28,9	47,6	23,6
Autres	77,8	22,2	51,0	27,4	12,9	8,7	37,5	35,2	27,3

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

29.2.2 Importance accordée à la vie spirituelle et fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte selon diverses dimensions de l'état de santé

En ce qui a trait à la perception de l'état de santé (tableau 29.5), la proportion des personnes qui considèrent la vie spirituelle comme très ou assez importante est plus élevée chez celles qui perçoivent leur état de santé comme moyen ou mauvais que chez celles qui le perçoivent comme étant excellent ou très bon (72 % c. 63 %). De la même façon, la proportion de personnes qui fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois est plus élevée chez celles qui perçoivent leur état de santé comme moyen ou mauvais que chez celles qui le perçoivent comme excellent ou très bon (33 % c. 23 %). Ces relations persistent selon le sexe. Par ailleurs, si on considère l'âge, les personnes de 45 à 64 ans présentent une tendance à être plus nombreuses à fréquenter une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois lorsqu'elles perçoivent leur état de santé comme moyen ou mauvais (38 %) que celles qualifiant leur santé

d'excellente ou de très bonne (31 %) (tableau C.29.2). À l'inverse, les personnes de 65 ans et plus tendent à être moins nombreuses à fréquenter une église ou un lieu de culte régulièrement lorsqu'elles se perçoivent en moyenne ou mauvaise santé (53 %) que lorsqu'elles perçoivent leur santé comme excellente ou très bonne (62 %) (tableau C 29.2).

En ce qui concerne les problèmes de santé de longue durée et la limitation d'activité à long terme, on constate que les Québécois sont proportionnellement plus nombreux à considérer la vie spirituelle comme très ou assez importante et à fréquenter régulièrement une église ou un lieu de culte lorsqu'ils souffrent d'au moins un problème de santé de longue durée ou lorsqu'ils sont limités dans leurs activités (tableau 29.5). En effet, la proportion de gens qui considèrent la vie spirituelle comme très ou assez importante est de 60 % chez les personnes n'ayant aucun problème de santé de longue durée comparativement à 69 % chez celles qui ont un ou plusieurs problèmes de cet ordre.

Tableau 29.5

Importance accordée à la vie spirituelle et fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon la perception de l'état de santé, le nombre de problèmes de santé de longue durée, les limitations d'activité à long terme et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Importance accordée à la vie spirituelle		Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois		
	Très ou assez importante	Peu ou pas importante	Plus d'une fois par mois	Une fois par mois ou moins	Jamais
	%				
Perception de l'état de santé					
Hommes					
Excellent ou très bon	55,9	44,1	19,9	44,4	35,6
Bon	55,3	41,8	24,8	42,1	33,2
Moyen ou mauvais	63,7	36,3	28,8	34,0	37,3
Femmes					
Excellent ou très bon	71,0	29,0	26,2	45,5	28,4
Bon	73,2	26,8	32,6	40,7	26,8
Moyen ou mauvais	78,4	21,6	36,3	36,1	27,6
Sexes réunis					
Excellent ou très bon	63,4	36,6	23,0	44,9	32,0
Bon	66,2	33,8	28,9	41,3	29,8
Moyen ou mauvais	71,7	28,3	32,8	35,1	32,0
Problèmes de santé de longue durée					
Hommes					
Aucun problème	53,8	46,2	19,7	45,3	35,1
Au moins un problème	61,1	38,9	24,8	40,4	34,8
Femmes					
Aucun problème	68,0	32,0	24,5	47,3	28,2
Au moins un problème	74,8	25,2	32,2	40,3	27,5
Sexes réunis					
Aucun problème	59,8	40,2	21,7	46,1	32,2
Au moins un problème	68,9	31,1	29,0	40,4	30,7
Limitations d'activité à long terme					
Hommes					
Non limité	56,4	43,6	21,6	43,5	35,0
Limité	70,1	29,9	31,0	34,6	34,4
Femmes					
Non limité	71,5	28,5	29,0	43,3	27,7
Limité	80,4	19,6	34,0	37,6	28,4
Sexes réunis					
Non limité	64,0	36,0	25,3	43,4	31,3
Limité	76,1	23,9	32,8	36,3	30,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Elle est de 64 % chez les personnes n'ayant pas de limitations dans leurs activités comparativement à 76 % chez celles qui ont des limitations (tableau 29.5). Ces données demeurent significatives selon le sexe,

sauf chez les femmes pour la relation entre la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte et la limitation d'activité, bien que la tendance aille dans le même sens.

Tableau 29.6

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Hommes	Femmes	Total
	%		
Appartenance religieuse actuelle			
Aucune	21,0	28,0	24,0
Catholique romaine et autres	16,5	21,9	19,3
Total	17,2	22,6	20,0
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois			
Plus d'une fois par mois	14,1	17,8	16,2
Une fois par mois ou moins	16,2	23,9	20,1
Jamais	20,5	26,4	23,2
Total	17,3	22,9	20,1

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

29.2.3 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique et idées suicidaires selon les valeurs spirituelles et la pratique religieuse

Comme le montre le tableau 29.6, les gens qui disent n'appartenir actuellement à aucune religion sont proportionnellement plus nombreux à atteindre un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique que ceux qui disent appartenir à une religion (24 % c. 19 %). La même tendance s'observe tant chez les hommes (21 % c. 17 %) que chez les femmes (28 % c. 22 %). En outre, la proportion de gens qui atteignent un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique est plus importante chez ceux qui ne fréquentent jamais une église ni un lieu de culte (23 %) que chez ceux qui s'y rendent plus d'une fois par mois (16 %). On retrouve la même tendance chez les hommes et chez les femmes. Par ailleurs, aucune relation n'est constatée entre la détresse psychologique et l'importance accordée à la vie spirituelle.

En ce qui concerne la présence d'idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois (tableau 29.7), on observe une certaine différence, qui demeure non significative statistiquement, entre les personnes qui n'accordent que peu ou pas d'importance à la vie spirituelle (4,6 %) et celles qui considèrent la vie spirituelle très ou assez importante (3,5 %). Par ailleurs, parmi les personnes qui disent n'appartenir à aucune religion, 7 % ont eu des idées suicidaires au cours d'une

période de 12 mois, comparativement à 3,4 % chez celles qui appartiennent actuellement à une religion.

Enfin, 6 % des gens qui ne fréquentent jamais une église ni un lieu de culte, comparativement à 2,1 % de ceux qui s'y rendent plus d'une fois par mois, disent avoir eu des idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois (tableau 29.7). De trop faibles effectifs empêchent de présenter les données selon le sexe et l'âge.

Tableau 29.7

Présence d'idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%
Importance accordée à la vie spirituelle	
Très ou assez importante	3,5
Peu ou pas importante	4,6
Appartenance religieuse actuelle	
Aucune	6,7
Catholique romaine et autres	3,4
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois	
Plus d'une fois par mois	2,1
Une fois par mois ou moins	3,8
Jamais	5,6

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

29.2.4 Pratique religieuse selon les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence

Dans la population de 18 ans et plus, il semble y avoir un lien entre le fait d'avoir vécu des événements traumatisants durant l'enfance ou l'adolescence et le fait de déclarer appartenir ou non à une religion (tableau 29.8). En effet, 89 % des personnes qui n'ont vécu aucun événement traumatisant durant l'enfance ou l'adolescence disent appartenir actuellement à une religion, comparativement à 78 % de celles qui ont vécu trois événements traumatisants ou plus. Cette relation se maintient lorsqu'on contrôle pour la variable sexe mais elle ne se vérifie que pour les 45 à 64 ans lorsqu'on le fait pour l'âge (données non présentées). De la même façon, 30 % des personnes qui n'ont pas vécu d'événements traumatisants durant l'enfance ou

l'adolescence disent fréquenter une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois comparativement à seulement 15 % chez celles qui ont vécu trois événements traumatisants ou plus (tableau 29.8). À l'inverse, 42 % des gens ayant vécu trois événements traumatisants ou plus ne fréquentent jamais une église ni un lieu de culte comparativement à 27 % des gens qui n'ont vécu aucun événement traumatisant à l'enfance ou à l'adolescence. Encore une fois, la relation se vérifie pour les deux sexes et pour les personnes de 25 à 44 ans lorsque l'on contrôle la variable âge (données non présentées). Aucune association significative n'est observée entre l'importance accordée à la vie spirituelle et le nombre d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence (données non présentées).

Tableau 29.8

Appartenance religieuse actuelle et fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence et le sexe, population de 18 ans et plus, Québec, 1998

	Appartenance religieuse actuelle		Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois		
	Aucune	Catholique romaine et autres	Plus d'une fois par mois	Une fois par mois ou moins	Jamais
	%				
Événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence					
Hommes					
Aucun	12,7	87,3	25,7	43,6	30,7
Un	16,3	83,7	19,2	43,0	37,8
Deux	19,2	80,8	16,0	45,8	38,2
Trois et plus	25,0	75,0	15,0	38,8	46,3
Femmes					
Aucun	8,6	91,4	35,1	41,0	23,9
Un	12,8	87,2	27,4	45,1	27,6
Deux	12,5	87,5	22,3	43,5	34,2
Trois et plus	19,5	80,5	14,2	48,1	37,7
Sexes réunis					
Aucun	10,7	89,3	30,4	42,3	27,3
Un	14,6	85,4	23,2	44,1	32,7
Deux	15,5	84,5	19,5	44,5	36,0
Trois et plus	22,0	78,0	14,6	43,8	41,6

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

29.2.5 Certaines variables sociosanitaires selon les valeurs spirituelles et la pratique religieuse

Le tableau 29.9 porte sur la consommation d'alcool en fonction de l'importance accordée à la vie spirituelle, de l'appartenance religieuse actuelle et de la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte. Chez les personnes qui considèrent la vie spirituelle comme très ou assez importante, on trouve une proportion plus faible de buveurs actuels que chez celles qui n'accordent que peu ou pas d'importance à la vie spirituelle (78 % c. 88 %). Cette relation persiste quand on contrôle la variable sexe et la variable âge, sauf chez les personnes de 65 ans et plus (tableau C.29.3).

Si l'on considère l'appartenance religieuse actuelle, dans l'ensemble, on trouve une proportion plus grande de buveurs actuels chez ceux qui n'appartiennent à aucune religion (89 %) que chez les catholiques (82 %) et chez les gens qui appartiennent à d'autres religions (72 %). Cette relation vaut pour l'ensemble de la population et les femmes, mais pas pour les hommes. Chez les hommes et chez les personnes de 15 à 44 ans, on observe des différences significatives dans la proportion de buveurs actuels seulement entre les personnes n'ayant aucune appartenance religieuse et celles ayant une appartenance autre que la religion catholique romaine (tableau C.29.3).

Par ailleurs, les gens qui fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois comptent une proportion moins élevée de buveurs actuels (69 %) que ceux qui fréquentent un tel lieu une fois par mois ou moins (87 %) ou jamais (85 %) (tableau 29.9).

Cela se vérifie également selon le sexe et l'âge, sauf chez les individus de 65 ans et plus. En effet, chez ces personnes, la proportion de consommateurs actuels demeure moins élevée chez ceux qui fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois (56 %) que chez ceux qui s'y rendent une fois par mois ou moins (68 %), mais n'est pas différente de celle du groupe qui ne s'y rend jamais (57 %) (tableau C.29.3).

Par ailleurs, dans l'ensemble, on observe les mêmes tendances en ce qui concerne la consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours. Les personnes qui considèrent la vie spirituelle comme très ou assez importante, celles qui appartiennent à une religion et celles qui fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois sont proportionnellement moins nombreuses à prendre 14 consommations ou plus par semaine (données non présentées).

Tableau 29.9

Consommation d'alcool selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Abstinentes	Anciens buveurs	Buveurs actuels (12 derniers mois)
	%		
Importance accordée à la vie spirituelle			
Hommes			
Très ou assez importante	8,5	8,7	82,8
Peu ou pas importante	5,9	4,0	90,1
Femmes			
Très ou assez importante	19,8	5,8	74,4
Peu ou pas importante	11,5	3,5	85,1
Sexes réunis			
Très ou assez importante	14,9	7,1	78,1
Peu ou pas importante	8,1	3,8	88,1
Appartenance religieuse actuelle			
Hommes			
Aucune	5,1*	5,5	89,4
Catholique romaine	6,8	6,8	86,4
Autres	15,6	6,7*	77,7
Femmes			
Aucune	9,5	3,2*	87,3
Catholique romaine	17,8	5,1	77,1
Autres	27,3	6,9*	65,8
Sexes réunis			
Aucune	7,0	4,5	88,5
Catholique romaine	12,5	5,9	81,6
Autres	21,5	6,8	71,7
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois			
Hommes			
Plus d'une fois par mois	13,5	9,0	77,5
Une fois par mois ou moins	5,2	5,7	89,2
Jamais	5,9	6,5	87,6
Femmes			
Plus d'une fois par mois	30,9	6,3	62,9
Une fois par mois ou moins	11,4	3,7	84,9
Jamais	12,7	6,0	81,3
Sexes réunis			
Plus d'une fois par mois	23,4	7,4	69,1
Une fois par mois ou moins	8,3	4,7	87,0
Jamais	8,9	6,3	84,8

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

En ce qui concerne la consommation de tabac (tableau 29.10), on observe proportionnellement moins de fumeurs réguliers de la cigarette (28 %) chez ceux qui considèrent la vie spirituelle comme très ou assez

importante que chez ceux qui la considèrent peu ou pas importante (35 %). Cette relation subsiste selon le sexe et pour tous les groupes d'âge sauf chez les 15-24 ans, bien qu'on observe la même tendance (tableau C.29.4).

Tableau 29.10

Usage de la cigarette selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Jamais fumé	Anciens fumeurs	Fumeurs occasionnels	Fumeurs réguliers
%				
Importance accordée à la vie spirituelle				
Hommes				
Très ou assez importante	27,1	40,7	3,3	28,9
Peu ou pas importante	30,3	30,4	3,8	35,5
Femmes				
Très ou assez importante	38,2	31,4	3,3	27,1
Peu ou pas importante	30,7	31,2	3,7	34,4
Sexes réunis				
Très ou assez importante	33,4	35,5	3,3	27,9
Peu ou pas importante	30,5	30,7	3,8	35,1
Appartenance religieuse actuelle				
Hommes				
Aucune	28,5	32,2	5,4*	34,0
Catholique romaine	28,3	37,3	3,1	31,4
Autres	33,0	34,2	4,2*	28,6
Femmes				
Aucune	29,1	30,1	5,3*	35,5
Catholique romaine	36,0	31,5	3,1	29,4
Autres	48,6	31,5	3,4**	16,5
Sexes réunis				
Aucune	28,7	31,3	5,3	34,6
Catholique romaine	32,3	34,3	3,1	30,4
Autres	40,9	32,8	3,8*	22,5
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois				
Hommes				
Plus d'une fois par mois	29,6	49,1	2,3*	19,0
Une fois par mois ou moins	29,1	35,1	4,0	31,7
Jamais	27,0	30,0	3,7	39,4
Femmes				
Plus d'une fois par mois	48,4	33,6	2,3*	15,7
Une fois par mois ou moins	32,4	32,1	3,8	31,6
Jamais	29,0	27,6	3,9	39,5
Sexes réunis				
Plus d'une fois par mois	40,5	40,1	2,3	17,1
Une fois par mois ou moins	30,8	33,6	3,9	31,7
Jamais	27,9	28,9	3,8	39,5

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les gens qui disent appartenir actuellement à une religion (catholique romaine ou autre) comptent une proportion moins élevée de fumeurs réguliers (30 % et 23 %) que ceux qui n'en déclarent aucune (35 %) (tableau 29.10). Chez les femmes et les personnes de 25 à 44 ans, cette association se maintient seulement dans les catégories « aucune appartenance religieuse » et « autre ». Pour les autres catégories d'âge, cette relation tend à se maintenir (tableau C.29.4).

Enfin, on constate que la proportion de fumeurs réguliers est moins élevée chez les personnes qui fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois que chez celles qui ne fréquentent jamais ces lieux (17 % c. 40 %) (tableau 29.10). Cette relation se maintient quand on contrôle selon le sexe, ainsi que pour tous les groupes d'âge (tableau C.29.4).

Le tableau 29.11 porte sur la consommation de drogues au cours d'une période de 12 mois en fonction de l'importance accordée à la vie spirituelle, de l'appartenance religieuse actuelle et de la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte. On remarque que les consommateurs de drogues sont proportionnellement plus nombreux parmi les individus qui considèrent la vie spirituelle comme peu ou pas importante (22 % c. 10 %), parmi ceux qui ne déclarent aucune religion actuelle (32 % c. 12 % chez les catholiques et 6 % chez ceux qui appartiennent à une autre religion) et parmi ceux qui ne fréquentent jamais une église ni un lieu de culte (22 % c. 3,2 % chez ceux qui fréquentent un tel lieu plus d'une fois par mois). Ces relations se maintiennent selon le sexe et l'âge, sauf chez les 15-24 ans pour l'importance accordée à la vie spirituelle et chez les 45-64 ans pour l'appartenance religieuse actuelle (tableau C.29.5). Les faibles effectifs de consommateurs de drogues chez les personnes de 65 ans et plus ne permettent pas d'apporter de conclusions pour cette catégorie d'âge.

Tableau 29.11
Consommation de drogues selon le sexe, l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Consommateurs actuels ¹	
	Non	Oui
	%	
Importance accordée à la vie spirituelle		
Hommes		
Très ou assez importante	87,2	12,8
Peu ou pas importante	76,0	24,0
Femmes		
Très ou assez importante	91,9	8,1
Peu ou pas importante	82,3	17,7
Sexes réunis		
Très ou assez importante	89,8	10,2
Peu ou pas importante	78,5	21,5
Appartenance religieuse actuelle		
Hommes		
Aucune	66,8	33,2
Catholique romaine	84,8	15,2
Autres	91,2	8,8*
Femmes		
Aucune	70,9	29,2
Catholique romaine	91,3	8,8
Autres	96,7	3,3**
Sexes réunis		
Aucune	68,5	31,5
Catholique romaine	88,2	11,8
Autres	93,9	6,1
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois		
Hommes		
Plus d'une fois par mois	95,3	4,7
Une fois par mois ou moins	82,4	17,6
Jamais	74,5	25,5
Femmes		
Plus d'une fois par mois	98,0	2,0*
Une fois par mois ou moins	88,1	11,9
Jamais	81,7	18,3
Sexes réunis		
Plus d'une fois par mois	96,8	3,2
Une fois par mois ou moins	85,3	14,7
Jamais	77,7	22,3

1. Qui ont consommé une ou plusieurs drogues au cours des 12 derniers mois.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les personnes qui considèrent la vie spirituelle comme très ou assez importante sont proportionnellement plus nombreuses (81 %) à se classer au niveau élevé de l'indice de soutien social que celles qui considèrent la vie spirituelle comme peu ou pas importante (78 %) (tableau 29.12). Lorsqu'on contrôle la variable sexe, toutefois, cette relation ne demeure significative que chez les femmes, bien qu'on observe la même tendance chez les hommes. Lorsqu'on contrôle la variable âge, la relation demeure significative, sauf chez les personnes de 15 à 24 ans (données non présentées).

Dans l'ensemble, les gens qui disent appartenir actuellement à une religion sont également plus nombreux à se classer au niveau élevé de l'indice de soutien social (81 % pour la religion catholique et 81 % pour les autres religions) que ceux qui ne déclarent aucune religion actuelle (76 %) (tableau 29.12). Encore une fois, si on contrôle la variable sexe, la relation demeure significative seulement chez les femmes. Toutefois, quand on contrôle l'âge, on ne peut que parler d'une tendance dans le même sens (données non présentées).

Enfin, ceux qui fréquentent une église ou un lieu de culte, que ce soit plus d'une fois par mois ou une fois par mois ou moins, sont proportionnellement plus nombreux à se classer au niveau élevé de l'indice de soutien social, soit 83 % et 82 % respectivement, que ceux qui ne fréquentent jamais un tel lieu (75 %). Cette fois, la relation vaut tant pour les hommes que pour les femmes. Les mêmes tendances subsistent selon l'âge, sauf chez les personnes de 15 à 24 ans, chez lesquelles seulement 10 % fréquentent une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois (données non présentées).

Tableau 29.12
Indice de soutien social selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle et la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Faible	Élevé
	%	
Importance accordée à la vie spirituelle		
Hommes		
Très ou assez importante	21,6	78,4
Peu ou pas importante	24,1	75,9
Femmes		
Très ou assez importante	16,4	83,6
Peu ou pas importante	19,9	80,2
Sexes réunis		
Très ou assez importante	18,6	81,4
Peu ou pas importante	22,4	77,6
Appartenance religieuse actuelle		
Hommes		
Aucune	24,8	75,2
Catholique romaine	21,9	78,1
Autres	24,3	75,7
Femmes		
Aucune	22,2	77,9
Catholique romaine	16,5	83,5
Autres	14,9	85,1
Sexes réunis		
Aucune	23,6	76,4
Catholique romaine	19,1	80,9
Autres	19,5	80,5
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois		
Hommes		
Plus d'une fois par mois	19,5	80,5
Une fois par mois ou moins	20,3	79,8
Jamais	27,2	72,8
Femmes		
Plus d'une fois par mois	14,9	85,1
Une fois par mois ou moins	15,4	84,6
Jamais	22,8	77,2
Sexes réunis		
Plus d'une fois par mois	16,8	83,2
Une fois par mois ou moins	17,8	82,2
Jamais	25,2	74,8

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Bien que deux personnes sur trois (65 %) disent considérer la vie spirituelle comme très ou assez importante, la majorité de la population fréquente une église ou un lieu de culte une fois par mois ou moins (43 %) ou jamais (31 %), 26 % s'y rendant plus d'une fois par mois. La proportion de personnes fréquentant un tel lieu plus d'une fois par mois est moins élevée en 1998 qu'en 1987 et celle des gens qui n'y vont jamais est aussi plus élevée en 1998 qu'en 1987. Les résultats d'enquêtes pancanadiennes réalisées de 1975 à 1995 et colligées par Bibby (1995) semblent corroborer ces constatations. Selon Bibby, en 1995, 65 % de la population canadienne accordait « beaucoup » ou « assez » d'importance à la spiritualité. Par ailleurs, au Canada, la fréquentation hebdomadaire d'un lieu de culte serait passée de 31 % en 1975 à 25 % en 1995; cette baisse serait plus évidente encore chez les Québécois (de 35 % en 1975 à 19 % en 1995) (Bibby, 1995).

Sur le plan général de la santé, les personnes qui se perçoivent en moins bonne santé, celles qui ont au moins un problème de santé de longue durée et celles qui sont limitées dans leurs activités sont proportionnellement plus nombreuses à accorder de l'importance à la vie spirituelle et à fréquenter régulièrement un lieu de culte. On remarque toutefois un effet de l'âge et des données qui semblent parfois contradictoires d'un groupe d'âge à l'autre. Dans ce domaine, l'analyse multivariée pourrait être particulièrement utile. Par exemple, la sévérité des limitations (si on l'associe à l'âge) constitue un facteur important, qui pourrait expliquer que les personnes âgées qui perçoivent leur état de santé comme moyen ou mauvais ont proportionnellement moins tendance à fréquenter une église ou un lieu de culte, alors qu'on semble observer une tendance inverse chez les personnes de 45 à 64 ans.

Il est possible, comme le proposent Fehring et autres (1987) et Ellison et Levin (1998), que certaines personnes souffrant de problèmes de santé physique ou de limitations d'activités aient recours à la religion

ou à la spiritualité pour les aider à faire face à une situation perçue comme stressante et pour atténuer leur détresse. Par ailleurs, les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* ne permettent pas de confirmer l'hypothèse d'Ellison et Levin, selon laquelle la capacité de faire face (« coping »), que ce soit en ayant recours à la religion ou à la spiritualité, constituerait un facteur important pour prévenir les problèmes de santé ou accélérer le processus de guérison. Pour confirmer ou infirmer une telle hypothèse, il faudrait une étude longitudinale qui tienne compte d'un ensemble de facteurs tels l'état de santé, le soutien social, le niveau socioéconomique, l'âge, le sexe, etc., parmi lesquels la religion et la spiritualité constitueraient également des variables d'analyse.

Sur le plan de la santé mentale, on a pu constater que les personnes qui disent appartenir à une religion et fréquentent une église ou un lieu de culte sont moins nombreuses à se classer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique et moins nombreuses à avoir eu des idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois. Il y a probablement là un effet d'âge, puisque c'est chez les jeunes qu'on trouve davantage de détresse psychologique et d'idées suicidaires et que c'est chez eux également que la fréquentation d'un lieu de culte est à son plus bas niveau. Encore une fois, une analyse multivariée qui prendrait en compte diverses autres variables, parmi lesquelles le statut socioéconomique et le statut d'activité, permettrait sans doute d'évaluer davantage l'impact de différents facteurs sur le bien-être psychologique.

Ces données tendent à confirmer les observations faites par Lacombe (1998) à partir de l'enquête *Santé Québec 1987*. En effet, ces observations montrent que les Québécois qui fréquentent une église ou un lieu de culte une fois par semaine ou plus sont, en proportion, moins nombreux à présenter un niveau de détresse psychologique élevé, des idées suicidaires sérieuses, des tentatives de suicide et une consommation excessive d'alcool que ceux qui fréquentent un lieu de culte une fois par mois ou moins.

Comme d'autres chercheurs l'ont déjà noté, on remarque ici un certain lien entre la fréquentation d'un lieu de culte et plusieurs habitudes de vie (Ellison et Levin, 1998; Lacombe, 1998; Wallace et Forman, 1998), ainsi qu'avec le soutien social (Ellison et Levin, 1998). En effet, on observe que les personnes qui fréquentent régulièrement un lieu de culte sont proportionnellement moins nombreuses à fumer la cigarette, à consommer de l'alcool et à consommer de la drogue; en outre, elles sont proportionnellement plus nombreuses à se classer au niveau élevé de l'indice de soutien social. Par ailleurs, la nature du lien entre la fréquentation d'un lieu de culte et les événements traumatisants vécus à l'enfance ou à l'adolescence tend à soutenir l'une des hypothèses d'Ellison et Levin (1998) à l'effet que ces événements incitent les individus à diminuer leurs comportements religieux. L'ensemble de ces résultats gagnerait à être exploré davantage. Une étude longitudinale pourrait apporter une réponse éclairée quant à l'influence des comportements religieux sur la santé et les habitudes de vie et vice-versa.

Enfin, parmi les pistes de recherche, on peut aussi mentionner l'intérêt de développer un indice de valeurs spirituelles qui permettrait de tenir compte de l'aspect multidimensionnel de la spiritualité.

Éléments de réflexion pour la planification

Dans l'ensemble, on a pu constater que la spiritualité et/ou la religion revêtent une grande importance pour bon nombre de Québécois. Certaines interventions dans le domaine de la santé gagneraient à tenir compte de ce fait et les intervenants devraient pouvoir, au besoin, reconnaître la dimension spirituelle comme une source possible de soutien psychosocial pour certains de leurs patients (Feher et Maly, 1999).

Par ailleurs, s'il s'avère que la spiritualité et/ou la religion peuvent dans certains cas agir comme un facteur de protection de la santé, il y a tout lieu de s'interroger sur les nouveaux comportements des Québécois dans ce domaine, et sur ce qui a pu remplacer la pratique religieuse traditionnelle. Bibeau (1999) explore partiel-

lement ce champ et mentionne entre autres le passage, pour plusieurs, d'une religion instituée à une religion ou une spiritualité qu'on pourrait qualifier de personnelle. Il évoque aussi « la place éminente que le recours à la spiritualité, à l'écologie et à la santé dite holistique joue aujourd'hui dans la vaste industrie du mieux-être ». On ne saurait préjuger de l'impact, positif ou négatif, de ces nouvelles tendances sur les habitudes de vie et l'état de santé des Québécois concernés; on peut croire, tout au plus, que ces dimensions gagneraient à être explorées davantage.

Bibliographie

BANKS, R. L., D. L. POEHLER et R. D. RUSSELL (1984). « Spirit and human-spiritual interaction as a factor in health and in health education », *Health Education*, vol. 15, n° 5, p. 16-19.

BARIL, D. (1999). « Nous sommes tous des animistes », *Possibles*, vol. 23, n° 3, p. 90-102.

BIBBY, R. W. (1995). *Social trends canadian style*, Stoddart, Toronto, 148 p.

BIBEAU, G. (1999). *Religions et identités, huit propositions pour imaginer une « clinique interculturelle de l'étranger »*, conférence prononcée au colloque Ethnicité, Citoyenneté, Communauté : les enjeux de l'intervention, CLSC Côte-des-Neiges, Montréal, 8 juin.

BOISVERT, D. (1999). « Voyage au pays de la spiritualité », *Possibles*, vol. 23, n° 3, p. 37-46.

CHAPMAN, L. S. (1986). « Spiritual health: a component missing from health promotion », *American Journal of Health Promotion*, vol. 1, p. 38-41.

CHAPMAN, L. S. (1987). « Developing a useful perspective on spiritual health: well-being, spiritual potential and the search for meaning », *American Journal of Health Promotion*, vol. 1, n° 3, p. 31-39.

DAMIANI, C. (1999). « Réflexion d'une sociologue sur son terrain de recherche », *Possibles*, vol. 23, n° 3, p. 120-134.

ELKINS, D. N., L. J. HEDSTROM, L. L. HUGHES, J. A. LEAF et C. SAUNDERS (1988). « Toward a humanistic-phenomenological spirituality: definition, description and measurement », *Journal of Humanistic Psychology*, vol. 28, n° 4, p. 5-18.

ELLISON, C. G., et J. S. LEVIN (1998). « The religion-health connexion: evidence, theory, and future directions », *Health Education and Behavior*, vol. 25, n° 6, p. 700-720.

FALLOT, R. D. (1998). « The place of spirituality and religion in mental health services », *New Directions for Mental Health Services*, n° 80, p. 3-12.

FEHER, S., et C. R. MALY (1999). « Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith », *Psycho-Oncology*, vol. 8, n° 5, p. 408-416.

FEHRING, R., P. BRESMAN et M. KELLEX (1987). « Psychological and spiritual well-being in college students », *Research in Nursing and Health*, vol. 10, n° 6, p. 391-398.

LACOMBE, H. (1998). *Religion et santé mentale : la pratique religieuse est-elle un facteur protecteur de la santé mentale?* mémoire de maîtrise en intervention sociale, Université du Québec à Montréal, 110 p.

LANDIS, B. J. (1996). « Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 17, n° 3, p. 217-231.

LÉVY, J., A. DUPRAS, M. PERREAULT, M. DORAIS et L.-R. FRIGAULT (1995). *Style de vie et comportements sexuels des hommes francophones de Montréal ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes*, rapport de recherche, projet subventionné par le CQRS, Université du Québec à Montréal, Département de sexologie, Montréal, 57 p.

MASLOW, A. H. (1976). *The farther reaches of human nature*, Penguin Books, New York, 432 p.

MICKLEY, J., et K. SOEKEN (1993). « Religiousness and hope in hispanic- and anglo-american women with breast cancer », *Oncology Nursing Forum*, vol. 20, n° 8, p. 1171-1177.

RIOUX, M. (1999). « Moins d'encens, plus de sens », *Possibles*, vol. 23, n° 3, p. 47-56.

WALLACE, J. M., et T. A. FORMAN (1998). « Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth », *Health Education and Behavior*, vol. 25, n° 6, p. 721-741.

Tableaux complémentaires

Tableau C.29.1

Importance accordée à la vie spirituelle, croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur la santé, fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois et appartenance religieuse actuelle, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Pe	
	%	'000
Importance accordée à la vie spirituelle		
Très importante	29,8	1 739
Assez importante	35,4	2 064
Peu importante	24,6	1 431
Pas importante du tout	10,2	591
Croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur la santé		
Oui, beaucoup	36,9	2 150
Oui, un peu	32,5	1 893
Non, pas du tout	21,3	1 242
Ne sait pas	9,3	540
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois		
Plus d'une fois par semaine	4,6	270
Une fois par semaine	11,9	701
Plus d'une fois par mois	9,5	557
Plus d'une fois par an	42,7	2 478
Ne fréquente jamais	31,3	1 818
Appartenance religieuse actuelle		
Aucune	13,7	797
Catholique romaine	78,4	4 568
Église Unie	1,3	76
Anglicane	1,0*	61
Grecque orthodoxe	0,8*	48
Juive	0,7*	42
Islamique	0,9*	52
Autre	3,2	181

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.29.2

Importance accordée à la vie spirituelle et fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois selon la perception de l'état de santé, le nombre de problèmes de santé de longue durée, les limitations d'activité à long terme et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Importance accordée à la vie spirituelle		Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois		
	Très ou assez importante	Peu ou pas importante	Plus d'une fois par mois	Une fois par mois ou moins	Jamais
	%				
Perception de l'état de santé					
15-24 ans					
Excellent ou très bon	42,2	57,8	10,4	48,2	41,4
Bon	45,8	54,2	10,0	45,9	44,1
Moyen ou mauvais	43,0	57,0	11,5**	45,9	42,6
25-44 ans					
Excellent ou très bon	62,9	37,1	15,4	51,0	33,6
Bon	60,8	39,2	16,7	49,1	34,2
Moyen ou mauvais	62,4	37,6	12,2*	49,0	38,8
45-64 ans					
Excellent ou très bon	71,4	28,6	30,6	40,7	28,7
Bon	73,1	26,9	35,7	39,2	25,1
Moyen ou mauvais	76,7	23,3	38,0	32,8	29,2
65 ans et plus					
Excellent ou très bon	84,8	15,2	61,8	22,6	15,6
Bon	84,0	16,0	61,6	22,9	15,4
Moyen ou mauvais	83,8	16,2	53,2	21,4	25,4
Problèmes de santé de longue durée					
15-24 ans					
Aucun problème	41,8	58,2	11,2	47,1	41,8
Au moins un problème	45,9	54,1	9,3	48,2	42,5
25-44 ans					
Aucun problème	61,1	38,9	17,1	51,0	31,9
Au moins un problème	63,1	36,9	14,7	49,3	36,0
45-64 ans					
Aucun problème	69,2	30,8	31,9	40,8	27,2
Au moins un problème	74,7	25,3	34,1	38,2	27,7
65 ans et plus					
Aucun problème	81,1	18,9	57,1	25,5	17,4
Au moins un problème	85,0	15,0	60,6	21,6	17,8
Limitations d'activité à long terme					
15-24 ans					
Non limité	43,4	56,6	10,4	47,2	42,5
Limité	49,1	50,9	9,5**	59,5	31,0
25-44 ans					
Non limité	61,7	38,4	15,9	50,4	33,7
Limité	69,3	30,7	14,6	45,6	39,8
45-64 ans					
Non limité	72,0	28,0	32,8	40,1	27,1
Limité	78,0	22,0	36,8	33,1	30,1
65 ans et plus					
Non limité	83,9	16,1	62,4	21,2	16,4
Limité	85,9	14,1	50,5	26,5	23,0

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.29.3

Proportion de buveurs actuels selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle, la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Buveurs actuels (12 derniers mois)			
	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
	%			
Importance accordée à la vie spirituelle				
Très ou assez importante	83,5	84,7	78,7	57,6
Peu ou pas importante	90,2	90,7	86,7	64,8
Appartenance religieuse actuelle				
Aucune	92,5	88,4	87,1	62,6
Catholique romaine	87,3	88,5	80,8	58,0
Autres	68,7	68,1	80,3	67,7
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois				
Plus d'une fois par mois	69,0	76,6	74,1	56,3
Une fois par mois ou moins	89,8	90,1	84,5	67,8
Jamais	89,4	87,2	84,4	56,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.29.4

Proportion de fumeurs réguliers selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle, la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Fumeurs réguliers			
	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
	%			
Importance accordée à la vie spirituelle				
Très ou assez importante	25,3	33,8	27,9	15,6
Peu ou pas importante	30,2	39,1	34,9	28,2
Appartenance religieuse actuelle				
Aucune	34,9	38,1	30,9	14,8**
Catholique romaine	25,7	36,8	30,0	17,7
Autres	22,5*	20,8	28,0	16,5*
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois				
Plus d'une fois par mois	12,6*	21,5	19,6	11,2
Une fois par mois ou moins	25,0	35,7	31,3	22,1
Jamais	35,2	42,5	40,3	31,2

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.29.5

Proportion de consommateurs de drogues selon l'importance accordée à la vie spirituelle, l'appartenance religieuse actuelle, la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Consommateurs actuels ¹			
	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
	%			
Importance accordée à la vie spirituelle				
Très ou assez importante	34,0	13,6	2,9	–
Peu ou pas importante	41,1	20,2	6,0	0,1 **
Appartenance religieuse actuelle				
Aucune	54,2	27,0	10,9 *	0,4 **
Catholique romaine	33,7	15,0	3,0	–
Autres	15,9 *	6,7 *	2,7 **	–
Fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte au cours d'une période de 12 mois				
Plus d'une fois par mois	16,4 *	6,9	0,8 **	–
Une fois par mois ou moins	35,3	15,1	3,4 *	–
Jamais	46,4	21,9	7,8	0,1 **

1. Qui ont consommé une ou plusieurs drogues au cours des 12 derniers mois.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chapitre 30

Conclusion générale

Lucie Chénard

Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
et

Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Carole Daveluy

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec

Aline Émond

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

Le présent rapport de l'*Enquête sociale et de santé 1998* vise à rendre compte de l'état de santé et de bien-être des Québécois, plus particulièrement de son évolution depuis les enquêtes générales de Santé Québec de 1987 et de 1992-1993. Chaque chapitre présente l'analyse d'un thème spécifique consacré soit à la description de l'état de santé ou de bien-être, soit à celle de ses nombreux déterminants, sur une base démographique, socioéconomique et sanitaire permettant ainsi d'identifier les caractéristiques des groupes les plus vulnérables en matière de santé.

En guise de conclusion générale au rapport, une vue d'ensemble rappelle d'abord les faits marquants glanés au fil des chapitres précédents; elle fait état des gains et des pertes enregistrés depuis 1987 ou depuis 1992-1993, selon le cas, et de résultats sur des aspects étudiés pour la première fois en 1998. Ce bilan débute par la description de l'état de santé et de bien-être, qui représente la finalité des interventions et des services, et pour laquelle la présente enquête est une source d'information unique. La deuxième partie du bilan s'attarde aux déterminants étudiés dans l'enquête.

Faire le point sur l'état de santé et de bien-être des Québécois constitue un défi de taille. Un tel aperçu ne peut, dans le cadre de la présente conclusion, rendre compte de l'ensemble des dimensions étudiées et des associations rapportées dans les différents chapitres ou qui le seront dans les monographies publiées ultérieurement. Rappelons, par ailleurs, que la *Politique de la santé et du bien-être* s'appuyait dans une large mesure sur les données de l'enquête *Santé Québec 1987*. Les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, pour lesquelles des comparaisons sont possibles avec la majorité des thèmes de l'enquête de 1987, permettent ainsi d'apprécier les progrès réalisés depuis la publication de la *Politique* en 1992.

L'objectif ultime de la présente démarche est de fournir aux planificateurs et aux décideurs du réseau de la santé et des services sociaux une première série de renseignements utiles à l'orientation des politiques et des programmes. Les auteurs ont, à tour de rôle, proposé des pistes d'action ou de réflexion pour la planification et la prise de décision. La présente conclusion fournit l'occasion d'en faire le rappel. Des analyses complémentaires devront toutefois être réalisées par les chercheurs des divers milieux afin d'étoffer ces premiers résultats et de répondre aux besoins d'information propres à chaque sphère d'intervention ou de planification.

30.1 Vue d'ensemble

30.1.1 Des gains et des pertes depuis 1987 ou 1992-1993

État de santé et de bien-être

Perception de l'état de santé

La très grande majorité de la population de 15 ans et plus, soit près de 9 personnes sur 10, perçoit son état de santé comme bon, très bon ou excellent. La perception qu'ont les Québécois de leur état de santé est demeurée sensiblement la même depuis 1987, et ce, tant chez les femmes que chez les hommes. Cependant, des variations sont observées en fonction de l'âge. Ainsi, la santé telle que perçue par les personnes de 45 ans et plus tend à s'améliorer alors que le contraire se produit pour les plus jeunes. En effet, une plus grande proportion de jeunes de 15 à 24 ans qualifient leur état de santé de moyen ou mauvais en 1998 qu'en 1987. Même si l'écart entre les groupes d'âge tend à s'atténuer, il n'en demeure pas moins que les personnes plus âgées évaluent plus négativement leur santé que les plus jeunes. Il faut souligner que la perception de la santé est associée à de nombreux indicateurs : problèmes de santé, limitations d'activité, recours aux services de santé, consommation de médicaments, occupation, niveau de soutien social, usage de la cigarette, activité physique de loisir, poids corporel, etc.

Problèmes de santé

Près des deux tiers des Québécois déclarent avoir au moins un problème de santé. La proportion de personnes ayant rapporté au moins un problème de santé est plus élevée chez les femmes et elle augmente avec l'âge chez les individus des deux sexes. La moitié de la population signale au moins un problème de longue durée, soit d'une durée de 6 mois ou plus. Les personnes les plus pauvres, de même que celles qui sont à la retraite, à la maison ou en chômage, sont plus susceptibles de déclarer plus d'un problème de longue durée. Environ 10 % de la population ne rapporte que des problèmes de courte durée. Par rapport à 1987, on constate une augmentation de la proportion de personnes ayant déclaré plus d'un problème de santé.

Les problèmes ostéo-articulaires, dont l'arthrite ou le rhumatisme et les maux de dos ou de la colonne, comptent, avec les maux de tête, l'allergie sous toutes ses formes et l'hypertension artérielle, parmi les problèmes déclarés par une plus forte proportion de la population. Les problèmes de santé les plus fréquents sont demeurés les mêmes entre 1987 et 1998, mais leur prévalence s'est légèrement accrue durant cette période. En effet, comparativement aux données de 1987 et ainsi qu'on l'anticipait, on note une augmentation de la prévalence de la majorité des problèmes de santé déclarés et, plus particulièrement des problèmes cités plus haut, auxquels il faut ajouter le diabète. Il faut souligner que les problèmes les plus prévalents varient passablement d'un groupe d'âge à l'autre, information sur laquelle on trouvera le détail au chapitre sur les problèmes de santé.

Accidents avec blessures

En 1998, environ 65 Québécois sur 1 000 déclarent avoir été victimes, au cours d'une période de 12 mois, d'un accident ayant causé des blessures suffisamment importantes pour entraîner une limitation des activités ou une consultation médicale. Ces accidents se produisent principalement au domicile, à l'intérieur comme à l'extérieur, ainsi qu'au travail et dans les lieux de loisirs et d'activités sportives.

On observe une baisse importante du taux de morbidité par accidents avec blessures entre 1992-1993 et 1998. Cette réduction, qui est de l'ordre de 20 %, va dans le sens des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être*. L'amélioration touche principalement les groupes d'âge de 15 à 44 ans, groupes pour lesquels les taux étaient les plus élevés en 1992-1993. La réduction globale s'explique par une baisse des accidents avec blessures sur la route et au travail. Les accidents qui surviennent dans les autres endroits n'ont pas connu de baisse significative au cours de cette période, pas plus que les accidents qui touchent les personnes de 75 ans et plus. Chez ces dernières, les accidents se produisent principalement au domicile.

Santé mentale

La proportion d'individus se classant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique est plus importante chez les femmes, les jeunes de 15 à 24 ans, les personnes sans emploi et celles qui sont peu scolarisées ou à faible revenu. La diminution de la proportion de Québécois se classant dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique entre 1992-1993 et 1998 constitue un fait marquant de la présente enquête, puisqu'on avait observé l'inverse entre 1987 et 1992-1993. Mentionnons toutefois que les jeunes de 15 à 24 ans, bien qu'ayant amélioré leur position par rapport à l'enquête précédente, sont proportionnellement plus nombreux qu'en 1987 à se classer au niveau élevé de l'indice. Quant aux personnes de 65 ans et plus, leur situation, évaluée à l'aide de cet indice, semble indiquer une amélioration puisque la proportion de celles qui se classent à ce niveau élevé tend à diminuer entre les trois enquêtes.

Idées suicidaires et parasuicides

Environ 222 000 Québécois de 15 ans et plus disent avoir pensé sérieusement au suicide au cours d'une période de 12 mois. La prévalence des idées suicidaires est passée de 3,1 % en 1987 à 3,7 % en 1992-1993, pour atteindre finalement 3,9 % en 1998. L'augmentation entre les enquêtes n'est pas statistiquement significative, mais cette tendance laisse croire que le phénomène ne va pas en s'améliorant. Les femmes ne sont pas plus nombreuses que les hommes à rapporter des idées suicidaires. Comme pour les enquêtes antérieures de Santé Québec, ce sont toujours les jeunes de 15 à 24 ans qui sont proportionnellement plus nombreux à rapporter des pensées suicidaires.

Cinq personnes de 15 ans et plus sur 1 000 ont déclaré avoir posé des gestes suicidaires (parasuicides) au cours d'une période de 12 mois. Les prévalences sont ici aussi les mêmes pour les femmes que pour les hommes et n'ont pas varié de façon significative depuis 1987. C'est chez les personnes de 15 à 24 ans que l'on observe la prévalence la plus élevée. Par ailleurs, près de 4 personnes sur 10 ayant posé un geste suicidaire ont déclaré avoir été à l'urgence d'un centre hospitalier à la suite de leur tentative de suicide.

Incapacité et limitations d'activité

Environ un Québécois sur dix vivant en ménage privé présente des limitations d'activité à long terme. Depuis 1987, la proportion de la population qui est ainsi limitée a augmenté sensiblement, surtout chez les personnes de 65 ans et plus. La prévalence des limitations d'activité est plus élevée chez les personnes pauvres, les personnes les moins scolarisées, les ouvriers et les personnes sans emploi ou à la retraite. Pour 80 % des personnes touchées, les maladies chroniques dégénératives et les anomalies congénitales sont à l'origine de ces limitations d'activité. Les problèmes ostéo-articulaires figurent toujours au premier rang et sont environ deux fois plus souvent la cause de limitations d'activité à long terme que les maladies cardiovasculaires (MCV) ou les maladies respiratoires. Les problèmes de santé mentale et les accidents représentent respectivement 8 % des causes de limitations d'activité.

Déterminants de l'état de santé et de bien-être

Usage du tabac

On sait que l'usage du tabac est associé à des problèmes de santé importants (MCV, cancer, etc.). Or, en 1998, 34 % des Québécois de 15 ans et plus fument la cigarette soit tous les jours (31 %), soit à l'occasion (3,5 %). La prévalence de l'usage de la cigarette est demeurée la même qu'en 1992-1993. Dans l'ensemble, les femmes fument dans une proportion légèrement plus faible que les hommes. Plus particulièrement, les jeunes femmes de 20 à 24 ans sont, en proportion, nettement moins nombreuses que les hommes de leur âge à s'adonner à cette habitude. Toutefois, il faut souligner qu'aucune différence n'est observée entre les sexes chez la population âgée de 15 à 19 ans. Par rapport à 1987, le tabagisme n'est pas en hausse chez les jeunes de ce groupe d'âge et a même diminué chez les jeunes filles. Par ailleurs, il est important de mentionner que 77 % des fumeurs ont un niveau de revenu moyen supérieur ou supérieur et que, par conséquent, les programmes ciblant les plus démunis sur le plan socioéconomique, bien que légitimes, ne visent que 23 % des fumeurs.

Consommation d'alcool

En 1998, environ 4 Québécois sur 5 de 15 ans et plus (80 %) déclarent avoir consommé de l'alcool au cours d'une période de 12 mois. Il s'agit, par rapport à 1992-1993, d'une faible augmentation de la proportion de buveurs actuels. La proportion la plus élevée de buveurs actuels se retrouve chez les personnes de 15 à 44 ans et, de façon générale, chez les hommes. On connaît les problèmes sociaux et de santé associés à une consommation excessive d'alcool (violence, risque accru d'accidents avec blessures ...). Or, depuis 1992-1993, on note également une légère augmentation de la consommation moyenne hebdomadaire. On constate aussi une augmentation de la consommation élevée d'alcool, qui se manifeste pour l'ensemble de la population, quant à la prise d'au moins 5 consommations en une même occasion, et ce, 5 fois ou plus en 12 mois, et pour les 15-24 ans, en ce qui a trait à l'enivrement 5 fois ou plus au cours d'une période de 12 mois. Il faut souligner que la consommation élevée d'alcool demeure significativement plus élevée chez les jeunes de 15 à 24 ans. Dans ce dernier groupe, les 15-17 ans continuent toutefois de se démarquer des autres par une plus faible proportion de buveurs actuels, même si cette proportion a crû en 1998, et par une plus faible consommation hebdomadaire.

Consommation de drogues et autres substances psychoactives

Plus des deux tiers des Québécois âgés de 15 ans et plus affirment n'avoir jamais consommé de drogues. Une personne sur cinq déclare en avoir consommé au cours d'une période de douze mois. La consommation de drogues est associée à des problèmes sociaux et de santé qui varient selon le produit, allant de la diminution de la coordination motrice à la dépendance physique ou psychologique. Toutes proportions gardées, les consommateurs sont majoritairement des jeunes et majoritairement des hommes. La proportion de consommateurs de drogues, plus spécifiquement de marijuana, semble augmenter graduellement au cours des années, bien qu'il faille être prudent avec les comparaisons entre les données de 1992-1993 et celles de 1998, les indicateurs n'étant pas tout à fait les mêmes. De plus, près de 4 % de la population consomme des tranquillisants et des somnifères sans

ordonnance. L'usage de drogues est associé à la consommation d'alcool et à la consommation de tabac. Aussi, comparativement aux non-fumeurs, les fumeurs actuels sont proportionnellement plus nombreux (55 %) chez les personnes qui ont consommé au moins une drogue (marijuana ou autre) et chez les polyutilisateurs d'alcool et de drogues.

Activité physique

La pratique régulière d'activité physique contribue, entre autres, à la prévention des MCV et au maintien de l'intégration sociale des personnes retraitées. Or, près de 30 % des Québécois de 15 ans et plus ne font pas d'activité physique durant leurs temps libres, alors qu'environ le quart de la population en fait 3 fois ou plus par semaine. Cependant, près de la moitié de la population (48 %) a une fréquence de pratique inférieure à une fois par semaine. Par rapport à 1992-1993, la proportion de personnes sédentaires tend à augmenter (chez les hommes), alors que celle qui est active reste stable. Bien que l'intention de pratique à moyen terme demeure très majoritairement positive, elle tend à diminuer. Les activités physiques les plus populaires sont la marche, la baignade, la danse, le vélo et le jardinage. Au plan de l'activité physique au travail, plus du quart des personnes rapportent un niveau appréciable d'exigences physiques dans leur activité principale.

Poids corporel

Plusieurs études ont démontré l'association entre le poids corporel et le risque de MCV, de diabète et de cancer. On constate toutefois que la proportion de Québécois de 15 ans et plus se classant à la catégorie excès de poids semble augmenter de façon constante depuis 1987. Elle atteint, en 1998, 28 % de la population (c. 20 % en 1987 et 25 % en 1992-1993). Le phénomène touche particulièrement les hommes et les personnes moins scolarisées et semble progresser dans tous les groupes d'âge, sauf chez les jeunes de 15 à 19 ans. Les personnes se classant dans la catégorie excès de poids sont proportionnellement moins nombreuses à présenter un niveau plus élevé de pratique d'activité physique de loisir que les personnes se classant dans la catégorie de poids acceptable. Au total, la moitié des femmes et le tiers

des hommes de 15 ans et plus désirent perdre du poids. D'autre part, 80 % des hommes et 52 % des femmes de 20 à 64 ans qui se classent dans la catégorie poids santé désirent maintenir leur poids. Les principales raisons invoquées pour changer de poids relèvent de motifs liés à la santé ou à l'amélioration de l'apparence. Par ailleurs, la proportion des personnes de 15 ans et plus ayant une insuffisance de poids serait de l'ordre de 9 % chez les hommes et de 18 % chez les femmes.

Divers comportements de santé propres aux femmes

Environ 27 % des Québécoises de 15 ans et plus pratiquent l'auto-examen des seins (AES) chaque mois et près de 50 % déclarent avoir passé un examen clinique des seins (ECS) depuis moins de 12 mois. Ces proportions sont respectivement de 35 % (AES) et de 53 % (ECS) chez les femmes de 50 à 69 ans, groupe d'âge particulièrement visé par le programme de dépistage du cancer du sein. Ces dernières mentionnent avoir subi une mammographie depuis deux ans ou moins dans une proportion de 64 % (comparativement à 29 % de l'ensemble des Québécoises de 15 ans et plus). En 1998, la proportion de femmes ayant passé un test de PAP depuis moins de 12 mois est de 44 % (54 % chez les 15-29 ans). Tandis que la proportion de jeunes femmes de 15 à 29 ans disant avoir passé un ECS ou une mammographie tend à diminuer depuis 1987, celle des femmes de 50 ans et plus semble augmenter, et ce, tant pour l'ECS et la mammographie que pour l'AES. Globalement, la proportion d'utilisatrices de contraceptifs oraux semble avoir augmenté depuis 1992-1993, et ce, particulièrement chez les femmes de 25 à 34 ans. Le recours aux contraceptifs oraux est rapporté par 30 % des adolescentes de 15 à 17 ans. Cette proportion est comparable à celle observée en 1992-1993, malgré la mise en place du régime d'assurance médicaments, en janvier 1997, qui aurait pu en augmenter l'accessibilité. Les femmes de 45 ans et plus sont, en proportion, plus nombreuses en 1998 qu'en 1987 et 1992-1993 à avoir recours aux hormones pour prévenir ou traiter les symptômes liés à la ménopause.

Familles et santé

Entre 1987 et 1998, le portrait des ménages et des familles s'est modifié de manière telle que la proportion des ménages non familiaux composés majoritairement d'une seule personne augmente de manière sensible et représente maintenant près du tiers des ménages. Par ailleurs, le portrait des ménages familiaux, comportant au moins un enfant de moins de 18 ans, se modifie de telle sorte que la proportion des familles biparentales intactes (70 %), qui représentent la majorité des familles, diminue aux dépens des familles monoparentales (20 %) et des familles recomposées (10 %).

En ce qui a trait aux parents faisant partie de familles monoparentales ou recomposées, les résultats indiquent que le climat qui a entouré la séparation de l'autre parent de l'un de leurs enfants mineurs est jugé bon ou assez bon par plus de 60 % d'entre eux. La persistance des contacts entre parents et enfants à la suite de la rupture d'union semble plus fréquente lorsque celle-ci est survenue depuis moins de douze mois puisque, dans plus d'un cas sur cinq, la garde des enfants est partagée, alors que pour les ruptures d'union survenues depuis cinq ans ou plus, seulement 10 % des enfants sont en garde partagée. Par ailleurs et de façon générale, les parents de famille biparentale adoptent de meilleures habitudes de vie et présentent un meilleur profil sur le plan de la santé et du bien-être.

Environnement de soutien

Parmi la population de 15 ans et plus, plus de 8 Québécois sur 10 vivent avec d'autres personnes (86 %). Entre 1992-1993 et 1998, la proportion de personnes qui vivent seules est demeurée inchangée à une personne sur sept. Il y a davantage de femmes que d'hommes qui vivent seules, surtout des femmes de 65 ans et plus. Parmi les personnes qui vivent seules, peu nombreuses sont celles qui s'en disent malheureuses. Force est de constater que ce sont les personnes veuves, séparées ou divorcées qui sont proportionnellement les plus nombreuses à avoir un faible indice de soutien social. Selon les composantes de l'indice, 13 % des Québécois sont insatisfaits de leur vie sociale, un sur dix n'a pas de confident et

environ un sur vingt présente une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : ne participe jamais à des rencontres sociales, n'a pas d'ami, n'a personne pour l'aider s'il est mal pris ou encore, n'a personne pour lui manifester de l'affection. Ces considérations sont plus souvent rapportées par des femmes que par des hommes et par les personnes qui ont entre 25 et 64 ans. Les plus jeunes, comme les plus âgés, obtiennent, globalement et pour les composantes de l'indice, des résultats plus favorables. Entre 1992-1993 et 1998, les caractéristiques de l'environnement social et l'appréciation qu'en font les personnes n'ont ni régressé, ni progressé, à l'exception d'une proportion plus importante de personnes de 25 à 64 ans insatisfaites de leur vie sociale.

Autonomie décisionnelle au travail

Des études ont démontré que les personnes ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail déclarent plus de symptômes d'anxiété ou de dépression que les autres travailleurs. Les résultats indiquent une augmentation importante de la proportion de personnes exposées à un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail entre 1992-1993 et 1998, cette situation s'appliquant maintenant à plus de la moitié des travailleurs (56 % c. 44 % en 1992-1993). Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à y être soumises. En outre, l'état de santé mentale et l'état de santé générale sont moins souvent qualifiés d'excellents par les personnes exposées à un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail. Les individus qui ont un niveau élevé d'autonomie décisionnelle au travail sont en proportion plus nombreux à rapporter un niveau élevé de soutien social.

Recours aux services des professionnels de la santé ou des services sociaux

Sur une période de deux semaines, une personne sur quatre a consulté un professionnel de la santé ou des services sociaux, le taux de consultation étant plus élevé parmi les personnes de 45 ans et plus que parmi celles de moins de 45 ans. Les femmes sont toujours proportionnellement plus nombreuses que les hommes à consulter un professionnel de la santé. Entre 1987 et 1998, le taux de consultation d'un professionnel de la

santé a légèrement progressé, cette progression ayant été enregistrée entre 1992-1993 et 1998. Alors que le taux de consultation d'un médecin est demeuré inchangé durant cette dernière période, la consultation de professionnels autres que des médecins a progressé, mais cette progression serait attribuable à une augmentation des consultations auprès des pharmaciens. Les deux tiers des consultations ont lieu à un cabinet privé. Environ 4 consultations auprès d'un généraliste sur 10 sont faites sans rendez-vous. Plus du tiers des consultations en bureau privé sont effectuées sans rendez-vous, alors que c'est le cas pour la moitié des consultations en CLSC. Environ la moitié des personnes ayant consulté sur rendez-vous ont pu voir un généraliste en moins d'une semaine, alors que plus du tiers ont pu voir un spécialiste après un mois ou plus. Le taux de satisfaction en ce qui a trait au temps d'attente est supérieur à 80 % et il est plus élevé pour les médecins généralistes que pour les médecins spécialistes.

L'accessibilité aux professionnels de la santé et des services sociaux diffère également selon le lieu de résidence des personnes et le lieu de pratique des professionnels. Ainsi, les personnes résidant en région centrale ont un taux de consultation supérieur à celui des personnes résidant en région éloignée, cela s'appliquant aussi bien aux médecins, généralistes ou spécialistes, qu'aux professionnels autres que des médecins. De manière générale, environ 10 % des consultations auprès d'un médecin généraliste nécessitent un déplacement d'au moins 20 kilomètres; pour les médecins spécialistes, autour de 20 % des consultations nécessitent de tels déplacements. L'accessibilité aux professionnels reflète leur répartition géographique, les taux de consultation étant plus faibles en régions éloignées, là où les effectifs sont les plus réduits.

Le taux de consultation des professionnels de la santé et des services sociaux varie en fonction de l'état de santé, plus particulièrement en fonction de la perception de l'état de santé, de la présence d'un ou de plus d'un problème de santé et de la présence d'incapacité. Ainsi, moins de 10 % des personnes n'ayant aucun problème de santé ont consulté un

professionnel de la santé sur une période de deux semaines, alors qu'environ une personne sur deux ayant plus d'un problème de santé, une limitation d'activité ou une perception négative de son état de santé a consulté un professionnel de la santé. Une consultation sur quatre a été faite à des fins de prévention. Le principal motif de santé invoqué pour consulter un professionnel demeure les problèmes ostéo-articulaires suivis des maladies respiratoires. Sur une période de 12 mois, le taux de consultation est plus élevé et la fréquence est également plus grande pour les personnes dont les problèmes de santé sont chroniques.

Consommation de médicaments

Rappelons que depuis janvier 1997, soit un an avant le début de la présente enquête, tous les Québécois bénéficient d'une assurance médicaments. Le recours aux soins et services, considéré sous l'angle de la consommation de médicaments, indique que la proportion de personnes ayant consommé au moins un médicament sur une période de deux jours (53 %) est comparable entre 1992-1993 et 1998. La proportion de consommateurs de 3 médicaments et plus est passée de 8 % en 1987 à 17 % en 1998 et c'est chez les personnes de 65 ans et plus qu'elle est la plus élevée (52 %). La proportion d'utilisateurs de médicaments prescrits semble un peu plus élevée qu'en 1992-1993 (34 % c. 31 %). La proportion des femmes ayant consommé des médicaments, prescrits ou non prescrits, est plus élevée que celle des hommes. La consommation de médicaments prescrits augmente avec l'âge et elle est associée à la perception de l'état de santé. Les vitamines et minéraux figurent en tête de liste des différentes classes de médicaments avec une personne sur cinq ayant consommé de tels produits au cours d'une période de deux jours. Les classes de médicaments dont la proportion d'utilisateurs a augmenté entre 1992-1993 et 1998 sont les analgésiques et les stimulants. La proportion d'utilisateurs de remèdes contre la toux ou le rhume et de suppléments alimentaires a par ailleurs diminué entre les deux enquêtes.

Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé

Environ la moitié de la population est couverte par un régime d'assurance privé pour les médicaments prescrits et pour les frais liés à un séjour hospitalier. Le tiers de la population est couverte pour les soins dentaires et un peu plus du quart pour les examens de la vue. Quatre Québécois sur dix peuvent se prévaloir des services fournis par des physiothérapeutes, psychologues, chiropraticiens, acupuncteurs, ostéopathes ... par le biais d'un régime d'assurance privé. Parmi les personnes assurées, 89 % possèdent un régime d'assurance collectif obtenu dans le cadre d'un emploi ou d'une activité professionnelle. Les personnes assurées ont davantage recours aux dentistes, physiothérapeutes, chiropraticiens et acupuncteurs que celles qui ne sont pas assurées. Les personnes qui se disent en excellente, très bonne ou bonne santé recourent en plus grande proportion à ces professionnels lorsqu'elles sont assurées.

30.1.2 Nouveautés en 1998

L'*Enquête sociale et de santé 1998* a été l'occasion d'étudier plusieurs nouveaux sujets venant compléter la description de l'état de santé et de bien-être ainsi que ses déterminants.

État de santé et de bien-être

Problèmes auditifs et problèmes visuels

Environ 7 % des Québécois de 16 ans et plus vivant en ménage privé déclarent une perte d'audition, cette proportion atteignant 26 % chez les personnes de 75 ans et plus. Fait à signaler, seulement la moitié des personnes qui déclarent avoir de la difficulté à entendre ont déjà consulté un professionnel de la santé pour ce problème. Par ailleurs, 3 % des personnes de 15 ans et plus présentent des acouphènes (sifflements ou bourdonnements dans les oreilles).

Près de 40 % des Québécois de 7 ans et plus ont de la difficulté à voir de près. Mais, on estime qu'environ 70 % des personnes de 45 ans et plus sont touchées par le problème. Toujours chez les individus de 7 ans et plus, les troubles de vision de loin sont présents

chez environ le quart d'entre eux. Les personnes de 75 ans et plus semblent les plus touchées, soit environ 2 personnes sur 5.

Perception de la santé mentale

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

Déterminants de l'état de santé et de bien-être

Fumée de tabac dans l'environnement (FTE)¹

Il est maintenant reconnu que la FTE est nuisible à la santé; or, 37 % des Québécois de 15 ans et plus déclarent y être exposés à la maison de façon quotidienne ou quasi quotidienne, soit un peu moins du quart des non-fumeurs et près des deux tiers des fumeurs qui sont ainsi exposés. Dans les lieux publics, environ le quart des Québécois se disent exposés à la FTE chaque jour ou presque, soit 19 % des non-fumeurs et 39 % des fumeurs.

Alimentation et insécurité alimentaire

La majorité (85 %) des Québécois de 15 ans et plus ont une perception positive de leurs habitudes alimentaires qu'elles qualifient de bonnes, très bonnes ou excellentes. Depuis 1990, date de l'*Enquête québécoise sur la nutrition*, la proportion de personnes qui qualifient leurs habitudes alimentaires d'excellentes ou de très bonnes a nettement augmenté. En général, les résultats indiquent que les personnes seules et moins avantagées sur le plan socioéconomique sont, en proportion, plus nombreuses à évaluer négativement leurs habitudes alimentaires.

Au plan des pratiques alimentaires, environ 20 % des personnes de 15 ans et plus consomment au moins 4 repas préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours, pratique qui mérite une attention

particulière puisque le contrôle qu'on peut exercer sur la qualité de l'alimentation s'en trouve diminué. Une proportion presque équivalente de personnes mangent habituellement seules lors des repas pris à la maison, habitude généralement associée à une alimentation moins adéquate que lorsque les repas sont pris avec d'autres personnes. Depuis 1990, on observe une augmentation de la proportion d'hommes qui mangent seuls, principalement chez les 18-24 ans.

Les résultats indiquent que près d'un Québécois sur dix (8 %) est touché par l'insécurité alimentaire qui se manifeste entre autres par la monotonie du régime alimentaire, ou encore par le fait de devoir restreindre son apport alimentaire ou de ne pas être en mesure d'offrir des repas équilibrés à ses enfants. Ce problème touche près d'une personne pauvre sur cinq et environ quatre personnes très pauvres sur dix, plus du quart des personnes sans emploi et environ une famille monoparentale sur cinq. De plus, l'insécurité alimentaire est associée à la perception de l'état de santé, au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique et à un niveau faible de l'indice de soutien social.

Comportements sexuels et utilisation du condom

Certains groupes de la population présentent des comportements sexuels augmentant les risques de transmission de MTS et du VIH, mais également celui de la survenue de grossesses non désirées.

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

¹ La mesure de la FTE pour les fumeurs exclut la fumée de leur propre cigarette.

Orientation sexuelle et santé

Certaines caractéristiques distinguent la population hétérosexuelle des populations homosexuelle et bisexuelle. La proportion des personnes homosexuelles et bisexuelles est estimée à environ 3 % de la population de 15 ans et plus. Ainsi, des proportions plus grandes de personnes homosexuelles et bisexuelles vivent seules et se retrouvent dans la catégorie de revenu des très pauvres. L'usage de la cigarette est plus répandu chez les populations bisexuelle et homosexuelle que chez la population hétérosexuelle. La consommation d'alcool ne diffère pas entre les trois populations, à l'exception des femmes bisexuelles, plus nombreuses en proportion à rapporter s'être enivrées. Les femmes bisexuelles se distinguent en se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique et par un niveau faible de soutien social. Le soutien social semble également plus faible chez les hommes homosexuels que dans le reste de la population. Les idées suicidaires sont rapportées par une plus grande proportion de personnes bisexuelles que dans la population hétérosexuelle.

Intimité et relations avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde »

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

Événements traumatisants durant l'enfance ou l'adolescence

Au sein de la population de 18 ans et plus, une personne sur deux a vécu, au cours de son enfance ou de son adolescence, au moins un des sept événements critiques étudiés dans l'enquête et une personne sur dix en a vécu au moins trois. Un événement dont la pensée a effrayé pendant des années est le plus fréquemment rapporté, suivi de

problèmes familiaux dus à la consommation d'alcool ou de drogues, du chômage de l'un des deux parents et du divorce des parents. Les événements traumatisants sont principalement reliés au milieu familial et plus spécifiquement aux parents. Les personnes de 18 à 44 ans sont proportionnellement plus nombreuses à rapporter au moins un événement traumatisant et à avoir vécu au moins trois de ces événements durant leur enfance ou leur adolescence. Les personnes de 18 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreuses que l'ensemble de la population à avoir vécu le divorce des parents et le chômage de l'un des deux parents alors que celles âgées de 25 à 44 ans se distinguent par une proportion plus élevée à avoir vécu le divorce de leurs parents et à avoir subi des mauvais traitements physiques par un proche.

Travail et santé

Parmi la population de 15 ans et plus, environ trois personnes sur cinq (59 %) occupent un emploi rémunéré, soit les deux tiers des hommes et la moitié des femmes.

La majorité des travailleurs québécois (82 %) sont en contact avec le public et le tiers d'entre eux vivent souvent ou très souvent des situations de tension avec le public. En outre, certains travailleurs rapportent avoir subi au travail, au cours d'une période de 12 mois, de la violence physique, de l'intimidation ou encore, des paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés. Ainsi, au total, 3 % des travailleurs rapportent avoir été l'objet de violence physique au travail. L'intimidation au travail est signalée par la plus grande proportion de travailleurs au cours d'une période de 12 mois, soit par 18 % d'entre eux. Les paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail sont majoritairement rapportés par des travailleuses, soit près de 8 % des femmes comparativement à 2 % des hommes. Il faut souligner que l'enquête ne permet pas de savoir si ces différentes manifestations d'abus proviennent de collègues ou de la clientèle.

Par ailleurs, un portrait d'ensemble des conditions de travail peut être dressé en 1998. Ainsi, près d'un travailleur sur dix œuvre assez souvent ou tout le

temps selon un mode de rémunération au rendement et une proportion équivalente travaille de nuit, alors que près du tiers des travailleurs font des horaires irréguliers. Plus de la moitié (59 %) des travailleurs occupent un emploi demandant la position debout, bien qu'une minorité d'entre eux aient la possibilité de s'asseoir. À l'inverse, les personnes qui travaillent en position assise ont pour la plupart la possibilité de se déplacer. Les risques physiques et chimiques pour la santé auxquels sont exposés près de 20 % des travailleurs sont les gestes répétitifs des mains et des bras, la manipulation de charges lourdes et la nécessité de fournir des efforts avec des machines ou des outils; par ailleurs, environ 13 % travaillent dans un bruit intense et près de 10 % font un travail occasionnant des vibrations aux membres supérieurs ou encore sont exposés à des solvants. Les jeunes travailleurs sont davantage exposés à certaines conditions de travail défavorables (emploi temporaire, travail à temps partiel, faible syndicalisation, petite entreprise, profession manuelle, horaires irréguliers, travail répétitif, manipulation de charges lourdes), et les hommes sont davantage exposés aux risques physiques et chimiques (entre autres, aux efforts fournis avec des machines ou des outils, aux vibrations provenant d'outils à main, aux vibrations provenant de grosses machines, au bruit intense, aux poussières de bois, aux fumées de soudage).

Au sein de la population qui occupe un emploi rémunéré, 15 % des personnes présentent des problèmes musculo-squelettiques de longue durée. Lorsqu'on considère uniquement les douleurs musculo-squelettiques les ayant dérangés dans leurs activités au cours d'une période de douze mois, on observe que près d'un travailleur sur quatre a eu des maux au bas du dos et un sur cinq des douleurs aux membres supérieurs. Environ la moitié des douleurs ayant le plus dérangé dans les activités sont perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail. La prévalence de certaines douleurs musculo-squelettiques est plus élevée chez les individus de profession manuelle et chez ceux qui sont exposés à certains risques physiques. Les données sur les accidents avec blessures survenant en milieu de travail et sur les douleurs musculo-squelettiques

associées au travail par les travailleurs eux-mêmes viennent corroborer ces résultats et confirmer les liens existant entre les conditions de travail et les risques physiques et chimiques qui leur sont associés.

Environnement psychosocial au travail

À l'étude du niveau d'autonomie décisionnelle au travail, s'est ajouté en 1998 l'examen du niveau de demande psychologique. Ainsi, comme on l'a vu précédemment, plus de la moitié des travailleurs de 15 ans et plus ont une faible autonomie décisionnelle au travail, à quoi s'ajoute le constat qu'une personne sur deux parmi ceux-ci doit répondre à des exigences psychologiques élevées. Les femmes, les jeunes de 15 à 24 ans et les individus les moins scolarisés sont proportionnellement plus nombreux à avoir une faible autonomie décisionnelle combinée à une demande psychologique élevée.

Hospitalisation, chirurgie d'un jour et services posthospitaliers

En 1998, 6 % des Québécois ont été hospitalisés au moins une fois au cours d'une période de 12 mois et 4 % ont eu recours à la chirurgie d'un jour. L'enquête confirme le lien entre l'hospitalisation et le fait d'être plus âgé, d'avoir une plus faible scolarité ou d'avoir un revenu moindre. Les délais d'attente avant l'admission sont beaucoup moins longs pour l'hospitalisation que pour la chirurgie d'un jour. Il faut noter qu'une partie importante de la clientèle hospitalisée est constituée de personnes nécessitant une hospitalisation immédiate. Une plus grande proportion de personnes ayant été hospitalisées que de personnes ayant été traitées en chirurgie d'un jour ont recours aux services posthospitaliers à domicile. Dans les deux cas, le recours aux traitements est moins important que le recours à l'aide, et on observe que la famille et les proches sont la source principale d'assistance personnelle. Toutefois, les CLSC participent davantage aux traitements donnés à domicile après une hospitalisation. Une proportion élevée de personnes jugent adéquats les délais d'attente avant d'être admis à l'hôpital ou traité à l'aide de la chirurgie d'un jour, tout comme elles estiment suffisants le temps de séjour hospitalier et l'aide à domicile reçue à la suite de l'un ou l'autre des services (de 75 % à 88 % des

personnes selon la situation examinée). Sur le plan de l'accessibilité géographique, on n'a constaté aucune différence significative entre les types de régions.

Service téléphonique Info-Santé CLSC

En 1998, les trois quarts des Québécois de 15 ans et plus ont déclaré connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC, dont une proportion plus élevée de femmes que d'hommes et de personnes de 25 à 44 ans. Le tiers des personnes qui connaissent ce service l'ont utilisé au cours d'une période de 12 mois et son accessibilité, mesurée par le fait de parler à l'infirmière lors de l'appel téléphonique, est effective pour 95 % des appels. Les principaux utilisateurs sont les personnes dont le ménage comprend de jeunes enfants, plus particulièrement des enfants de 2 ans ou moins. Par ailleurs, l'utilisation du service par les individus présentant les caractéristiques sociosanitaires les plus susceptibles de nécessiter le recours aux services de santé (hospitalisation, chirurgie d'un jour, perception plus négative de l'état de santé, limitations d'activité) permet de statuer que l'accès à ce service rejoint la clientèle visée, à l'exception des personnes de langue maternelle autre que le français et des hommes, surtout ceux de 15 à 24 ans, qui sont proportionnellement moins nombreux à connaître et à utiliser ce service.

Vaccination contre la grippe

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

Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire

Bien que le sujet demeure relativement peu étudié, l'hypothèse de liens entre spiritualité et bien-être psychologique aurait été soulevée. De plus, la pratique religieuse aurait un impact positif en préconisant des habitudes de vie favorables à la santé; quant à la fréquentation d'un lieu de culte, elle faciliterait l'accès à un réseau de soutien social.

Bien que 65 % des Québécois de 15 ans et plus disent accorder de l'importance à la vie spirituelle et que 86 % déclarent une appartenance religieuse, près des trois quarts de la population ne fréquente une église ou un lieu de culte qu'une fois par mois ou moins (43 %) ou jamais (31 %). La proportion de la population qui fréquente un lieu de culte sur une base régulière a sensiblement diminué entre 1987 et 1998. Les personnes qui se perçoivent en moins bonne santé, celles qui ont au moins un problème de santé de longue durée et celles qui sont limitées dans leurs activités sont, en proportion, plus nombreuses à accorder de l'importance à la vie spirituelle et à fréquenter régulièrement un lieu de culte. Les personnes qui disent appartenir à une religion et qui fréquentent une église ou un lieu de culte sont, en proportion, moins nombreuses à faire usage de tabac, d'alcool ou de drogues, à se classer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique ou à avoir eu des idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois. Par contre, elles sont proportionnellement plus nombreuses à se classer au niveau élevé de l'indice de soutien social. Il faut souligner que l'âge a probablement un effet sur la plupart de ces résultats.

30.2 Pistes de réflexion pour la planification et l'action

Bien que l'objet d'une enquête sociale et de santé soit d'abord de présenter un portrait clair, objectif et représentatif de l'état de santé et de bien-être d'une population, sa valeur n'est réelle qu'à partir du moment où l'utilisateur visé, c'est-à-dire le planificateur ou le preneur de décision, se sert des données recueillies pour réviser cibles et priorités d'intervention.

Pour mettre l'utilisateur sur la piste, les résultats de chacun des chapitres ont été examinés par leurs auteurs à la lumière des actions possibles à entreprendre. Sans être exhaustif, mais fortement inspiré des éléments de réflexion pour la planification des différents chapitres, le présent exercice permet ainsi d'identifier trois cibles principales, soit les problèmes de santé, la pauvreté et les jeunes.

Problèmes de santé – Prévention et planification des services à long terme

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* portant sur les problèmes de santé doivent être examinés sous différents angles, notamment sous celui de la promotion de la santé et des mesures préventives à mettre en œuvre pour agir sur les conditions de vie défavorables et sur les facteurs de risque connus.

Par rapport à 1987, et bien que la majorité des Québécois jouissent d'une bonne santé, l'enquête révèle une augmentation de la proportion de personnes ayant déclaré plus d'un problème de santé. On observe aussi que la prévalence de la majorité des problèmes de santé a augmenté, particulièrement celle des problèmes de santé déclarés par une plus grande proportion de Québécois. Cette augmentation de la prévalence déclarée des problèmes de santé est d'abord attribuable au phénomène du vieillissement de la population, mais aussi à une plus grande assiduité des professionnels de la santé à diagnostiquer et traiter certains problèmes (ex. : problèmes thyroïdiens et diabète). Cependant, d'autres problèmes semblent en progression, sans qu'on puisse associer cette

hausse au vieillissement de la population ni aux progrès technologiques (ex. : maux de dos, asthme et rhinite allergique). Par ailleurs, bien que la proportion de Québécois se classant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique ait diminué, il n'en demeure pas moins que la proportion de personnes ayant déclaré des idées ou des gestes suicidaires demeure préoccupante.

Les résultats sur la consommation de médicaments qui indiquent une augmentation de la proportion de consommateurs de trois médicaments et plus et une proportion plus élevée de consommation de médicaments prescrits (le tiers des médicaments) devraient à tout le moins être examinés de près et faire l'objet d'une attention particulière dans les programmes de formation médicale continue.

L'augmentation réelle de certains problèmes de même que leur prise en charge sur les plans diagnostiques et thérapeutiques génèrent des coûts importants – ceux des médicaments, à titre d'exemple – et vont nécessiter une réflexion sur l'allocation des ressources disponibles. Les répercussions de ces changements sur les services de santé semblent claires : le vieillissement de la population et l'augmentation de la population très âgée laissent entrevoir un plus grand besoin d'aide personnelle, qu'il s'agisse d'aidants familiaux ou de services à domicile, de même que de services institutionnels d'hébergement.

Les résultats indiquent aussi que peu de changements sont observés malgré les efforts déployés pour amener les Québécois à adopter de saines habitudes de vie et des comportements favorables à la santé. Cette constatation s'applique aussi bien à la consommation excessive d'alcool, qu'à la consommation de tabac ou de substances psychoactives illégales. Un recul est même enregistré en ce qui a trait à la pratique d'activité physique de loisir (augmentation de la proportion de personnes sédentaires) et en ce qui touche le poids corporel (augmentation de la proportion de personnes ayant un excès de poids). De plus, une proportion importante de personnes sexuellement actives ont des comportements augmentant le risque de transmission du VIH ou

d'une autre MTS en ayant plus d'un partenaire et en ne faisant pas usage du condom de façon systématique. Par ailleurs, aucune tendance à la hausse n'a été observée pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Enfin, la vaccination contre l'influenza ne rejoint que 38 % des personnes de 65 ans et plus et 26 % des personnes souffrant de certains problèmes de santé pour lesquels la vaccination est indiquée.

Aux stratégies de promotion de la santé doivent s'ajouter des mesures visant à prévenir les handicaps. À titre d'exemple, rappelons qu'au chapitre des problèmes de santé, non seulement les problèmes ostéo-articulaires continuent de figurer en tête de liste, mais ils demeurent également la cause la plus importante de limitations d'activité au sein de la population en général et parmi les travailleurs. En assurant l'aide technique nécessaire ainsi que l'accès géographique et financier aux séances de réadaptation, on contribuerait à faire en sorte qu'une déficience ne se transforme pas en incapacité.

En outre, certains problèmes nécessitent une plus grande concertation entre les intervenants, et ce, à tous les niveaux. La baisse importante du taux de morbidité par accidents avec blessures entre 1992-1993 et 1998 constitue un excellent exemple en ce sens. Pour les accidents de la route, les effets conjugués des mesures prises pour contrer la conduite avec facultés affaiblies, réduire la vitesse, améliorer les véhicules et favoriser l'adoption de comportements de sécurité auront contribué à la réduction de la morbidité rapportée. Parmi les ingrédients du succès pouvant servir d'exemple à d'autres secteurs, mentionnons une action soutenue année après année, une combinaison de stratégies législatives et promotionnelles ainsi que la disponibilité de ressources adéquates.

Une telle approche aurait avantage à être utilisée pour contrer l'augmentation croissante de la proportion de Québécois se classant dans la catégorie excès de poids ainsi que la tendance à la sédentarisation, observées toutes deux en 1998, l'obésité étant entre autres associée à un risque accru de diabète et de maladies cardiovasculaires.

Pauvreté - Plus grande vulnérabilité en matière de santé et de bien-être

En 1998, la pauvreté reste à l'ordre du jour au Québec, près du quart (23 %) des ménages québécois vivant en situation de pauvreté ou d'extrême pauvreté et une proportion similaire des personnes qualifiant leurs revenus d'insuffisants pour couvrir leurs besoins de base. Les résultats sur la perception de la durée de la pauvreté indiquent par ailleurs qu'une plus grande proportion de Québécois se perçoivent en situation de pauvreté depuis cinq ans et plus que ce n'était le cas en 1992-1993. Par ailleurs, le problème de l'insécurité alimentaire (monotonie du régime alimentaire, restriction de l'apport alimentaire ou impossibilité d'offrir des repas équilibrés à ses enfants) touche une personne pauvre sur cinq et quatre personnes très pauvres sur dix.

À la lumière des résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, on se doit de renchérir sur l'importance du lien observé, une fois de plus, entre la pauvreté et l'état de santé et de bien-être. Comme on a pu le constater tout au long du rapport, les personnes pauvres et très pauvres sont, pour la plupart des problématiques examinées, proportionnellement plus nombreuses à y être associées que les Québécois favorisés financièrement. Il faut toutefois souligner que l'enquête identifie des associations entre pauvreté et santé, mais qu'elle ne permet pas de connaître le sens de ces associations : les gens pauvres risquent-ils plus que les gens mieux nantis de devenir malades ou est-ce le problème de santé de longue durée qui entraîne la pauvreté?

Ainsi, sur le plan de l'état de santé et de bien-être, les gens les plus pauvres sont, toutes proportions gardées, moins nombreux à évaluer favorablement leur état de santé que les mieux nantis et plus susceptibles de déclarer plus d'un problème de longue durée. La proportion d'individus se classant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique est plus importante chez les personnes à faible revenu. On observe également chez ces dernières une prévalence plus élevée des limitations d'activité.

La même situation s'observe lorsqu'on examine les habitudes de vie et les comportements préventifs. Plus le niveau de revenu diminue, plus la proportion de personnes qui qualifient négativement leurs habitudes alimentaires augmente. Les résultats permettent également de constater une association entre l'indice de masse corporelle et le niveau de revenu, les personnes pauvres étant en proportion plus nombreuses à être classées dans la catégorie poids insuffisant. Les femmes plus pauvres sont en proportion moins nombreuses à pratiquer l'auto-examen des seins que les femmes qui déclarent un niveau de revenu supérieur.

Cependant, pour ce qui est du recours aux services des médecins, il ne semble pas y avoir de relation significative avec le niveau de revenu : les personnes pauvres et très pauvres consultent autant les médecins que les personnes se situant dans les catégories de revenu supérieures. Ce résultat semble étonnant puisque les personnes à faible revenu sont généralement en moins bonne santé que celles appartenant aux strates de revenu supérieures. Toutefois, à état de santé égal, l'accès aux médecins semble égal entre personnes mieux nanties et personnes pauvres.

L'utilisation des médicaments dans leur ensemble est liée, quoique faiblement, au niveau de revenu, les personnes pauvres étant proportionnellement moins nombreuses à en consommer. L'enquête confirme également le lien entre l'hospitalisation et le fait d'avoir un revenu moindre. On remarque par ailleurs que la proportion d'utilisateurs du service Info-Santé CLSC et la fréquence des appels augmentent à mesure que le revenu diminue. On peut se réjouir que ce service téléphonique rejoigne les personnes des milieux défavorisés.

Plus le niveau de revenu augmente, plus la proportion de couverture des frais de santé par une assurance privée croît rapidement. C'est donc dire qu'une faible proportion de personnes pauvres et très pauvres sont couvertes par un régime d'assurance privé (20 % et 8 % respectivement). Bien que la présente enquête ne permette pas d'estimer l'état de la santé dentaire des

Québécois, il faut souligner, par ailleurs, l'écart en ce qui concerne le recours aux dentistes entre les personnes couvertes par un régime d'assurance privé et celles qui ne le sont pas (6 % c. 3,3 % au cours d'une période de 2 semaines), situation qui apparaît particulièrement préoccupante considérant la diminution de la couverture des soins dentaires pour les enfants par le régime public et le fait que les services dentaires sont moins fréquemment disponibles que d'autres services dans les régimes d'assurance privés offerts aux Québécois.

Avec l'accroissement de la pauvreté et le vieillissement de la population, l'ampleur des problèmes identifiés risque de s'accroître. De plus, il est raisonnable de supposer que les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique auront des besoins d'aide plus grands à cause de leurs taux d'incapacité plus élevés, d'autant plus qu'elles bénéficient en moins grandes proportions d'un soutien social élevé. Finalement, on ne peut que répéter ici encore la nécessité d'une approche concertée visant à réduire, chez les Québécois, les inégalités de santé associées aux conditions socioéconomiques.

Les jeunes de 15 à 24 ans - Davantage de comportements à risque que leurs aînés

Les résultats de la présente enquête ont maintes fois permis de constater que l'âge est associé à l'état de santé et de bien-être ainsi qu'à ses déterminants. Parmi les groupes d'âge étudiés, et bien que chacun d'eux ne soit pas exempt de problèmes sérieux, celui des jeunes de 15 à 24 ans mérite qu'on y revienne brièvement, le profil de ces derniers demeurant préoccupant.

Au plan de la perception de l'état de santé, il faut souligner, chez les 15-24 ans, une détérioration par rapport à 1987, puisqu'on observe, dans la présente enquête, une plus grande proportion de jeunes qui qualifient leur état de santé de moyen ou mauvais. Ce phénomène mérite une attention particulière. La perception par les jeunes de leur propre état de santé devrait être mise en relation avec l'évolution de certains indicateurs de santé. Un parallèle pourrait

également être fait avec les habitudes de vie de ces jeunes.

Ainsi, du côté des indicateurs de santé mentale et de l'environnement social, on observe que la proportion d'individus se classant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique est plus importante chez les jeunes de 15 à 24 ans que parmi les autres groupes d'âge. Bien qu'ayant amélioré leur position depuis 1992-1993, les jeunes n'ont pas rejoint le niveau enregistré à l'indice de détresse psychologique en 1987, alors que celui de la population des personnes âgées tend à diminuer d'une enquête à l'autre. Fait troublant, comme pour les enquêtes antérieures de Santé Québec, les jeunes de 15 à 24 ans sont, toutes proportions gardées, les plus nombreux à rapporter des pensées suicidaires. Par ailleurs, la proportion de Québécois qui rapportent manquer d'intimité (au sens de relations intimes, cette notion du soutien social serait associée à la dépression), qu'ils aient ou non un conjoint, est plus grande chez les jeunes de 15 à 24 ans que dans les autres groupes d'âge, malgré que ces derniers montrent un niveau plus élevé d'intégration sociale. Les jeunes de 18 à 24 ans sont aussi plus nombreux en proportion que leurs aînés à avoir vécu le divorce de leurs parents et à avoir subi le chômage de ces derniers lorsqu'ils étaient enfants ou adolescents. Il faut souligner également que c'est le groupe des moins de 25 ans qui présente la plus grande concentration de mères de famille monoparentale; célibataires dans près d'un cas sur deux (49 %), elles constituent l'un des groupes vulnérables de notre société. Par ailleurs, au chapitre de l'environnement de travail, l'exposition combinée à une demande psychologique élevée et à une faible autonomie décisionnelle s'observe, là aussi, plus fréquemment chez les jeunes que dans les autres groupes d'âge. De plus, comme on l'a vu précédemment, les jeunes travailleurs sont davantage exposés à certaines conditions de travail défavorables tant sur le plan du statut d'emploi et des horaires que des exigences physiques.

À ces problèmes de nature psychosociale, il faut ajouter les problèmes de santé particuliers à ce groupe d'âge, allant de ceux qui dérangent et harassent

jusqu'aux plus handicapants : problèmes d'allergies et maux de tête (surtout chez les jeunes femmes), accidents avec blessures (surtout chez les jeunes hommes) et maux de dos ou de la colonne, problèmes préoccupants en raison de la morbidité et des coûts financiers et sociaux qu'ils engendrent à court, moyen ou long terme. Depuis 1987, on observe une augmentation des maux de tête dont il faudrait rechercher les facteurs de risque individuels et environnementaux et les comorbidités susceptibles d'expliquer cet accroissement.

Par ailleurs, il semble bien que la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues chez les 15 à 24 ans se caractérise par la prise de risques, comme l'ont souligné les auteurs du chapitre 5, puisque les jeunes de cette génération ont été abondamment sensibilisés aux effets de ces substances psychoactives sur leur santé. Bien qu'on n'observe pas de hausse du tabagisme chez les 15-19 ans depuis 1987, il faut tout de même souligner qu'un jeune sur trois de ce groupe d'âge en a l'habitude en 1998 et que les 20-24 ans sont encore plus nombreux à fumer, cette proportion atteignant 44 % chez les jeunes hommes et 36 % chez leurs consœurs. La réduction du tabagisme chez les adolescents et les jeunes adultes demeure un défi de taille comme celle de la consommation d'alcool. En effet, là encore, la génération des 15-24 ans se démarque des autres groupes d'âge par une consommation élevée d'alcool et par une plus grande fréquence d'enivrement, d'où la nécessité de poursuivre les efforts en vue de les amener vers une façon de boire plus appropriée. Autre défi à relever dans la compréhension du phénomène de la prise de risques, les consommateurs actuels de drogues sont majoritairement des jeunes.

Environ 15 % des Québécois de 15 à 29 ans ont eu leur première relation sexuelle avec pénétration avant l'âge de 15 ans, ce qui est plus élevé que dans les autres groupes d'âge. Toutes proportions gardées, les moins de 30 ans déclarent un plus grand nombre de partenaires. Par ailleurs, et c'est là un signe encourageant quant au succès de l'intervention sur les comportements à risque (les campagnes d'information ont ciblé les jeunes adultes), l'utilisation du condom

lors de la dernière relation sexuelle est plus répandue parmi la génération des plus jeunes ayant un seul ou plus d'un partenaire.

Par contre, le recours aux contraceptifs oraux est rapporté par 30 % des adolescentes de 15 à 17 ans, proportion comparable à celle observée dans l'enquête de 1992-1993, malgré la mise en place du régime d'assurance médicaments qui aurait pu entraîner une hausse. Parmi les groupes envers lesquels des efforts plus importants de prévention et de dépistage devraient être déployés dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus, il importe de mentionner les femmes de 15 à 24 ans sexuellement actives qui ne consomment pas de contraceptifs oraux et qui, de ce fait, sont moins susceptibles d'être suivies au point de vue gynécologique. De plus, compte tenu des taux de grossesse chez les adolescentes qui n'ont pas diminué depuis 1995, et considérant la hausse continue des taux d'interruption volontaire de grossesse chez les Québécoises, il serait important de documenter les attitudes ainsi que les comportements sexuels et contraceptifs des jeunes de moins de 18 ans.

Contrairement à la tendance nord-américaine, les résultats indiquent qu'il n'y pas d'augmentation de la proportion de jeunes de 15 à 19 ans se classant dans la catégorie excès de poids entre 1992-1993 et 1998. On observe de plus une diminution de la proportion de jeunes femmes dans la catégorie poids insuffisant. Toutefois, les jeunes sont proportionnellement plus nombreux à se classer dans la catégorie poids insuffisant que les groupes plus âgés et à évaluer la qualité de leurs habitudes alimentaires comme moins bonne. Une meilleure connaissance des attitudes des jeunes quant au poids corporel et des conditions qui influencent la qualité de leurs habitudes alimentaires aiderait à mettre en place des interventions promotionnelles plus appropriées.

Au chapitre du recours aux services, il y aurait lieu de mieux faire connaître le service téléphonique Info-Santé CLSC aux jeunes hommes de 15 à 24 ans.

Finalement, bien qu'on vienne, dans la présente conclusion, de souligner des failles importantes dans le portrait de l'état de santé et de bien-être de la population, les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* permettent de constater que la majorité des Québécois possèdent la capacité physique, psychique et sociale d'agir et d'accomplir les rôles qu'ils entendent assumer. Il faut toutefois contrecarrer les effets du vieillissement de la population en concentrant les efforts sur la promotion des habitudes et comportements favorables à la santé et sur la réduction des inégalités.