

# Chapitre 9

## Comportements sexuels et utilisation du condom

Alix Adrien  
Viviane Leaune  
Danielle Auger

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

---

### Introduction

L'*Enquête sociale et de santé 1998* a innové en incluant pour la première fois des questions sur la sexualité qui examinent certains aspects des comportements sexuels tels que l'âge à la première relation, le nombre et le type de partenaires, l'utilisation du condom et le fait d'avoir été traité pour une maladie transmissible sexuellement (MTS). Santé Québec suit les orientations de la *Politique de la santé et du bien-être* (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992) qui visent, entre autres, à améliorer les connaissances sur les comportements sexuels. Inclure ces questions, en particulier celles sur l'utilisation du condom et la déclaration d'un antécédent de MTS, répond également aux préoccupations exprimées dans le document *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, qui propose notamment la mise sur pied de programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires. Pour ce faire, on y mentionne également l'importance de mener des recherches afin de mieux comprendre l'influence de certains déterminants sur les comportements sexuels (MSSS, 1999). L'enquête de 1998 effectue un pas dans ce sens.

Au Québec, au 31 décembre 1996, on estimait qu'environ 13 494 adultes vivants âgés de 15 ans et plus étaient infectés par le VIH (Remis, 1998). Au 31 décembre 1999, 5 565 cas de sida ont été déclarés (MSSS, 1999). Dans la très grande majorité des cas, le VIH a été transmis lors de relations sexuelles (relations homosexuelles et hétérosexuelles). Quant aux MTS à déclaration obligatoire, dans 75,6 % des cas déclarés entre 1993 et 1997, il s'agit de

chlamydie génitale, dont l'incidence s'élevait en 1995 à 96,1 par 100 000 pour l'ensemble du Québec (Parent et Alary, 1999). La chlamydie génitale, comme certaines autres MTS, est étroitement reliée au risque d'infertilité chez les femmes. De plus, la déclaration d'un antécédent de MTS est considérée comme un bon indicateur de comportement à risque pour la transmission du VIH et permet d'identifier des sous-groupes plus vulnérables à l'infection VIH dans la population générale (Warszawski et Meyer, 1998).

Pour comprendre l'évolution et l'impact du VIH/sida au sein de la population québécoise, on ne peut se contenter des résultats de la surveillance épidémiologique, c'est-à-dire d'études de prévalence et d'incidence des infections transmissibles sexuellement, du sida ou du VIH. Il faut travailler en amont de ces infections et mieux connaître et comprendre les comportements qui en favorisent l'acquisition. La surveillance comportementale permet d'apporter un éclairage sur l'évolution de certains phénomènes à l'égard desquels des efforts de prévention devraient être entrepris. Les connaissances acquises peuvent guider l'intervention quant aux sous-groupes de la population plus particulièrement exposés à un risque et quant aux impacts positifs ou négatifs des mesures préventives mises de l'avant (Dubois-Arber, 1994). Cet exercice permet également de guider les enquêtes à réaliser pour combler les lacunes décelées ou éclaircir les incohérences révélées.

De fait, depuis l'apparition de l'épidémie du sida, un nombre de plus en plus important d'études se sont penchées sur les comportements sexuels et de protection contre les MTS et le sida. Un des principaux

objectifs de ces études était une meilleure compréhension de ces comportements afin d'élaborer des programmes de prévention mieux adaptés aux besoins des populations étudiées. Ainsi, en 1991, Santé Québec a réalisé une enquête sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS, auprès de jeunes adultes québécois âgés entre 15 et 29 ans (Santé Québec, 1992). Des populations d'étudiants ont aussi fait l'objet d'études particulières (Lévy et autres, 1994; Samson et autres, 1993). D'autres études se sont intéressées uniquement aux hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (Myers, 1995; 1996) et, plus récemment, aux utilisateurs de drogues injectables (Poulin et Alary, 1999; Bruneau et autres, 1997).

Les études auprès de la population générale, majoritairement hétérosexuelle, sont encore peu nombreuses, particulièrement au Canada et au Québec. La première étude réalisée dans la population générale québécoise a été effectuée en 1996 (Adrien et autres, 1998b; Leane et Adrien, 1998). Elle a permis d'obtenir des informations sur les comportements sexuels et de protection reliés au VIH/sida des Québécois et d'identifier des sous-groupes plus à risque au sein de cette population, et ce, non seulement chez les personnes homosexuelles ou bisexuelles, mais aussi chez les individus hétérosexuels. La recherche tend à montrer que certaines caractéristiques des rapports sexuels — et notamment celles qui peuvent être associées à la transmission des MTS et du VIH — varient selon les types de relation entre les partenaires. Ainsi, l'étude, réalisée auprès de la population générale du Québec, tout en confirmant que l'utilisation du condom est plus élevée avec un partenaire occasionnel, a montré que le fait d'habiter ou non avec un partenaire régulier influence le choix des stratégies de prévention avec celui-ci (Leane et Adrien, 1998). D'autres recherches ont révélé qu'à la suite d'une séparation ou d'un divorce, les personnes ont plus de comportements sexuels à risque pour les MTS et le VIH (Bajos et autres, 1997; Bastard et Cardia-Vonèche, 1995; Dedobbeleer et Morissette, 1999).

L'*Enquête sociale et de santé 1998* permet de poursuivre la surveillance comportementale dans la population générale québécoise avec un regard plus approfondi sur les personnes hétérosexuelles. L'objectif du présent chapitre est de décrire certains aspects des comportements sexuels reliés au risque de transmission de MTS et du VIH dans la population hétérosexuelle de 15 ans et plus du Québec. Dans le cadre du présent chapitre, la plupart des analyses portent sur les personnes qui ont déjà eu au moins une relation sexuelle avec pénétration, du fait que celles qui n'ont jamais eu de relations sexuelles avec pénétration ont généralement été beaucoup moins exposées au risque d'infection par voie sexuelle au VIH ou à d'autres MTS. Dans un premier temps, le chapitre présente l'activité sexuelle de la population générale de 15 ans et plus, sans égard à l'orientation sexuelle, pour ce qui est de l'âge à la première relation sexuelle avec pénétration. Dans un deuxième temps, mais cette fois-ci uniquement chez la population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration, il décrit les autres variables à l'étude, soit le nombre et le type de partenaires au cours d'une période de 12 mois, l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle, le comportement sexuel à risque chez les personnes ayant eu plus d'un partenaire ainsi que le fait d'avoir été traité pour une MTS. Le cas particulier des personnes séparées ou divorcées présente un intérêt spécial du fait que le temps de séparation serait un facteur déterminant du nombre de partenaires sexuels chez ceux et celles qui sont à la recherche d'un nouveau partenaire. Comme le temps écoulé depuis la séparation chez les personnes séparées ou divorcées du parent de l'un de leurs enfants âgés de moins de 18 ans est une donnée disponible dans l'enquête, ce sous-groupe fait l'objet d'une attention particulière dans l'analyse du nombre des partenaires sexuels au cours d'une période de 12 mois.

Les résultats pour les personnes qui se déclarent homosexuelles ou bisexuelles sont présentés dans le chapitre 10, qui porte sur l'orientation sexuelle. Des comparaisons entre les personnes hétérosexuelles, homosexuelles et bisexuelles par rapport à certains

comportements liés à la santé, au bien-être et à la sexualité sont exposés dans cet autre chapitre.

## 9.1 Aspects méthodologiques

### 9.1.1 Indicateurs

Les questions qui font l'objet du présent chapitre proviennent de la section XVI du QAA portant sur la sexualité.

La section commence avec le préambule suivant qui s'adresse aux personnes de 15 ans et plus : « Les prochaines questions sont délicates et parfois intimes, mais nous vous demandons d'y répondre parce que certains problèmes de santé importants sont reliés à la sexualité ». La première question « Avez-vous déjà eu des relations sexuelles? » (QAA203) sert d'introduction à la section. Si la réponse est « oui », la personne poursuit en répondant aux deux questions suivantes : « Lorsque vous avez des relations sexuelles, est-ce toujours avec une personne de l'autre sexe? Toujours avec une personne du même sexe? Plus souvent avec une personne de l'autre sexe? Plus souvent avec une personne du même sexe? Aussi souvent avec une personne de l'un ou l'autre sexe? » (QAA204) et « Avez-vous déjà eu une relation sexuelle avec pénétration? » (QAA205). Ces deux questions servent à définir la population de référence pour la plupart des analyses du présent chapitre. En fait, cette population est constituée des personnes âgées de 15 ans et plus dites hétérosexuelles qui ont répondu toujours avoir des relations sexuelles avec une personne de l'autre sexe (QAA204) et celles qui ont répondu avoir déjà eu une relation sexuelle avec pénétration (QAA205). Il est à noter qu'aucune précision quant à la nature de la pénétration (orale, vaginale ou anale) n'a été demandée à la question 205. Les questions 204 et 205 s'inspirent de celles utilisées dans l'*Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS : la population des 15-29 ans, 1991* (Santé Québec, 1992).

La question « À quel âge avez-vous eu votre première relation sexuelle avec pénétration? » (QAA206) s'inspire d'une question employée dans l'étude de

Leaune et Adrien (1998). Il est important de noter que le numérateur pour cette variable est composé des personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration, et ce, indépendamment de leur orientation sexuelle. Toutefois, le dénominateur est composé de la population totale de 15 ans et plus.

Les questions 207 à 219 du QAA portent sur le nombre de partenaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, le type de relation entretenue avec le(s) partenaire(s), l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle ainsi que la fréquence d'utilisation du condom au cours des 12 derniers mois. Ces questions s'inspirent de celles utilisées dans l'étude de Leaune et Adrien (1998).

La question « Au cours des 12 derniers mois, avec combien de partenaires avez-vous eu des relations sexuelles avec pénétration? » (QAA207) renseigne sur le nombre de partenaires. Les personnes qui n'ont déclaré aucun partenaire sont acheminées à la question 220 du QAA (les détails de cette dernière question sont présentés plus loin). Les autres sont classées en deux groupes : celles qui ont déclaré avoir eu un seul partenaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et celles qui ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire au cours de la même période.

La question « Ce/cette partenaire était-il/elle un/e partenaire régulier/ère avec lequel/laquelle vous viviez? Un/e partenaire régulier/ère avec lequel/laquelle vous ne viviez pas? Un/e partenaire occasionnel/le? » (QAA208) s'intéresse aux personnes n'ayant eu qu'un seul partenaire. Elle permet de préciser le type de relation entretenue avec le partenaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, alors que les questions 211, 214 et 217 du QAA donnent la même information pour les personnes ayant eu plus d'un partenaire au cours de la même période.

L'utilisation du condom est décrite à partir de deux indices. Le premier indice porte sur l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle avec le dernier partenaire. L'indice a été créé à partir de la question 209 du QAA, pour les personnes ayant eu un seul partenaire au cours des 12 mois ayant précédé

l'enquête, et des questions 212, 215 et 218, pour les personnes ayant eu plus d'un partenaire au cours de la même période. Cet indice a été utilisé dans certaines enquêtes auprès d'une population générale (Catania et autres, 1996); il est plus actuel et plus précis que l'indice sur la fréquence d'utilisation du condom avec le dernier partenaire sexuel au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête qui a tout de même été mesuré. Ce deuxième indice a été créé à partir de la question 210 du QAA, pour les personnes ayant eu un seul partenaire, et des questions 213, 216 et 219, pour les personnes ayant eu plus d'un partenaire. Les réponses à ces questions ont été regroupées en trois catégories : (1) jamais, (2) à l'occasion ou fréquemment (qui englobe les réponses rarement, occasionnellement, à peu près la moitié du temps et la plupart du temps), et (3) toujours ou presque toujours.

On associe généralement aux personnes ayant des comportements sexuels à risque le fait d'avoir plus d'un partenaire. Cependant, cette association peut être trompeuse en ce qu'elle ne permet pas de distinguer les relations sexuelles protégées - avec, par exemple, usage du condom - des relations sexuelles non protégées. Par conséquent, un indice de comportement sexuel à risque a été construit à partir de l'information sur le nombre de partenaires, le type de relation entretenue avec le(s) partenaire(s) et l'utilisation du condom. Les comportements sexuels des personnes qui ont eu plus d'un partenaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête sont classés à risque pour la transmission des MTS et du VIH/sida lorsque les répondants ont déclaré ne pas avoir systématiquement utilisé un condom avec l'ensemble de leurs partenaires (à l'exception des personnes qui ont déclaré un partenaire régulier cohabitant, avec qui elles n'ont pas toujours utilisé un condom, mais qui l'ont systématiquement utilisé avec le ou les autres partenaires). Cette définition du comportement à risque s'inspire de l'étude de Leane et Adrien (1998).

La question « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été traité/e pour une MTS (maladie transmise sexuellement? » (QAA220) a été conçue pour les

besoins de l'enquête. Aucune précision quant au type de MTS en cause, comme la gonorrhée, la chlamydia ou les condylomes, n'a été demandée.

La description des personnes séparées ou divorcées de l'autre parent de l'un de leurs enfants de moins de 18 ans provient des questions « Êtes-vous divorcé/e ou séparé/e de l'autre parent de l'un de vos enfants de moins de 18 ans? » (QAA174) et « Depuis combien de temps? » (QAA175) de la section XII du QAA portant sur la famille. Cette information permet d'examiner l'effet du temps écoulé depuis la séparation sur la recherche d'un nouveau partenaire et, indirectement, sur le nombre de partenaires déclarés au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

### 9.1.2 Portée et limites des données

Le taux de non-réponse partielle est inférieur à 5% pour l'ensemble des questions, à l'exception des questions 211 (10 %), 214 (10 %) et 217 (11 %) du QAA, posées aux personnes qui ont déclaré plus d'un partenaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et de la question 220 (7%) du QAA sur les MTS. Aux questions 211 et 214, on demande à la personne qui a eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois si, parmi ces partenaires, elle a eu un partenaire régulier avec lequel elle vivait et/ou un partenaire régulier avec lequel elle ne vivait pas, et à la question 217, si parmi ces partenaires elle a eu un partenaire occasionnel. Ces trois questions étant utilisées dans la construction de l'indicateur de comportement sexuel à risque, le taux de non-réponse partielle pour cet indicateur est de 18 %. La non-réponse n'est pas associée à l'âge, mais elle varie selon la scolarité relative et l'état matrimonial de fait. Le taux de non-réponse décroît lorsque s'améliore la scolarité relative (de 21 % à 12 %). Quant à l'état matrimonial de fait, les répondants semblent avoir eu de la difficulté à se situer dans les notions de partenaire régulier avec lequel on vit et de partenaire régulier avec lequel on ne vit pas, surtout chez les personnes ayant eu plus d'un partenaire. Cette difficulté semble avoir entraîné davantage de non-réponse parmi les personnes mariées (27 %) et les personnes en union de fait (24 %). Il est difficile de conclure sur la direction possible de ce biais.

Le taux de non-réponse partielle est de 7 % pour la question 220 portant sur le fait d'avoir été traité pour une MTS au cours des 12 derniers mois. La non-réponse est associée au fait d'être âgé de 50 ans et plus, le taux de non-réponse s'établissant à 12 % parmi ce sous-groupe de la population, alors que, parmi les répondants des groupes d'âge plus jeunes, le taux de non-réponse partielle est inférieur à 5 %. Rappelons que le fait que le type de MTS en cause (comme la gonorrhée, la chlamydia ou les condylomes) n'était pas précisé limite l'interprétation des résultats ainsi que les comparaisons avec d'autres études. Par exemple, des infections comme la vaginite, qui ne sont généralement pas considérées comme des MTS, ont pu être rapportées comme telles par certaines répondantes à l'enquête.

Concernant la catégorie des personnes ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, celle-ci ne permet pas de distinguer entre les personnes ayant eu deux partenaires ou plus en même temps ou un partenaire à la fois, mais plusieurs partenaires dans la même période de 12 mois. Il est possible que ces deux types de relation ne présentent pas le même risque de transmission des MTS ou du sida.

### 9.1.3 Population de référence

Rappelons que la population de référence pour la plupart des analyses du présent chapitre est constituée des personnes âgées de 15 ans et plus dites hétérosexuelles ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration, soit 95 % des répondants. Toutefois, ce dernier pourcentage couvre environ 88 % de la population totale de 15 ans et plus. De plus, la couverture n'est pas uniforme entre les groupes d'âge, les jeunes étant moins bien couverts. Ainsi, lorsqu'on s'intéresse uniquement aux personnes hétérosexuelles ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration, on implique près de 53 % des 15-19 ans, 89 % des 20-29 ans, 93 % des 30-49 ans et 92 % des 50 ans et plus. Par ailleurs, la population de référence compte environ 5158 000 personnes contre 5825 000 personnes dans la population de 15 ans et plus.

## 9.2 Résultats

Dans l'ensemble, environ 93 % de la population de 15 ans et plus déclare avoir déjà eu des relations sexuelles (tableau 9.1). Il n'y a pas de différence selon le sexe; cependant, les jeunes de 15 à 19 ans sont proportionnellement moins nombreux (59 %) que les autres groupes d'âge (93 % à 98 %) à déclarer avoir déjà eu des relations sexuelles. Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles, environ 97 % se déclarent hétérosexuelles, c'est-à-dire qu'elles affirment avoir toujours des relations sexuelles avec une personne de l'autre sexe (tableau 9.2). Aucune différence n'a été observée selon le sexe ou les groupes d'âge. Par ailleurs, parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles, 97 % en ont eu avec pénétration, et ce, sans égard à l'orientation sexuelle (données non présentées).

Tableau 9.1  
**Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	%	Pe '000
Hommes	92,9	2 659
Femmes	93,2	2 763
Sexes réunis		
15-19 ans	58,7	309
20-29 ans	93,3	853
30-39 ans	97,7	1 198
40-49 ans	97,9	1 141
50 ans et plus	96,4	1 920
<b>Total</b>	<b>93,0</b>	<b>5 422</b>

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

Tableau 9.2

**Personnes hétérosexuelles, population de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles, Québec, 1998**

	%	Pe '000
Hommes	96,8	2 575
Femmes	97,6	2 696
Sexes réunis		
15-19 ans	98,5	304
20-29 ans	97,4	831
30-39 ans	96,9	1 160
40-49 ans	97,1	1 109
50 ans et plus	97,2	1 866
<b>Total</b>	<b>97,2</b>	<b>5 271</b>

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

**9.2.1 Âge à la première relation sexuelle avec pénétration**

Au total, 7 % de la population de 15 ans et plus a eu sa première relation sexuelle avec pénétration avant l'âge de 15 ans (tableau 9.3). Les données de l'enquête montrent que la première relation sexuelle avec pénétration survient à un âge de plus en plus jeune. Ainsi, la proportion des personnes qui ont eu leur première relation avec pénétration avant l'âge de 15 ans s'élève à 15 % parmi les personnes âgées de 15 à 29 ans, alors que cette proportion tombe à 8 % parmi celles de 30 à 39 ans et à 4 % ou moins parmi celles de 40 ans et plus.

Tableau 9.3

**Personnes ayant eu leur première relation sexuelle avec pénétration avant l'âge de 15 ans, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	%	Pe '000
Sexes réunis		
15-19 ans	14,9	78
20-29 ans	14,9	137
30-39 ans	7,8	95
40-49 ans	4,0	47
50-59 ans	2,6	23
60 ans et plus	2,0	22
<b>Total</b>	<b>7,1</b>	<b>401</b>

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

**9.2.2 Population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration (population de référence)**

Au tableau 9.4, on constate que parmi les personnes hétérosexuelles, environ 95 % ont déjà eu des relations sexuelles avec pénétration. Toutes proportions gardées, légèrement plus de femmes que d'hommes déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles avec pénétration (96 % c. 94 %). Selon l'âge, proportionnellement moins de jeunes de 15 à 19 ans déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles avec pénétration, la différence étant significative seulement par rapport à la catégorie des personnes de 50 ans et plus (91 % c. 96 %).

Il est important de souligner que l'ensemble des résultats qui suit porte sur la population de référence, soit les personnes hétérosexuelles de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

Tableau 9.4

**Personnes hétérosexuelles, population de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration, Québec, 1998**

	%	Pe '000
Hommes	94,0	2 500
Femmes	96,2	2 657
Sexes réunis		
15-19 ans	91,2	281
20-29 ans	95,3	814
30-39 ans	94,8	1 135
40-49 ans	95,3	1 088
50 ans et plus	95,8	1 839
<b>Total</b>	<b>95,1</b>	<b>5 158</b>

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

**9.2.3 Nombre de partenaires au cours d'une période de 12 mois**

Parmi la population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration, environ 74 % ont eu un seul partenaire au cours d'une période de 12 mois, 10 %, plus d'un partenaire et 17 %, aucun partenaire (tableau 9.5).

Tableau 9.5

**Nombre de partenaires sexuels au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population hétérosexuelle de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Aucun partenaire	Un partenaire	Plus d'un partenaire
	%		
Hommes	13,7	75,1	11,2
Femmes	19,3	72,8	7,9
Sexes réunis			
15-19 ans	5,1**	62,2	32,7
20-29 ans	5,8	71,0	23,2
30-39 ans	6,3	85,6	8,2
40-49 ans	10,3	83,8	5,9
50-59 ans	18,5	78,2	3,3
60 ans et plus	50,9	48,2	0,9**
<b>Total</b>	<b>16,6</b>	<b>73,9</b>	<b>9,5</b>
<b>Pe '000</b>	<b>898</b>	<b>3 785</b>	<b>475</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

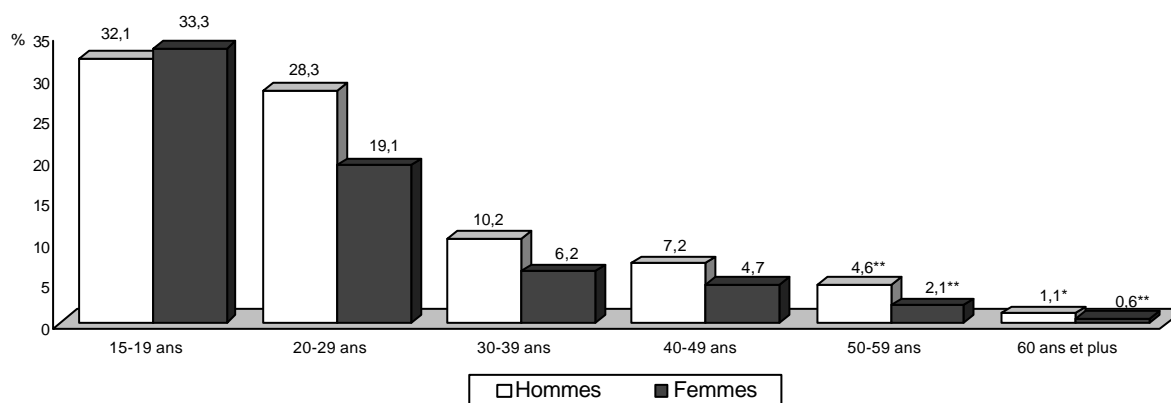
\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

Une majorité d'hommes (75 %) et de femmes (73 %) n'ont eu qu'un seul partenaire au cours de cette période. Proportionnellement plus d'hommes que de femmes ont eu plus d'une partenaire (11 % c. 8%). Les jeunes générations sont proportionnellement plus nombreuses à avoir déclaré plus d'un partenaire, soit environ le tiers des personnes de moins de 20 ans comparativement à 6 % ou moins des personnes de 40 ans ou plus.

Quel que soit le groupe d'âge, les hommes sont toujours plus nombreux à avoir plus d'une partenaire que les femmes, exception faite du groupe d'âge des 15-19 ans (figure 9.1). La proportion des femmes qui déclarent plus d'un partenaire diminue à partir de la vingtaine, alors que cette baisse ne survient que dans la trentaine pour les hommes.

Figure 9.1

**Hommes et femmes ayant déclaré plus d'un partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population hétérosexuelle de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 1998**

1. Personnes ayant eu des relations sexuelles avec pénétration.

\* 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*.

### 9.2.4 Types de relation entretenue avec le(s) partenaire(s)

Les comportements sexuels varient souvent selon le type de relation qu'on entretient avec un partenaire, selon qu'il s'agisse d'un partenaire régulier avec lequel on vit, d'un partenaire régulier avec lequel on ne vit pas ou d'un partenaire occasionnel.

Parmi les personnes ayant eu un seul partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois, 84 % disent avoir entretenu une relation régulière avec ce partenaire avec lequel elles vivaient (tableau 9.6). Pour environ 2,5 % des personnes, il s'agissait d'un seul et même partenaire occasionnel au cours de ces 12 mois.

Parmi les personnes qui ont eu plus d'un partenaire, environ 36 % d'entre elles ont eu un partenaire régulier avec lequel elles vivaient et plus de la moitié (52 %), un partenaire régulier avec lequel elles ne vivaient pas.

### 9.2.5 Cas particulier des personnes séparées ou divorcées du parent de l'un de leurs enfants de moins de 18 ans

Dans l'ensemble, on observe qu'environ 20 % des personnes séparées ou divorcées du parent d'un de leurs enfants de moins de 18 ans ont déclaré plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois (tableau 9.7). Cette proportion est plus élevée que pour l'ensemble de la population (10 %) (tableau 9.5). Lorsqu'on contrôle la variable sexe, cette différence demeure. Dans le groupe d'âge de moins de 30 ans, on constate qu'environ 40 % des personnes séparées ou divorcées du parent de l'un de leurs enfants déclarent plus d'un partenaire comparativement à environ 17 % dans le groupe d'âge de 30 ans ou plus (tableau 9.7).

Tableau 9.6

**Type de relation entretenue avec le(s) partenaire(s) parmi les personnes ayant eu un seul partenaire et celles ayant eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe, population hétérosexuelle de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Partenaire régulier avec lequel la personne vit	Partenaire régulier avec lequel la personne ne vit pas	Partenaire occasionnel
	%		
Personnes ayant eu un seul partenaire au cours d'une période de 12 mois			
Hommes	84,5	12,2	3,3
Femmes	83,8	14,4	1,8 *
<b>Total</b>	<b>84,2</b>	<b>13,3</b>	<b>2,5</b>
<b>Pe '000</b>	<b>3 195</b>	<b>496</b>	<b>94</b>
Personnes ayant eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois			
Hommes	35,4	48,5	16,1
Femmes	36,5	55,9	7,6 **
<b>Total</b>	<b>35,9</b>	<b>51,7</b>	<b>12,4</b>
<b>Pe '000</b>	<b>170</b>	<b>245</b>	<b>60</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

\* 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 9.7

**Nombre de partenaires sexuels au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, personnes séparées ou divorcées du parent d'un de leurs enfants de moins de 18 ans<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Aucun partenaire	Un partenaire	Plus d'un partenaire
	%		
Hommes	10,1 *	68,2	21,7
Femmes	13,0	68,4	18,6
Sexes réunis			
15-29 ans	8,7 **	51,6	39,7
30-49 ans	11,7	71,5	16,8
50 ans et plus	19,9 **	61,3	18,8 **
<b>Total</b>	<b>11,8</b>	<b>68,3</b>	<b>19,9</b>
<b>Pe '000</b>	<b>49</b>	<b>280</b>	<b>81</b>

1. Personnes hétérosexuelles de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

\* 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*.

Enfin, plus la séparation est récente, plus la proportion des personnes ayant eu au-delà d'un partenaire est élevée (tableau 9.8). Plus de la moitié (55 %) des personnes qui se sont séparées ou qui ont divorcé depuis moins d'un an ont eu plus d'un partenaire. Lorsque le temps de séparation se situe entre un an et quatre ans, cette proportion passe à 22 %, puis à 14 % lorsque la séparation s'est produite il y a cinq ans et plus.

### 9.2.6 Utilisation du condom

Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle parmi les personnes ayant eu un seul partenaire

Le tableau 9.9 porte sur l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle parmi les personnes ayant eu un seul partenaire au cours d'une période de 12 mois, et ce, selon le type de relation entretenue avec le partenaire. On observe que, lorsqu'elles vivent avec leur seul partenaire, ces personnes utilisent le condom avec celui-ci dans une proportion de 10 %.

Tableau 9.8

**Temps écoulé depuis la séparation avec l'autre parent selon le nombre de partenaires sexuels au cours d'une période de 12 mois, personnes séparées ou divorcées du parent d'un de leurs enfants de moins de 18 ans<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Aucun partenaire	Un partenaire	Plus d'un partenaire
	%		
Moins de 1 an	4,0 **	40,8	55,2
Un à quatre ans	14,3 *	63,5	22,2
Cinq ans ou plus	10,7 *	75,8	13,5
<b>Total</b>	<b>11,2</b>	<b>68,3</b>	<b>20,5</b>

1. Personnes hétérosexuelles de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

\* 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*.

Cette proportion s'élève à 31 % lorsqu'elles ne vivent pas avec leur seul partenaire régulier et à 56 % lorsqu'il s'agit d'un seul et même partenaire occasionnel. Les hommes rapportent avoir utilisé le condom dans une plus forte proportion que les femmes, autant avec leur partenaire régulière avec laquelle ils ne vivent pas (37 % c. 27 %) qu'avec leur partenaire occasionnelle (61 % c. 46 %). Par ailleurs, c'est parmi les plus jeunes générations que le condom a été le plus utilisé avec tous les types de partenaire.

Utilisation du condom lors de la dernière relation parmi les personnes ayant eu plus d'un partenaire

Lorsqu'on compare les résultats des tableaux 9.9 et 9.10, on observe que les personnes ayant eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois ont utilisé davantage le condom lors de la dernière relation sexuelle (tableau 9.10) que les personnes ayant eu un seul partenaire (tableau 9.9). La différence est significative en ce qui concerne l'utilisation du condom avec le partenaire régulier avec lequel elles vivaient (24 % parmi les personnes ayant eu plus d'un partenaire c. 10 % parmi celles ayant eu un seul partenaire) et le partenaire régulier avec lequel elles ne vivaient pas (48 % c. 31 % respectivement) au cours de ces 12 mois.

Tableau 9.9

**Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle selon le type de relation entretenue avec le partenaire, le sexe et l'âge, population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant eu un seul partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Partenaire régulier avec lequel la personne vit	Partenaire régulier avec lequel la personne ne vit pas	Partenaire occasionnel
	%		
Hommes	9,8	36,8	61,2
Femmes	9,9	26,7	45,8
Sexes réunis			
15-19 ans	32,8*	50,2	67,7*
20-29 ans	18,8	32,2	75,5
30-39 ans	14,2	27,9	49,1*
40-49 ans	7,6	20,1*	43,1*
50 ans et plus	2,7	13,7*	29,4*
<b>Total</b>	<b>9,8</b>	<b>31,3</b>	<b>55,7</b>
<b>Pe '000</b>	<b>304</b>	<b>153</b>	<b>52</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

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

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

On n'observe pas de différence significative entre les personnes ayant eu plus d'un partenaire avec lequel elles ne vivaient pas ou un partenaire occasionnel. Toujours parmi les personnes ayant eu plus d'un partenaire, il n'y a pas de différences entre les hommes et les femmes, quel que soit le type de relation entretenue entre les partenaires au cours de cette période de 12 mois (tableau 9.10). Selon l'âge, que ce soit un partenaire régulier avec lequel on vivait

ou ne vivait pas, ou un partenaire occasionnel, on observe une tendance à la baisse de l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle. Les seules différences significatives constatées sont entre la catégorie des jeunes de 15 à 29 ans et celle des personnes de 50 ans et plus pour les personnes ayant eu un partenaire avec lequel elles ne vivaient pas ou un partenaire occasionnel.

Tableau 9.10

**Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle selon le type de relation entretenue avec les partenaires, selon le sexe et l'âge, population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Partenaire régulier avec lequel la personne vit	Partenaire régulier avec lequel la personne ne vit pas	Partenaire occasionnel
	%		
Hommes	24,1*	51,5	67,1
Femmes	23,2*	43,7	58,6
Sexes réunis			
15-19 ans	43,8*	57,0	71,8
20-29 ans	21,5*	53,0	69,1
30-39 ans	27,5*	47,4	66,9
40-49 ans	8,3**	34,8*	50,7
50 ans et plus	0,0	23,2**	33,3**
<b>Total</b>	<b>23,7</b>	<b>47,8</b>	<b>63,7</b>
<b>Pe '000</b>	<b>34</b>	<b>139</b>	<b>167</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

\* 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*.

Fréquence d'utilisation du condom au cours d'une période de 12 mois

Toutes proportions gardées, les personnes ayant eu un seul partenaire ont moins fréquemment utilisé le condom au cours d'une période de 12 mois que les personnes ayant eu plus d'un partenaire, et ce, peu importe le type de relation entretenue avec leur partenaire (tableau 9.11). En effet, les personnes ayant eu un seul partenaire sont proportionnellement plus nombreuses que celles ayant eu plus d'un partenaire à n'avoir jamais utilisé le condom avec le partenaire régulier avec lequel elles vivaient (81 % c. 50 %) ou avec le partenaire régulier avec lequel elles ne vivaient pas (49 % c. 29 %) au cours de ces 12 mois. La même tendance est observée avec le partenaire occasionnel (36 % c. 24 %), mais la différence n'est pas significative. Aucune différence n'a

été observée selon le sexe, que ce soit chez les personnes ayant eu un seul partenaire ou chez celles ayant eu plus d'un partenaire (données non présentées).

### 9.2.7 Comportement sexuel à risque parmi les personnes ayant eu plus d'un partenaire

Près de 60 % des personnes ayant déclaré plus d'un partenaire ont eu au moins un comportement sexuel à risque au cours d'une période de 12 mois, c'est-à-dire que ces personnes ont été classées à risque pour la transmission des MTS ou du VIH/sida lorsqu'elles n'ont pas systématiquement utilisé un condom avec l'ensemble de leurs partenaires (tableau 9.12). Bien que proportionnellement plus de femmes que d'hommes ont eu un tel comportement (63 % c. 55 %), cette différence n'atteint pas le seuil de signification.

Tableau 9.11

**Fréquence d'utilisation du condom au cours d'une période de 12 mois avec le dernier partenaire selon le type de relation entretenue avec les partenaires, population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant eu un seul partenaire sexuel et celle ayant eu plus d'un partenaire sexuel<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Jamais	À l'occasion ou fréquemment	Toujours ou presque toujours	Pas eu d'autre relation
	%			
<b>Personnes ayant eu un seul partenaire au cours d'une période de 12 mois</b>				
Partenaire régulier avec lequel la personne vit	80,6	12,6	6,7	0,1**
Partenaire régulier avec lequel la personne ne vit pas	48,9	26,7	22,5	1,9**
Partenaire occasionnel	36,4	14,5*	32,4	16,7*
<b>Personnes ayant eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois</b>				
Partenaire régulier avec lequel la personne vit	50,1	36,1	13,7*	0,2**
Partenaire régulier avec lequel la personne ne vit pas	29,4	33,6	34,6	2,4**
Partenaire occasionnel	23,6	21,1	44,9	10,4*

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

\* 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 9.12

**Personnes ayant eu au moins un comportement sexuel à risque selon le sexe, population hétérosexuelle de 15 ans et plus ayant eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Comportement sexuel à risque	Pe
	%	'000
Hommes	55,0	151
Femmes	63,1	127
<b>Total</b>	<b>58,5</b>	<b>278</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

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

### 9.2.8 Personnes ayant été traitées pour une MTS au cours d'une période de 12 mois

Le fait d'avoir eu une MTS est un indicateur qu'à un moment donné, on a eu un comportement sexuel à risque. Environ 1,7 % des personnes déclarent avoir été traitées pour une MTS au cours d'une période de 12 mois (tableau 9.13). Proportionnellement plus de femmes que d'hommes déclarent avoir été traitées pour une MTS (2,1 % c. 1,3 %). Les personnes de moins de 30 ans présentent des proportions significativement supérieures à leurs aînés. Par ailleurs, les personnes ayant eu plus d'un partenaire sont proportionnellement plus nombreuses que celles ayant eu un seul partenaire à déclarer avoir été traitées pour une MTS (6 % c. 1,4 %). Bien que les personnes de 15 ans et plus divorcées ou séparées du parent de l'un de leurs enfants de moins de 18 ans soient, en proportion, plus nombreuses que celles de l'ensemble de la population de référence (3,0 % représentant 12 000 personnes de la population c. 1,7 % pour 84 000 personnes) à déclarer avoir été traitées pour une MTS, cette différence n'est pas significative (données non présentées).

Tableau 9.13

**Personnes ayant déclaré avoir été traitées pour une MTS au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, l'âge et le nombre de partenaires sexuels, population hétérosexuelle de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Pe	
	%	'000
Hommes	1,3	31
Femmes	2,1	53
Sexes réunis		
15-19 ans	5,5*	15
20-29 ans	4,3	35
30-39 ans	1,5*	17
40-49 ans	1,1*	12
50 ans et plus	0,3**	5
Nombre de partenaires sexuels		
Aucun	0,4**	3
Un partenaire	1,4	50
Plus d'un partenaire	6,4	31
<b>Total</b>	<b>1,7</b>	<b>84</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

\* 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*.

## Conclusion

### Synthèse et pistes de recherche

Les résultats de l'enquête révèlent qu'environ 93 % de la population québécoise de 15 ans et plus déclare avoir déjà eu des relations sexuelles; cette proportion est de 59 % chez les jeunes de 15 à 19 ans. L'enquête montre également qu'environ 15 % des Québécois âgés de 15 à 19 ans et de 20 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. Ces résultats confirment la tendance observée dans d'autres études, qui révèlent que le premier rapport sexuel avec pénétration survient à un âge de plus en plus jeune (Bozon et Kontula, 1998; Leaune et Adrien, 1998).

Dans l'ensemble, environ 97 % de la population de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles se déclare hétérosexuelle, ce qui est comparable à la proportion observée dans l'étude de Leaune et Adrien (1998). Par ailleurs, parmi les personnes hétérosexuelles, environ 95 % ont déjà eu des relations sexuelles avec pénétration.

Comme l'ont souligné la plupart des études comportementales réalisées en Amérique du Nord (Bastani et autres, 1996; Leigh et autres, 1993) et en Europe (Leridon et autres, 1998), la très grande majorité des personnes hétérosexuelles n'ont eu qu'un seul partenaire au cours d'une période de 12 mois. Les résultats de l'enquête confirment cette tendance : près des trois quarts des Québécois hétérosexuels âgés de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration n'ont eu qu'un seul partenaire. Ces études ont également montré que les hommes et les plus jeunes générations (moins de 30 ans) déclarent un plus grand nombre de partenaires. Les résultats de la présente enquête corroborent ces constats : plus d'hommes que de femmes (11 % c. 8 %) et plus de personnes de 15 à 29 ans que celles de 30 ans ou plus (entre le tiers et le quart c. moins de 10 %) ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois.

La majorité des personnes qui ont eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois ont déclaré au moins un partenaire régulier, qu'il s'agisse d'un partenaire régulier avec lequel elles vivaient ou avec lequel elles ne vivaient pas. Plus du tiers des personnes ayant eu plus d'un partenaire disent avoir entretenu une relation régulière impliquant la cohabitation avec un de leurs partenaires et environ la moitié, avoir entretenu une relation régulière sans cohabitation. Une faible proportion de personnes ayant eu plus d'un partenaire n'ont eu que des partenaires occasionnels (12 %).

Le risque d'être infecté par une MTS ou par le VIH augmente avec le nombre de partenaires (Warszawski, 1998). Dans un contexte de multiples partenaires, l'usage systématique du condom en tant que moyen de protection, tant pour soi-même que pour ses partenaires, est primordial. À cet égard, certains résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* sont préoccupants. En effet, on constate que plus de la moitié des personnes hétérosexuelles (58 %) ayant eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois ont eu au moins un comportement sexuel à risque pour la transmission des MTS et du VIH. Cette proportion est comparable à celle obtenue dans l'étude réalisée dans la population générale du Québec en 1996 (53 %) (Adrien et autres, 1998a; Leaune et Adrien, 1998). Quant à la fréquence de l'utilisation du condom au cours d'une période de 12 mois, environ la moitié des personnes ayant eu plus d'un partenaire déclarent n'avoir jamais utilisé le condom avec leur partenaire régulier avec lequel elles vivaient; ces derniers ont donc pu être indirectement exposés au risque de transmission de MTS ou du VIH.

L'enquête révèle que l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle est plus répandue parmi les générations les plus jeunes, tant chez les personnes ayant eu un seul partenaire que chez celles ayant eu plus d'un partenaire. Les résultats obtenus ici se comparent à ceux de l'enquête comportementale réalisée auprès de la population générale du Québec (Adrien et autres, 1998a; Leaune et Adrien, 1998) et des enquêtes réalisées dans d'autres pays occidentaux (Dubois-Arber, 1998). De façon générale, l'enquête montre également que les personnes plus âgées utilisent moins le condom. D'autres recherches ont souligné la plus faible utilisation du condom par les personnes d'âge moyen (Bajos et autres, 1997; Castilla et autres, 1998; Leigh et autres, 1993). Deux raisons peuvent expliquer cette faible utilisation. D'une part, ces personnes étaient déjà âgées de 30 ans et plus quand l'épidémie du sida a été mieux connue du grand public; elles n'ont donc pas été confrontées dès le début de leur vie sexuelle au risque de transmission du VIH. D'autre part, les campagnes destinées à la population hétérosexuelle ont surtout ciblé les jeunes générations.

Les résultats concernant les personnes divorcées ou séparées du parent de l'un de leurs enfants mineurs, montrent que ces personnes sont en recherche active d'un nouveau partenaire, ce qui se traduit par un plus grand nombre de partenaires, particulièrement pendant les premières années qui suivent la séparation. De plus, ces personnes ont tendance, en plus grande proportion, à déclarer avoir été traitées pour une MTS au cours d'une période de 12 mois. Des études ont montré que les personnes divorcées ou séparées cherchent à renouer rapidement une union stable afin de faire face à la solitude qui découle de la séparation (Bajos et autres, 1997; Bastard et Cardia-Vonèche, 1995; Dedobbeleer et Morissette, 1999). Pour cela, elles ont besoin d'établir un rapport de confiance avec leur(s) nouveau(x) partenaire(s). Cependant, pour nombre de personnes, ce sentiment se conjugue mal avec l'utilisation du condom (Rosenthal et autres, 1998; Peart et autres, 1996).

Une faible proportion de personnes rapportent avoir été traitées pour une MTS au cours d'une période de 12 mois (1,7 %). Malgré l'absence de précisions disponibles dans l'enquête quant aux types de MTS, les résultats suivent les tendances enregistrées dans d'autres pays (Magnus, 1998). Comme dans le cadre de l'étude comportementale réalisée dans la population générale du Québec (Leaune et Adrien, 1998), on observe que les personnes âgées de moins de 30 ans et celles qui ont eu plus d'un partenaire déclarent en plus grande proportion avoir déjà été traitées pour une MTS.

Les taux de réponse obtenus, dans le cadre de l'*Enquête sociale et de santé 1998* et dans d'autres enquêtes réalisées auprès de la population générale, montrent que des questions reliées à la sexualité ne suscitent pas de réactions négatives importantes. Ces enquêtes, lorsqu'elles sont répétées régulièrement, constituent une source précieuse permettant de mieux comprendre la réponse de la population au VIH/sida et d'orienter les programmes de prévention. Il s'avère donc souhaitable de conserver des questions reliées aux comportements sexuels et aux stratégies de protection contre les MTS et le VIH/sida dans les

enquêtes de population. D'autres recherches pourraient cibler davantage les adultes sur le plan des croyances, des attitudes ou des connaissances pour mieux comprendre ce qui détermine leurs comportements sexuels, notamment chez les personnes qui ont plus d'un partenaire sexuel.

### **Éléments de réflexion pour la planification**

La présente enquête permet d'observer des signes encourageants en ce qui a trait à la prévention (utilisation plus fréquente du condom par les jeunes générations et par les personnes ayant un partenaire occasionnel), mais révèlent aussi des faits préoccupants (plus faible utilisation du condom parmi les personnes d'âge moyen, proportions encore trop élevées de personnes ayant plus d'un partenaire et rapportant au moins un comportement sexuel à risque). Les résultats mettent en évidence des contextes (multiples partenaires) et des situations (utilisation du condom selon le type de relation entretenue avec le ou les partenaires) qu'on doit considérer avec plus d'attention, tant lors de l'élaboration des campagnes de prévention et des interventions que lorsqu'il s'agit de prospecter de nouvelles pistes de recherche.

On doit continuer à insister pour que les personnes qui ont plusieurs partenaires se protègent systématiquement. On peut penser que des messages de prévention explicitement destinés aux personnes qui ont plus d'un partenaire et mettant l'accent sur la protection de l'ensemble des partenaires recueilleraient peut-être une meilleure écoute que des messages qui ne ciblent que les relations avec un partenaire occasionnel ou un nouveau partenaire. Il est donc nécessaire de poursuivre les efforts déjà entrepris en ciblant davantage la population hétérosexuelle avec multiples partenaires qui a fait l'objet de peu de campagnes de prévention.

Les résultats positifs obtenus pour les moins de 30 ans quant à l'utilisation du condom ne doivent pas faire oublier que c'est parmi ce sous-groupe de la population hétérosexuelle que l'on observe le plus grand nombre de partenaires au cours d'une période

de 12 mois et une plus grande proportion de personnes ayant déclaré avoir été traitées pour une MTS. Les jeunes générations sont sexuellement plus actives et il demeure indispensable de poursuivre les efforts de prévention auprès des moins de 30 ans pour éviter une baisse éventuelle de la fréquence d'utilisation du condom. Les avancées thérapeutiques dans le traitement des personnes infectées par le VIH sont très médiatisées et on peut craindre qu'elles génèrent une certaine confusion quant à perception de la gravité du sida. Si le sida en venait à être perçu comme moins grave, on pourrait assister à un recul en matière de prévention et, en conséquence, à une baisse de l'utilisation du condom. La difficulté de rejoindre les jeunes en dehors du réseau scolaire appelle à une mobilisation de celui-ci. De plus, pour pallier au taux croissant de décrochage scolaire, tout porte à penser que cette mobilisation devrait commencer de plus en plus tôt. Enfin, la faible utilisation du condom parmi les personnes plus âgées devrait se traduire par des efforts visant à rejoindre cette sous-population, qui a souvent été négligée par les campagnes de prévention.





# Bibliographie

---

ADRIEN, A., V. LEAUNE, C. DASSA et M. PERRON (1998a). « Adaptation au risque d'infection au VIH dans la population générale du Québec : la diversité des stratégies de protection », *Septième conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida*, Québec, Canada (abrégé 156 p.).

ADRIEN, A., V. LEAUNE, C. DASSA et M. PERRON (1998b). « Caractérisation, dans le cadre d'une enquête sur la population générale, d'une population réputée difficile à rejoindre : les individus qui ont déjà eu des relations sexuelles avec une personne qui s'est déjà injecté des drogues », *Septième conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida*, Québec, Canada (abrégé 126 p.).

BAJOS, N., B. DUCOT, B. SPENCER, A. SPIRA et autres (1997). « Sexual risk-taking, socio-sexual biographies and sexual interaction: elements of the French national survey on sexual behaviour », *Social Science and Medecine*, vol. 44, n° 1, p. 25-40.

BASTANI, R., P. A. ERICKSON, A. C. MARCUS, A. E. MAXWELL, F. J. CAPELL, H. FREEMAN et K. A. YAN (1996). « AIDS-related attitudes and risk behaviour: A survey of a random sample of California heterosexuals », *Preventive Medecine*, vol.25, n° 2, p. 105-117.

BASTARD, B., et L. CARDIA-VONÈCHE (1995). « Choix et comportements affectifs et sexuels face au sida : une étude auprès de personnes séparées ou divorcées », *Sexualité et Sida, Recherches en sciences sociales*, Paris, Agence Nationale de Recherches sur le sida, p. 251-257.

BOZON, M., et O. KONTULA (1998). « Sexual initiation and gender in Europe: A cross-cultural analysis of trends in the twentieth century » dans HUBERT, M., N. BAJOS et T. SANDFORT (éd.), *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe*, UCL Press, p. 37-65.

BRUNEAU, J., F. LAMOTHE, E. FRANCO et autres (1997). « High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study », *American Journal of Epidemiology*, vol. 146, n° 12, p. 994-1002.

CASTILLA, J., L. BARRIO, K. DE LA FUENTE et M. BELZA (1998). « Sexual behavior and condom use in the general population of Spain, 1996 », *AIDS Care*, vol. 10, n° 6, p. 667-676.

CATANIA, J. A., J. T. MOSKOWITZ, M. RUIZ et J. CLELAND (1996). « A review of national AIDS-related behavioral surveys », *AIDS*, vol. 10 (suppl. A), p. S183-S190.

DEDOBBELEER, N., et P. MORISSETTE (1999). « Le sida et les femmes seules à la recherche d'un partenaire : un groupe à risque ignoré? », *La recherche féministe dans la francophonie, Pluralité et convergences*, sous la direction de DAGENAIS, H., Les Éditions du remue-ménage, Montréal, Canada, p. 217-242.

DUBOIS-ARBER, F. (1994). « La surveillance comportementale », *Quatrième conférence canadienne annuelle de l'Association canadienne de recherche sur le VIH-sida*.

DUBOIS-ARBER, F. (1998). « Condom use » dans HUBERT, M., N. BAJOS et T. SANDFORT (éd.), *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe*, UCL Press, p. 266-286.

LEAUNE, V., et A. ADRIEN (1998). *Les Québécois face au sida : attitudes envers les personnes vivant avec le VIH et gestion des risques*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre; ISBN : 2-89494-176-5.

LEIGH, B. C., M. T. TEMPLE et K. F. TROAKI (1993). « The sexual behavior of US adults: Results from a national survey », *American Journal of Public Health*, vol. 38, n° 10, p. 1400-1408.

LERIDON, H., G. VAN ZESSEN et M. HUBERT (1998). « The europeans and their sexual partners » dans M. HUBERT, N. BAJOS and T. SANDFORT (éd.), *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe*, UCL Press, p. 165-198.

LÉVY, J. J., L. R. FRIGAULT, J. M. SAMSON, A. DUPRAS et P. CAPPON (1994). « Predictors of sexual behavior in a group of heterosexual university students at risk for AIDS in Montreal », *Contraception Fertilité, Sexualité*, vol. 22, n° 2, p. 123-128.

MAGNUS, P. (1998). « Risk behaviour and risk contexts » dans HUBERT, M., N. BAJOS et T. SANDFORT (éd.), *Sexual Behavior and HIV/AIDS in Europe*, UCL Press, p. 199-218.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Programme de surveillance du sida du Québec, Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida)*, Québec, cas cumulatifs 1979-1999, mise à jour n° 1999-2000.

MYERS, T., G. GODIN, J. LAMBERT, L. CALZAVARA et D. LOCKER (1996). « Sexual risk and HIV-testing behaviour by gay and bisexual men in Canada », *AIDS Care*, vol. 8, n° 3, p. 297-309.

MYERS, T., D. ALLMAN, E. A. JACKSON et K. ORR (1995). « Variation in sexual orientations among men who have sex with men, and their current sexual practices », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 86, n° 6, p. 384-388.

OTIS, J. (1996). *Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH – Bilan d'une décennie de recherche auprès des adolescents et des jeunes adultes québécois*, Direction de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Montréal, Canada, 148 p.

PARENT, R., et M. ALARY (1999). *Analyse de cas de gonorrhée, de chlamydie, d'infection par le virus de l'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1993-1997*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre de coordination sur le sida, Montréal, Québec.

PEART, R., D. ROSENTHAL et S. MOORE (1996). « The heterosexual singles scene: putting danger into pleasure », *AIDS Care*, vol. 8, n° 3, p. 341-349.

POULIN, C., et M. ALARY (1999). « Prevalence of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and HIV infection among drug users attending an STD/HIV prevention and needle-exchange program in Quebec City, Canada, » *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 26, n° 7, p. 410-420.

RÉMIS, R. S., P. LECLERC et A. C. VANDAL (1998). *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec, 1996*, Unité Maladies Infectieuses, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 61 p.

ROSENTHAL, D., S. GIFFORD et S. MOORE (1998). « Safe sex or safe love: competing discourse? », *AIDS Care*, vol. 10, n° 1, p. 35-47.

SAMSON, J. M., J. J. LÉVY, F. LOPEZ, C. PICOD BERNARD et E. MATICKA-TYNDAL (1993). « Sexual attitudes and scenarios among students in France, Quebec, and Spain », *Contraception, Fertilité, Sexualité*, vol. 21, n° 4, p. 325-332.

SANTÉ QUÉBEC (1992). *Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS : la population des 15-29 ans, 1991*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

TURMEL, B., et L. BÉDARD (1998). *Épidémiologie des maladies transmissibles sexuellement (MTS)*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, ISBN : 2-89494-125-0.

WARSZAWSKI, K. (1998). « Self-reported sexually transmitted diseases and at-risk sexual behaviour » dans HUBERT, M., N. BAJOS et T. SANDFORT (éd.), *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe*, UCL Press, p. 219-244.

WARSZAWSKI, K., et L. MEYER (1998). « Apports d'une enquête en population générale à l'épidémiologie des maladies sexuellement transmissibles », *La sexualité aux temps du sida*, Presses Universitaires de France, p. 415-435.

# Chapitre 10

## Orientation sexuelle et santé

**Michel Clermont**

Direction de la planification stratégique  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Yves Lacouture**

École de psychologie  
Université Laval

---

### Introduction

La socialisation, les conditions de vie et l'environnement sont bien connus comme étant des déterminants de la santé. Depuis une vingtaine d'années, les recherches, surtout américaines, ont fourni une connaissance plus spécifique sur l'orientation sexuelle et sur les impacts de la stigmatisation sociale que subissent souvent les personnes homosexuelles et bisexuelles dans les sociétés occidentales. Malgré le changement majeur des dernières décennies quant à la reconnaissance légale et sociale des personnes homosexuelles par la société québécoise, une discrimination et un malaise persistent encore. Les personnes vivant l'homosexualité ou la bisexualité occupent ainsi un espace social où elles doivent composer avec leur orientation de diverses façons : la nier, la refouler, la camoufler, la révéler ou encore en faire un élément constitutif de leur identité. Dans tous les cas, l'individu vivant l'homosexualité doit opérer une conciliation souvent difficile de sa sexualité avec sa vie affective et sociale. Au cours des dernières décennies, de plus en plus de personnes vivant l'homosexualité ou la bisexualité ont cherché à intégrer leur vie amoureuse ou sexuelle à leur vie sociale, y compris sur le plan scolaire et professionnel. Mais cela ne va pas toujours sans écueils.

Les recherches auprès des jeunes sont particulièrement intéressantes pour comprendre l'impact individuel de l'homosexualité. Une revue des écrits sur les jeunes homosexuels de sexe masculin met en évidence qu'une proportion non négligeable de ces jeunes rencontrent, plus que leurs pairs hétérosexuels, des difficultés à l'école, font des fugues, abusent de l'alcool ou de drogues et commettent des tentatives de suicide

(Bryan et Frappier, 1993; Berthelot, 1995; Jalbert, 1998; Remafedi et autres, 1998; Saewyc et autres, 1998; Schiltz, 1997).

À la vulnérabilité liée aux difficultés d'adaptation à une orientation homosexuelle ou bisexuelle, s'ajoutent d'autres facteurs de risque. La vie en milieu rural et semi-urbain – là où les réseaux de socialisation peuvent être plus limités, voire inexistantes – peut conduire à un isolement plus marqué des personnes homosexuelles ou les inciter à déménager dans les plus grandes villes, les déracinant ainsi de leur famille ou de leurs proches. Aussi, les personnes homosexuelles et bisexuelles connaîtraient plus souvent des conditions de pauvreté (Bonneau, 1998; Noël et autres, 1999).

Par ailleurs, l'accès aux services sociaux et de santé poserait un problème pour une partie de cette clientèle, et en particulier pour les femmes, qui en contexte de consultation médicale ou psycho-sociale garderaient plus souvent leur homosexualité secrète par crainte d'être jugées négativement ou mal soignées. Les conséquences sont de deux ordres : une difficulté à établir un lien de confiance avec les intervenants et une accessibilité moins grande à des services préventifs (Demczuk, 1994; James et Platzer, 1999; O'Hanlan, 1998; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999).

Comme en font foi la plupart des études, il est difficile de tracer un portrait clair et valide de la réalité des personnes homosexuelles ou bisexuelles. Ainsi, la majorité des enquêtes sur l'homosexualité ou la bisexualité comptent d'importants biais de sélection car elles ont recours à des techniques de sélection

non probabilistes, dans le cadre desquelles les participants sont sélectionnés sur une base volontaire dans des espaces de socialisation homosexuelle (bars, saunas, centres communautaires, médias d'information spécialisés pour gais et lesbiennes), ce qui conduit à une surreprésentation des personnes de classe moyenne urbaine, plus jeunes et plus scolarisées. De telles études ne permettent pas de généraliser leurs résultats à l'ensemble des personnes homosexuelles (Chamberland, 1995; Clermont, 1996).

À notre connaissance, l'Enquête sociale et de santé 1998 est la première étude probabiliste à grande échelle à poser la question de l'orientation sexuelle. Au Québec, il n'existe pas d'autres études pouvant nous permettre de décrire la santé et le bien-être des personnes homosexuelles et bisexuelles avec la validité des échantillons probabilistes.

Ailleurs dans le monde, les études probabilistes s'intéressant à l'homosexualité sont rares. Celles de Laumann et autres (1994) aux États-Unis, de Wellings et autres (1994) en Angleterre et de Spira et autres en France (1993), portant essentiellement sur les comportements sexuels des répondants, apportent peu d'information spécifique en regard de la santé et du bien-être. Leurs résultats permettent d'établir le nombre d'hommes homosexuels dans la population générale à environ 2 % à 3 % et celui des femmes homosexuelles à environ 1,5 % à 2 %. La population bisexuelle y est estimée à environ 3 %. La prévalence du nombre de gais et de lesbiennes est difficile à déterminer car une portion seulement, et non une majorité, des personnes qui ont des rapports homosexuels s'identifient comme gais et lesbiennes. Les recherches sur le sujet ont montré que les personnes homosexuelles identitaires sont minoritaires. Si on ajoute le critère « désirs » et le critère « identification de soi » pour déterminer l'orientation sexuelle, Laumann et ses collaborateurs arrivent à une proportion dans la population générale de 10 % chez les hommes et de près de 9 % chez les femmes. On note aussi dans ces études que les jeunes semblent plus réticents à déclarer leurs relations homosexuelles. Quant aux études non probabilistes, les enquêtes

nord-américaines estiment la proportion d'hommes homosexuels entre 9 % et 11 %, alors que la proportion de femmes homosexuelles se situerait entre 4 % et 8 % (Dorais, 1993).

Peu d'enquêtes s'intéressent aux femmes homosexuelles et bisexuelles. Quelques explications sont avancées : l'urgence de la lutte à l'épidémie du sida a favorisé la recherche sur les hommes homosexuels et bisexuels plutôt que sur les femmes homosexuelles et bisexuelles. De plus, on invoque également un désintérêt scientifique et politique pour un groupe peu visible et peu puissant, dans un contexte social global où subsistent encore des inégalités entre les hommes et les femmes (Lhomond, 1997).

L'enquête actuelle offre une opportunité exceptionnelle de tracer un portrait sociodémographique d'un sous-groupe méconnu et de fournir des informations plus solides sur son état de santé et de bien-être. La publication des résultats présentés ici est en congruence avec les objectifs du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui, dans son document d'orientation publié en 1997, prescrivait à l'ensemble des intervenants du milieu sociosanitaire des changements d'attitude et de conduite envers les personnes homosexuelles, tout en reconnaissant l'insuffisance des données québécoises sur la réalité homosexuelle comme un frein à l'adaptation des services aux besoins de cette clientèle (MSSS, 1997).

Le présent chapitre poursuit deux objectifs. D'abord, il vise à estimer la prévalence des personnes hétérosexuelles, homosexuelles et bisexuelles dans la population québécoise de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles. Deuxièmement, il cherche à établir des comparaisons entre ces trois groupes de personnes selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques (sexe, âge, zone de résidence, état matrimonial de fait, situation de vie, niveau de revenu) et quelques comportements liés à la santé (usage de la cigarette, consommation d'alcool, perception de l'état de santé, temps écoulé depuis le dernier test de PAP), au bien-être (détresse psychologique, idées

suicidaires, parasuicides, soutien social) et à la sexualité (nombre de partenaires sexuels).

## 10.1 Aspects méthodologiques

### 10.1.1 Indicateurs

Les personnes hétérosexuelles, homosexuelles et bisexuelles ont été identifiées à partir de deux questions de la section XVI du questionnaire autoadministré (QAA) portant sur la sexualité.

Les réalités homosexuelles et bisexuelles sont multiples et nommées de plusieurs façons : personne homosexuelle ou bisexuelle, gai, lesbienne, homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, etc. Chacune des dénominations correspond à une représentation de soi spécifique et peut être associée à une conception particulière de l'homosexualité ou de la bisexualité. En matière de sexualité, il existe un décalage ou des différences entre les désirs, les comportements et l'identité, d'où la difficulté inhérente aux recherches sur le sujet. Il est par ailleurs établi que les conduites sexuelles peuvent changer au cours d'une vie et que les combinaisons entre désirs, conduites et identités sont nombreuses. Dans la présente enquête, un seul critère a été retenu, celui des comportements sexuels déclarés au moment de l'enquête, afin de classer les répondants comme hétérosexuels, homosexuels et bisexuels. Ce choix méthodologique correspond à ce qui a été fait antérieurement dans plusieurs recherches probabilistes sur la sexualité. La formulation de la question est semblable à celle utilisée dans des études similaires.

La section XVI du questionnaire commence avec le préambule suivant s'adressant aux personnes de 15 ans et plus : « Les prochaines questions sont délicates et parfois intimes, mais nous vous demandons d'y répondre parce que certains problèmes de santé importants sont reliés à la sexualité. » La première question, « Avez-vous déjà eu des relations sexuelles? » (QAA203), sert d'introduction. Si la réponse est « oui », la personne poursuit à la question 204 : « Lorsque vous avez des relations sexuelles, est-ce... (1) toujours avec une personne de l'autre sexe, (2) toujours avec une personne du même sexe,

(3) plus souvent avec une personne de l'autre sexe, (4) plus souvent avec une personne du même sexe, (5) aussi souvent avec une personne de l'un ou l'autre sexe? » (QAA204).

À partir de la question 204, un indice « orientation sexuelle » comportant trois catégories a été construit : la population des personnes dont les partenaires sexuels sont toujours de sexe différent, appelée ici hétérosexuelle, la population des personnes dont les relations sexuelles sont toujours avec des individus de même sexe, appelée ici homosexuelle, et le reste de la population, composée des personnes bisexuelles. Dans tous les cas, il s'agit des personnes de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles. Cette population dite de référence couvre environ 93 % de la population totale des 15 ans et plus. Cependant, la couverture n'est pas uniforme entre les groupes d'âge, les plus jeunes étant notamment moins bien couverts. Ainsi, lorsqu'on s'intéresse uniquement à ceux ayant eu des relations sexuelles, on étudie près de 74 % des 15-24 ans, environ 97 % des 25-64 ans et 95 % des 65 ans et plus. La population de référence compte environ 5 420 000 personnes contre 5 825 000 dans la population totale des 15 ans et plus.

### 10.1.2 Portée et limites des données

Les données proviennent de questionnaires autoadministrés; il s'agit là d'une méthode de collecte de données qui, entre toutes, induit le plus faible taux de non-déclaration (Laumann et autres, 1994). Toutefois, la stigmatisation sociale de l'homosexualité peut quand même produire une sous-déclaration non négligeable. Cependant, le faible taux de non-réponse partielle de 1,3 % laisse croire qu'il n'y pas de biais notable dans les estimations des proportions produites. De plus, l'absence de référence à une période de temps dans la question 204 a fait en sorte que les répondants ont dû induire la signification des mots « toujours », « plus souvent » et « aussi souvent ». La présente enquête, utilisant un grand échantillon stratifié et pondéré, comporte malgré tout un sous-échantillon relativement petit de répondants homosexuels et bisexuels. Bien que les résultats obtenus ici soient uniques et présentent une forte validité, les don-

nées ne permettent pas toujours d'effectuer des analyses plus poussées ou des croisements avec d'autres variables, comme l'âge ou la provenance géographique.

Il est à noter qu'à cause de la conception du questionnaire autoadministré, l'analyse selon le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (QAA207) porte uniquement sur les répondants ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration. En conséquence, un certain nombre de répondants ayant déjà eu des relations sexuelles, mais sans pénétration, n'ont pas répondu à cette question.

## 10.2 Résultats

### 10.2.1 Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

#### Âge et sexe

Le tableau 10.1 présente la répartition selon l'orientation sexuelle en fonction du sexe et de l'âge. Près de 97 % de la population de référence déclare une orientation hétérosexuelle, 1,5 % une orientation homosexuelle et 1,3 % une orientation bisexuelle. Plus précisément, la proportion de la population étudiée déclarant des relations sexuelles toujours avec un partenaire de même sexe est d'environ 1,8 % chez les hommes et de 1,2 % chez les femmes, et celle des personnes ayant des partenaires sexuels des deux sexes est d'environ 1,3 % chez les hommes et de 1,2 % chez les femmes.

La proportion de personnes homosexuelles ou bisexuelles est sensiblement la même pour les différents groupes d'âge, et ce, aussi bien pour les hommes que les femmes, à l'exception du sous-groupe des 15-24 ans, chez lequel la proportion d'hommes déclarant avoir des relations sexuelles uniquement avec des personnes du même sexe est significativement inférieure à celle des autres groupes d'âge (0,6 % c. 1,5 à 2.2).

Tableau 10.1  
Orientation sexuelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles, Québec, 1998

	Hétérosexuelle		Homosexuelle		Bisexuelle	
	%	Pe '000	%	Pe '000	%	Pe '000
<b>Hommes</b>						
15-24 ans	98,2	356	0,6**	2	1,1**	4
25-44 ans	96,8	1 096	2,2*	24	1,1*	12
45-64 ans	96,5	798	2,0*	17	1,5*	13
65 ans et plus	96,5	324	1,5**	5	2,1**	7
<b>Total</b>	<b>96,8</b>	<b>2 574</b>	<b>1,8</b>	<b>48</b>	<b>1,3</b>	<b>36</b>
<b>Femmes</b>						
15-24 ans	97,6	344	0,6**	2	1,8**	6
25-44 ans	97,6	1 100	0,9*	10	1,5*	17
45-64 ans	97,7	827	1,4*	12	1,0**	8
65 ans et plus	97,6	424	2,0**	9	0,5**	2
<b>Total</b>	<b>97,6</b>	<b>2 695</b>	<b>1,2</b>	<b>33</b>	<b>1,2</b>	<b>34</b>
<b>Sexes réunis</b>						
<b>Total</b>	<b>97,2</b>	<b>5 269</b>	<b>1,5</b>	<b>81</b>	<b>1,3</b>	<b>70</b>

\* 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*.

## Zone de résidence

L'examen des résultats pour la région « Montréal Est », c'est-à-dire la zone urbaine de Montréal située à l'est du boulevard St-Laurent, indique, chez les hommes, une proportion d'environ 5 % de personnes homosexuelles et de 2,3 % de personnes bisexuelles (données non présentées). Chez les femmes de cette même région, les proportions sont d'environ 3,5 % de personnes homosexuelles et de plus de 2 % de personnes bisexuelles (données non présentées). Rappelons toutefois que la taille de l'échantillon provenant de cette zone urbaine ne permet pas d'effectuer des analyses détaillées des caractéristiques des personnes de ce secteur.

## État matrimonial de fait

Le tableau 10.2 traite de l'état matrimonial de fait. En général, les proportions de célibataires les plus élevées se retrouvent parmi les personnes homosexuelles et bisexuelles, chez les hommes comme chez les femmes. En effet, les données de l'enquête révèlent que proportionnellement plus d'hommes homosexuels que d'hommes hétérosexuels sont célibataires (50 % c. 23 %). La même tendance est notée chez les hommes bisexuels, avec 36 % de célibataires. Chez les femmes, les proportions de célibataires sont respectivement de 40 %, 53 % et

19 % parmi les homosexuelles, les bisexuelles et les hétérosexuelles.

## Situation de vie

Comme l'indique le tableau 10.3, près de 40 % et environ 38 % respectivement des hommes et des femmes bisexuels vivent seuls comparativement à environ 12 % des hommes hétérosexuels et 13 % des femmes hétérosexuelles. La même tendance est notée chez les hommes et les femmes homosexuels, avec des proportions de personnes vivant seules de quelque 22 % et 27 % respectivement.

## Niveau de revenu

Par ailleurs, l'enquête révèle une association entre le niveau de revenu et l'orientation sexuelle selon le sexe (tableau 10.4). Ainsi, il semble que la proportion de très pauvres soit légèrement plus élevée chez les homosexuels (environ 11 % des hommes et 16 % des femmes) et les bisexuels (à peu près 15 % des hommes et des femmes) comparativement à celle existant chez les hétérosexuels (environ 6 % des hommes et 7 % des femmes). Cependant, les données suggèrent aussi que le pourcentage d'hommes présentant un revenu supérieur semble plus élevé chez les Québécois homosexuels (23 %) que chez les Québécois hétérosexuels (13 %).

Tableau 10.2

### État matrimonial de fait selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 1998

	Marié	En union de fait	Veuf, séparé ou divorcé	Célibataire
	%			
<b>Hommes</b>				
Hétérosexuelle	49,5	19,4	8,0	23,0
Homosexuelle	17,0 *	27,7**	5,6 **	49,8
Bisexuelle	18,4 **	16,8**	28,7	36,1 *
<b>Total</b>	<b>48,5</b>	<b>19,6</b>	<b>8,2</b>	<b>23,7</b>
<b>Femmes</b>				
Hétérosexuelle	47,5	18,5	15,4	18,5
Homosexuelle	24,1 *	8,2**	27,9 *	39,8*
Bisexuelle	18,8 **	6,9**	21,4 **	52,9
<b>Total</b>	<b>46,9</b>	<b>18,3</b>	<b>15,7</b>	<b>19,2</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

\* 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 10.3  
**Situation de vie selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	%		
	Vit seul	Vit avec un conjoint	Vit avec autre
<b>Hommes</b>			
Hétérosexuelle	12,3	68,7	19,0
Homosexuelle	22,0*	44,7	33,3*
Bisexuelle	40,1*	33,8*	26,1*
<b>Total</b>	<b>12,9</b>	<b>67,8</b>	<b>19,4</b>
<b>Femmes</b>			
Hétérosexuelle	13,4	65,8	20,7
Homosexuelle	26,9**	32,3*	40,8*
Bisexuelle	37,5*	25,7*	36,8*
<b>Total</b>	<b>13,9</b>	<b>64,9</b>	<b>21,2</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

\* 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*.

## 10.2.2 Variations selon certains comportements individuels et autres déterminants de la santé

### Usage de la cigarette et consommation d'alcool

On observe au tableau 10.5 une proportion plus grande de fumeurs de cigarette dans la population bisexuelle (50 %) que dans la population hétérosexuelle (35 %) et une tendance semblable chez les homosexuels (44 %). Le tableau 10.6 montre par ailleurs que la répartition des types de buveurs est à peu de chose près la même pour les différents groupes définis par l'orientation sexuelle. Cependant, les résultats présentés au tableau 10.7 montrent quant à eux que les femmes bisexuelles sont plus nombreuses, en proportion, que les hétérosexuelles à avoir déclaré s'être enivrées au cours d'une période de 12 mois (25 % c. 6 %). Chez les hommes, on observe une tendance semblable entre les homosexuels et les hétérosexuels. Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence car l'ampleur des différences observées se situe au seuil de signification statistique.

Tableau 10.4  
**Niveau de revenu selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	%				
	Très pauvre	Pauvre	Moyen inférieur	Moyen supérieur	Supérieur
<b>Hommes</b>					
Hétérosexuelle	5,6	8,9	31,9	40,9	12,8
Homosexuelle	10,6**	3,5**	34,3*	28,5*	23,1
Bisexuelle	15,3**	21,9**	28,3*	29,1*	5,4*
<b>Total</b>	<b>5,8</b>	<b>9,0</b>	<b>31,9</b>	<b>40,5</b>	<b>12,8</b>
<b>Femmes</b>					
Hétérosexuelle	6,9	11,3	32,6	38,2	11,2
Homosexuelle	15,5**	16,8**	29,1*	29,0*	9,6**
Bisexuelle	15,4**	28,9*	27,8*	20,7**	7,6**
<b>Total</b>	<b>7,1</b>	<b>11,6</b>	<b>32,5</b>	<b>37,8</b>	<b>11,1</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

\* 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 10.5  
**Usage de la cigarette selon l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Non-fumeur	Fumeur
	%	
Hétérosexuelle	64,7	35,3
Homosexuelle	56,1	43,9
Bisexuelle	50,2	49,8
<b>Total</b>	<b>64,4</b>	<b>35,6</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

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

Tableau 10.6  
**Type de buveur selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Abstinent	Ancien buveur	Buveur actuel
	%		
<b>Hommes</b>			
Hétérosexuelle	5,5	6,8	87,8
Homosexuelle et bisexuelle	5,6**	9,5**	85,0
<b>Total</b>	<b>5,5</b>	<b>6,8</b>	<b>87,7</b>
<b>Femmes</b>			
Hétérosexuelle	14,9	5,1	80,1
Homosexuelle et bisexuelle	18,4*	5,4**	76,2
<b>Total</b>	<b>14,9</b>	<b>5,1</b>	<b>80,0</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

\* 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 10.7  
**Nombre de fois enivré au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Aucune	De une à quatre fois	Cinq fois et plus
	%		
<b>Hommes</b>			
Hétérosexuelle	58,0	28,3	13,7
Homosexuelle	42,6	36,2*	21,2*
Bisexuelle	46,9*	38,9*	14,2**
<b>Total</b>	<b>57,6</b>	<b>28,6</b>	<b>13,8</b>
<b>Femmes</b>			
Hétérosexuelle	73,5	20,3	6,2
Homosexuelle	66,0	26,4**	7,6**
Bisexuelle	41,4*	33,5**	25,1**
<b>Total</b>	<b>73,0</b>	<b>20,5</b>	<b>6,5</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

\* 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*.

Nombre de partenaires sexuels au cours d'une période de 12 mois

Du côté des comportements sexuels, le tableau 10.8 indique qu'environ 11 % des hommes hétérosexuels déclarent avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois, alors que chez leurs vis-à-vis homosexuels la proportion est d'à peu près 26 %. Chez les hommes bisexuels, la tendance est la même avec une proportion qui est d'environ 22 %. Chez les femmes, la proportion de la population ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours de la même période est de 8 % chez les hétérosexuelles et de 21 % chez les bisexuelles. Par ailleurs, chez les femmes, la proportion déclarant n'avoir eu aucun partenaire au cours d'une période de 12 mois est plus importante chez les homosexuelles (51 %) que chez les hétérosexuelles (19 %).

Tableau 10.8  
**Nombre de partenaires sexuels au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Aucun partenaire	Un partenaire	Plus d'un partenaire
	%		
<b>Hommes</b>			
Hétérosexuelle	13,7	75,1	11,2
Homosexuelle	29,6*	44,3	26,1*
Bisexuelle	23,9**	54,4	21,7**
<b>Total</b>	<b>14,1</b>	<b>74,3</b>	<b>11,6</b>
<b>Femmes</b>			
Hétérosexuelle	19,3	72,8	7,9
Homosexuelle	50,6*	45,3*	4,1**
Bisexuelle	22,0**	56,8	21,2**
<b>Total</b>	<b>19,6</b>	<b>72,4</b>	<b>8,0</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

\* 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*.

Temps écoulé depuis le dernier test de PAP

Les résultats du tableau 10.9 concernent la période de temps que les femmes ont laissé s'écouler depuis leur dernier test de PAP. Ainsi, 68 % des femmes hétérosexuelles se sont soumises à ce test au cours d'une période de deux ans, alors que cette proportion

est de 52 % chez les femmes homosexuelles et bisexuelles.

Tableau 10.9  
**Temps écoulé depuis le dernier test de PAP selon l'orientation sexuelle, population féminine de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Deux ans et moins	Plus de deux ans ou jamais	Ne sait pas
	%		
Hétérosexuelle	68,4	28,2	3,5
Homosexuelle et bisexuelle	51,7	38,5	9,8**
<b>Total</b>	<b>68,0</b>	<b>28,4</b>	<b>3,6</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

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

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

### Soutien social

Les hommes bisexuels sont proportionnellement moins nombreux à déclarer un bon soutien social que leurs pairs hétérosexuels (tableau 10.10) et cette tendance est aussi notée chez les hommes homosexuels. Ainsi, respectivement 33 % et 39 % des hommes homosexuels et bisexuels ont un faible niveau à l'indice de soutien social comparativement à environ 22 % des hommes hétérosexuels. Chez les femmes, près de 31 % de la population bisexuelle a un faible niveau à l'indice de soutien social comparativement à environ 17 % des femmes hétérosexuelles.

Tableau 10.11  
**Nombre de personnes pouvant aider au besoin selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Aucune	Une	Deux	Trois et plus
	%			
<b>Hommes</b>				
Hétérosexuelle	4,3	13,0	24,5	58,3
Homosexuelle	11,4**	10,9**	17,8*	59,9
Bisexuelle	13,1**	17,3**	22,5*	47,2
<b>Total</b>	<b>4,5</b>	<b>13,0</b>	<b>24,3</b>	<b>58,2</b>
<b>Femmes</b>				
Hétérosexuelle	2,6	11,6	23,9	62,0
Homosexuelle	1,6**	11,1**	31,4*	55,9
Bisexuelle	8,2**	13,5**	21,8**	56,6
<b>Total</b>	<b>2,6</b>	<b>11,6</b>	<b>23,9</b>	<b>61,9</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

\* 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 10.10  
**Indice de soutien social selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Faible	Élevé
	%	
<b>Hommes</b>		
Hétérosexuelle	21,7	78,3
Homosexuelle	32,6*	67,4
Bisexuelle	38,6*	61,4
<b>Total</b>	<b>22,2</b>	<b>77,8</b>
<b>Femmes</b>		
Hétérosexuelle	17,2	82,8
Homosexuelle	24,1*	75,9
Bisexuelle	31,1*	68,9
<b>Total</b>	<b>17,5</b>	<b>82,5</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

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

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

De plus, comparativement aux hommes hétérosexuels, les hommes homosexuels et bisexuels sont proportionnellement plus nombreux à déclarer n'avoir aucune personne pouvant les aider au besoin (respectivement 4,3 % c. 11 % et 13 %) (tableau 10.11). Chez les femmes, aucune association n'a été constatée. Cependant, de façon globale, les hommes homosexuels et bisexuels sont proportionnellement plus nombreux à n'avoir aucune personne pouvant les aider au besoin que les femmes ayant la même orientation sexuelle.

### 10.2.3 Variations selon certains indicateurs de santé et de bien-être

#### Perception de l'état de santé

Bien que les résultats ne permettent pas de détecter de différence significative entre les trois catégories de l'orientation sexuelle et la perception de l'état de santé, une tendance est observée à l'effet que les hommes qui font partie de la population hétérosexuelle seraient plus nombreux que les hommes appartenant aux autres populations, à qualifier leur santé de façon positive. En effet, environ 90 % des hommes hétérosexuels perçoivent leur état de santé comme étant excellent, très bon ou bon comparativement à 84 % chez les hommes homosexuels et à 83 % chez les hommes bisexuels (tableau 10.12).

Tableau 10.12  
**Perception de l'état de santé selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Excellent, très bon ou bon	Moyen ou mauvais
	%	
<b>Hommes</b>		
Hétérosexuelle	90,0	10,0
Homosexuelle	84,0	16,0**
Bisexuelle	82,7	17,3**
<b>Total</b>	<b>89,8</b>	<b>10,2</b>
<b>Femmes</b>		
Hétérosexuelle	88,8	11,2
Homosexuelle	84,9	15,1**
Bisexuelle	86,0	14,0**
<b>Total</b>	<b>88,7</b>	<b>11,3</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

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

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

#### Détresse psychologique

La détresse psychologique est liée à l'orientation sexuelle. Comme l'indiquent les données du tableau 10.13, environ 17 % des hommes hétérosexuels se situent dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique, une proportion sensiblement inférieure à celle déclarée par les hommes homosexuels (29 %) et plus faible que celle obtenue par les bisexuels (36 %). Par ailleurs, à peu près 41 % des femmes bisexuelles sont au niveau supérieur de l'indice de détresse psychologique, comparativement à

environ 21 % des femmes homosexuelles et 23 % des femmes hétérosexuelles.

Tableau 10.13  
**Indice de détresse psychologique selon le sexe et l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Bas à moyen	Élevé
	%	
<b>Hommes</b>		
Hétérosexuelle	83,4	16,6
Homosexuelle	71,4	28,6*
Bisexuelle	64,2	35,8*
<b>Total</b>	<b>83,0</b>	<b>17,0</b>
<b>Femmes</b>		
Hétérosexuelle	77,4	22,6
Homosexuelle	78,6	21,4**
Bisexuelle	59,0	41,0*
<b>Total</b>	<b>77,2</b>	<b>22,8</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

\* 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*.

#### Idées suicidaires et parasuicides

Comme l'indique le tableau 10.14, la proportion de personnes présentant des idées suicidaires varie selon l'orientation sexuelle. La proportion de la population hétérosexuelle qui a eu des idées suicidaires est de 3,8 %, alors qu'elle est d'environ 11 % dans la population bisexuelle. Le tableau 10.15 rapporte les données concernant les parasuicides (tentatives de suicide) au cours d'une période de 12 mois. Les résultats sont plus nuancés, bien qu'on observe chez les personnes bisexuelles une plus grande proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide que chez leurs vis-à-vis hétérosexuels (4,2 % c. 0,5 %).

Tableau 10.14  
**Présence d'idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois selon l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	%
Hétérosexuelle	3,8
Homosexuelle	6,6**
Bisexuelle	10,8**
<b>Total</b>	<b>3,9</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

\*\* 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 10.15

**Prévalence des parasuicides au cours d'une période de 12 mois selon l'orientation sexuelle, population de 15 ans et plus<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	%
Hétérosexuelle	0,5*
Homosexuelle	1,2**
Bisexuelle	4,2**
<b>Total</b>	<b>0,5</b>

1. Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

\* 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*.

## Conclusion

### Synthèse et pistes de recherche

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, à l'instar d'autres études probabilistes, estiment la proportion des personnes homosexuelles et bisexuelles à environ 3 % de la population québécoise. La proportion des femmes déclarant avoir des relations sexuelles seulement avec des femmes est d'environ 1,2 % tandis que près de 1,8 % des hommes disent avoir des relations sexuelles uniquement avec des hommes. La bisexualité paraît aussi fréquente chez les hommes que chez les femmes, soit autour de 1,2 %. Il faut souligner que ces pourcentages sont obtenus à partir d'une question portant uniquement sur les comportements sexuels et qu'ils ne prennent pas en compte les désirs ni les identités homosexuelles ou bisexuelles.

Certaines caractéristiques sociodémographiques distinguent la population hétérosexuelle des populations homosexuelle et bisexuelle. L'enquête laisse voir une tendance connue selon laquelle une proportion plus grande de personnes homosexuelles et bisexuelles vivent seules. Par rapport à la population hétérosexuelle, malgré une proportion plus grande d'hommes homosexuels bénéficiant d'un revenu supérieur, on retrouve des proportions légèrement plus élevées de personnes homosexuelles et bisexuelles dans la catégorie des très pauvres, un résultat qui, allant à l'encontre de plusieurs écrits sur la réalité économique des personnes homosexuelles,

nous amène à relativiser l'image véhiculée d'une plus grande aisance financière des gais et lesbiennes.

Concernant l'usage de la cigarette, la population bisexuelle fume en plus grande proportion que la population hétérosexuelle, une tendance semblable s'établissant chez les homosexuels. Par ailleurs, ces populations ne se distinguent pas clairement quant à la consommation d'alcool, à l'exception des femmes bisexuelles, nettement plus nombreuses, en proportion, à rapporter s'être enivrées plus de cinq fois au cours d'une période d'un an. Ces résultats vont dans le même sens que les études qui, tout en indiquant qu'il n'y a globalement pas de problème particulier de consommation d'alcool chez les personnes homosexuelles, suggèrent que les femmes bisexuelles auraient une propension plus grande à s'enivrer (voir Lacouture, 1998, pour une revue des écrits). Par ailleurs, une proportion plus grande d'hommes homosexuels et bisexuels a eu plus d'un partenaire au cours d'une période de 12 mois. Chez les femmes, les personnes bisexuelles semblent plus nombreuses à avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours de la même période.

Chez les personnes homosexuelles et bisexuelles, qui ont tendance à vivre plus souvent seules, le soutien social semble également plus faible que dans le reste de la population, et ce, particulièrement pour les hommes bisexuels, chez lesquels on compte une proportion plus élevée d'hommes n'ayant aucune personne pouvant les aider au besoin. Les idées suicidaires sont proportionnellement plus fréquentes chez les personnes bisexuelles que dans la population hétérosexuelle. Les résultats tendent également à démontrer un taux plus élevé de parasuicides chez les bisexuels.

Les hommes homosexuels et bisexuels ont aussi tendance à se percevoir en moins bon état de santé que les autres. La situation des femmes homosexuelles est quelque peu différente. Chez elles, la perception de l'état de santé n'est pas significativement liée à l'orientation sexuelle, pas plus que le nombre de personnes pouvant les aider au besoin. Par ailleurs, les femmes homosexuelles et bisexuelles ont nettement moins fréquemment recours au test de PAP.

Les femmes bisexuelles se distinguent en se situant à un niveau supérieur de l'indice de détresse psychologique et à un niveau faible de l'indice de soutien social.

Les résultats de l'enquête montrent plusieurs difficultés : isolement, idées suicidaires, parasuicides, détresse psychologique. Ces données justifient de pousser plus avant l'étude de la relation entre l'orientation sexuelle et l'état de santé en allant bien au-delà des comportements sexuels. Chez les hommes homosexuels, on constate un soutien social plus faible et l'absence plus fréquente de personnes pouvant les aider au besoin, des indicateurs méritant des études plus approfondies. L'intégration sociale est reconnue comme un facteur de protection de la santé et de bien-être; nous devons par conséquent mieux connaître les réseaux sociaux des personnes homosexuelles et bisexuelles. La recherche devrait également pousser plus loin les connaissances sur la construction d'une identité positive de la population homosexuelle et bisexuelle. On doit améliorer nos connaissances du processus d'intégration de l'orientation homosexuelle chez les personnes qui se sont bien adaptées à cette réalité. Ces résultats soulèvent de nombreuses questions. Malgré une société plus ouverte face à l'homosexualité et à la bisexualité, quels sont les stress particuliers et les événements reliés au processus d'actualisation de l'homosexualité ou de la bisexualité? Ce processus varie-t-il selon l'âge? Selon le milieu urbain, rural ou selon le statut socioéconomique? Comment prendre en compte l'orientation sexuelle dans les interventions auprès des personnes homosexuelles et bisexuelles qui font plus souvent des tentatives de suicide? De même, le recours aux services préventifs des femmes homosexuelles et bisexuelles et la situation plus difficile des femmes bisexuelles méritent un examen attentif. Il faut aussi s'interroger sur la façon dont ces connaissances peuvent être intégrées à la formation et à la pratique des intervenants. Finalement, des analyses plus poussées du lien entre pauvreté et homosexualité devraient être entreprises afin de mieux identifier les groupes les plus vulnérables.

## Éléments de réflexion pour la planification

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* viennent fournir une assise pour identifier les priorités d'intervention au Québec et suggérer des pistes plus solides de recherche qui doivent tenir compte des spécificités des hommes et des femmes vivant l'homosexualité et la bisexualité. Ces résultats apportent aux concepteurs de politiques sectorielles – particulièrement celles concernées par le suicide et la santé mentale – des données qui justifient d'accorder à la clientèle des personnes homosexuelles et bisexuelles plus d'attention, en prenant en considération ses problèmes d'adaptation et de santé. Il faut constater la nécessité de poursuivre la mise en œuvre des orientations ministérielles pour adapter les services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles

# Bibliographie

---

- BERTHELOT, P. (1995). *Jeunes homosexuels masculins : rapport d'une recension d'écrits*, Québec, Équipe de recherche CQRS sur les MTS et le SIDA et Centre de santé publique de Québec, 81 p.
- BONNEAU, M. (1998). « L'affirmation des lesbiennes en milieu régional : une visibilité problématique » dans DEMCZUK, I. (sous la direction de), *Des droits à reconnaître, Les lesbiennes face à la discrimination*, Montréal, les Éditions du remue-ménage, p. 167-192.
- BRYAN, R., et J. Y. FRAPPIER (1993) « Les difficultés des adolescents gais et lesbiennes », *Le médecin du Québec*, vol. 28, n° 9, p. 71-76.
- CHAMBERLAND, L. (1995). « Les enquêtes sur les populations gaies et lesbiennes ou le mirage d'un objet d'étude pré-existant au regard neutre – mais bienveillant – du chercheur ou de la chercheuse », *Bulletin du GIREHS*, vol. 1, n° 2, p. 5-6.
- CLERMONT, M. (1996). *Santé, bien-être et homosexualité : éléments de problématique et pistes d'intervention*, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 56 p. (Études et analyse).
- DEMCZUK, I. (1994). « À l'ombre du grand frère : être lesbienne, une réalité méconnue », Association pour la santé publique du Québec, *Actes du Forum sur la santé gaie : au-delà de l'orientation sexuelle, l'individu*, Montréal, 27 et 28 octobre, p. 11-20.
- DORAIS, M. (1993). « L'homosexualité : revue et non corrigée », *Le médecin du Québec*, vol. 28, n° 9, p. 27-39, (1996).
- JALBERT, Y. (1998). *Processus de sortie, perception du risque face au sida et utilisation des services de santé chez de jeunes homosexuels âgés de 16 à 20 ans de Montréal*, Université de Montréal, Faculté de médecine sociale et préventive, thèse de doctorat.
- JAMES, T., et H. PLATZER (1999). « Ethical considerations in qualitative research with vulnerable groups: exploring lesbians' and gay men, experiences of health care – a personal perspective », *Nursing Ethics*, vol. 6, n° 1.
- LACOUTURE, Y. (1998). *La toxicomanie chez les personnes homosexuelles : une recension des écrits*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Gouvernement du Québec, 32 p.
- LAUMANN, E., et autres (1994). *The social organization of sexuality: sexual practices in the United States*, Chicago, University of Chicago Press.
- LHOMOND, B. (1997). « Le sens de la mesure; le nombre d'homosexuels dans les enquêtes sur les comportements sexuels et le statut de groupe minoritaire », *Sociologie et sociétés*, vol. XXIX, n° 1, p. 61-69.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Orientations ministérielles : l'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles*, Québec, Gouvernement du Québec.
- NOËL, R., et autres (1999). « Living bi and at risk: mapping bisexual's contact with HIV prevention efforts », communication présentée à AIDS Impact, Ottawa, juillet.
- O'HANLAN, K. (1998). « Les lesbiennes et les bisexuelles, Une remise en question de nos présomptions hétérosexistes », *Le médecin de famille canadien*, vol. 44, p. 1572-1574.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1999). *Étude sur les attentes des usagers en provenance des communautés gaie et lesbienne et des femmes victimes de violence à l'égard des services sociaux, Rapport d'analyse*, 111 p.
- REMAFEDI, G., S. FRENCH, M. STORY, M. D. RESNICK et R. BLUM (1998). « The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-bases study », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 1, p. 57-60.
- SAEWYC, E. M., L. H. BEARINGER, P. A. HEINZ, R. W. BLUM et M. D. RESNICK (1998). « Gender differences in health and risk behaviors among bisexual and homosexual adolescents », *Journal of adolescent health*, vol. 23, p. 181-188.
- SCHILTZ, M.-A. (1997). « Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : la conquête de modes de vie », *Population*, vol. 6, p. 1485-1538.
- SPIRA, A., et autres (1993). *Les comportements sexuels en France*, Paris, La documentation française.
- WELLINGS, K., et autres (1994). *Sexual behavior in Britain: the national survey of sexual attitudes and lifestyles*, New-York, Penguin.

# Chapitre 11

## Divers comportements de santé propres aux femmes

**Denise Donovan**

Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

**Lise Dunnigan**

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

**Sylvie Vézina**

Centre d'expertise en dépistage  
Institut national de santé publique du Québec

---

### Introduction

Les comportements de santé propres aux femmes qui font l'objet du présent chapitre sont liés à trois types de besoins, c'est-à-dire ceux de nature préventive, ceux associés au traitement de symptômes et ceux qui allient ces deux types de besoins. Il est important de préciser qu'on s'est ici limité à trois aspects des divers comportements de santé propres aux femmes, soit ceux liés au dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus de même qu'à la prise de médicaments hormonaux.

Les comportements préventifs examinés sont essentiellement le dépistage du cancer du sein par l'auto-examen des seins, l'examen clinique effectué par un professionnel de la santé ainsi que la mammographie et le dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cytologique (test de PAP ou *Papanicolaou*). L'auto-examen des seins est un comportement qui dépend largement de la volonté des femmes, tandis que l'examen des seins réalisé par un professionnel de la santé, la mammographie et le test de PAP sont davantage liés à l'accès aux services de santé. L'hormonothérapie substitutive (HTS), quant à elle, permet de soulager certains symptômes liés à la transition ménopausique, c'est-à-dire la période où apparaissent les premiers signes précédant l'arrêt définitif des menstruations, et apporte certains

bénéfices en matière de prévention des maladies cardiovasculaires et de l'ostéoporose. Enfin, la consommation de contraceptifs oraux (CO) est l'un des moyens les plus efficaces pour prévenir une grossesse non désirée et diminuer le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Ainsi, pour la compréhension des lecteurs, les comportements préventifs en regard des cancers du sein et du col de l'utérus seront traités dans un premier temps, alors que l'utilisation des médicaments à teneur hormonale sera abordée par la suite.

Le cancer est l'un des 19 problèmes prioritaires définis dans la *Politique de la santé et du bien-être* du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992). Il constitue également une priorité nationale de santé publique (MSSS, 1997). Un programme national de lutte contre le cancer est en voie d'implantation (Comité consultatif sur le cancer, 1997). Ce dernier émet, entre autres, des recommandations sur le dépistage et le traitement du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Le dépistage du cancer du sein par mammographie permettrait de réduire la mortalité de près de 40 %, si certaines conditions étaient réunies. On encourage aussi le dépistage du cancer du col de l'utérus, pour lequel le dépistage par le test de PAP permettrait une réduction de 60 % de la mortalité (Miller, 1992).

## Cancer du sein

Chez les femmes, outre le cancer du poumon, le cancer du sein est celui qui entraîne le plus grand nombre de décès. Les données de Santé Canada indiquent qu'une femme sur neuf, au Canada, sera atteinte du cancer du sein au cours de sa vie, la probabilité de le développer variant en fonction de l'âge (Santé Canada, 1998). Si l'on regarde la répartition des cancers du sein en fonction de l'âge, on constate que 22 % des cas surviennent chez les femmes de moins de 50 ans, 44 % chez les femmes de 50 à 69 ans et 34 % chez les femmes de 70 ans et plus (Santé Canada, 1998). Toujours selon Santé Canada, l'incidence du cancer du sein chez les Québécoises a augmenté au cours des dix dernières années, bien qu'on remarque que, globalement, le Québec présente un taux d'incidence du cancer du sein parmi les plus bas au Canada. En 1998, cette forme de cancer demeure toutefois la plus souvent diagnostiquée chez les femmes du Québec (Santé Canada, 1998).

Alors que l'incidence du cancer du sein augmente au Québec et au Canada, la mortalité, quant à elle, a légèrement diminué depuis 1985, en particulier depuis 1990. Statistique Canada estime que les taux de mortalité par cancer du sein, au Canada, sont passés de 31,3 pour 100 000 en 1990 à 27,9 pour 100 000 en 1998 (Santé Canada, 1998). De façon similaire, cette tendance à la baisse du taux de mortalité s'observe aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Suède et en Australie (Santé Canada, 1998).

« Au Québec, pour les cas déclarés de cancer du sein entre 1984 et 1986, la survie relative à cinq ans s'établit à 73 %, ce qui est comparable à celle observée dans la plupart des pays et des autres provinces. » (MSSS, 1996)

Comme il est encore impossible de prévenir la survenue du cancer du sein, en raison des facteurs de risque qui sont difficilement modifiables et de la méconnaissance des causes de cette forme de cancer, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, à l'instar des autres provinces

canadiennes et de plusieurs pays, a choisi de mettre sur pied un programme de dépistage du cancer du sein. Cette mesure a pour but d'intervenir le plus précocement possible en identifiant la tumeur alors qu'elle est à ses premiers stades de développement et pouvoir ainsi modifier l'évolution de la maladie. Appliqué à de grandes populations, ce dépistage peut réduire la mortalité causée par le cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. Ce programme de dépistage contribue à mettre en œuvre la *Politique de la santé et du bien-être* de 1992, dans laquelle le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec propose de réduire de 15 % la mortalité par cancer du sein d'ici l'an 2002. Toutefois, la réduction de la mortalité semble conditionnelle à la mise en place de certaines conditions très précises, telles que des mécanismes de contrôle de la qualité de l'équipement utilisé pour réaliser les mammographies et des taux de participation de la population visée par le programme de près de 70 %. Lorsque ces conditions sont réunies, on peut observer une diminution de la mortalité allant jusqu'à 40 % après une période de sept à dix ans, toujours chez les femmes ciblées par le programme (MSSS, 1996). Par ailleurs, le chapitre portant sur le dépistage du cancer du sein du *Guide canadien de médecine clinique préventive* de 1994 (Morrison, 1994) recommande de réaliser la mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans. Toutefois, étant donné l'incertitude entourant l'intervalle optimal à recommander entre deux mammographies de dépistage, incertitude qui subsistait dans la littérature scientifique au moment de publier le guide, le groupe d'étude recommandait le maintien du dépistage annuel (Morrison, 1994). Dans ce cadre, l'*Enquête sociale et de santé 1998* représente un outil privilégié d'évaluation de la couverture par mammographie non seulement chez les Québécoises visées par le programme, mais aussi chez celles pour qui des controverses subsistent dans la littérature.

En ce qui concerne l'auto-examen des seins (AES), les évidences semblent moins fermes. En effet, certains « considèrent que la promotion de l'AES doit viser la même population que le dépistage par mammographie tandis que d'autres soutiennent que



l'AES s'inscrit dans l'optique d'une mesure de santé globale [...] » (Messely, 1995). À la lumière de la littérature scientifique actuelle, il semble que l'AES doive être réalisé dans une optique de bonne pratique de santé et surtout dans la perspective d'une approche globale de lutte au cancer du sein. Malgré le fait que l'AES ne soit pas reconnu comme un examen de dépistage et qu'il ne puisse donc pas remplacer la mammographie, il semble qu'il contribue à identifier des tumeurs qui, autrement, sont diagnostiquées tardivement encore trop souvent. Toutefois, la définition de la clientèle à laquelle doit s'adresser l'AES ne fait pas l'unanimité. En effet, le guide portant sur l'examen médical périodique de 1994 (Morrison, 1994) indique que les données sont insuffisantes pour conclure à l'amélioration de la survie par la pratique de l'AES.

L'examen clinique des seins (ECS) réalisé par un professionnel de la santé est reconnu quant à lui comme un outil permettant de détecter des masses au sein, mais il ne peut pas, à lui seul, remplacer la mammographie. Par ailleurs, dans un contexte de pratique clinique individuelle lors des rencontres régulières avec le médecin traitant, et surtout dans le cadre d'une approche globale de lutte au cancer du sein, l'ECS apparaît comme un excellent moyen de suivi des femmes entre les mammographies. Ainsi, le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique recommande que l'examen clinique des seins soit fait chez toutes les femmes de 50 à 69 ans dans le cadre d'un examen annuel. Il identifie le médecin traitant comme étant le responsable de sa réalisation en tant qu'intervenant de première ligne (Moreault, 1995; Morrison, 1994).

#### Cancer du col de l'utérus

Au Canada, l'incidence du cancer du col de l'utérus a diminué au cours des dernières décennies, passant de 12,3 par 100 000 en 1985 à 9,2 par 100 000 en 1995. On remarque que le Québec présente un taux d'incidence du cancer du col de l'utérus parmi les plus bas au Canada. Le nombre estimé de nouveaux cas au Québec en 1998 a été de 280, soit 1,8 % de tous

les nouveaux cancers. Quant à la mortalité par cancer du col de l'utérus, le nombre estimé de décès au Québec en 1998 est de 80 femmes, soit 1,1 % du nombre de décès dus à tous les types de cancers. Sur le plan canadien, les données de la Société canadienne du cancer montrent que la mortalité par cancer du col de l'utérus a diminué au cours des dernières décennies, tout comme l'incidence (Institut national du cancer du Canada, 1998).

À ce jour, deux moyens efficaces pour prévenir le cancer du col sont connus, à savoir le comportement sexuel sain chez la femme et chez ses partenaires sexuels et le dépistage par le test de PAP. C'est dans cette optique que le Programme québécois de lutte contre le cancer recommande l'élaboration et la mise en place d'un programme de dépistage systématique du cancer du col de l'utérus (Comité consultatif sur le cancer, 1997).

#### Consommation de médicaments hormonaux

Les femmes sont susceptibles de consommer des hormones durant de longues périodes au cours de leur vie. Elles y ont recours pour éviter une grossesse, pour résoudre des problèmes gynécologiques ou de fertilité ou encore pour prévenir ou traiter les problèmes reliés à la ménopause. Ces médicaments ont des effets souhaitables pour ce qui est de la prévention ou du traitement de divers symptômes, mais peuvent également augmenter les risques d'apparition d'autres problèmes de santé. Les connaissances scientifiques à ce chapitre sont encore limitées et souvent contradictoires, et les pratiques évoluent rapidement. Il est donc important de connaître la fréquence et l'évolution du recours à ce type de médicaments et de connaître les facteurs qui y sont associés. *L'Enquête sociale et de santé* constitue la principale source de données permettant d'observer l'évolution du recours aux contraceptifs oraux et à l'hormonothérapie substitutive chez les Québécoises.

## Contraceptifs oraux

Les pratiques contraceptives dans la population adulte au Québec sont dans l'ensemble peu documentées. Le recours aux contraceptifs oraux au Canada a été traité dans l'enquête canadienne sur la contraception de 1995 (Boroditsky et autres, 1996). Pour la première fois depuis deux décennies, on y observait que la contraception orale avait dépassé la stérilisation comme moyen de contraception le plus fréquemment utilisé chez les femmes de 15 à 44 ans. Ainsi, 30 % des Canadiennes de ce groupe d'âge utilisent les contraceptifs oraux, tandis que 25 % mentionnent la stérilisation masculine ou féminine comme moyen de contraception. Parmi l'ensemble des adolescentes canadiennes non mariées de 15 à 17 ans, 23 % ont recours aux contraceptifs oraux alors que 65 % n'utilisent aucun moyen contraceptif. Une analyse récente des données de l'*Enquête canadienne sur la fertilité* de 1984 et de l'*Enquête sociale générale de 1995* pour les femmes de 18 à 49 ans a montré que le recours à la contraception sous toutes ses formes est passé de 69 % à 60 % au cours de cette période (Martin et Wu, 2000).

L'utilisation des contraceptifs oraux chez les Québécoises tend à diminuer depuis la fin des années 70, surtout chez les femmes de 25 ans et plus. On remarque par ailleurs une augmentation continue du taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) chez les Québécoises (Rochon, 1999a). En 1997, un peu plus de 30 000 Québécoises ont subi une IVG, ce qui témoigne généralement d'un échec des pratiques contraceptives (Rochon, 1999a).

Toujours en 1997, près de 3 800 grossesses ont été observées chez des adolescentes de moins de 18 ans, soit un taux de 19,8 pour 1 000 (Rochon, 1999b), alors que l'objectif poursuivi dans les politiques québécoises est de 15 pour 1 000 (MSSS, 1993; MSSS, 1995). Les deux tiers de ces grossesses (environ 2 500) ont donné lieu à une IVG. À l'exception des fausses couches et des grossesses ectopiques, les autres grossesses survenues chez des adolescentes ont été menées à terme; cependant, les conditions de vie de ces jeunes mères et de leurs enfants, qui se trouvent

souvent démunis au plan socioéconomique, suscitent de nombreuses préoccupations, qui sont notamment exposées dans la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992) et dans les *Priorités nationales de santé publique* (MSSS, 1997).

L'usage des contraceptifs oraux (CO) diminue le risque de cancer des ovaires et de l'endomètre (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada [SOGC], 1998a). Il est statistiquement associé à un risque plus élevé de cancer du col de l'utérus, mais cette augmentation semble plutôt attribuable à d'autres facteurs de risque présents chez les utilisatrices de CO (âge aux premières relations sexuelles, nombre de partenaires sexuels, tabagisme). On note également une augmentation relative des cas de cancer du sein, lesquels sont cependant assez rares dans ce groupe d'âge. Notons enfin qu'en 1994, le consensus médical a cessé de considérer le seul fait d'avoir 35 ans comme une contre-indication à l'utilisation de contraceptifs oraux. Cependant, la restriction est maintenue dans le cas des fumeuses appartenant à ce groupe d'âge, car la consommation combinée de tabac et de contraceptifs oraux entraîne une importante hausse des risques de maladies cardiovasculaires.

## Hormones à la ménopause

L'augmentation du nombre de femmes âgées de 50 ans et plus dans les prochaines années confère un intérêt grandissant aux questions entourant la ménopause et les effets de l'hormonothérapie substitutive (HTS) sur l'état de santé et l'espérance de vie.

À la suite de l'évolution des connaissances et du développement continu de nouveaux produits hormonaux, une partie du corps médical semble manifester une attitude de plus en plus favorable à l'HTS à l'approche de la ménopause pour la plupart des femmes (SOGC, 1998b). Ce phénomène a pu contribuer à la hausse de la consommation d'hormones chez les femmes de 45 à 64 ans. Cette tendance a déjà été notée entre l'enquête *Santé Québec 1987* et l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* (22 % en 1987 c. 29 % en 1992-1993).

L'HTS s'avère bénéfique non seulement pour soulager à court terme certains symptômes et malaises reliés à la transition ménopausique, mais aussi pour diminuer les risques d'ostéoporose et de fracture de la hanche ou de la colonne après au moins sept ans d'utilisation (SOGC, 1998b). Plus de 70 % de toutes les fractures chez les personnes de 45 ans et plus sont dues à l'ostéoporose, et les femmes sont deux fois plus exposées à ce type de fracture que les hommes. Les fractures de la hanche, en particulier, entraînent souvent une perte importante d'autonomie et parfois le décès. Plusieurs études ont aussi montré que l'HTS diminue de 40 % à 50 % le risque de maladies cardiovasculaires, bien que cet effet fasse maintenant l'objet de controverses et que les recherches se poursuivent pour mieux documenter cet impact favorable (Légaré et Moreau, 2000; Fitzpatrick et autres, 2000). Parmi les effets négatifs démontrés, on note une légère augmentation des risques de cancer du sein (après plus de cinq ans d'utilisation), de thromboembolie veineuse et de troubles hépatiques. Les œstrogènes utilisés seuls (sans progestatifs) augmentent le risque de cancer de l'endomètre. Au fil des années, on constate que plusieurs controverses persistent à mesure que de nouvelles études font avancer les connaissances à ce sujet. Il demeure cependant que les avantages et les risques de l'HTS ne sont pas les mêmes pour toutes les femmes et varient selon plusieurs facteurs, dont la composition hormonale, la durée du traitement et l'âge auquel il débute, le profil de risque individuel à l'égard des maladies cardiovasculaires, du cancer du sein, du cancer de l'endomètre et des fractures de la hanche.

La pratique des comportements de nature préventive varie d'un groupe de femmes à l'autre en fonction de facteurs socioéconomiques et démographiques. L'objet du présent chapitre est donc de circonscrire les variations de comportement sanitaire selon les facteurs de risque connus, à savoir l'âge et le statut social indiqué par la scolarisation et le niveau de revenu. Par le fait même, les intervenants du réseau de la santé pourraient utiliser ces résultats et ajuster, si nécessaire, leurs stratégies de recrutement et ainsi

être en mesure d'augmenter la participation de façon équitable à travers la population québécoise. Par ailleurs, les résultats de la présente enquête devraient également permettre d'affirmer si certaines tendances se dessinent entre les trois enquêtes de santé, soit celle de 1987, celle de 1992-1993 et la dernière effectuée en 1998.

Les résultats présentés devraient permettre d'établir la proportion de femmes de 15 ans et plus qui pratiquent les comportements jugés préventifs à l'égard du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, de décrire les tendances entre les trois enquêtes et de faire ressortir certaines caractéristiques sociodémographiques (scolarité, revenu, groupe ethnique) qui pourraient influencer la pratique des comportements préventifs.

En ce qui concerne les contraceptifs oraux, le présent chapitre a pour objectif d'établir la proportion de femmes de 15 à 44 ans qui en consomment, de décrire les tendances entre les trois enquêtes ainsi que les variations observées en fonction de l'âge, de l'activité sexuelle, de l'usage du tabac et de certaines caractéristiques sociodémographiques (scolarité relative, revenu, groupe ethnoculturel), et ce, en accordant une attention particulière aux adolescentes.

La consommation d'hormones à la ménopause et le statut ménopausique perçus des femmes de 15 ans et plus seront décrits selon le groupe d'âge. La consommation d'hormones sera aussi analysée selon le motif déclaré, la scolarité relative et le revenu. Enfin, les tendances observées entre les enquêtes seront présentées.

Finalement, les associations entre le recours aux médicaments hormonaux et les différentes formes de dépistage de cancers féminins seront aussi analysées.

## 11.1 Aspects méthodologiques

Tous les aspects abordés dans le présent chapitre proviennent de la section XIII - La santé des femmes du questionnaire autoadministré (QAA) qui a été remis aux femmes de 15 ans et plus.

### 11.1.1 Indicateurs

À l'exception du dépistage précoce, il existe à l'heure actuelle peu d'approches reconnues comme étant efficaces en matière de prévention du cancer du sein. Les trois principales méthodes préconisées pour le dépistage du cancer du sein sont l'auto-examen des seins (AES), l'examen clinique (ECS) et la mammographie. L'enquête fournit des renseignements sur l'ampleur du recours à ces différentes formes de dépistage, soit sur la fréquence à laquelle les Québécoises pratiquent l'AES (QAA187) et sur le temps écoulé depuis le dernier ECS (QAA186) et la dernière mammographie (QAA188 et QAA189). Quant au cancer du col de l'utérus, l'enquête fournit des renseignements sur le recours au prélèvement cervical couramment appelé test de PAP. Plus précisément, l'enquête permet de connaître le temps écoulé depuis le dernier examen de dépistage du cancer du col de l'utérus pour chacune des Québécoises (QAA185).

La question QAA184 a permis de déterminer le nombre de femmes enceintes. Ces dernières représentent environ 3 % des femmes de 15 à 44 ans. La proportion est un peu plus élevée chez celles de 20 à 34 ans, soit environ 6 % (données non présentées). Ces femmes sont incluses au dénominateur dans l'analyse des réponses à la question sur les contraceptifs oraux, comme ce fut le cas lors des deux enquêtes précédentes. La consommation de contraceptifs oraux pour régulariser le cycle menstruel, pour éviter une grossesse ou pour une autre raison est traitée à la question QAA190.

Le recours à l'hormonothérapie substitutive est traité aux questions QAA191 et QAA192. La première demande aux femmes si elles prennent des hormones pour prévenir ou traiter les symptômes liés à la ménopause, alors que la deuxième leur demande si

elles prennent des hormones pour une autre raison. La question QAA193 permet enfin d'identifier les femmes qui sont en transition ménopausique ou qui se disent déjà ménopausées.

### 11.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Dans le cadre de l'analyse des questions de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, relativement à la prévention du cancer du sein, il a été convenu de modifier les regroupements d'âge utilisés dans les enquêtes antérieures, et ce, afin de tenter de mettre en relief les effets de la mise en place récente du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. L'analyse des données pour le dépistage du cancer du col de l'utérus a aussi été modifiée de cette façon. Ainsi, les données en fonction des caractéristiques d'âge des Québécoises seront présentées selon le découpage suivant : 15-29 ans, 30-39 ans, 40-49 ans, 50-69 ans et 70 ans et plus. Cette nouvelle stratification a pu être réalisée du fait que le libellé des questions relatives aux cancers du sein et du col de l'utérus est demeuré le même d'une enquête à l'autre.

Pour ce qui est des médicaments hormonaux, le libellé de la question QAA190 portant sur les contraceptifs oraux est demeuré le même que dans les enquêtes précédentes. Les deux questions portant sur la consommation d'hormones (QAA191 et QAA192) remplacent l'unique question posée à ce sujet lors des deux enquêtes précédentes, dans lesquelles cette question englobait la consommation d'hormones pour prévenir ou traiter les symptômes liés à la transition ménopausique ou pour d'autres raisons. La consommation spécifiquement reliée aux symptômes de la transition ménopausique a donc pu être mesurée cette fois par la QAA191. La question QAA193, qui porte sur le statut ménopausique, n'a pas été posée en 1992-1993; une question portant sur le même sujet avait été posée en 1987 mais sous un libellé différent, ce qui empêche toute comparaison.

### 11.1.3 Portée et limites des données

La question portant sur la mammographie (QAA188) ne permet pas de distinguer entre la mammographie de dépistage (réalisée lorsque la femme ne présente pas de signes ni de symptômes de maladie du sein) et la mammographie diagnostique (réalisée dans le but de poser un diagnostic sur une lésion découverte par la femme ou par son médecin traitant). Ainsi, on ne peut pas utiliser ces informations pour estimer la proportion des femmes ayant subi un examen de dépistage. Cependant, on considère que l'évolution de cette donnée, telle qu'elle est colligée par l'enquête, peut être vue comme un indice des changements dans la pratique de la mammographie de dépistage. C'est d'ailleurs dans ce but que toutes les données portant sur le temps écoulé depuis la dernière mammographie dans le présent chapitre seront regroupées selon des catégories compatibles avec les recommandations du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, qui vise le dépistage aux deux ans (deux ans; deux ans et plus; jamais; ne sait pas).

Aussi, il est important de préciser que les catégories de réponse à la question sur le test de PAP ne permettent pas d'étudier la pratique du test en regard des dernières lignes directrices canadiennes, qui recommandent le dépistage du cancer du col par le test de PAP tous les trois ans (Parboosingh et autres, 1996). On devra donc apporter des ajustements aux prochaines enquêtes afin de tenir compte de l'existence des programmes et directives dans le domaine.

À la lecture du présent chapitre, il faut garder à l'esprit que les données utilisées renseignent sur des comportements déclarés. La désirabilité sociale envers ces comportements peut donc avoir influencé les réponses obtenues. Dans le cas du dépistage de cancers, la difficulté de se rappeler, de façon exacte, le temps écoulé depuis le dernier examen peut également nuire à la précision des réponses. Dans le cas de la mammographie, le souvenir marquant de cet événement, qui s'avère souvent un examen douloureux ou du moins désagréable, peut le faire apparaître comme appartenant à un passé plus récent qu'il ne l'est en fait.

Le taux de non-réponse partielle pour les questions traitant du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus n'influence pas les statistiques qui y sont associées. D'autre part, le taux de non-réponse partielle chez les femmes de 15 à 44 ans est de 1,9 % pour la question sur les contraceptifs oraux (QAA190) et de 4 % pour la question sur la consommation d'hormones liée à la ménopause (QAA191). Le taux de non-réponse à la question QAA192, qui a trait aux autres raisons liées à la consommation d'hormones, est de 6 %. Les non-répondantes à cette question sont essentiellement des femmes de 65 ans et plus. Les réponses à la question QAA193 permettant d'identifier les femmes qui disent traverser leur ménopause ou être déjà ménopausées doivent être utilisées avec prudence, puisque de nombreuses femmes semblent donner au mot « ménopausée » un sens qui se limite à la période où elles éprouvent les symptômes de la transition ménopausique; le taux de non-réponse à cette question est de 4 %.

## 11.2 Résultats

### 11.2.1 Auto-examen des seins (AES)

La présente enquête révèle qu'environ une femme de 15 ans et plus sur quatre (27 %) pratique l'AES à chaque mois tandis qu'environ 20 % le font moins fréquemment, soit tous les deux ou trois mois (tableau 11.1). On remarque que les femmes de 40 ans et plus sont davantage assidues à ce moyen de prévention que les femmes des autres catégories d'âge. En effet, 29 % des femmes de 40 à 49 ans, 35 % de celles de 50 à 69 ans et 30 % des femmes de plus de 70 ans pratiquent l'AES régulièrement, soit au moins une fois par mois.

Lorsque les résultats sur l'AES sont comparés avec ceux des enquêtes précédentes, on remarque une diminution importante, entre 1987 et 1998, des Québécoises de 50 ans et plus qui indiquent ne jamais avoir examiné leurs seins. Toutefois, on ne constate aucune différence significative entre les enquêtes de 1992-1993 et de 1998.

Tableau 11.1

**Fréquence de l'auto-examen des seins (AES) selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998**

	Au moins une fois par mois			Une fois tous les deux ou trois mois			Moins qu'une fois tous les deux ou trois mois			Jamais		
	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998
	%											
15-29 ans	19,3	18,4	18,0	17,1	18,6	17,2	23,9	25,5	25,2	39,7	37,5	39,6
30-39 ans	24,6	20,7	23,6	20,6	25,3	23,5	27,0	30,0	29,7	27,8	24,0	23,2
40-49 ans	28,8	26,2	29,0	19,9	24,2	23,9	25,5	27,1	25,4	25,9	22,6	21,7
50-69 ans	31,9	31,2	34,9	19,6	22,7	20,6	21,2	21,9	22,8	27,3	24,3	21,7
70 ans et plus	20,7	25,5	29,6	11,8	15,5	13,4	14,7	22,0	19,1	52,8	37,0	38,0
<b>Total</b>	<b>25,1</b>	<b>24,0</b>	<b>26,8</b>	<b>18,6</b>	<b>21,9</b>	<b>20,3</b>	<b>23,6</b>	<b>25,7</b>	<b>25,0</b>	<b>32,8</b>	<b>28,5</b>	<b>27,9</b>
<b>Pe '000</b>	...	...	<b>794</b>	...	...	...	<b>600</b>	...	...	<b>738</b>	...	<b>831</b>

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.  
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Par ailleurs, lorsqu'il est question d'analyser la pratique de l'auto-examen des seins par rapport à certaines caractéristiques sociodémographiques, il apparaît que ces dernières ont peu d'influence (tableau C.11.1). Seul fait à noter, les réponses des Québécoises moins scolarisées semblent davantage polarisées que celles des femmes plus scolarisées. En effet, seulement 17 % des femmes moins scolarisées disent effectuer l'AES une fois au deux ou trois mois, tandis que près du tiers disent pratiquer cet examen tous les mois et qu'un autre tiers mentionnent ne jamais le faire. Chez les femmes plus scolarisées, on ne remarque pas de différence de comportement; les proportions entre les catégories de réponse à la pratique de l'AES sont plus uniformes.

Le niveau de revenu influence la pratique de l'AES (tableau C.11.1). Ainsi, on observe que 34 % des femmes vivant dans un ménage pauvre n'examinent jamais leurs seins, comparativement à 23 % des femmes vivant dans un ménage ayant un revenu supérieur.

**11.2.2 Examen clinique des seins (ECS)**

Près de la moitié des Québécoises de 15 ans et plus (46 %) déclarent avoir passé cet examen depuis moins de 12 mois (tableau 11.2). Par ailleurs, on remarque que la pratique de cet examen varie en fonction du groupe d'âge étudié. Ainsi, les femmes de 15 à 29 ans sont proportionnellement plus nombreuses que les femmes de 30 ans et plus à n'avoir jamais eu d'ECS.

Tableau 11.2

**Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS) selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998**

	Moins de 12 mois			Un à deux ans			Plus de deux ans			Jamais			Ne sait pas		
	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998
	%														
15-29 ans	50,5	50,3	42,9	13,9	15,1	13,5	8,6	7,0	7,2	25,0	26,0	35,3	2,1*	1,7*	1,1**
30-39 ans	50,7	51,7	45,2	22,4	22,6	24,0	18,5	18,5	20,6	7,0	6,6	9,1	1,3**	0,7**	1,1**
40-49 ans	51,4	50,8	49,1	19,6	22,2	25,0	18,2	18,8	18,8	8,0	7,3	5,8	2,8*	0,9**	1,3**
50-69 ans	42,0	44,4	53,4	17,8	23,0	21,4	22,9	22,3	16,6	13,5	8,8	7,0	3,8*	1,6*	1,5**
70 ans et plus	25,7	29,3	32,7	9,4*	16,1	17,7	22,7	26,6	29,8	32,5	22,9	16,0	9,8*	5,2*	3,8*
<b>Total</b>	<b>47,0</b>	<b>47,4</b>	<b>46,2</b>	<b>17,3</b>	<b>20,0</b>	<b>20,4</b>	<b>16,7</b>	<b>17,2</b>	<b>16,9</b>	<b>16,0</b>	<b>13,7</b>	<b>15,0</b>	<b>3,0</b>	<b>1,6</b>	<b>1,5</b>
<b>Pe '000</b>	...	...	<b>1 367</b>	...	...	<b>603</b>	...	...	<b>504</b>	...	...	<b>444</b>	...	...	<b>45</b>

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

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

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.  
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La comparaison entre les enquêtes jette une lumière intéressante sur les données. En effet, on remarque que la population féminine interrogée se scinde en deux et que les pratiques s'inversent (tableau 11.2). Chez les femmes de 15 à 29 ans, de même que chez les femmes de 30 à 39 ans, on remarque qu'elles sont moins nombreuses, proportionnellement, à avoir subi cet examen depuis moins de 12 mois. Quant aux Québécoises de 50 ans et plus, il semble qu'elles sont davantage assidues à cet examen; elles sont, en proportion, plus nombreuses à indiquer qu'elles ont eu un ECS depuis moins de 12 mois.

La scolarité relative est reliée au recours à l'ECS. Ainsi, la proportion de femmes ayant eu un ECS depuis moins de 12 mois passe de 39 % chez les femmes les moins scolarisées à près de 50 % chez les femmes plus scolarisées (tableau C.11.2). Le niveau de revenu semble également lié à la pratique régulière de l'ECS. En effet, les femmes vivant dans des ménages ayant un niveau de revenu supérieur sont proportionnellement plus nombreuses à avoir subi un ECS depuis moins de 12 mois que les femmes appartenant à des ménages pauvres et très pauvres (53 % c. 40 % et 38 %); de façon corollaire la proportion de femmes indiquant n'avoir jamais eu d'ECS passe de 19 % chez les femmes très pauvres à 10 % chez les femmes dont

le niveau de revenu est qualifié de supérieur. Enfin, les femmes appartenant au groupe ethnoculturel minoritaire de première, de deuxième et de troisième génération déclarent plus souvent que celles du groupe majoritaire n'avoir jamais subi d'ECS (24 % et 22 % c. 14 %).

### 11.2.3 Mammographie

Les résultats de l'enquête de 1998 montrent que 17 % des Québécoises de 15 ans et plus déclarent avoir passé une mammographie depuis moins de 12 mois, et 12 %, entre 1 et 2 ans avant l'enquête (données non présentées). On constate que le recours à la mammographie prend surtout de l'importance à partir de l'âge de 40 ans, ce qui correspond aux connaissances scientifiques sur la situation actuelle (tableau 11.3). Les femmes âgées de 50 à 69 ans se démarquent de façon significative par rapport aux femmes des autres catégories d'âge, avec une proportion de 64 % indiquant avoir passé une mammographie depuis deux ans.

Tout comme pour l'analyse de la pratique de l'ECS, la comparaison entre les enquêtes apporte une dimension intéressante à l'analyse des données portant sur la mammographie. En effet, il apparaît que la proportion de femmes de 15 à 29 ans qui disent avoir passé une mammographie depuis deux ans ou moins diminue d'une enquête à l'autre (tableau 11.3).

Tableau 11.3  
Temps écoulé depuis la dernière mammographie selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Deux ans et moins			Plus de deux ans			Jamais			Ne sait pas		
	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998
	%											
15-29 ans	3,6*	2,7*	1,6*	2,1*	2,3*	1,7*	94,1	95,0	95,6	0,3**	0,0**	0,1**
30-39 ans	10,8	13,0	8,8	14,3	12,7	12,9	74,4	74,0	77,8	0,6**	0,3**	0,4**
40-49 ans	24,0	42,9	36,2	21,1	19,6	22,2	53,6	36,9	40,2	1,4**	0,7**	1,4**
50-69 ans	23,6	49,4	64,3	16,3	20,3	16,8	58,4	29,4	17,2	1,7**	0,9**	1,7*
70 ans et plus	10,7	26,3*	35,7	10,9	19,0*	27,1	76,2	52,9	35,5	2,2**	1,8**	1,7**
<b>Total</b>	<b>13,7</b>	<b>25,5</b>	<b>29,1</b>	<b>11,9</b>	<b>13,6</b>	<b>14,4</b>	<b>73,5</b>	<b>60,3</b>	<b>55,5</b>	<b>1,0</b>	<b>0,6</b>	<b>1,0</b>
<b>Pe '000</b>	...	...	<b>870</b>	...	...	<b>431</b>	...	...	<b>1 633</b>	...	...	<b>29</b>

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

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

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.  
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

À l'inverse, la participation à la mammographie augmente au fil des enquêtes chez les femmes visées par les recommandations, soit les femmes de 40 ans et plus. Ainsi, pour les femmes de 40 à 49 ans, on remarque une augmentation de la participation à l'examen au cours de cette même période de deux ans et moins, entre l'enquête *Santé Québec 1987* et l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Toutefois, on constate que la proportion a diminué entre les enquêtes de 1992-1993 et de 1998. Chez les femmes de 50 ans et plus, il apparaît que la proportion de femmes ayant eu une mammographie augmente au cours des années, et ce, conformément à la prescription induite dans la littérature actuelle.

De façon inverse, le nombre de femmes de 50 à 69 ans indiquant n'avoir jamais passé de mammographie est passé de 58 % à 17 % entre 1987 et 1998. Une diminution, par ailleurs plus faible, du nombre de femmes indiquant n'avoir jamais passé de mammographie est également à remarquer chez les femmes de 40 à 49 ans.

La scolarité relative ne semble pas influencer la pratique de la mammographie. En effet, les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* ne montrent aucune différence de comportement entre les femmes selon leur niveau de scolarité. Le niveau de revenu, par contre, semble relié au recours à la mammographie chez les femmes québécoises (tableau C.11.3). Ainsi, il semble que les femmes qui vivent dans des ménages dont le niveau de revenu est supérieur soient proportionnellement plus nombreuses que celles vivant dans un ménage pauvre à avoir passé une mammographie depuis deux ans et moins.

#### 11.2.4 Test de PAP

En 1998, la proportion de femmes ayant passé un test de PAP au cours de la dernière année est de 44 % (tableau 11.4). La proportion de femmes n'ayant jamais subi ce test est de 14 %. Il semble que les femmes plus âgées se prêtent moins souvent à ce test car chez les femmes de 15 à 29 ans, la proportion ayant eu un test de PAP depuis moins de 12 mois est de 54 % et elle est de 39 % chez les femmes de 50 à 69 ans. La situation semble stable en 1998, étant similaire à celle des deux dernières enquêtes. La variation entre les groupes d'âge demeure aussi inchangée. L'enquête de 1998 montre que le temps écoulé depuis le dernier test de PAP diffère selon certaines caractéristiques sociodémographiques (tableau C.11.4).

Tableau 11.4

#### Temps écoulé depuis le dernier test de Pap selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Moins de 12 mois			Un à deux ans			Plus de deux ans			Jamais			Ne sait pas		
	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998
	%														
15-29 ans	55,8	57,8	53,6	12,4	14,4	12,9	5,6	4,4	3,4*	24,5	21,9	28,1	1,7*	1,5*	2,0*
30-39 ans	55,0	56,8	49,8	21,5	23,7	25,6	17,6	14,7	17,2	3,9*	3,6	5,0	2,0*	1,2**	2,4*
40-49 ans	49,1	49,8	46,5	22,4	23,9	24,5	20,6	21,9	21,2	4,6*	2,9*	4,7	3,3*	1,5**	3,1*
50-69 ans	32,3	34,0	38,5	17,5	20,3	19,9	31,4	32,9	27,7	11,4	8,9	8,6	7,5	4,0	5,4
70 ans et plus	10,5*	14,7	14,8	10,4*	11,0	11,2	25,4	39,2	34,9	36,5	25,3	27,6	17,3	9,8	11,5
<b>Total</b>	<b>45,9</b>	<b>46,8</b>	<b>43,9</b>	<b>17,2</b>	<b>19,4</b>	<b>19,5</b>	<b>18,1</b>	<b>19,7</b>	<b>19,0</b>	<b>14,4</b>	<b>11,4</b>	<b>13,6</b>	<b>4,5</b>	<b>2,7</b>	<b>4,1</b>
<b>Pe '000</b>	...	...	<b>1 287</b>	...	...	<b>573</b>	...	...	<b>570</b>	...	...	<b>410</b>	...	...	<b>124</b>

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

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

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.  
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.



En effet, les femmes qui semblent s'être prêtées moins souvent que les autres à cette forme de dépistage du cancer du col de l'utérus sont les femmes moins scolarisées, celles appartenant au groupe ethnoculturel minoritaire et les femmes pauvres. Du point de vue de la scolarité relative, on remarque que les femmes moins scolarisées sont moins susceptibles d'avoir passé un test de PAP depuis moins de 12 mois, comparativement aux femmes plus scolarisées (37 % c. 50 %).

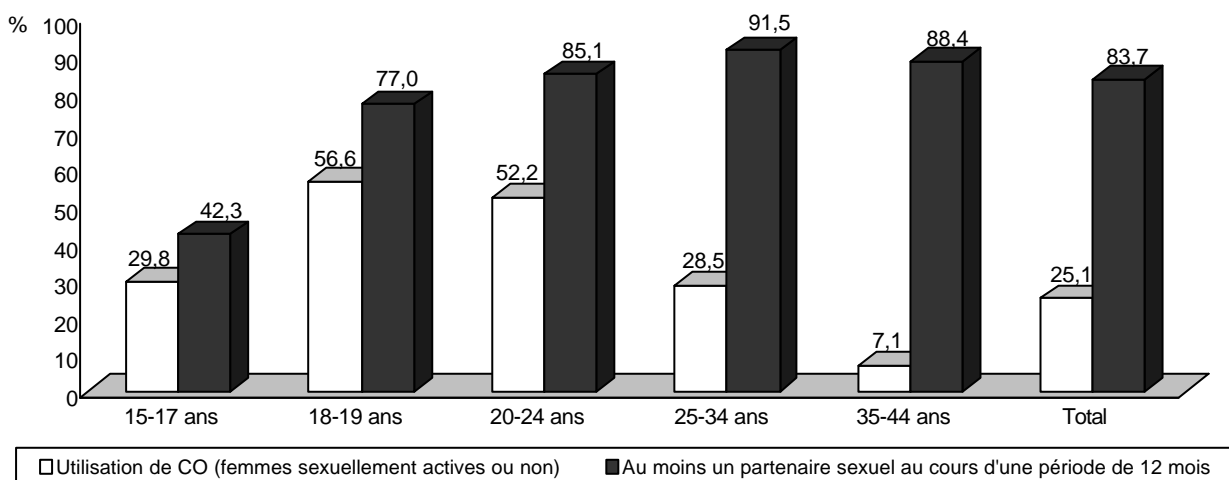
Enfin, la proportion de femmes du groupe ethnoculturel minoritaire de première génération et de deuxième génération disant n'avoir jamais passé le test de PAP est plus élevée que celle des femmes du groupe ethnoculturel majoritaire (23 % et 23 % c. 13 %).

### 11.2.5 Consommation de médicaments à teneur hormonale

#### Contraceptifs oraux (CO)

Environ 84 % des Québécoises de 15 à 44 ans sont sexuellement actives (c'est-à-dire qu'elles ont eu au moins un partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois) (figure 11.1). Parmi l'ensemble des femmes de ce groupe d'âge, qu'elles soient sexuellement actives ou non, on trouve 25 % d'utilisatrices de CO. La proportion est plus élevée chez les 18-19 ans (57 %) et chez les 20-24 ans (52 %). Viennent ensuite les adolescentes de 15 à 17 ans (30 %) et les femmes de 25 à 34 ans (29 %). Le groupe dans lequel l'utilisation est la plus faible est celui des femmes de 35 à 44 ans, dont la majorité demeurent sexuellement actives mais chez lesquelles on ne compte que 7 % d'utilisatrices.

Figure 11.1  
Utilisation de contraceptifs oraux (CO) et activité sexuelle selon l'âge, population féminine de 15 à 44 ans, Québec, 1998



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

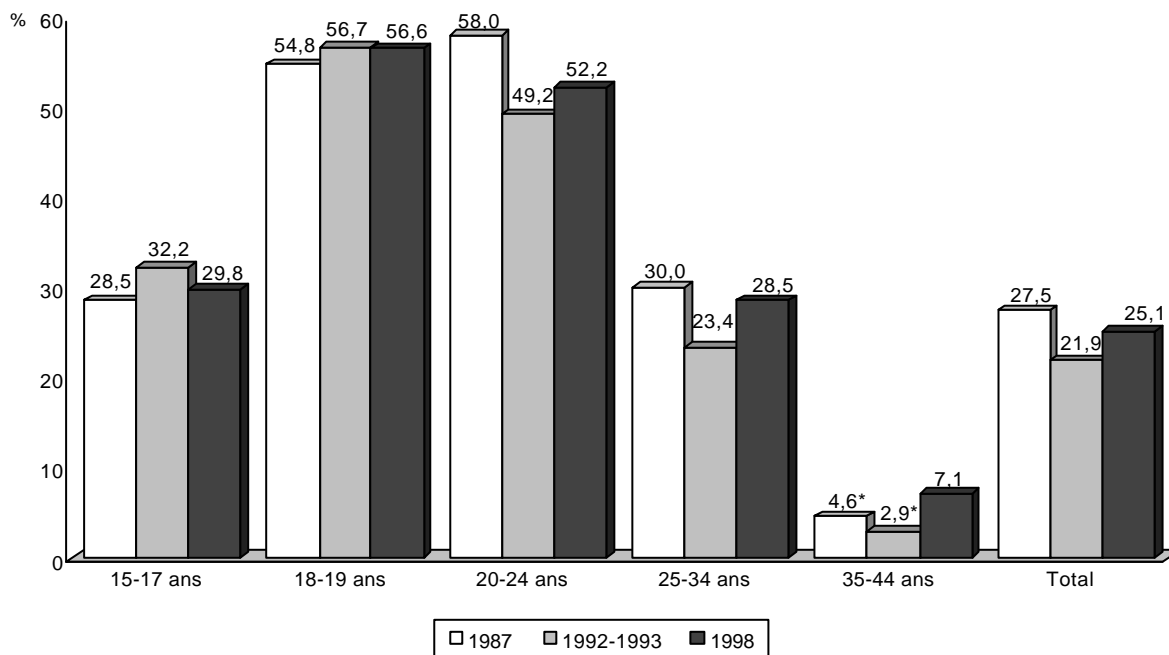
Le recours à la contraception orale chez les femmes de 15 à 44 ans a augmenté depuis 1992-1993, passant de 22 % à 25 %, mais, en comparant les différents groupes d'âge, on constate que cette augmentation n'est significative que chez les 25-34 ans (figure 11.2). Le pourcentage global d'utilisatrices chez les femmes en âge de se reproduire, sexuellement actives ou non, s'est sensiblement rapproché de celui observé en 1987, qui était de 28 %.

La consommation de CO est associée au niveau de scolarité : dans l'ensemble, on compte 30 % d'utilisatrices parmi les femmes les plus scolarisées et 17 % parmi les moins scolarisées (tableau C.11.5). On ne trouve pas de relation significative entre le recours

aux CO et le niveau de revenu (données non présentées). La contraception orale est moins fréquente dans le groupe ethnoculturel minoritaire (15 %) comparativement au groupe majoritaire (26 %); on constate que cet écart est surtout dû à la variation observée chez les femmes de 15 à 24 ans.

En général, il n'y a pas de lien significatif entre le recours aux CO et l'usage du tabac, sauf chez les adolescentes de 15 à 17 ans : 44 % des fumeuses occasionnelles ou régulières de ce groupe d'âge utilisent des CO comparativement à 25 % des non-fumeuses (tableau 11.5). Chez les fumeuses de 35 à 44 ans pour qui les CO sont contre-indiqués, on compte 4,8 % d'utilisatrices.

Figure 11.2  
**Utilisation de contraceptifs oraux (CO) selon l'âge, population féminine de 15 à 44 ans, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998**



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

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.  
 Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 11.5

**Utilisation des contraceptifs oraux selon la consommation de tabac et l'âge, population féminine de 15 à 44 ans, Québec, 1998**

	%	Pe '000
Fumeuses occasionnelles ou régulières		
15-17 ans	44,1	19
18-19 ans	65,1	27
20-24 ans	50,2	39
25-34 ans	27,4	54
35-44 ans	4,8**	12
<b>Total</b>	<b>24,7</b>	<b>151</b>
Anciennes fumeuses ou femmes n'ayant jamais fumé		
15-17 ans	24,5	27
18-19 ans	52,7	32
20-24 ans	53,3	74
25-34 ans	29,3	91
35-44 ans	8,6	33
<b>Total</b>	<b>25,4</b>	<b>257</b>

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

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

## Hormones à la ménopause

La proportion de femmes de 15 ans et plus qui disent traverser présentement leur ménopause ou être déjà ménopausées est de 29 %, tandis qu'un autre 4,7 % disent ne pas le savoir (tableau 11.6). Chez les femmes de 45 à 49 ans, 34 % répondent affirmativement et 19 % disent ne pas le savoir. Chez les 50-64 ans, la proportion de réponses positives s'élève aux environs de 80 % (données non présentées). Au-delà de cet âge, le pourcentage diminue à 57 %, ce qui suggère qu'une partie des femmes plus âgées ne se considèrent plus ménopausées lorsque les symptômes de la transition ménopausique ont disparu (tableau 11.6).

L'utilisation d'hormones pour prévenir ou traiter les symptômes liés à la ménopause, c'est-à-dire l'hormonothérapie substitutive (HTS), s'élève à 14 % parmi l'ensemble des Québécoises de 15 ans et plus (figure 11.3). Ce comportement s'observe surtout chez

les femmes de 45 à 64 ans (36 %). Chez les 65 ans et plus, le recours à l'HTS diminue à 16 %. Dans l'ensemble, ce comportement ne varie pas de façon significative en fonction du revenu ni de la scolarité relative (données non présentées).

Tableau 11.6

**Utilisation d'hormones pour troubles liés à la ménopause (HTS) et statut ménopausique perçu selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	%
Utilisation d'HTS	
15-24 ans	0,1**
25-44 ans	2,4*
45-64 ans	35,5
65 ans et plus	16,1
<b>Total</b>	<b>13,9</b>
Statut ménopausique	
15-24 ans	0,2**
25-44 ans	2,9
45-64 ans	66,2
65 ans et plus	57,4
<b>Total</b>	<b>29,0</b>
Ne sait pas	
15-24 ans	0,7**
25-44 ans	4,1
45-64 ans	8,8
65 ans et plus	2,3*
<b>Total</b>	<b>4,7</b>

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

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

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

Les réponses à la question portant sur la consommation d'hormones « pour d'autres raisons » sont peu concluantes : seulement 3 % des femmes de 15 ans et plus ont répondu par l'affirmative à cette question (données non présentées). De plus, dans la moitié de ces cas, les mêmes femmes déclarent aussi y avoir recours pour des raisons reliées à la ménopause. Les « autres raisons » les plus souvent mentionnées sont, dans l'ordre, les suites d'une ovariectomie, la prévention de l'ostéoporose, les problèmes reliés à la glande thyroïde et les problèmes de circulation sanguine ou d'hypertension (données non présentées).

Le recours aux hormones pour prévenir ou traiter les symptômes reliés à l'approche de la ménopause ou pour d'autres raisons a augmenté de façon continue entre les trois enquêtes, passant de 8 % à 11 %, puis à 15 %. Cette augmentation s'observe surtout chez les femmes de 45 ans et plus (figure 11.3).

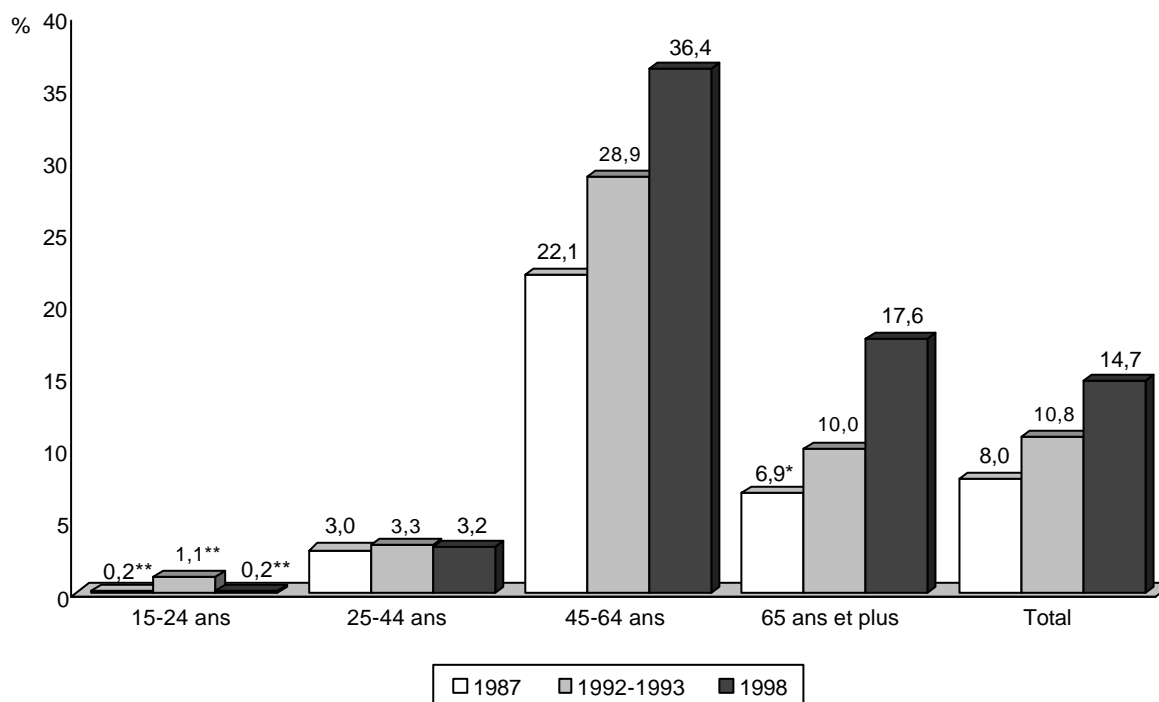
### 11.2.6 Liens entre la fréquence des différents types de dépistage

Du point de vue de la participation des femmes aux activités de prévention, on remarque une convergence entre le fait de passer un test de PAP et celui de subir un examen clinique des seins (ECS) réalisé par un professionnel de la santé (tableau C.11.6). En effet, on

remarque que 77 % des femmes qui indiquent avoir eu un ECS depuis moins de 12 mois mentionnent également avoir passé un test de PAP au cours de la même période par rapport aux 16 % des femmes qui indiquent n'avoir jamais eu d'ECS. Par ailleurs, on relève aussi une association entre le fait de passer un test de PAP et le fait de subir une mammographie (tableau C.11.7). Ainsi, 74 % des femmes de 50 à 69 ans (groupe d'âge pour qui la mammographie est recommandée) qui indiquent avoir passé une mammographie depuis deux ans ou moins ont également eu un test de PAP au cours de la même période, tandis que 27 % des femmes n'ayant jamais subi de mammographie ont passé le test de PAP depuis deux ans ou moins.

Figure 11.3

#### Utilisation d'hormones pour troubles liés à la ménopause ou pour une autre raison selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



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

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

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.  
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Enfin, on remarque une association entre la prise de contraceptifs oraux, le fait de passer un test de PAP et le fait de subir un ECS réalisé par un professionnel de la santé (tableau C.11.8). Cette même association s'observe chez les Québécoises utilisant l'hormonothérapie substitutive (femmes âgées de 40 à 69 ans). Toutefois, on ne décèle pas d'association lorsque la prise de contraceptifs oraux et le fait de passer un test de PAP sont comparés au fait de subir une mammographie. Ce phénomène s'explique par le fait que les populations visées par ces comportements ne sont pas les mêmes.

## Conclusion

### Synthèse et pistes de recherche

La participation aux activités de prévention relatives au cancer du sein a progressé au cours des enquêtes pour certains groupes d'âge particuliers. En effet, on remarque une augmentation importante de la proportion de femmes déclarant avoir passé une mammographie. Cette augmentation se fait surtout sentir chez les femmes âgées de 50 à 69 ans. Les quelques changements observés témoignent d'une diminution du nombre de femmes qui ne se sont jamais prêtées aux pratiques de dépistage.

Du point de vue de l'AES et de l'ECS, on remarque une progression importante, au fil des enquêtes, qu'il faut souligner; toutefois, cette augmentation de la participation s'observe surtout dans des groupes d'âge spécifiques. Ainsi, les femmes de 50 à 69 ans se prêtent davantage à l'examen clinique des seins, alors que cette plus grande participation se fait remarquer chez les femmes de 50 ans et plus lorsqu'on analyse la pratique de l'AES (on observe une diminution importante de la proportion de femmes qui indiquent ne jamais avoir eu d'ECS).

Pour ce qui est de la participation au test de PAP, pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, on remarque que les proportions de femmes qui indiquent avoir eu un test sont stables aux cours des enquêtes.

De façon semblable aux enquêtes précédentes, on observe que les comportements préventifs que sont l'ECS et le test de PAP varient selon les indices de scolarité relative et de niveau de revenu. Par contre, les données concernant la pratique de l'AES et de la mammographie en regard de la scolarité des Québécoises ne démontrent pas de tendance claire. Pour ce qui est des indices comme le niveau de revenu, on remarque que les femmes plus pauvres pratiquent moins l'AES que les femmes qui déclarent un niveau de revenu supérieur. Toutefois, l'analyse des comportements préventifs en regard de ces caractéristiques ne permet pas d'évaluer l'évolution de ces comportements selon le groupe socioéconomique, puisque les comparaisons entre les enquêtes n'ont pas été réalisées dans cette perspective.

Sous l'angle sociodémographique, on note une variation dans la pratique de certains comportements préventifs pour le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, selon le groupe ethnoculturel de la femme. Ainsi, on remarque que le groupe majoritaire présente, ou du moins s'approche, des habitudes de prévention visées par les politiques, contrairement aux groupes minoritaires, qui utilisent moins les services de prévention des cancers féminins étudiés dans le présent chapitre. Par contre, ce constat doit nécessairement être nuancé par les différences importantes au sein même de ce regroupement. En effet, les membres des groupes ethniques peuvent avoir des cultures très différentes. Par ailleurs, les différences observées dans les habitudes sanitaires des groupes devraient être accentuées compte tenu du profil des immigrants qui évolue dans le temps.

À titre complémentaire, les données de facturation de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ont été utilisées pour, entre autres, identifier le nombre de femmes de 50 à 69 ans qui ont passé au moins une mammographie au cours d'une période de deux ans. De ce fait, ces données ont permis d'estimer que 49 % des femmes québécoises ont subi au moins une mammographie au cours des années 1996 et 1997 (Vézina et Langlois, 1998). Comme on a pu le voir

dans le présent chapitre, les données montrent que, pour une période comparable (deux ans et moins), la proportion de femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie s'élevait à 64 %. Cet écart pourrait s'expliquer, en partie, par le biais de rappel. En effet, l'intervalle entre deux examens de mammographie peut être difficile à interpréter dans un contexte d'enquête. Toutefois, approfondir l'analyse conjointe des résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* et des données de facturation des professionnels de la RAMQ pourrait permettre de circonscrire l'association entre les examens préventifs subis par les femmes.

Après avoir connu une diminution en 1992-1993, la consommation de contraceptifs oraux chez les Québécoises de 15 à 44 ans a augmenté à 25 % en 1998, se rapprochant ainsi sensiblement du niveau observé en 1987. Cette proportion est un peu moins élevée que celle observée chez les Canadiennes du même âge, soit 30 % (Boroditsky et autres, 1996). Comme on le notait dans les enquêtes précédentes, l'utilisation de ce moyen de contraception demeure plus fréquente chez les femmes de 18 à 24 ans que dans les autres groupes d'âge.

Le recours aux contraceptifs oraux est rapporté par 30 % des adolescentes de 15 à 17 ans. Cette proportion est comparable à celle observée dans l'enquête de 1992-1993, malgré la mise en place du régime d'assurance médicament en juin 1996, qui aurait pu en augmenter l'accessibilité. La proportion d'utilisatrices semble néanmoins plus élevée que celle révélée au Canada en 1995 pour ce groupe d'âge (23 %), à l'inverse de l'écart noté plus haut parmi l'ensemble des femmes. Dans le contexte où on cherche à diminuer le taux de grossesses précoces et d'interruptions volontaires de grossesse (IVG), il serait important de mieux connaître les pratiques contraceptives des adolescentes sexuellement actives qui n'utilisent pas de contraceptifs oraux. Il y aurait lieu aussi d'étudier l'utilisation des contraceptifs oraux en comparaison avec le recours à la stérilisation et aux autres moyens de contraception dans la population en âge de procréer.

La faible proportion d'utilisatrices dans le groupe des 35-44 ans en 1992-1993 se maintient (7 %) malgré la levée de la contre-indication qui prévalait jusqu'en 1994; cette proportion se compare à celle signalée chez les Canadiennes du même groupe d'âge (8 %) (Boroditsky, 1996).

Il semble que la contraception hormonale administrée par injection et sous forme d'implants ait pris une ampleur nouvelle au cours des dernières années; par exemple, la vente de Dépo-Provéra, qu'on peut administrer par injection aux trois mois, a augmenté de manière importante depuis son approbation en 1997, surtout chez les femmes de moins de 25 ans (Guilbert, 2000). La formulation actuelle de la question QAA190 de l'enquête, qui fait uniquement référence aux contraceptifs administrés par voie orale, ne permet pas d'observer l'émergence de ces autres formes de contraception hormonale, qui pourraient avoir des effets significatifs sur les taux d'IVG dans ce groupe d'âge. Il faudrait aussi tenir compte du recours à la contraception d'urgence, à laquelle les intervenants en planification des naissances tentent de faciliter davantage l'accès pour réduire les taux de grossesse et d'IVG.

En ce qui a trait à l'hormonothérapie substitutive, on peut conclure de l'analyse que les réponses à la question unique posée lors des deux enquêtes précédentes reflétaient essentiellement la consommation liée spécifiquement à la transition ménopausique ou à la ménopause plutôt qu'à d'autres raisons. Le recours à cette forme de thérapie a nettement augmenté entre les trois enquêtes, tant chez les femmes de 45 à 64 ans (de 22 % à 36 %) que chez les femmes de 65 ans et plus (de 7 % à 18 %). Au Canada, sur une période de deux ans, les données de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) ne révèlent pas d'augmentation aussi importante chez les femmes de 45 à 64 ans et le niveau d'utilisation semble nettement moins élevé, soit 22 % en 1994-1995 et 23 % en 1996-1997 (Beaudet et autres, 1997; Beaudet, 2000).

L'augmentation du nombre de femmes âgées de 50 ans et plus dans la population et les effets variables de l'hormonothérapie en fonction de nombreux

facteurs justifieraient que l'on décrive cette pratique de façon plus précise, notamment quant au type d'hormones utilisées, à la durée du traitement et à l'âge auquel il débute. Il serait aussi nécessaire de mieux décrire le statut ménopausique des femmes lors de prochaines enquêtes et d'utiliser une nomenclature plus appropriée à cet égard.

### Éléments de réflexion pour la planification

Ces données fournissent des renseignements utiles relativement à l'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés par la *Politique de la santé et du bien-être*. Par ailleurs, même avec la mise en œuvre d'un programme officiel, l'évolution des activités réalisées en regard du dépistage du cancer du sein par mammographie doit faire l'objet d'un suivi. L'*Enquête sociale et de santé* doit faire partie de cette stratégie de suivi des activités de prévention liées au dépistage du cancer du sein. D'ailleurs, au cours des prochaines enquêtes, il serait opportun d'ajouter une question ou de modifier celle qui porte sur la mammographie afin de tenir compte de la présence du Programme québécois de dépistage du cancer du sein comme outil de prévention du cancer du sein. Le programme, mis en place en mai 1998, peut compter sur un système d'information qui collige l'ensemble des activités réalisées par les centres désignés du programme auprès de la clientèle cible. Toutefois, la problématique du dépistage du cancer du sein doit être analysée à plus large échelle. En effet, les activités de prévention réalisées, ou non, pour toutes les autres femmes devraient pouvoir être suivies; ces activités viendront nuancer grandement les efforts à investir pour le dépistage du cancer du sein dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

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, d'une part, les femmes pauvres, en particulier celles de 65 ans et plus qui n'ont jamais bénéficié de dépistage ou qui n'ont pas été examinées depuis plusieurs années (Miller, 1992) et, d'autre part, les femmes de 15 à 24 ans sexuel-

lement actives qui ne consomment pas de contraceptifs oraux et qui de ce fait sont moins susceptibles d'être suivies de façon régulière au point de vue médicale. Les fumeuses régulières qui utilisent soit les contraceptifs oraux, soit l'hormonothérapie substitutive durant la ménopause constituent un autre groupe à privilégier pour la prévention en matière de santé cardiovasculaire.

Les liens démontrés entre les comportements préventifs examinés dans le présent chapitre indiquent l'existence d'un sous-groupe de femmes susceptibles de n'avoir subi aucune des interventions cliniques préventives à l'étude. Les programmes ou mesures de prévention des différents cancers doivent rejoindre ces femmes afin de diminuer leurs risques de développer ces maladies. Également, une meilleure compréhension du profil et des habitudes sanitaires des femmes appartenant aux groupes ethniques minoritaires est nécessaire à la mise en place de services accessibles à ces femmes.

Enfin, 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 (IVG) chez les Québécoises (Rochon, 1997, 1999a et 1999b), il serait important de documenter de façon plus complète les attitudes et les comportements sexuels et contraceptifs des jeunes de moins de 18 ans et de la population adulte en général. Ces données devraient être analysées à la fois en regard de la santé, de la prévention des grossesses non désirées et des IVG, ainsi que de la prévention des maladies transmissibles sexuellement. Par ailleurs, les activités de communication pour la planification des naissances et pour l'usage du condom dans le but de prévenir les MTS devraient adopter un message commun et souligner l'importance d'une double protection lors des rapports sexuels si on veut aussi éviter une grossesse. Enfin, ces données confirment l'importance des programmes d'éducation sexuelle et des services adaptés aux jeunes, surtout à la fin de l'école primaire et au début de l'école secondaire, si on veut atteindre les objectifs de réduction des grossesses à l'adolescence.





# Bibliographie

---

BEAUDET, M. P., W. WALOP et C. LE PETIT (1997). « Caractéristiques des femmes utilisant l'hormonothérapie substitutive », *Rapports sur la santé*, vol. 9, n° 2, p. 9-19.

BEAUDET, M. P. (2000). Données non publiées.

BORODITSKY, R., W. FISHER et M. SAND (1996). « The 1995 Canadian contraception study », supplément du *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, Toronto, décembre 1996, vol. 18, n° 12, 31 p.

COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER (1997). *Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Ministère de la santé et des Services sociaux, Québec.

FITZPATRICK, L. A., S. C. LITIN et M. R. BELL (2000). « The Women's Health Initiative: A heart-to-heart Conversation », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 75, n° 6, p. 59-61.

GUILBERT, E. (2000). Communication personnelle.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA (1998). *Statistiques canadiennes sur le cancer*, Toronto, Canada.

LÉGARÉ, F., et A. MOREAU (2000). « Mise à jour sur l'hormonothérapie substitutive », *Le médecin du Québec*, vol. 35, n° 3, p. 75-81.

MARTIN, K., et Z. WU (2000). « Contraceptive use in Canada: 1984-1995 », *Family Planning Perspectives*, vol. 32, n° 2, p. 65-73.

MESSELY, M.-C. (1995). « Le point sur l'auto-examen des seins », *La revue du réseau d'échange d'information du Québec sur le cancer du sein (REIQCS)*, vol. 1, n° 1.

MILLER, A. (1992). « Planification des stratégies de lutte contre le cancer », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 13, n° 1 (suppl.), janvier-février.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1993). *Politique de périnatalité*, Gouvernement du Québec, Québec, 101 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1995). *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, Québec, 32 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1996). *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, cadre de référence, Québec, 67 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Les Publications du Québec, Québec, 103 p.

MOREAULT, L. (1995). « La place de l'examen clinique des seins comme méthode de dépistage », *La revue du réseau d'échange d'information du Québec sur le cancer du sein (REIQCS)*, vol. 1, n° 1.

MORRISON, B. J. (1994). « Dépistage du cancer du sein » dans SANTÉ CANADA, GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Ministère des approvisionnements et Services Canada, p. 891-900.

PARBOOSINGH, J. E., et autres (1996). « Cervical cancer screening: Are the 1989 recommendations still valid? National workshop on screening for cancer of the cervix », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 154, n° 12, p. 1847-1853.

ROCHON, M. (1997). *Taux de grossesse à l'adolescence, Québec, 1980 à 1995, régions sociosanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 38 p.

ROCHON, M. (1999a). *Taux d'IVG pour 1000 femmes selon l'âge et la région socio-sanitaire de résidence, Québec, 1997*, données non publiées.

ROCHON, M. (1999b). *Nombre et taux de grossesse pour 1000 adolescentes, Québec et régions socio-sanitaires, 1997 (données préliminaires)*, données non publiées.

SANTÉ CANADA (1998). *Statistiques canadiennes sur le cancer*, Toronto, Canada, 76 p.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (1998a). « Conférence canadienne de consensus sur la contraception », réimprimé du *Journal de la SOGC*, vol. 20, n° 5, 6, 7 et 8, 79 p.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (1998b). *Conférence canadienne de consensus sur la ménopause et l'ostéoporose*, Toronto, Ribosome Communications, 72 p.

VÉZINA, S., et A. LANGLOIS (1998). *Dépistage du cancer du sein-Outils d'information pour les Régions régionales*, Centre d'expertise en dépistage, Institut national de santé publique du Québec.

## Tableaux complémentaires

Tableau C.11.1

**Fréquence de l'auto-examen des seins (AES) selon la scolarité relative et le niveau de revenu, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Au moins une fois par mois	Une fois tous les deux ou trois mois	Moins souvent qu'une fois tous les deux ou trois mois	Jamais
	%			
<b>Scolarité relative</b>				
Plus faible	31,9	16,9	20,3	31,0
Faible	27,2	20,6	24,9	27,3
Moyenne	24,3	20,9	26,7	28,1
Élevée ou plus élevée	25,7	21,5	26,4	26,4
<b>Niveau de revenu</b>				
Très pauvre	28,6	12,4	26,3	32,8
Pauvre	26,9	17,5	21,5	34,1
Moyen inférieur	28,2	18,7	24,1	29,0
Moyen supérieur	26,1	23,6	25,0	25,3
Supérieur	23,1	22,9	30,7	23,3

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

Tableau C.11.2

**Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS) selon la scolarité relative, le niveau de revenu et le groupe ethnoculturel, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Moins de 12 mois	Un à deux ans	Plus de deux ans	Jamais	Ne sait pas
	%				
<b>Scolarité relative</b>					
Plus faible	39,3	19,6	18,2	20,4	2,5*
Faible	47,2	19,4	17,4	14,6	1,5**
Moyenne	45,3	21,3	15,8	16,1	1,6*
Élevée ou plus élevée	49,7	20,6	16,9	11,9	1,0*
<b>Niveau de revenu</b>					
Très pauvre	40,1	17,8	19,2	18,9	4,0**
Pauvre	38,4	18,0	19,8	21,5	2,3**
Moyen inférieur	43,2	21,3	17,6	16,8	1,2*
Moyen supérieur	50,8	20,9	15,4	11,8	1,1*
Supérieur	53,2	20,4	15,0	10,1	1,4**
<b>Groupe ethnoculturel</b>					
Groupe majoritaire	47,1	20,4	17,3	13,9	1,4*
Groupe minoritaire de 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> génération	40,6	22,4	13,2	22,4	1,4**
Groupe minoritaire de 1 <sup>re</sup> génération	39,6	21,1	12,5	23,8	3,0**

\* 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.11.3

**Temps écoulé depuis la dernière mammographie selon la scolarité relative et le niveau de revenu, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Deux ans et moins	Plus de deux ans	Jamais	Ne sait pas
	%			
<b>Scolarité relative</b>				
Plus faible	27,9	15,2	55,3	1,6**
Faible	27,4	13,5	58,2	0,9**
Moyenne	26,2	13,8	58,9	1,2**
Élevée et plus élevée	32,1	14,9	52,4	0,6**
<b>Niveau de revenu</b>				
Très pauvre	27,0	14,5	57,6	1,0**
Pauvre	23,5	14,1	60,6	1,9**
Moyen inférieur	28,6	14,0	56,5	0,9**
Moyen supérieur	30,4	14,9	53,9	0,9**
Supérieur	34,4	14,5	50,4	0,7**

\*\* 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.11.4

**Temps écoulé depuis le dernier test de PAP selon la scolarité relative, le niveau et le groupe ethnoculturel, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Moins de 12 mois	Un à deux ans	Plus de deux ans	Jamais	Ne sait pas
	%				
<b>Scolarité relative</b>					
Plus faible	37,4	19,5	21,8	15,4	6,0
Faible	44,0	19,6	18,1	14,1	4,3
Moyenne	44,0	18,3	18,7	15,1	4,0
Élevée	43,3	21,0	19,2	12,7	3,9*
Plus élevée	50,4	19,2	17,5	10,7	2,2*
<b>Niveau de revenu</b>					
Très pauvre	40,3	16,9	21,2	15,1	6,6*
Pauvre	34,6	17,8	21,3	19,1	7,2*
Moyen inférieur	40,0	21,0	19,3	15,0	4,6
Moyen supérieur	49,1	19,4	17,8	11,0	2,7
Supérieur	50,5	18,7	17,9	11,3	1,6**
<b>Groupe ethnoculturel</b>					
Minoritaire 1 <sup>re</sup> génération	35,5	20,3	12,4	22,9	9,0*
Minoritaire 2 <sup>e</sup> génération	41,2	16,3	15,0*	22,9	4,6**
Majoritaire	44,7	19,6	19,8	12,5	3,5

\* 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*.

Tableau C.11.5

**Utilisation de contraceptifs oraux selon l'âge, la scolarité relative et le groupe ethnoculturel, population féminine de 15 à 44 ans, Québec, 1998**

	%
<b>Scolarité relative</b>	
15-24 ans	
Plus faible	31,0*
Faible	41,3
Moyenne	48,8
Élevée	44,3
Plus élevée	58,1
25-44 ans	
Plus faible	12,3
Faible	14,2
Moyenne	21,0
Élevée	15,4
Plus élevée	20,0
Total	
Plus faible	16,6
Faible	21,5
Moyenne	32,3
Élevée	23,4
Plus élevée	30,0
<b>Groupe ethnoculturel</b>	
15-24 ans	
Majoritaire	49,6
Minoritaire	13,2**
25-44 ans	
Majoritaire	16,7
Minoritaire	15,2*
Total	
Majoritaire	26,4
Minoritaire	14,6

\* 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.11.6

**Temps écoulé depuis le dernier test de PAP selon le temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS), population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998**

Temps écoulé depuis le dernier ECS	Test de PAP				
	Moins de 12 mois	Un à deux ans	Plus de deux ans	Jamais	Ne sait pas
	%				
Moins de 12 mois	76,6	7,9	8,7	5,0	1,9
Un à deux ans	18,4	61,3	13,0	4,2	3,2*
Plus de deux ans	12,7	11,1	60,7	10,6	4,9*
Jamais	15,5	9,3	13,1	56,6	5,5*
Ne sait pas	14,8**	6,9*	5,3*	14,1*	59,0

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

\*\* Coefficient de variation &gt; 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

Tableau C.11.7

**Temps écoulé depuis le dernier test de PAP selon le temps écoulé depuis la dernière mammographie population féminine de 50 à 69 ans, Québec, 1998**

Temps écoulé depuis la dernière mammographie	Test de PAP			
	2 ans et moins	Plus de deux ans	Jamais	Ne sait pas
	%			
Deux ans et moins	74,0	18,0	4,3*	3,7
Plus de deux ans	33,5	51,5	8,0*	7,0
Jamais	27,0	40,4	25,8	6,9**
Ne sait pas	25,4*	24,7**	10,4*	39,6**

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

\*\* Coefficient de variation &gt; 25%; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

Tableau C.11.8

**Divers comportements préventifs selon l'utilisation de contraceptifs oraux et l'hormonothérapie en rapport avec la ménopause ou pour une autre raison, population féminine de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Test de PAP depuis moins de 12 mois	ECS depuis moins de 12 mois	Mammographie depuis deux ans et moins
	%		
Utilisation de contraceptifs oraux			
Oui			
15-29 ans	75,0	61,5	...
30-39 ans	72,3	64,4	...
Non			
15-29 ans	37,7	29,1	...
30-39 ans	45,9	41,9	...
Hormonothérapie de substitution en rapport avec la ménopause ou pour une autre raison			
Oui			
40-49 ans	69,5	73,3	61,2
50-69 ans	51,3	66,6	82,1
Non			
40-49 ans	43,6	46,2	33,3
50-69 ans	29,4	44,1	52,4

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

