

## NIVEAU 1 CARACTÉRISTIQUES DE L'INDIVIDU

---

### État de santé et de bien-être

Perception de l'état de santé

Problèmes de santé

Problèmes auditifs et problèmes visuels

Accidents avec blessures

Santé mentale

Idées suicidaires et parasuicides

Incapacité et limitations d'activité



# Chapitre 12

## Perception de l'état de santé

Madeline Levasseur

Institut national de santé publique du Québec

---

### Introduction

La perception ou l'autoévaluation de l'état de santé constitue un indicateur important de l'état de santé de la population. Elle reflète l'appréciation globale que l'individu fait de son propre état de santé en intégrant ses connaissances et son expérience de la santé ou de la maladie, donc des aspects objectifs et subjectifs de la santé. Cet indicateur est considéré comme fiable et valide en raison de sa corrélation avec d'autres indicateurs représentant des dimensions spécifiques de la santé établies par de nombreuses études (Santé Québec, 1988; Shadbolt, 1997).

Des études qualitatives portant sur le sens des réponses à la question type de la perception de l'état de santé montrent que la majorité des gens associent la santé à des facteurs physiques, biologiques ou physiologiques, tels la présence ou non de problèmes de santé ou de maladies, la capacité fonctionnelle (soit la mobilité), la condition physique en général et le degré de vitalité ressenti (Shadbolt, 1997). Parmi les autres facteurs évoqués, les comportements individuels favorables ou défavorables à la santé sont les plus fréquents, suivent les facteurs psychosociaux. Les jeunes, moins touchés par la maladie, se réfèrent surtout à des comportements ou à des habitudes de vie tandis que les personnes plus âgées mentionnent plutôt des problèmes de santé (Krause et Jay, 1994).

D'un point de vue quantitatif, la perception de l'état de santé est associée aux problèmes de santé physique, à la capacité fonctionnelle, à la limitation des activités et, dans une moindre mesure, à l'état de santé mentale et sociale (Segovia et autres, 1989a; Mays et autres, 1992; Hagan-Hennessy et autres, 1994). Il existe également un lien entre cet indicateur et les

habitudes de vie ou comportements individuels reliés à la santé. Ainsi, une mauvaise perception de l'état de santé a été associée à des comportements personnels dont le tabagisme et la sédentarité (Segovia et autres, 1989b). Par ailleurs, les personnes ayant un excès de poids perçoivent plus négativement leur état de santé que les personnes dont le poids est considéré comme un poids santé ou normal (Ferraro et Yu, 1995; Santé Québec, 1995).

Outre l'âge, la scolarité de même que le revenu et la profession comptent parmi les caractéristiques sociodémographiques qui influencent la perception de l'état de santé (Mackenbach-Van Den Bos et autres, 1994; Cavelaars et autres, 1998; Reijneveld, 1998). L'indicateur varie aussi en fonction du soutien social, de l'utilisation des services de santé et de la prise de médicaments (Santé Québec, 1995; Segovia et autres, 1989b).

Dans le prolongement des enquêtes précédentes, l'*Enquête sociale et de santé 1998* permet, à l'aide de l'autoévaluation de la santé, de suivre l'évolution de l'état général de santé de la population et des divers sous-groupes qui la composent. De pair avec d'autres indicateurs, la perception de l'état de santé peut être utilisée pour évaluer les besoins en vue d'assurer une meilleure répartition des ressources sociosanitaires (Pampalon et autres, 1994).

Le but de ce chapitre est de présenter la perception de l'état de santé selon les principales caractéristiques de la population de 15 ans et plus et d'examiner son évolution depuis 1987. De façon spécifique, la perception de l'état de santé est étudiée en fonction du sexe, de l'âge, de certains facteurs socioéconomiques comme le niveau de revenu, la scolarité et la

profession, et de quelques comportements individuels dont le tabagisme et l'activité physique. Est également examiné, le lien entre la santé perçue et certains autres indicateurs concernant la santé et le recours aux services de santé.

## 12.1 Aspects méthodologiques

Ayant été validée par de nombreuses études comme indicateur de santé, la variable de la perception de l'état de santé est maintenant intégrée dans la plupart des enquêtes. Dans celle-ci, la question qui s'y rattache se lit comme suit : « Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise? » (question 1 du Questionnaire autoadministré [QAA]). Cette formulation est la même que celle des enquêtes antérieures de Santé Québec, soit l'enquête *Santé Québec 1987* et l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. La comparaison entre les trois enquêtes s'en trouve donc facilitée.

Il faut garder en mémoire qu'à l'exception de la scolarité relative, les variables de croisement utilisées dans l'analyse qui suit ne sont pas normalisées selon l'âge. Or on sait que l'âge est un facteur important lorsqu'il s'agit de la santé. Par conséquent, le statut d'activité de même que les indicateurs de santé et de recours aux services comptent parmi les variables pour lesquelles l'âge devient possiblement un facteur confondant lorsqu'il s'agit de vérifier les relations qui peuvent exister entre celles-ci et la perception de la santé. Le taux de non-réponse partielle à la question sur la perception de la santé est de 4,8 %.

## 12.2 Résultats

### 12.2.1 Variations selon le sexe et l'âge

La très grande majorité de la population (89 %) évalue son état de santé comme bon, très bon ou excellent (tableau 12.1). Près d'une personne sur cinq (18 %) le qualifie d'excellent et environ une personne sur trois le juge très bon (36 %) ou bon (35 %). Le reste de la population, soit 11 %, estime que son état de santé est moyen (9 %) ou mauvais (2 %).

Tableau 12.1

#### Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellent	Très bon	Bon	Moyen	Mauvais
	%				
<b>Hommes</b>					
15-24 ans	24,2	42,5	27,2	5,5	0,6
25-44 ans	21,4	38,6	33,2	6,1	0,8
45-64 ans	17,8	35,2	34,5	9,7	2,9
65 ans et plus	12,1	24,0	41,6	17,1	5,2
<b>Total</b>	<b>19,6</b>	<b>36,4</b>	<b>33,6</b>	<b>8,4</b>	<b>2,0</b>
<b>Femmes</b>					
15-24 ans	17,8	41,0	33,6	6,7	0,9
25-44 ans	19,1	39,5	34,2	6,1	1,1
45-64 ans	16,0	35,0	35,6	9,9	3,4
65 ans et plus	10,6	24,6	41,6	19,5	3,8
<b>Total</b>	<b>16,6</b>	<b>36,0</b>	<b>35,7</b>	<b>9,5</b>	<b>2,2</b>
<b>Sexes réunis</b>					
15-24 ans	21,1	41,7	30,4	6,1	0,7
25-44 ans	20,2	39,0	33,7	6,1	1,0
45-64 ans	16,9	35,1	35,0	9,8	3,2
65 ans et plus	11,2	24,3	41,6	18,5	4,4
<b>Total</b>	<b>18,1</b>	<b>36,2</b>	<b>34,7</b>	<b>9,0</b>	<b>2,1</b>
<b>Pe '000</b>	<b>1 057</b>	<b>2 112</b>	<b>2 017</b>	<b>520</b>	<b>119</b>

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

Bien que dans l'ensemble il y ait proportionnellement moins de femmes que d'hommes à se déclarer en excellente santé (17 % c. 20 %), aucune différence significative entre les deux sexes ne s'observe par groupe d'âge.

La perception de l'état de santé varie en fonction de l'âge. D'une manière générale, la proportion de personnes qui se considèrent en excellente ou en très bonne santé diminue avec l'âge (tableau 12.1). L'inverse se produit pour la proportion de personnes qui qualifient leur santé de bonne, moyenne ou mauvaise. Les personnes de 15 à 24 ans et celles de 25 à 44 ans évaluent leur santé de façon similaire. On n'observe pas de différence significative entre ces deux groupes d'âge quel que soit le niveau de santé considéré. La proportion des personnes qualifiant leur état de santé de moyen ou mauvais est nettement plus élevée chez le groupe des 45-64 ans comparativement aux groupes d'âge plus jeunes (13 % c. 7 %). Les personnes de 65 ans et plus se démarquent de façon significative de celles des autres groupes puisqu'une plus faible proportion d'entre elles se considèrent en excellente ou en très bonne santé et une plus forte proportion estime que son état de santé est moyen ou mauvais.

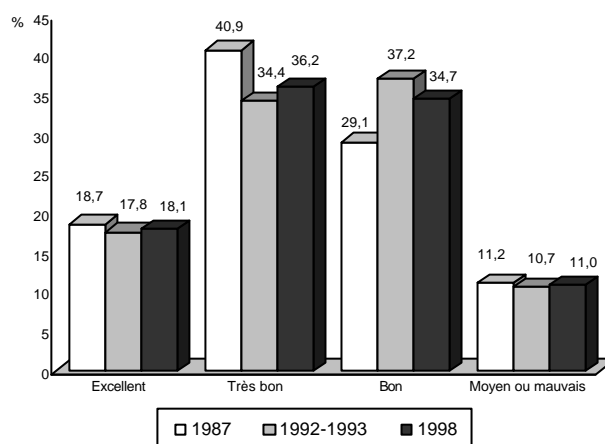
### 12.2.2 Évolution de 1987 à 1998

Entre 1987 et 1998, l'autoévaluation de l'état de santé ne présente pas de variation importante. Dans l'ensemble, la proportion de personnes qui se perçoivent en excellente santé est demeurée stable (environ 18 %) (figure 12.1 et tableau C.12.1). Cependant, les jeunes de 15 à 24 ans ont tendance à être proportionnellement moins nombreux à qualifier leur santé d'excellente. Les personnes de 45 à 64 ans et celles de 65 ans et plus présentent la tendance inverse : elles sont, en proportion, plus nombreuses à se considérer en excellente santé. Les différences ne sont toutefois pas significatives.

Il y a également une stabilité quant à la proportion de la population déclarant un état de santé moyen ou mauvais, soit environ une personne sur dix (tableau C.12.1). On note, cependant, des variations

selon l'âge. Ainsi, les jeunes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux en 1998 qu'en 1987 à évaluer négativement leur état de santé (7 % c. 4,4 %). Par contre, l'inverse se produit pour les personnes de 45 à 64 ans (13 % c. 18 %). La proportion des personnes de 65 ans et plus qui se considèrent en moyen ou mauvais état de santé tend également à s'atténuer avec les années (23 % c. 27 %).

Figure 12.1  
Perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993, 1998



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 ce qui concerne les états de santé intermédiaires, des écarts entre le fait de se sentir en très bonne ou en bonne santé sont à souligner. En 1992-1993, les personnes de moins de 45 ans ont évalué moins favorablement leur santé qu'en 1987. En effet, on constate une baisse de la proportion des personnes qui se percevaient en très bonne santé et une hausse de celles qui se disaient en bonne santé. Pour ce même groupe d'âge, cette tendance semble s'être renversée entre 1992-1993 et 1998. Les proportions ne sont toutefois pas revenues au niveau de celles de 1987.

Tableau 12.2

**Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Excellent	Très bon	Bon	Moyen ou mauvais
	%			
<b>Scolarité relative</b>				
Plus faible	15,0	29,0	38,4	17,6
Faible	17,2	34,8	37,4	10,7
Moyenne	16,4	39,2	34,8	9,6
Élevée	17,8	37,9	34,1	10,2
Plus élevée	23,9	40,0	28,9	7,2
<b>Niveau de revenu</b>				
Très pauvre	17,0	27,1	33,0	22,9
Pauvre	15,4	29,3	36,1	19,2
Moyen inférieur	16,4	34,7	37,1	11,9
Moyen supérieur	18,8	39,3	34,6	7,2
Supérieur	23,6	42,2	27,6	6,6
<b>Statut d'activité</b>				
En emploi	20,8	40,1	33,8	5,3
Aux études	21,4	39,9	31,2	7,5
À la maison	13,4	32,5	39,0	15,1
À la retraite	12,0	26,4	38,3	23,4
Sans emploi	11,6	24,2	30,7	33,5
<b>Catégorie professionnelle<sup>1</sup></b>				
Professionnel, cadre supérieur	26,5	42,9	26,4	4,2*
Cadre intermédiaire, semi-professionnel, technicien	22,9	43,1	29,7	4,4
Employé de bureau, de commerce et de service	18,6	41,2	34,3	5,9
Contremaître, ouvrier qualifié	18,8	37,6	38,2	5,5
Ouvrier non qualifié, manœuvre	20,3	39,0	34,7	6,0*

1. Population qui occupe un emploi.

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

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

### 12.2.3 Variations selon certaines caractéristiques socioéconomiques

L'état de santé perçu est associé à la scolarité relative. Comme l'indique le tableau 12.2, les personnes les moins scolarisées sont les plus nombreuses à se déclarer en moyen ou mauvais état de santé, soit près d'une personne sur cinq (18 %), ce qui équivaut environ au double de la proportion observée chez les personnes ayant le plus haut niveau de scolarité (7 %). Toutefois, il ne semble pas y avoir de différence entre les trois plus hauts niveaux de scolarité. De la même façon, 24 % des gens les plus instruits contre 15 % des moins instruits se perçoivent en excellente santé mais les différences ne sont pas significatives entre les quatre premiers niveaux de scolarité.

On observe un phénomène semblable pour ce qui est du niveau de revenu. Les personnes appartenant à la catégorie de revenu supérieur sont plus nombreuses (24 %) à qualifier leur santé d'excellente que les personnes classées comme étant pauvres (15 %) ou ayant un revenu moyen inférieur (16 %). Toutefois, les données ne permettent pas de déceler d'écarts entre les quatre niveaux de revenu les plus faibles. En ce qui concerne le fait de se percevoir en moyen ou mauvais état de santé, les personnes provenant des ménages pauvres et très pauvres affichent des proportions similaires et nettement supérieures à celles présentées par les mieux nantis.

La perception de l'état de santé varie selon le statut d'activité de la population. Les personnes qui occupent un emploi et les étudiants sont, en proportion, plus nombreux à qualifier leur état de santé d'excellent ou très bon et moins nombreux à le juger moyen ou mauvais que les personnes sans emploi, à la retraite ou à la maison. Le tiers des personnes sans emploi jugent leur état de santé moyen ou mauvais comparativement aux autres groupes où les proportions varient de 5% à 23% (personnes en emploi, étudiants, personnes à la maison et retraités, principalement âgés de 65 ans et plus).

Il y a une association entre l'autoévaluation de l'état de santé et la catégorie professionnelle. Comparativement aux professionnels et cadres supérieurs (27%), les employés de bureau, de commerce et de service de même que les contremaîtres et ouvriers qualifiés sont proportionnellement moins nombreux à se percevoir en excellente santé (19% respectivement) et plus nombreux à se considérer en bonne santé (34% et 38% c. 26%). On n'observe toutefois pas de différence significative entre les catégories autres que celle des professionnels et cadres supérieurs pour les deux états de santé mentionnés précédemment. Les autres états de santé ne présentent pas de variation selon la catégorie professionnelle.

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

L'activité physique de loisir et le tabagisme sont des comportements individuels associés à la perception de l'état de santé. Chez les personnes les plus actives, c'est-à-dire celles qui font des activités physiques au moins trois fois par semaine, il y a proportionnellement plus de personnes qui se considèrent en excellente santé (27%) que chez les personnes moins actives ou sédentaires (de 14% à 17%) (tableau 12.3). À l'autre extrême, les personnes inactives dans leurs loisirs sont plus nombreuses (19%) à évaluer leur état de santé comme étant moyen ou mauvais que les personnes physiquement actives, quelle que soit la fréquence des activités pratiquées (de 7% à 10%).

Dans l'ensemble, les non-fumeurs (les personnes qui n'ont jamais fumé et les anciens fumeurs) se considèrent en meilleure santé que les personnes qui fument régulièrement la cigarette (tableau 12.3). Si l'on compare les personnes qui n'ont jamais fumé aux fumeurs réguliers, les écarts sont relativement importants pour celles qui se déclarent en excellente santé (21% c. 13%) et les personnes qui qualifient leur état de santé de moyen ou mauvais (9% c. 14%). La perception de l'état de santé des fumeurs occasionnels s'apparente davantage à celle des non-fumeurs qu'à celle des fumeurs réguliers.

Tableau 12.3  
**Perception de l'état de santé selon certains comportements individuels, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Excellent	Très bon	Bon	Moyen ou mauvais
	%			
Activité physique de loisir				
Aucune fois	14,1	28,2	38,7	19,1
1-3 fois/mois	13,0	39,5	37,6	9,9
1-2 fois/semaine	16,8	40,9	36,2	6,2
3 fois/semaine et plus	27,4	38,8	26,8	7,1
Type de fumeur				
Jamais fumé	21,4	36,9	32,6	9,1
Ancien fumeur	19,0	37,9	33,2	9,8
Fumeur occasionnel	19,1	40,9	33,0	7,1*
Fumeur régulier	13,4	34,5	38,0	14,1

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

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

Tableau 12.4

**Perception de l'état de santé selon l'indice de masse corporelle, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Excellent	Très bon	Bon	Moyen ou mauvais
	%			
<b>Hommes</b>				
Poids insuffisant	14,0	29,4	41,2	15,4
Poids acceptable	23,0	39,0	29,5	8,6
Excès de poids	14,9	33,8	38,8	12,6
<b>Femmes</b>				
Poids insuffisant	19,4	31,9	35,4	13,4
Poids acceptable	18,7	39,3	33,7	8,3
Excès de poids	9,4	32,0	39,9	18,8

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

La perception de l'état de santé varie en fonction de l'indice de masse corporelle chez les hommes et chez les femmes. Les hommes qui se classent dans la catégorie poids acceptable se démarquent de ceux qui se classent dans la catégorie excès de poids ou poids insuffisant en étant proportionnellement plus nombreux à qualifier leur état de santé d'excellent ou de très bon et moins nombreux à le juger de bon à mauvais (tableau 12.4). La proportion de femmes se classant dans les catégories poids acceptable et poids insuffisant qui se considèrent en excellente santé est semblable (19 %) et plus élevée que la proportion observée parmi celles se classant dans la catégorie excès de poids (9 %). Le fait de se considérer en moyen ou mauvais état de santé est plus fréquent chez les femmes se situant dans les catégories poids insuffisant ou excès de poids que celles qui se classent dans la catégorie poids acceptable.

La perception de la santé varie aussi selon le niveau de soutien social perçu (tableau 12.5). Les personnes se classant au niveau faible de l'indice de soutien social jugent plus négativement leur état de santé que les personnes qui se classent au niveau élevé.

Ainsi, 17 % d'entre elles estiment que leur état de santé est moyen ou mauvais contre seulement 9 % chez les personnes dont le niveau à l'indice de soutien est élevé. Elles sont également en moins grand nombre à qualifier leur santé d'excellente ou de très bonne (44 % c. 57 %) (tableau 12.5).

Tableau 12.5

**Perception de l'état de santé selon l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Excellent	Très bon	Bon	Moyen ou mauvais
	%			
Faible	13,6	30,2	39,1	17,1
Élevé	19,3	38,1	33,3	9,4

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

**12.2.5 Variations selon certains indicateurs de santé**

Sont associés à la perception de l'état de santé tous les indicateurs de santé physique et mentale retenus, soit la limitation d'activité à long terme (en raison d'un problème de santé), la présence et la durée des problèmes de santé, la perception de la santé mentale et la détresse psychologique.

Plus de la moitié (52 %) des personnes limitées dans leurs activités considèrent leur état de santé comme moyen ou mauvais, et seulement 14 % comme excellent ou très bon, contre 6 % et 59 % respectivement chez les personnes non limitées (tableau 12.6). Malgré leur incapacité, près du tiers des personnes limitées dans leurs activités considèrent leur état de santé comme bon. Une proportion similaire s'observe chez les personnes non limitées.



Tableau 12.6

**Perception de l'état de santé selon certains indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Excellent	Très bon	Bon	Moyen ou mauvais
	%			
Limitations d'activité à long terme				
Limité	2,8*	11,4	34,2	51,7
Non limité	19,9	39,1	34,7	6,3
Durée des problèmes de santé				
Aucun problème	26,5	41,1	29,1	3,3
Problème de courte durée	21,3	44,5	30,1	4,1*
Un problème de longue durée	18,8	39,5	35,2	6,5
Plus d'un problème de longue durée	9,6	27,6	40,3	22,6
Perception de la santé mentale				
Excellente	33,4	39,2	21,9	5,6
Très bonne	13,3	46,2	33,4	7,1
Bonne	6,4	23,5	54,6	15,5
Moyenne ou mauvaise	5,1*	16,2	40,8	37,9
Indice de détresse psychologique				
Bas ou moyen	20,1	38,7	32,8	8,4
Élevé	11,5	29,4	39,8	19,2

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

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

Les personnes qui ne rapportent aucun problème de santé sont proportionnellement plus nombreuses à qualifier leur état de santé comme excellent (27 %) que les personnes qui ont des problèmes de santé (de 10 % à 21 %). Parmi ces dernières, celles qui ont plus d'un problème de longue durée se distinguent par une forte proportion de personnes qui jugent leur état de santé moyen ou mauvais, soit 23 %, contre 7 % pour les personnes qui ont un seul problème de longue durée et 4,1 % pour les personnes qui ne déclarent que des problèmes de courte durée.

Près des trois quarts (73 %) des personnes qui se considèrent en excellente santé mentale perçoivent leur état de santé général comme étant excellent ou très bon. De la même façon, environ 79 % des personnes qui évaluent leur santé mentale comme étant moyenne ou mauvaise jugent leur état de santé général de bon à mauvais.

En ce qui concerne la détresse psychologique, on observe que les personnes qui se situent au niveau élevé de l'indice sont près de deux fois moins nombreuses à se percevoir en excellente santé (12 % c.

20 %) et environ deux fois plus nombreuses à se considérer en moyen ou en mauvais état de santé que les personnes se situant au niveau bas ou moyen de l'indice (19 % c. 8 %).

### 12.2.6 Variations selon le recours aux services de santé

La consommation de médicaments et le recours à un professionnel de la santé sont associés à l'autoévaluation de l'état de santé. Comme l'indique le tableau 12.7, la proportion de personnes qui se perçoivent en moyen ou en mauvais état de santé s'accroît avec l'usage de médicaments. Elle passe de 5 % chez les personnes qui n'ont pris aucun médicament au cours d'une période de deux jours à 28 % chez celles qui en ont pris trois ou plus. La situation s'inverse en ce qui concerne le fait d'être en excellente santé. On observe le même phénomène en ce qui a trait à la consultation d'un professionnel de la santé. Lorsque le nombre de consultations au cours d'une période de deux semaines s'accroît, la proportion de personnes qui se considèrent en moyen ou mauvais état de santé augmente (de 8 % à 25 %) tandis que la proportion de celles qui se disent en excellente santé diminue (de 20 % à 9 %).

Tableau 12.7

**Perception de l'état de santé selon certains indicateurs d'utilisation de soins et services de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

Recours aux soins et services	Excellent	Très bon	Bon	Moyen ou mauvais
	%			
<b>Consommation de médicaments <sup>1</sup></b>				
Aucun médicament	23,4	39,7	31,7	5,2
Un ou deux médicaments	16,8	38,7	36,1	8,5
Trois médicaments ou plus	9,5	24,5	38,5	27,5
<b>Consultation d'un professionnel de la santé <sup>2</sup></b>				
Aucune consultation	19,7	37,8	34,2	8,3
Une consultation	15,0	33,4	35,0	16,7
Plus d'une consultation	9,4	27,2	38,6	24,9

1. Au cours d'une période de deux jours.

2. Au cours d'une période de deux semaines.

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

## Conclusion

### Synthèse et pistes de recherche

À la suite des enquêtes de 1987 et de 1992-1993, l'*Enquête sociale et de santé 1998* vient confirmer que la très grande majorité de la population québécoise de 15 ans et plus considère son état de santé de bon à excellent. Seulement une personne sur dix qualifie sa santé de moyenne ou mauvaise. Dans l'ensemble, la perception de l'état de santé ne présente pas de variation importante depuis 1987. Cependant, il importe de noter que la santé telle que perçue par les personnes de 45 ans et plus tend à s'améliorer. Et, si le mouvement vers une moins bonne santé observé en 1992-1993 chez les moins de 45 ans tend à se redresser, il faut souligner, chez les 15 à 24 ans, une détérioration par rapport à 1987 où l'on observe une plus grande proportion de jeunes qui qualifient leur santé de moyenne ou mauvaise.

La perception de l'état de santé varie selon l'âge, mais les véritables écarts n'apparaissent qu'à partir de 45 ans. Les personnes de 45 à 64 ans évaluent leur santé plus négativement que les plus jeunes, mais elles sont proportionnellement plus nombreuses que les 65 ans et plus à se considérer en excellente ou très bonne santé.

L'enquête montre l'existence d'un lien entre la perception de l'état de santé et certaines caractéristiques sociales et économiques. En général, les gens les moins scolarisés et les plus pauvres évaluent moins favorablement leur santé que les plus scolarisés et les mieux nantis mais les résultats ne permettent pas de déceler des variations systématiques d'un niveau de scolarité ou de revenu à l'autre. Par ailleurs, les personnes qui occupent un emploi se perçoivent en meilleure santé que les personnes sans emploi, à la retraite ou à la maison. L'enquête permet de constater une fois de plus qu'un niveau de soutien social élevé est associé positivement à la perception de la santé.

En continuité avec l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, des écarts dans la perception de l'état de santé sont à souligner en ce qui concerne l'usage de la cigarette et la pratique d'activités physiques de loisir. On observe que les fumeurs et les personnes sédentaires ou peu actives se considèrent en moins bonne santé que les non-fumeurs ou les personnes physiquement actives.

Relié à la génétique et aux comportements personnels, principalement la pratique de l'activité physique et l'alimentation, le poids corporel est associé à l'état de santé perçue. Selon l'enquête, les hommes et les femmes dont le poids déclaré est acceptable jugent plus

favorablement leur santé que les hommes et les femmes classés dans la catégorie excès de poids.

La présente enquête permet de vérifier l'étroite association entre la perception de l'état de santé et certains autres indicateurs de santé. Ainsi, les personnes limitées dans leurs activités habituelles de même que celles qui rapportent des problèmes de santé se perçoivent en moins bonne santé que les personnes qui ne déclarent ni limitation, ni problème. Il y a également cohérence entre la perception générale de la santé et la perception de la santé mentale.

Le lien entre l'autoévaluation de la santé et le recours aux soins et services de santé est également manifeste. Ainsi, l'appréciation de la santé devient plus négative à mesure que le nombre de consultations d'un professionnel de la santé augmente. On observe le même phénomène en ce qui a trait à la consommation de médicaments.

L'évolution de la santé perçue par les jeunes adultes de 15 à 24 ans mérite une attention particulière. Elle devrait être mise en relation avec l'évolution de certains indicateurs de santé, surtout ceux qui permettent d'évaluer l'état de santé mentale comme, par exemple, la détresse psychologique qui affecte une proportion relativement importante de jeunes parmi ce groupe d'âge. Un parallèle pourrait également être fait entre l'évolution des caractéristiques socioéconomiques et les habitudes de vie de ces jeunes. Enfin, il serait intéressant de vérifier les mêmes relations chez les personnes de 45 ans et plus puisque ces dernières ont tendance à s'estimer en meilleure santé qu'en 1987.

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

L'*Enquête sociale et de santé 1998* rappelle une fois de plus l'existence d'inégalités en matière de santé. Si celles qui sont reliées à l'âge ne sont pas totalement évitables, d'autres le sont, du moins elles peuvent être atténuées par des actions qui relèvent principalement de la promotion de la santé. Réalisables à long terme, certaines actions doivent être poursuivies comme, par exemple, celles qui ont trait à une meilleure redistribution de la richesse collective et à une meilleure formation de base pour tous. Sur le plan des comportements

individuels, les approches visant à réduire le tabagisme et à promouvoir l'activité physique doivent se diversifier et s'adapter aux différents groupes cibles.

Enfin, la présente enquête met en lumière le fait que l'autoévaluation de l'état de santé constitue un indicateur appréciable de l'état de santé de la population. Facile d'application, l'indicateur peut être utilisé autant au niveau national que régional et local comme instrument de surveillance de l'état général de santé des populations. Tout en permettant d'identifier les groupes de la population qui nécessitent une attention particulière, cet indicateur devient alors utile pour les interventions en santé publique et, en particulier, pour celles qui visent à mieux gérer l'utilisation et l'allocation des ressources.



# Bibliographie

---

CAVELAARS, A., A. E. KUNST, J. J. M. GEURTS et autres (1998). « Differences in self reported morbidity by educational level: A comparison of 11 Western European countries », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 52, p. 219-227.

FERRARO, F. K., et Y. YU (1995). « Body weight and self-ratings of health », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 36 (September), p. 274-284.

HAGAN-HENNESSY, C., D. G. MORIARTY, M. M. ZACK, P. A. SCHERR et R. BRACKBILL (1994). « Measuring health-related quality of life for public health surveillance », *Public Health Reports*, vol. 109, n° 5, p. 665-671.

KRAUSE, N. M., et G. M. JAY (1994). « What do global self-rated health items measure? », *Medical Care*, vol. 32, n° 4, p. 930-942.

MACKENBACH-VAN DEN BOS, J., I. M. A. JOUNG, H. VAN DE MHEEN et K. STRONKS (1994). « The determinants of excellent health: Different from the determinants of ill-health? », *International Journal of Epidemiology*, vol. 23, n° 6, p. 1273-1281.

MAYS, N., S. CHINN et K. M. HO (1992). « Interregional variations in measures of health from the Health and Lifestyle Survey and their relation with indicators of health care need in England », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 46, p. 38-47.

PAMPALON, R., A. SAUCIER, N. BERTHIAUME, P. FERLAND, R. COUTURE, P. CARIS, L. FORTIN L. LACROIX et R. KIROUAC (1994). *Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Document de travail, 72 p.

REIJNEVELD, S. A. (1998). « The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking », *International Epidemiological Association*, vol. 27, p. 33-40.

SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, tome 1*, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 337 p.

SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 412 p.

SEGOVIA, J., R. F. BARTLETT et A. C. EDWARDS (1989a). « An empirical analysis of the dimensions of health status measures », *Social Science and Medicine*, vol. 129, n° 6, p. 761-768.

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

SHADBOLT, B. (1997). « Some correlates of self rated health for Australian women », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 6, p. 951-956.



# Tableau complémentaire

Tableau C.12.1

**Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993, 1998**

	Excellent			Très bon			Bon			Moyen ou mauvais		
	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998
%												
<b>Hommes</b>												
15-24 ans	30,3	27,7	24,2	44,8	38,9	42,5	21,5	28,5	27,2	3,4	4,9	6,1
25-44 ans	22,5	21,1	21,4	45,0	37,2	38,6	26,0	35,1	33,2	6,5	6,6	6,9
45-64 ans	16,5	17,5	17,8	35,2	30,8	35,2	31,9	38,0	34,5	16,4	13,6	12,6
65 ans et plus	10,3	11,0	12,1	29,6	23,9	24,0	33,0	44,0	41,6	27,1	21,1	22,3
<b>Total</b>	<b>21,4</b>	<b>20,1</b>	<b>19,6</b>	<b>40,9</b>	<b>34,3</b>	<b>36,4</b>	<b>27,3</b>	<b>35,7</b>	<b>33,6</b>	<b>10,4</b>	<b>9,8</b>	<b>10,4</b>
<b>Femmes</b>												
15-24 ans	17,7	18,0	17,8	47,9	37,6	41,0	28,9	37,6	33,6	5,4	6,8	7,6
25-44 ans	19,1	17,9	19,1	47,7	38,3	39,5	26,6	36,7	34,2	6,6	7,1	7,2
45-64 ans	12,8	14,0	16,0	33,9	32,6	35,0	34,3	39,1	35,6	19,0	14,4	13,3
65 ans et plus	10,8	8,5	10,6	22,2	22,6	24,6	40,2	44,5	41,6	26,8	24,4	23,3
<b>Total</b>	<b>16,1</b>	<b>15,5</b>	<b>16,6</b>	<b>40,9</b>	<b>34,4</b>	<b>36,0</b>	<b>30,8</b>	<b>38,6</b>	<b>35,7</b>	<b>12,2</b>	<b>11,5</b>	<b>11,7</b>
<b>Sexes réunis</b>												
15-24 ans	24,1	22,9	21,1	46,3	38,3	41,7	25,2	33,0	30,4	4,4	5,9	6,8
25-44 ans	20,8	19,5	20,2	46,4	37,8	39,0	26,3	35,9	33,7	6,6	6,8	7,1
45-64 ans	14,6	15,7	16,9	34,5	31,8	35,1	33,1	38,5	35,0	17,8	14,0	13,0
65 ans et plus	10,6	9,5	11,2	25,3	23,2	24,3	37,2	44,3	41,6	26,9	23,0	22,9
<b>Total</b>	<b>18,7</b>	<b>17,8</b>	<b>18,1</b>	<b>40,9</b>	<b>34,4</b>	<b>36,2</b>	<b>29,1</b>	<b>37,2</b>	<b>34,7</b>	<b>11,4</b>	<b>10,7</b>	<b>11,1</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*.





# Chapitre 13

## Problèmes de santé

**Madeleine Levasseur**  
Institut national de santé publique du Québec

**Lise Goulet**  
Département de médecine sociale et préventive  
Université de Montréal

---

### Introduction

Le but du présent chapitre est d'analyser la morbidité subjective, c'est-à-dire les problèmes de santé ressentis ou perçus par la population. Ces derniers sont abordés sous l'angle de la proportion de la population ayant déclaré ou non des problèmes de santé et sous celui de la nature des principaux problèmes de santé déclarés.

En plus d'être étroitement associée à l'âge et au sexe, la morbidité déclarée, comme les autres indicateurs de santé, dont l'incapacité et la perception de l'état de santé, varie en fonction des caractéristiques socioéconomiques de la population (Mackenach et Kunst, 1997; Cavelaars et autres, 1998). L'enquête *Santé Québec 1987* et l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* ont montré que les personnes les moins scolarisées ou les moins favorisées sur le plan économique se considèrent en moins bonne santé que les personnes dont le niveau de scolarité ou de revenu est le plus élevé. Les premières sont également plus nombreuses que les secondes à être limitées dans leurs activités normales en raison d'un problème de santé (Santé Québec, 1988; Santé Québec, 1995). Selon les résultats de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, le taux d'incidence de certaines maladies chroniques, dont l'hypertension artérielle, la cataracte, la bronchite ou l'emphysème, est plus élevé chez les personnes à revenu inférieur ou moyen inférieur que chez les personnes à revenu moyen supérieur ou supérieur (Statistique Canada, 1998).

L'*Enquête sociale et de santé 1998* donne l'opportunité de suivre, dans le temps, l'évolution des problèmes de santé. Bien que dix années seulement se soient écoulées entre la première enquête et l'enquête actuelle, ce laps de temps semble suffisant pour que certaines tendances attendues, parce qu'elles ont été vérifiées dans d'autres pays, puissent être observées ici même au Québec.

De façon générale, on peut s'attendre à une augmentation de la prévalence de la morbidité déclarée liée aux problèmes de santé, en particulier de celle liée à des problèmes de longue durée, et ce, en raison du vieillissement de la population. Une telle augmentation devrait se faire sentir, notamment, au niveau des problèmes ostéo-articulaires, des cancers, du diabète adulte et des incapacités physiques et intellectuelles directement liées au vieillissement. Nonobstant cette réalité démographique, certains problèmes de santé sont susceptibles d'évoluer dans le temps, soit à la hausse soit à la baisse, en raison de changements dans les niveaux d'exposition à des facteurs environnementaux, de modifications dans les habitudes de vie, de l'accroissement de la performance des procédures diagnostiques et d'une plus grande efficacité des interventions préventives et thérapeutiques.

Une diminution de l'incidence des maladies cardiovasculaires (MCV) a été enregistrée récemment en Europe (Lepori et autres, 1997) et, plus près de nous, une diminution de l'incidence de l'infarctus du myocarde a été signalée en Nouvelle-Écosse (The Nova Scotia-Saskatchewan cardiovascular disease epidemiology group, 1992). Parallèlement à ces deux

phénomènes, une diminution progressive de la mortalité par MCV a été observée, au Canada, depuis les 25 dernières années (Statistique Canada, 1996). Cet état de fait est dû à des gains thérapeutiques importants, à des changements dans les habitudes de vie et à une meilleure prise en charge des facteurs de risque. La prévalence du diabète serait par contre en hausse en raison principalement de la longévité accrue des diabétiques, du vieillissement de la population et d'une augmentation de la proportion de personnes obèses (Barcelo, 1996; Leibson et autres, 1997; Ford et autres, 1997). Enfin, on peut s'attendre à un accroissement de l'incidence des allergies respiratoires (asthme et rhinite allergique) chez l'enfant, cette hausse étant en partie attribuée à la présence de contaminants de l'air intérieur tels les acariens et les moisissures (Paty et autres, 1996).

L'*Enquête sociale et de santé 1998* permet de vérifier l'évolution de problèmes de santé physique ciblés par la *Politique de la santé et du bien-être* (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992), soit les maladies cardiovasculaires, les maux de dos, l'arthrite ou le rhumatisme ainsi que les maladies de l'appareil respiratoire. Cependant, seul l'objectif relié aux maux de dos précise la réduction attendue de la prévalence du problème, soit une diminution de 10 % entre 1992 et 2002. En ce qui concerne les maladies cardiovasculaires et de l'appareil respiratoire, l'objectif vise une réduction de la mortalité, alors que dans le cas de l'arthrite et du rhumatisme, il vise une diminution de la durée de l'incapacité qui y est associée.

Le présent chapitre analyse le nombre et la durée des problèmes de santé déclarés selon l'âge et le sexe de la population, ainsi qu'en fonction du niveau de revenu, du statut d'activité et de la profession des personnes qui occupent un emploi, ces caractéristiques étant généralement associées à l'état de santé de la population. Par la suite, il décrit, pour l'ensemble de la population et pour chaque groupe d'âge, la prévalence des principaux problèmes de santé et compare cette prévalence à celle établie lors de l'enquête *Santé Québec 1987*. Une présentation plus détaillée des maladies cardiaques et du diabète permet de voir leur

évolution par âge et sexe entre 1987 et 1998. Enfin, quelques paragraphes résument l'évolution de l'asthme et de la rhinite allergique et décrivent l'impact de l'asthme sur l'utilisation des services.

## 13.1 Aspects méthodologiques

### 13.1.1 Indicateurs

Dans le but de favoriser la comparaison avec l'enquête de 1987, les questions relatives aux problèmes de santé sont à quelques exceptions près demeurées les mêmes. Il est à noter que les problèmes de santé n'avaient pas fait l'objet d'une analyse détaillée depuis l'enquête *Santé Québec 1987*. La manière de colliger les données sur les problèmes de santé est également la même que celle utilisée en 1987, qui était, il faut le rappeler, calquée sur la méthode employée pour analyser les données de l'enquête *Santé Canada 1978*. Elle consiste à réunir, pour chaque personne, les problèmes déclarés à six sections du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI). Il s'agit des sections portant sur les problèmes à l'origine de l'incapacité de courte durée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (section I) et de la limitation des activités à long terme (section II), les raisons de consultation d'un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines (section III) et de consommation de médicaments au cours d'une période de deux jours (section IV), ainsi que la survenue d'accidents avec blessures au cours d'une période de douze mois (section V) et la présence de problèmes de santé chroniques ou de longue durée (section VI). Dans l'ensemble, les problèmes déclarés peuvent être des maladies ou des affections de courte ou de longue durée ou simplement des symptômes. Tous les problèmes sont repris à la section IX et, pour chacun, on demande : a) depuis quand la personne a le problème, b) si le problème a été confirmé par un médecin, et c) si la personne a consulté quelqu'un pour le problème. On peut mentionner au passage que dans environ 80 % des cas, les problèmes déclarés auraient été confirmés par un médecin. Cette information provient des réponses obtenues pour environ 90 % des problèmes de santé.

Chaque problème déclaré est codé selon la 9<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) (Organisation mondiale de la santé, 1977); les codes « V », correspondant aux examens (prévention, dépistage, diagnostic, etc.) ou aux motifs de recours aux services qui n'ont pas été codés comme des problèmes de santé, ont été exclus de l'analyse.

En prenant comme base les regroupements de la CIM-9 et la fréquence observée, les problèmes (codes) déclarés ont été regroupés en 31 catégories incluant une catégorie « autres » qui regroupe les problèmes déclarés par de plus petites proportions de la population. Pour les fins de la comparaison, les regroupements utilisés dans la présente enquête ont été appliqués aux données de l'enquête *Santé Québec 1987*.

L'exemple suivant illustre la méthode utilisée pour le calcul et la classification des problèmes rapportés. Pour une personne qui déclare avoir dû restreindre ses activités pendant quelques jours pour une grippe, au cours d'une période de deux semaines, avoir consulté un médecin pour une lombalgie pendant la même période, avoir consommé, au cours d'une période de deux jours, une aspirine pour « éclaircir le sang » et une hormone pour la ménopause, être allergique au pollen, être limitée dans ses activités normales à cause d'une angine de poitrine et avoir eu une fracture de la jambe dans un accident survenu au cours d'une période de douze mois, chacun de ces problèmes est retenu et codé selon la CIM-9. D'après la classification proposée, les sept problèmes déclarés sont classés de la façon suivante : grippe est classée dans la catégorie « Grippe »; lombalgie dans « Maux de dos ou de la colonne »; éclaircir le sang dans « Autres maladies du sang »; ménopause dans « Troubles de la menstruation ou de la ménopause »; allergie au pollen dans « Rhinite allergique »; angine de poitrine dans « Maladies cardiaques »; fracture de la jambe dans « Accidents avec blessures ».

La prévalence des problèmes de santé est définie comme étant la proportion de personnes ayant déclaré au moins un problème dans une catégorie donnée de problèmes par rapport à la population totale, à la

population du même sexe ou à la population du même groupe d'âge.

Outre la prévalence des problèmes de santé, deux autres indicateurs sont utilisés pour décrire la morbidité de la population. Ces indicateurs catégorisent la population selon le nombre et la durée des problèmes de santé déclarés. Le premier, qui porte sur le nombre de problèmes, comprend trois catégories, soit la proportion de la population ayant déclaré : « aucun problème de santé », « un problème » et « deux problèmes ou plus ». Le second indicateur subdivise la proportion de la population ayant déclaré des problèmes selon la durée de ceux-ci. Il compte quatre catégories, soit la proportion de la population ayant déclaré : « aucun problème de santé », « des problèmes de courte durée seulement », « un problème de longue durée » et « plus d'un problème de longue durée ». Les personnes ayant des problèmes de longue durée sont celles qui, à la section VI (problèmes de longue durée), ont répondu avoir au moins un problème ou qui, à la section IX, ont répondu avoir un problème d'une durée de six mois et plus. Les personnes n'ayant que des problèmes de courte durée sont celles qui ont déclaré des problèmes non classés comme étant de longue durée.

En prenant en considération la présence et la durée des problèmes de santé, ce deuxième indicateur introduit la notion de chronicité. La plupart des problèmes de courte durée, maladies aiguës et symptômes, ont un impact sur la santé qui est limité dans le temps. Au contraire, les affections de longue durée ou chroniques comptent parmi les principales causes de limitation des activités à long terme, d'hospitalisation et de décès (Verbrugge et autres, 1989). L'analyse qui suit accorde plus d'importance au deuxième indicateur portant sur la durée des problèmes pour mesurer d'une manière générale l'importance fonctionnelle de la morbidité subjective dans la population.

### **13.1.2 Comparabilité avec l'enquête *Santé Québec 1987***

Si la plupart des questions sur les problèmes de santé sont les mêmes dans les deux enquêtes, quelques modifications apportées au questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) de 1998 rendent néanmoins

impossible la comparaison avec certains indicateurs utilisés en 1987. Parmi ces changements, il faut noter la modification de la section V- Accidents avec blessures apportée lors de l'*Enquête sociale et de santé de 1992-1993* pour des raisons de précision et l'ajout de trois questions à la fin de la section VI- Problèmes de santé. Ces changements ont eu pour conséquence d'accroître le nombre de personnes qui ont déclaré des problèmes dans l'ensemble et dans deux catégories de problèmes.

Ainsi, les deux indicateurs portant sur le nombre et la durée des problèmes de santé déclarés ne peuvent être comparés avec les données de 1987. La conclusion du présent chapitre met toutefois en parallèle les données des deux enquêtes. En ce qui concerne la prévalence des problèmes de santé, les maladies de l'œil ne sont pas comparables en raison de l'ajout de questions sur les cataractes, les maladies de la rétine et le glaucome. Les changements apportés à la section sur les accidents avec blessures ont pour effet d'accroître le nombre d'événements. En 1998, sont retenus les accidents ayant causé des blessures et ayant entraîné des limitations des activités ou une consultation médicale, alors qu'en 1987 seules les blessures obligeant une limitation des activités étaient retenues.

Finalement, une dernière question (QRI104) a été ajoutée en 1998 pour estimer l'existence de périodes de maladie, de symptômes ou de problèmes de santé que l'un ou l'autre des membres du ménage aurait vécus au cours des 4 mois ayant précédé l'enquête et dont il n'aurait pas encore été question dans l'entrevue. L'objet de cette nouvelle question est d'identifier des problèmes de santé aigus que la grille de questions, axée davantage sur les problèmes de longue durée, aurait échappés. Les résultats de cette question ne sont toutefois pas traités dans le présent chapitre.

### **13.1.3 Portée et limites des données**

Il faut rappeler ici que les problèmes de santé sont rapportés en grande partie par une tierce personne. Une sous-estimation de la déclaration de certains problèmes est donc possible. Parce qu'elles ne sont pas habituellement connues par un tiers et aussi à cause

de leur nature intime, les maladies transmises sexuellement (MTS), par exemple, sont fort probablement sous-estimées. Ces problèmes sont surtout importants chez les jeunes de 15 à 24 ans. Ajoutons également une mise en garde concernant les périodes de temps de référence différentes selon les questions. Comme la prévalence d'un problème est fonction de l'incidence (nombre de nouveaux cas) et de la durée du problème, la prise en compte d'une période de référence plus ou moins longue selon les questions aura un effet sur la prévalence.

## **13.2 Résultats**

### **13.2.1 Nombre et durée des problèmes de santé déclarés**

Près des deux tiers de la population (64 %) ont déclaré au moins un problème de santé, qu'il s'agisse de problèmes de santé de longue durée expressément nommés au répondant du ménage ou de problèmes susceptibles d'être à l'origine d'une limitation des activités, d'un recours aux services de santé, de la consommation de médicaments, ou encore de problèmes consécutifs à un accident (tableau 13.1). Environ le quart de la population rapporte un problème et près de 40 % plus d'un problème. Il y a proportionnellement plus de femmes (69 %) que d'hommes (59 %) qui ont des problèmes de santé; la différence est particulièrement importante en ce qui concerne le fait de présenter plus d'un problème, ce qui s'observe chez 46 % des femmes et 32 % des hommes. La proportion de personnes qui déclarent au moins un problème de santé augmente avec l'âge chez les femmes et à partir des 25-44 ans chez les hommes. Les personnes de 65 ans et plus sont proportionnellement moins nombreuses que les plus jeunes à ne rapporter qu'un seul problème de santé; on n'observe pas de différence significative selon l'âge chez les moins de 65 ans.

Selon les données de l'enquête, plus de la moitié de la population québécoise aurait au moins un problème de santé de longue durée, soit 23 % un seul problème et 30 % plus d'un problème (tableau 13.2). Environ une personne sur dix (11 %) ne rapporte que des affections aiguës ou de courte durée.

Tableau 13.1

**Nombre de problèmes de santé selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1998**

	Aucun problème	Un problème	Plus d'un problème	Au moins un problème
	%			
<b>Hommes</b>				
0-14 ans	52,6	28,8	18,7	47,4
15-24 ans	51,3	26,8	21,9	48,7
25-44 ans	43,0	28,0	29,0	57,0
45-64 ans	33,0	26,0	41,0	67,0
65 ans et plus	18,2	17,3	64,5	81,8
<b>Total</b>	<b>41,2</b>	<b>26,5</b>	<b>32,3</b>	<b>58,8</b>
<b>Femmes</b>				
0-14 ans	56,9	26,3	16,9	43,1
15-24 ans	39,1	25,2	35,7	60,9
25-44 ans	30,0	24,9	45,2	70,0
45-64 ans	19,1	21,9	58,9	80,9
65 ans et plus	10,3	12,7	77,0	89,7
<b>Total</b>	<b>30,9</b>	<b>22,9</b>	<b>46,2</b>	<b>69,1</b>
<b>Sexes réunis</b>				
0-14 ans	54,7	27,5	17,8	45,3
15-24 ans	45,3	26,0	28,7	54,7
25-44 ans	36,5	26,5	37,0	63,5
45-64 ans	26,0	24,0	50,1	74,0
65 ans et plus	13,7	14,6	71,7	86,3
<b>Total</b>	<b>36,0</b>	<b>24,7</b>	<b>39,3</b>	<b>64,0</b>
<b>Pe '000</b>	<b>2 583</b>	<b>1 769</b>	<b>2 821</b>	<b>4 590</b>

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

## Variations selon le sexe et l'âge

La différence entre les sexes s'exprime par une plus faible proportion de femmes qui n'ont aucun problème dans l'ensemble (31 % c. 41 %) et dans tous les groupes d'âge, sauf pour les 0-14 ans (tableau 13.2). Elle se manifeste également par une plus grande proportion de femmes qui éprouvent plus d'un problème de longue durée dans l'ensemble (36 % c. 24 %) et dans chacun des groupes d'âge sauf, ici encore, chez les moins de 15 ans.

Les variations selon l'âge apparaissent principalement dans les catégories de personnes qui n'éprouvent aucun problème ou qui ont plus d'un problème de longue durée. Dans le premier cas, la proportion diminue avec l'âge, passant d'environ 55 % chez les moins de 15 ans à près de 14 % chez les 65 ans et plus. En ce qui concerne le fait d'avoir plus d'un problème de longue durée, la proportion de personnes

touchées augmente d'un groupe d'âge à l'autre; d'environ 8 % chez les plus jeunes, elle atteint près de 63 % chez les personnes de 65 ans et plus. Environ une personne de 15 à 64 ans sur quatre (autour de 25 %) déclare un seul problème de santé de longue durée. Pour les 0-14 ans et les 65 ans et plus, la proportion est un peu plus faible, soit 19 % dans chacun des groupes. Enfin, entre 15 et 64 ans, les proportions de personnes qui ne rapportent que des problèmes de courte durée sont similaires et varient, selon le groupe d'âge, entre 9 % et 11 %. Chez les personnes de 65 ans et plus, la proportion est plus faible (4 %) et chez les 0-14 ans, elle est plus élevée (18 %)

Tableau 13.2

**Nombre et durée des problèmes de santé selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1998**

	Aucun problème	Problème de courte durée seulement	Un problème de longue durée	Plus d'un problème de longue durée
	%			
<b>Hommes</b>				
0-14 ans	52,6	18,7	19,4	9,3
15-24 ans	51,3	12,5	21,8	14,4
25-44 ans	43,0	10,9	25,6	20,6
45-64 ans	33,0	8,9	26,1	32,0
65 ans et plus	18,2	4,0*	21,8	56,0
<b>Total</b>	<b>41,2</b>	<b>11,5</b>	<b>23,6</b>	<b>23,7</b>
<b>Femmes</b>				
0-14 ans	56,9	18,0	18,4	6,8
15-24 ans	39,1	9,5	26,1	25,3
25-44 ans	30,0	9,8	25,2	35,1
45-64 ans	19,1	8,1	24,7	48,1
65 ans et plus	10,3	3,8*	16,9	68,9
<b>Total</b>	<b>30,9</b>	<b>10,0</b>	<b>22,9</b>	<b>36,2</b>
<b>Sexes réunis</b>				
0-14 ans	54,7	18,4	18,9	8,1
15-24 ans	45,3	11,1	23,9	19,7
25-44 ans	36,5	10,3	25,4	27,7
45-64 ans	26,0	8,5	25,4	40,2
65 ans et plus	13,7	3,9	19,0	63,4
<b>Total</b>	<b>36,0</b>	<b>10,8</b>	<b>23,3</b>	<b>30,0</b>
<b>Pe '000</b>	<b>2 583</b>	<b>771</b>	<b>1 668</b>	<b>2 151</b>

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

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

#### Variations selon certaines caractéristiques socio-économiques

Sont retenus comme caractéristiques socio-économiques reliées aux problèmes de santé le revenu, la catégorie professionnelle et le statut d'activité. Il importe de souligner que la scolarité relative n'a pas été retenue pour la présentation des résultats. L'âge et la scolarité étant fortement associés, une fois l'effet de l'âge éliminé, il n'y a pas de variation du nombre et de la durée des problèmes de santé selon le niveau de scolarité.

Le nombre et la durée des problèmes de santé varient selon le niveau de revenu (tableau 13.3). Les différences s'observent principalement entre les personnes pauvres et très pauvres et les personnes faisant partie des classes de revenu moyen supérieur et supérieur. Les premières sont proportionnellement

moins nombreuses (20 %) que les secondes (25 % et 27 %) à rapporter un seul problème de longue durée et plus nombreuses à déclarer plus d'un problème (35 % c. 28 %). Les données ne permettent pas de déceler de différence significative entre les catégories de revenu en ce qui concerne le fait de n'avoir aucun problème ou que des problèmes de courte durée.

Il y a une association entre le nombre et la durée des problèmes de santé et la catégorie professionnelle des personnes qui occupent un emploi. Comparativement aux trois autres catégories professionnelles, la classe des contremaîtres et ouvriers qualifiés et celle des ouvriers non qualifiés et manœuvres présentent une proportion plus élevée de personnes n'ayant déclaré aucun problème de santé (42 % c. environ 34 %).

Tableau 13.3

**Nombre et durée des problèmes de santé selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Aucun problème	Problème de courte durée seulement	Un problème de longue durée	Plus d'un problème de longue durée
	%			
<b>Revenu</b>				
Très pauvre	34,2	11,6	19,8	34,5
Pauvre	35,5	9,8	20,0	34,7
Moyen inférieur	37,3	10,4	22,7	29,6
Moyen supérieur	36,6	10,6	24,5	28,4
Supérieur	32,3	13,0	26,7	28,1
<b>Catégorie professionnelle<sup>1</sup></b>				
Professionnel, cadre supérieur	33,1	9,2	28,7	29,0
Cadre intermédiaire, semi-professionnel, technicien	33,5	11,3	26,0	29,2
Employé de bureau, de commerce et de service	33,9	10,7	25,8	29,6
Contremaître, ouvrier qualifié	41,5	10,7	25,1	22,7
Ouvrier non qualifié, manœuvre	42,6	11,4	22,8	23,2
<b>Statut d'activité habituelle</b>				
En emploi	39,6	10,7	25,7	27,0
Aux études	43,3	10,4	24,9	21,4
À la maison	21,5	6,3	24,8	47,4
À la retraite	15,6	4,6	20,2	59,5
Sans emploi	22,7	7,1	17,8	52,4

1. Population qui occupe un emploi.

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

Les seules autres différences significatives se rapportent aux contremaîtres et ouvriers qualifiés, qui seraient moins nombreux en proportion (23 %) à avoir plus d'un problème de longue durée que les employés de bureau, de commerce et de service (30 %), les cadres intermédiaires, les semi-professionnels et les techniciens (29 %) et les professionnels et les cadres supérieurs (29 %).

Le nombre et la durée des problèmes de santé sont également associés au statut d'activité habituelle de la population de 15 ans et plus. Il y a une démarcation évidente entre, d'une part, les personnes à la maison, à la retraite et sans emploi et, d'autre part, les personnes qui étudient et celles qui occupent un emploi. Les premières sont proportionnellement plus nombreuses que les secondes à rapporter plus d'un problème de longue durée et moins nombreuses à n'avoir aucun problème ou à avoir seulement des problèmes de courte durée. Il faut rappeler ici que les

personnes à la retraite comprennent principalement des personnes de 65 ans et plus et que les personnes à la maison sont principalement des femmes, dont une partie importante ont plus de 60 ans. Par ailleurs, bien que les personnes sans emploi diffèrent peu des personnes qui occupent un emploi quant à la répartition selon l'âge, elles sont proportionnellement en plus grand nombre à présenter des problèmes de santé de longue durée.

### 13.2.2 Prévalence des problèmes de santé déclarés et comparaison entre 1987 et 1992

Rappelons que près des deux tiers de la population ont déclaré au moins un problème de santé. Ces problèmes sont reliés à l'incapacité de courte ou de longue durée, à la consultation médicale, à la prise de médicaments, à un accident ou à une maladie chronique reliée ou non à une incapacité.

## Ensemble de la population

En 1998, tout comme en 1987, les problèmes déclarés par une plus grande proportion de la population sont les maux de tête, les affections ostéo-articulaires (arthrite ou rhumatisme, maux de dos ou de la colonne), les allergies ou affections cutanées, la rhinite allergique, les autres allergies et l'hypertension artérielle (tableau 13.4). La prévalence de ces problèmes varie entre environ 9 % (rhinite allergique, allergies ou affections cutanées et hypertension artérielle) et 12 % (maux de tête et arthrite ou rhumatisme). Suivent, avec une prévalence comparable d'environ 5 %, les autres affections respiratoires, les troubles digestifs fonctionnels et l'asthme, puis les maladies cardiaques (4,6 %), les troubles mentaux (4,3 %) et les périodes de grande nervosité (4,1 %). Comme il a été mentionné précédemment, les données de 1998 sur les accidents avec blessures (8 %) et sur les maladies de l'œil (4,0 %) ne sont pas comparables avec celles de 1987.

De toutes les catégories de problèmes rapportés en 1998, seuls les accidents avec blessures présentent une prévalence statistiquement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (9 % c. 6 %). Les catégories où les prévalences présentées par les femmes sont supérieures à celles des hommes comprennent les maux de tête (16 % pour les femmes c. 7 % pour les hommes), l'arthrite ou le rhumatisme (15 % c. 9 %), les autres allergies (13 % c. 8 %), les allergies ou affections cutanées (11 % c. 7 %) et l'hypertension artérielle (10 % c. 7 %). Les données de l'enquête ne permettent pas de déceler de différence significative selon le sexe en ce qui concerne les maux de dos ou de la colonne et la rhinite allergique. Il n'y aurait pas non plus d'écarts entre les hommes et les femmes quant à la prévalence des autres affections respiratoires, de l'asthme, des maladies cardiaques, de la grippe, du diabète, de l'hypercholestérolémie et de quelques autres problèmes de faible prévalence.

Entre 1987 et 1998, la proportion de personnes qui déclarent au moins un problème augmente de façon significative dans toutes les catégories de problèmes dont la prévalence se situe entre environ 5 % et 12 %.

Les différences les plus importantes touchent les maux de tête (8 % en 1987 c. 12 % en 1998), les autres allergies (7 % c. 10 %), la rhinite allergique (6 % c. 9 %) et l'hypertension artérielle (6 % c. 9 %). La hausse s'observe chez les hommes et chez les femmes, à quelques exceptions près. Ainsi, les allergies ou affections cutanées (9 % à 11 %) et les autres affections respiratoires (4,2 % à 6 %) n'augmentent que chez les femmes et les troubles digestifs fonctionnels (2,8 % à 4,1 %), que chez les hommes.

Parmi les problèmes déclarés par moins de 5 % de la population, on peut mentionner, pour la période 1987-1998, une augmentation, autant chez les hommes que chez les femmes, de la prévalence des troubles mentaux (3 % à 4,3 %), des troubles de la thyroïde (1,3 % à 3,7 %), du diabète (1,6 % à 2,8 %), de l'hypercholestérolémie (0,3 % à 2,9 %) et des autres maladies du sang (0,2 % à 1,8 %).

Selon les données de l'enquête, aucune différence significative n'est décelée entre 1987 et 1998 en ce qui concerne la proportion de personnes qui rapportent des maladies cardiaques, des périodes de grande nervosité ou la grippe. D'autres catégories à prévalence plus faible comme les troubles du sommeil, la bronchite ou l'emphysème, les autres troubles digestifs, les troubles urinaires ou les maladies du rein ne présentent pas non plus de variations.



Tableau 13.4

**Prévalence des problèmes de santé selon le sexe, population totale, Québec, 1987 et 1998**

	Hommes		Femmes		Total		Pe
	1987	1998	1987	1998	1987	1998	
	%						'000
Maux de tête	5,1	7,2	11,7	16,2	<b>8,4</b>	<b>11,8</b>	844
Arthrite ou rhumatisme	7,2	8,8	12,7	14,7	<b>10,0</b>	<b>11,8</b>	844
Autres allergies	4,9	7,7	7,9	12,8	<b>6,5</b>	<b>10,3</b>	737
Maux de dos ou de la colonne	7,3	9,7	8,1	10,8	<b>7,7</b>	<b>10,2</b>	733
Rhinite allergique	6,0	9,1	6,1	9,8	<b>6,0</b>	<b>9,4</b>	677
Allergies ou affections cutanées	6,5	7,0	9,3	11,2	<b>7,9</b>	<b>9,1</b>	654
Hypertension artérielle	4,7	7,0	7,9	10,0	<b>6,3</b>	<b>8,5</b>	611
Accidents avec blessures <sup>1</sup>	...	9,2	...	6,3	...	<b>7,8</b>	556
Autres affections respiratoires	4,0	4,9	4,2	6,0	<b>4,1</b>	<b>5,4</b>	390
Troubles digestifs fonctionnels	2,8	4,1	5,0	5,8	<b>3,9</b>	<b>5,0</b>	356
Asthme	2,2	4,5	2,5	5,4	<b>2,3</b>	<b>5,0</b>	356
Maladies cardiaques	4,0	4,8	4,2	4,4	<b>4,1</b>	<b>4,6</b>	329
Troubles mentaux	2,4	3,4	3,6	5,1	<b>3,0</b>	<b>4,3</b>	306
Périodes de grande nervosité	2,3	2,7	4,9	5,4	<b>3,6</b>	<b>4,1</b>	292
Maladies de l'œil <sup>1</sup>	...	2,9	...	5,1	...	<b>4,0</b>	287
Troubles de la thyroïde	0,3*	1,3	2,3	6,2	<b>1,3</b>	<b>3,7</b>	268
Grippe	3,4	3,2	4,0	4,1	<b>3,7</b>	<b>3,7</b>	265
Autres affections ostéo-articulaires	1,7	2,2	2,9	4,0	<b>2,3</b>	<b>3,1</b>	221
Hypercholestérolémie	0,3*	3,0	0,3*	2,8	<b>0,3</b>	<b>2,8</b>	206
Diabète	1,4	2,7	1,9	2,9	<b>1,6</b>	<b>2,8</b>	202
Bronchite ou emphysème	1,8	2,0	1,9	2,6	<b>1,9</b>	<b>2,3</b>	165
Troubles du sommeil	1,3	1,7	2,7	2,8	<b>2,0</b>	<b>2,3</b>	162
Autres troubles digestifs	1,6	1,6	2,6	2,6	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>	152
Troubles urinaires ou maladies du rein	1,3	1,6	2,1	2,1	<b>1,7</b>	<b>1,9</b>	133
Autres maladies du sang	0,2*	2,1	0,3*	1,6	<b>0,2</b>	<b>1,8</b>	130
Malaise et fatigue	1,0	1,2	2,6	2,3	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>	126
Anémie	0,4*	0,5	2,2	2,5	<b>1,3</b>	<b>1,5</b>	108
Ulcères gastriques ou duodénaux	1,9	1,4	1,5	1,4	<b>1,7</b>	<b>1,4</b>	98
Maladies de l'oreille	1,3	1,1	1,2	1,1	<b>1,2</b>	<b>1,1</b>	78
Autres problèmes	7,2	9,5	10,0	12,2	<b>8,6</b>	<b>10,9</b>	780
Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement)	...	...	2,4	7,3	...	...	265

1. Données de 1998 non comparables à celles de 1987.

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

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

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

Comme l'indique le tableau C.13.1, la majorité des problèmes tendent à augmenter avec l'âge. Quelques exceptions concernent certains problèmes reliés aux allergies et aux affections respiratoires. Ainsi, la prévalence de l'asthme et de la grippe présente peu de variations selon l'âge, tandis que pour les autres affections respiratoires, elle est plus élevée chez les plus jeunes (0-14 ans) et les plus âgés (65 ans et plus). La rhinite allergique et les autres allergies ont une plus forte prévalence chez les 15-24 ans et les 25-44 ans. On note également que les allergies ou affections cutanées varient peu selon l'âge. Quant aux accidents avec blessures, ils tendent à être signalés en plus grande proportion par les personnes de 15 à 64 ans que par les jeunes de 0 à 14 ans et les personnes de 65 ans et plus. Enfin, il importe de souligner que près de 25 % des personnes de 65 ans et plus (32 % des 75 ans et plus) ont au moins un problème de la catégorie « autres problèmes » non compris dans les 30 catégories retenues.

#### Enfants de 0 à 14 ans

L'analyse des problèmes de santé selon l'âge et le sexe révèle des observations intéressantes. Ainsi, chez les enfants de moins de 15 ans, les allergies (allergies ou affections cutanées, rhinite allergique, autres allergies) et les problèmes respiratoires (grippe, asthme et autres affections respiratoires) comptent parmi les problèmes déclarés en plus grande proportion (tableau 13.5). Les accidents avec blessures, les maladies de l'oreille et les maux de tête complètent le tableau.

Outre la prévalence de l'asthme qui est plus élevée chez les garçons que chez les filles (8 % c. 4,7 %), aucune différence significative selon le sexe n'est détectée quant aux principaux problèmes de santé des enfants de ce groupe d'âge.

Tableau 13.5  
**Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, population de 0 à 14 ans, Québec, 1987 et 1998**

	Garçons		Filles		Total		Pe
	1987	1998	1987	1998	1987	1998	
	%						'000
Allergies ou affections cutanées	8,1	8,1	8,6	9,8	<b>8,4</b>	<b>8,9</b>	120
Autres allergies	6,5	8,7	6,9	7,0	<b>6,7</b>	<b>7,9</b>	106
Autres affections respiratoires	7,4	7,7	5,9	7,8	<b>6,7</b>	<b>7,7</b>	104
Asthme	3,9	8,4	2,7	4,7	<b>3,4</b>	<b>6,6</b>	88
Accidents avec blessures <sup>1</sup>	...	6,5	...	4,3	...	<b>5,5</b>	73
Grippe	4,8	4,4	5,0	5,4	<b>4,9</b>	<b>4,9</b>	66
Rhinite allergique	3,9	5,4	2,7	3,7	<b>3,3</b>	<b>4,6</b>	62
Maladie de l'oreille	3,0	2,8*	2,6	3,1*	<b>2,8</b>	<b>3,0</b>	40
Maux de tête	1,4*	3,1*	2,0	2,5*	<b>1,7</b>	<b>2,8</b>	37

1. Données de 1998 non comparables à celles de 1987.

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

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

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

Par rapport à l'enquête de 1987, seules quelques variations sont à noter. La prévalence de l'asthme s'est accrue de façon relativement importante, passant de 3,4 % à 7 %; chez les filles, on observe une tendance à la hausse (2,7 % c. 4,7 %) tandis que chez les garçons, il y a une nette augmentation de la prévalence de l'asthme (3,9 % c. 8 %). Bien que leur prévalence soit faible, les maux de tête sont déclarés par une plus forte proportion de jeunes en 1998 qu'en 1987 (2,8 % c. 1,7 %).

#### Adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans

Dans le groupe des adolescents et des jeunes adultes de 15 à 24 ans, les problèmes d'allergies (rhinite allergique, allergies ou affections cutanées et autres allergies), les maux de tête et les accidents avec blessures figurent en tête des problèmes de santé déclarés (tableau 13.6). Comparativement au groupe d'âge précédent, les affections respiratoires (asthme, autres affections respiratoires et grippe) perdent de leur importance, tandis que les maux de dos ou de la colonne (6 %) et les troubles de la menstruation ou de la ménopause (6,3 %) font leur apparition.

Des différences significatives sont observées selon le sexe. Ainsi, les problèmes de santé suivants présentent une prévalence plus élevée chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes : les autres allergies (17 % c. 11 %), les allergies ou affections cutanées (14 % c. 7 %) et les maux de tête (13 % c. 6 %). À l'opposé, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à rapporter des accidents avec blessures (11 % c. 6 %).

Comparativement à 1987, on note une augmentation significative de la rhinite allergique (10 % en 1987 c. 15 % en 1998), des autres allergies (9 % c. 14 %) et de l'asthme (2,5 % c. 6 %); les hausses s'observent tant chez les hommes que chez les femmes. Chez ces dernières, la déclaration de maux de dos ou de la colonne s'accroît de façon significative (4 % c. 7%). Enfin, la prévalence des maux de tête tend à augmenter tant chez les jeunes hommes (4 % c. 6 %) que chez les jeunes femmes (11 % c. 13 %).

Tableau 13.6  
**Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, population de 15 à 24 ans, Québec, 1987 et 1998**

	Hommes		Femmes		Total		Pe
	1987	1998	1987	1998	1987	1998	
	%						'000
Rhinite allergique	9,4	14,2	10,2	15,1	<b>9,8</b>	<b>14,6</b>	143
Autres allergies	6,8	10,6	10,6	17,2	<b>8,7</b>	<b>13,8</b>	135
Allergies ou affections cutanées	7,0	7,1	10,5	14,0	<b>8,7</b>	<b>10,5</b>	102
Maux de tête	4,0	6,1	10,8	13,3	<b>7,4</b>	<b>9,6</b>	93
Accidents avec blessures <sup>1</sup>	...	10,5	...	5,5	...	<b>8,1</b>	78
Maux de dos ou de la colonne	4,1	4,7	4,0	7,0	<b>4,0</b>	<b>5,8</b>	57
Asthme	1,9*	4,2*	3,1	7,0	<b>2,5</b>	<b>5,6</b>	54
Autres affections respiratoires	3,1	3,4*	4,3	4,3*	<b>3,7</b>	<b>3,8</b>	37
Grippe	3,2	2,9*	3,9	3,5*	<b>3,6</b>	<b>3,2</b>	31
Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement)	...	...	3,9	6,3	...	...	30

1. Données de 1998 non comparables à celles de 1987.

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

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

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

## Adultes de 25 à 44 ans

Chez les adultes de 25 à 44 ans, les maux de tête se distinguent des autres catégories de problèmes par leur prévalence élevée dans l'ensemble (17 %) et chez les femmes (24 %) (tableau 13.7). Avec des proportions similaires, la rhinite allergique (14 %), les autres allergies (13 %) et les maux dos ou de la colonne (12 %) constituent les problèmes déclarés en plus grande proportion après les maux de tête. Apparaissent, parmi les principaux problèmes de ce groupe d'âge, l'arthrite ou le rhumatisme (8 %) ainsi que les périodes de grande nervosité et les troubles mentaux (dans les deux cas, près de 5 %).

On observe des différences entre les hommes et les femmes quant à la prévalence des problèmes mentionnés. Ainsi, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à rapporter des problèmes compris dans les catégories suivantes : maux de tête (24 % c. 10 %), autres allergies (17 % c.

9 %), allergies ou affections cutanées (13 % c. 7 %), autres affections respiratoires (6 % c. 3,6 %) et périodes de grande nervosité (6 % c. 2,9 %). La prévalence des troubles mentaux, de même que de l'asthme, tend également à être plus élevée chez les femmes. Les hommes, quant à eux, déclarent davantage d'accidents avec blessures (11 % c. 7 %).

La comparaison entre 1987 et 1998 révèle qu'à l'exception des allergies ou affections cutanées, des périodes de grande nervosité et des troubles fonctionnels, la prévalence des principaux problèmes de santé des personnes de ce groupe d'âge s'est accrue entre les deux enquêtes. L'augmentation est particulièrement marquée pour les maux de tête (13 % c. 17 %), les phénomènes allergiques tels la rhinite allergique (8 % c. 14 %), les autres allergies (7 % c. 13 %) et l'asthme (1,7 % c. 4,5 %).

Tableau 13.7

### Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, population de 25 à 44 ans, Québec, 1987 et 1998

	Hommes		Femmes		Total		Pe
	1987	1998	1987	1998	1987	1998	
	%						'000
Maux de tête	7,6	10,4	18,4	23,8	<b>13,0</b>	<b>17,0</b>	396
Rhinite allergique	8,0	13,2	8,4	14,0	<b>8,2</b>	<b>13,6</b>	316
Autres allergies	5,3	8,9	9,1	16,5	<b>7,2</b>	<b>12,7</b>	294
Maux de dos ou de la colonne	10,7	12,5	10,1	12,2	<b>10,4</b>	<b>12,4</b>	287
Allergies ou affections cutanées	6,0	6,7	11,1	13,2	<b>8,6</b>	<b>9,9</b>	229
Accidents avec blessures <sup>1</sup>	...	10,8	...	6,8	...	<b>8,8</b>	205
Arthrite ou rhumatisme	5,5	6,9	7,4	9,3	<b>6,4</b>	<b>8,1</b>	188
Autres affections respiratoires	2,5	3,6	3,7	5,8	<b>3,1</b>	<b>4,7</b>	109
Périodes de grande nervosité	2,4	2,9	5,2	6,3	<b>3,8</b>	<b>4,6</b>	107
Troubles mentaux	2,5	3,5	4,1	5,6	<b>3,3</b>	<b>4,5</b>	105
Troubles digestifs fonctionnels	2,3	3,6	5,0	5,5	<b>3,7</b>	<b>4,5</b>	105
Asthme	1,3	3,4	2,2	5,7	<b>1,7</b>	<b>4,5</b>	105

1. Données de 1998 non comparables à celles de 1987.

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

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

## Adultes de 45 à 64 ans

Chez les adultes âgés de 45 à 64 ans, les problèmes de santé présentant un caractère chronique se trouvent désormais parmi les problèmes à forte prévalence, soit l'arthrite ou le rhumatisme (20 %), les maux de dos ou de la colonne (15 %) et l'hypertension artérielle (15 %), auxquels viennent s'ajouter les maux de tête (15 %) (tableau 13.8). Dans ce groupe d'âge, la prévalence des problèmes d'allergies (autres allergies, rhinite allergique et allergies ou affections cutanées) demeure relativement importante. Elle se maintient autour de 8 %.

L'écart entre les sexes est relativement important pour certains problèmes. Ainsi, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à souffrir de l'arthrite ou du rhumatisme (24 % c. 15 %), de maux de tête (21 % c. 8 %) et de troubles de la thyroïde (11 % c. 1,9 %). Les autres allergies et les troubles mentaux se trouvent également en plus forte

proportion chez les femmes. C'est chez les femmes de ce groupe d'âge que les troubles de la menstruation ou de la ménopause atteignent la prévalence la plus élevée, soit 20 %. De leur côté, les hommes sont, en proportion, plus nombreux à déclarer des maladies cardiaques (8 % c. 4,4 %).

Comparativement à 1987, la prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme, de l'hypertension artérielle, des maladies cardiaques et des troubles mentaux ne présente pas de différence significative. Par ailleurs, la déclaration des problèmes d'allergies (rhinite allergique et autres allergies), des troubles de la thyroïde et de l'hypercholestérolémie a augmenté de façon significative tant chez les hommes que chez les femmes. On note également une hausse importante de la proportion de femmes qui rapportent des troubles de la menstruation ou de la ménopause (4,4 % à 20 %) et des maux de tête (14 % c. 21 %). Chez les hommes, la prévalence des maux de dos ou de la colonne tend à s'accroître.

Tableau 13.8

### Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, population de 45 à 64 ans, Québec, 1987 et 1998

	Hommes		Femmes		Total		Pe
	1987	1998	1987	1998	1987	1998	
	%						'000
Arthrite ou rhumatisme	13,0	15,3	26,0	23,9	<b>19,7</b>	<b>19,7</b>	336
Maux de dos ou de la colonne	11,4	14,8	13,0	14,9	<b>12,2</b>	<b>14,9</b>	254
Hypertension artérielle	11,8	13,7	16,9	15,7	<b>14,5</b>	<b>14,7</b>	252
Maux de tête	5,8	7,8	13,5	20,9	<b>9,8</b>	<b>14,5</b>	247
Autres allergies	2,2	5,5	6,3	11,8	<b>4,3</b>	<b>8,7</b>	149
Accidents avec blessures <sup>1</sup>	...	9,1	...	7,6	...	<b>8,3</b>	142
Rhinite allergique	3,6	6,4	4,1	9,5	<b>3,9</b>	<b>8,0</b>	136
Allergies ou affections cutanées	4,4	6,1	7,2	9,4	<b>5,8</b>	<b>7,8</b>	133
Maladies cardiaques	8,5	8,2	6,8	4,4	<b>7,6</b>	<b>6,3</b>	108
Troubles de la thyroïde	0,5**	1,9*	4,7	10,6	<b>2,7</b>	<b>6,3</b>	108
Hypercholestérolémie	0,7**	7,1	0,7**	5,3	<b>0,7*</b>	<b>6,2</b>	106
Troubles mentaux	3,5	4,2	5,3	7,5	<b>4,4</b>	<b>5,9</b>	100
Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement)	...	...	4,4	19,5	...	...	169

1. Données de 1998 non comparables à celles de 1987.

\* 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*.

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

## Personnes de 65 ans et plus

Les personnes de 65 ans et plus présentent, pour les hommes et les femmes réunis, les prévalences les plus élevées pour l'hypertension artérielle (37 %), l'arthrite ou le rhumatisme (35 %), les maladies cardiaques (23 %) et les maladies de l'œil (21 %) (tableau 13.9). Ces problèmes comptent parmi les affections déclarées en plus forte proportion dans ce groupe. Pour l'importance de leur prévalence, on peut mentionner aussi les maux de dos ou de la colonne (16 %).

Les femmes demeurent proportionnellement plus nombreuses que les hommes à déclarer des problèmes appartenant aux catégories suivantes : hypertension artérielle (42 % c. 31 %) et arthrite ou rhumatisme (42 % c. 25 %). La prévalence des maladies de l'œil (25 % c. 15 %) et des troubles de la thyroïde (17 % c. 4,5 %) est plus élevée chez les

femmes. Aucune différence selon le sexe n'est détectée quant aux autres catégories faisant partie des principaux problèmes de ce groupe d'âge.

Depuis l'enquête de 1987, une augmentation significative de la prévalence de l'hypertension artérielle, des maux de dos ou de la colonne, des troubles de la thyroïde, du diabète et de l'hypercholestérolémie est observée chez les hommes comme chez les femmes. La prévalence des autres problèmes demeure stable chez les personnes des deux sexes.

Comme, dans l'enquête de 1998, la taille des effectifs dans la strate d'âge des 75 ans et plus est assez grande pour estimer avec un degré de précision suffisant la prévalence des problèmes de santé déclarés en plus grande proportion, il est donc possible de comparer les 75 ans et plus aux 65-74 ans.

Tableau 13.9

### Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, population de 65 ans et plus, Québec, 1987 et 1998

	Hommes		Femmes		Total		Pe
	1987	1998	1987	1998	1987	1998	
	%						'000
Hypertension artérielle	19,2	30,8	33,6	41,8	<b>27,6</b>	<b>37,1</b>	303
Arthrite ou rhumatisme	27,2	24,9	40,1	42,1	<b>34,7</b>	<b>34,8</b>	284
Maladies cardiaques	22,9	24,3	20,1	22,3	<b>21,3</b>	<b>23,2</b>	189
Maladies de l'œil <sup>1</sup>	...	15,2	...	25,4	...	<b>21,1</b>	172
Maux de dos ou de la colonne	8,2	13,3	11,7	17,6	<b>10,2</b>	<b>15,8</b>	129
Troubles digestifs fonctionnels	8,0	10,6	12,7	13,9	<b>10,7</b>	<b>12,5</b>	102
Troubles de la thyroïde	0,8**	4,5*	4,8	16,9	<b>3,1</b>	<b>11,6</b>	95
Diabète	5,6	10,6	7,4	11,3	<b>6,6</b>	<b>11,0</b>	90
Troubles du sommeil	8,4	8,8	12,9	12,1	<b>11,0</b>	<b>10,7</b>	88
Hypercholestérolémie	0,6**	9,6	0,8**	10,3	<b>0,7**</b>	<b>10,0</b>	82

1. Données de 1998 non comparables à celles de 1987.

\* 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*.

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

Comparativement aux individus âgés de 65 à 74 ans, le groupe des 75 ans et plus se distingue par une prévalence plus élevée d'arthrite ou de rhumatisme (42 % c. 31 %), de maladies cardiaques (29 % c. 20 %), de troubles digestifs fonctionnels (18 % c. 10 %) et de maladies de l'œil (33 % c. 14 %) (tableau C.13.1).

### 13.2.3 Diabète

La prévalence du diabète s'est accrue de façon significative, passant de 1,6 % en 1987 à 2,8 % en 1998 (tableau 13.10). L'augmentation touche à la fois les hommes et les femmes, bien qu'elle soit plus marquée chez les hommes, pour lesquels la prévalence a presque doublé. Le manque de précision des estimations chez les moins de 25 ans rend difficile l'interprétation des données pour ces groupes d'âge. Cependant, c'est à partir des 25-44 ans que, pour l'ensemble de la population, un accroissement de la prévalence du diabète est observé. Cet accroissement devient plus important chez les 65 ans et plus. En ce qui a trait à la comparaison entre les sexes, il est intéressant de noter que, chez les 45-64 ans, la prévalence du diabète n'a augmenté que chez les hommes (3,2 % à 5 %), devenant même, en 1998, plus élevée que chez les femmes (5 % c. 3,7 %). Enfin, chez les 65 ans et plus, les hommes et les femmes semblent touchés par la maladie dans des proportions comparables (11 %).

### 13.2.4 Maladies cardiaques

Pour l'ensemble de la population, la prévalence des maladies cardiaques tend à augmenter de façon non significative entre les deux enquêtes, passant de 4,1 % en 1987 à 4,6 % en 1998 (tableau 13.11). La tendance touche surtout les hommes. À l'opposé, on observe une tendance à la baisse chez les personnes de 45 à 64 ans, alors que chez les 65 ans et plus, la prévalence varie peu.

### 13.2.5 Asthme et rhinite allergique

Une attention particulière a été portée aux problèmes d'asthme et de rhinite allergique déclarés par la population. Les données de l'enquête de 1998 semblent venir confirmer l'augmentation de la prévalence de l'asthme, qui serait passée environ du simple au double depuis 1987 (2,3 % c. 5 % en 1998). Ce phénomène est observé chez les moins de 45 ans, dans tous les groupes d'âge, notamment chez les personnes de 25 à 44 ans. Quant à la rhinite allergique, bien que l'augmentation soit moins importante, elle semble toucher davantage les 15-64 ans, plus particulièrement les femmes âgées entre 45 et 64 ans.

Tableau 13.10

#### Prévalence du diabète selon l'âge et le sexe, population totale, Québec, 1987 et 1998

	Hommes		Femmes		Total		Pe
	1987	1998	1987	1998	1987	1998	
	%						'000
0-14 ans	0,2**	0,1**	0,0**	0,1**	0,1**	0,1**	1
15-24 ans	0,4**	0,3**	0,3**	0,1**	0,4**	0,2**	2
25-44 ans	0,6*	1,2*	0,8*	1,7*	0,7	1,4	33
45-64 ans	3,2	5,2	3,7	3,7	3,5	4,4	75
65 ans et plus	5,6	10,6	7,4	11,3	6,7	11,0	90
<b>Total</b>	<b>1,4</b>	<b>2,7</b>	<b>1,9</b>	<b>2,9</b>	<b>1,6</b>	<b>2,8</b>	<b>202</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*.

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

Tableau 13.11

**Prévalence des maladies cardiaques selon l'âge et le sexe, population totale, Québec, 1987 et 1998**

	Hommes		Femmes		Total		Pe
	1987	1998	1987	1998	1987	1998	
	%						'000
0-14 ans	0,5**	0,2**	0,4**	0,1**	0,5**	0,2**	2
15-24 ans	0,2**	0,4**	0,6**	0,5**	0,4**	0,5*	5
25-44 ans	1,0*	1,0*	1,3	1,2*	1,1	1,1	25
45-64 ans	8,5	8,2	6,8	4,4	7,6	6,3	108
65 ans et plus	22,9	24,3	20,1	22,3	21,3	23,2	189
<b>Total</b>	<b>4,0</b>	<b>4,8</b>	<b>4,2</b>	<b>4,4</b>	<b>4,1</b>	<b>4,6</b>	<b>329</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*.

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

En 1998, l'impact de l'asthme sur l'utilisation des services et la limitation des activités est notable (tableau 13.12). En effet, la prévalence des indicateurs suivants est significativement plus élevée chez les asthmatiques : consultation d'un médecin au cours d'une période de deux semaines (un asthmatique sur quatre), hospitalisation au cours d'une période de douze mois (15 % des cas) et hospitalisations répétées au cours de cette même période de temps (41 % des asthmatiques ont été hospitalisés plus d'une fois). Quant à la limitation des activités, le nombre moyen annuel de journées d'incapacité est environ deux fois plus élevé chez les asthmatiques que chez les non-asthmatiques (36 jrs c. 16 jrs).

Tableau 13.12

**Impact de l'asthme sur l'utilisation des services et la limitation d'activités, population totale, Québec, 1998**

	Asthme	
	Oui	Non
Consultation d'un médecin au cours d'une période de deux semaines	24,4 %	14,1 %
Hospitalisation au cours d'une période de 12 mois	15,2 %	5,9 %
Deux hospitalisations et plus au cours d'une période de 12 mois	40,7 %	19,6 %
Nombre moyen annuel de journées d'incapacité	36,0 jrs	15,9 jrs

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

## Conclusion

### Synthèse et pistes de recherche

#### Nombre et durée des problèmes de santé

Environ deux Québécois sur trois (64 %) ont déclaré au moins un problème de santé susceptible d'être à l'origine d'une limitation des activités ou d'un recours aux services de santé ou la conséquence d'un accident. D'une manière générale, la proportion de personnes ayant déclaré au moins un problème de santé est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et elle augmente avec l'âge chez les personnes des deux sexes. La même situation se dégage pour la catégorie des personnes ayant déclaré plus d'un problème de santé chronique. Par contre, l'enquête ne permet pas de déceler de différence selon l'âge ou le sexe quant à la proportion de personnes ayant déclaré un seul problème de longue durée, ce qui concerne près d'une personne sur quatre. Environ 10 % de la population ne rapporte que des problèmes de courte durée.

Le nombre et la durée des problèmes de santé déclarés varient selon certaines caractéristiques socioéconomiques de la population. Ainsi, les personnes les plus pauvres, de même que les personnes à la retraite, à la maison ou en chômage, sont les plus susceptibles de déclarer plus d'un problème de santé de longue durée. Par ailleurs, les



contremaîtres et ouvriers qualifiés et les ouvriers non qualifiés et manœuvres sont moins nombreux à rapporter des problèmes de santé que les personnes faisant partie des autres catégories professionnelles. Enfin, il importe de noter l'absence d'association entre la déclaration de problèmes de santé et la scolarité relative, variable qui élimine l'effet de l'âge. Cet effet peut sans doute être évoqué en ce qui concerne l'association observée entre le nombre et la durée des problèmes de santé déclarés et les autres caractéristiques socioéconomiques examinées.

Lors de l'enquête *Santé Québec 1987*, près de 55 % de la population avait rapporté au moins un problème de santé. Aux quelques questions supplémentaires, s'ajoute le vieillissement de la population pour donner, dans l'enquête de 1998, une proportion estimée à 64 %. Ces deux phénomènes ne semblent avoir touché que la proportion de la population ayant déclaré plus d'un problème de santé, qui est passée de 27 % à 39 %. La proportion de personnes n'ayant rapporté qu'un seul problème est demeurée sensiblement la même (27 % c. 25 %) (Santé Québec, 1988).

#### Prévalence des problèmes de santé déclarés

En 1998, les problèmes ostéo-articulaires, dont l'arthrite ou le rhumatisme et les maux de dos ou de la colonne, comptent, avec les maux de tête, l'allergie sous toutes ses formes et l'hypertension artérielle, parmi les problèmes déclarés par une plus forte proportion de la population québécoise.

Selon l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) 1996-1997 (Statistique Canada 1998), réalisée auprès de la population de 12 ans et plus, les prévalences observées pour le Québec concernant l'arthrite ou le rhumatisme (12 %) et les maux de dos (11 %) sont à peu près les mêmes que celles révélées par la présente enquête. Ces prévalences sont légèrement inférieures à celles de l'ensemble du Canada, qui s'établissent à 14 % pour chacun de ces problèmes. Le Québec se situe parmi les provinces ayant les prévalences les plus faibles pour les deux catégories de problèmes (Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999).

Soulignons au passage que selon l'indice LMS<sup>1</sup> (lésions musculo-squelettiques) de la présente enquête, la proportion de la population ayant déclaré au moins un problème du système ostéo-articulaire, des muscles et des tendons s'élève à près de 20 % (23 % chez les femmes et 17 % chez les hommes). C'est dans le groupe d'âge des 45 ans et plus que les prévalences sont les plus élevées (26 % chez les 45 à 64 ans et 37 % chez les 65 ans et plus) (données non présentées).

Une autre comparaison avec l'ENSP 1996-1997 permet d'observer une concordance entre les deux enquêtes quant à la prévalence de l'hypertension artérielle dans la population québécoise. Avec une prévalence estimée à 9 %, le Québec demeure près de la moyenne canadienne (10 %) et parmi les provinces à faible taux. Pour ce qui est des maladies cardiaques, la prévalence du Québec se compare à celle de l'ensemble du Canada (4,6 % c. 4 %); il en est de même pour le diabète (2,8 % c. 3 %).

En raison des différences de classification, les allergies ne sont pas comparables entre les deux enquêtes, mais leur importance relative élevée s'observe également dans l'ENSP 1996-1997. Ainsi, la proportion de personnes qui souffrent d'allergies est estimée à 22 % pour le Québec et pour l'ensemble du Canada. Elle varie entre 15 % et 25 % selon les provinces.

Enfin, selon les données de l'ENSP 1996-1997, la prévalence de l'asthme est la même au Québec et au Canada, soit 7 %. Dans la présente enquête, elle est estimée à 5 %. Cette différence est difficile à expliquer, puisque les réponses pouvaient être fournies par une tierce personne dans les deux enquêtes, qui ont été menées à environ une année d'intervalle.

---

<sup>1</sup> L'indice LMS se définit par une réponse positive à l'une ou l'autre des questions sur les problèmes suivants : sérieux maux de dos ou de la colonne, arthrite ou rhumatisme, autre problème sérieux des os ou des articulations, autre problème sérieux des muscles ou des tendons.

En proportion, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à rapporter certains problèmes de santé dont les maux de tête, l'arthrite ou le rhumatisme, les allergies (allergies ou affections cutanées et autres allergies) et l'hypertension artérielle. Seuls les problèmes liés à la catégorie des accidents avec blessures sont plus souvent déclarés par les hommes que par les femmes.

Les allergies (allergies ou affections cutanées, rhinite allergique et autres allergies), les affections respiratoires (asthme, grippe et autres affections respiratoires) de même que les accidents avec blessures sont, en proportion, les problèmes mentionnés par un plus grand nombre de garçons et de filles de moins de 15 ans. Un seul écart se manifeste selon le sexe : la prévalence de l'asthme est plus élevée chez les garçons.

Chez les adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans, les problèmes d'allergies (rhinite allergique, autres allergies et allergies et affections cutanées) figurent en tête des problèmes déclarés, auxquels viennent s'ajouter les maux de tête, les accidents avec blessures et les maux de dos ou de la colonne. Les jeunes femmes sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer des maux de tête et des allergies que les jeunes hommes qui, pour leur part, présentent une prévalence plus élevée d'accidents avec blessures.

Dans le groupe des 25-44 ans, prédominent les mêmes problèmes que ceux du groupe d'âge précédent tandis qu'apparaissent, parmi les principaux problèmes, l'arthrite ou le rhumatisme, les troubles mentaux et les périodes de grande nervosité. Les femmes rapportent, en plus grande proportion que les hommes, des maux de tête, des problèmes d'allergies (allergies ou affections cutanées et autres allergies) et des périodes de grande nervosité. Les hommes déclarent davantage d'accidents avec blessures et moins de problèmes d'arthrite ou de rhumatisme.

Certains problèmes de santé à caractère plus chronique sont davantage prévalents chez les

personnes de 45 à 64 ans. Ce sont l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos ou de la colonne et l'hypertension artérielle. Les maux de tête demeurent importants. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à rapporter des problèmes d'arthrite ou de rhumatisme, des maux de tête et des troubles de la thyroïde. De leur côté, les hommes déclarent, en plus grande proportion, des maladies cardiaques. Par ailleurs, les troubles de la menstruation et de la ménopause touchent une femme sur cinq dans ce groupe d'âge.

Les personnes de 65 ans et plus souffrent principalement d'hypertension artérielle, d'arthrite ou de rhumatisme, de maladies cardiaques et de maladies de l'œil. La prévalence de ces problèmes est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, à l'exception des maladies cardiaques, rapportées par une proportion semblable d'hommes et de femmes.

Comparativement aux données de l'enquête de 1987 et tel qu'on l'anticipait, on note une augmentation de la prévalence de la majorité des problèmes de santé déclarés, et plus particulièrement des problèmes ostéo-articulaires (arthrite ou rhumatisme, maux de dos ou de la colonne et autres affections ostéo-articulaires), de l'hypertension artérielle et du diabète. Quoique le vieillissement de la population figure en tête de liste des facteurs explicatifs, l'hypertension artérielle et le diabète ont vu leur prévalence réelle augmenter, surtout dans la strate d'âge des 65 ans et plus. La recherche plus intensive des cas et l'abaissement des seuils diagnostiques dans le cas du diabète sont des facteurs qui ont pu contribuer à l'augmentation des données de prévalence de ces deux problèmes de santé.

La hausse importante de la prévalence des troubles de la thyroïde (chez les 65 ans et plus), de l'hypercholestérolémie (chez les 45 à 64 ans) et des autres maladies du sang pourrait s'expliquer en partie par des changements dans la pratique médicale, qui se traduisent par un dépistage accru des hyperlipidémies et des problèmes thyroïdiens et par certaines pratiques visant à encourager la

consommation d'acide acétylsalicylique (aspirine) chez les personnes à risque de complications cardiovasculaires. De la même façon, la prévalence plus élevée des troubles de la menstruation ou de la ménopause chez les femmes de 45 à 64 ans pourrait en partie être attribuable à la prise d'hormones à la ménopause, déclarée par une plus forte proportion de femmes de ce groupe d'âge.

Il faut signaler aussi la hausse sensible des allergies respiratoires (asthme et rhinite allergique) entre 1987 et 1998 dans tous les groupes d'âge de 0 à 44 ans, tant chez les hommes que chez les femmes et plus particulièrement chez les enfants. Cette observation vient confirmer l'accroissement généralisé des allergies.

Parmi les problèmes de santé physique faisant l'objet de la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992), les maux de dos sont les seuls visés par une réduction de la prévalence, chiffrée à 10 %. Selon les données de l'enquête, l'objectif ne serait pas atteint, puisque la prévalence de ce type de problèmes a augmenté, étant passée de 8 % à 10 %.

Des pistes de recherche se dégagent des conclusions de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Ainsi, l'accroissement des problèmes d'allergies autres que l'asthme, au sein de la population québécoise, tant chez les hommes que chez les femmes, résulte-t-il d'une augmentation réelle de l'incidence du phénomène ou d'un artéfact lié à des procédures diagnostiques plus répandues (par exemple les tests d'allergie)? Dans le même ordre d'idées, quels sont les liens qui existent entre, d'une part, l'évolution du poids corporel et les changements d'habitudes alimentaires entre 1987 et 1998 et, d'autre part, la prévalence plus élevée de diabète en 1998? De plus, l'augmentation des maux de tête chez les jeunes de 15 à 24 ans nous amène à rechercher les facteurs de risque individuels et environnementaux et les co-morbidités susceptibles d'expliquer cet accroissement.

Le présent chapitre met l'accent sur la prévalence des problèmes de santé, mais d'autres chapitres du rapport font le lien entre les problèmes et l'incapacité

de courte et de longue durée, de même qu'entre les problèmes et la consultation d'un professionnel. De surcroît, un chapitre est consacré aux accidents avec blessures. D'autres études pourraient examiner les problèmes de santé comme raison de consommation de médicaments. Il serait également souhaitable que la section sur les problèmes de longue durée fasse l'objet d'une étude plus approfondie, non seulement en fonction de l'âge et du sexe, mais également en fonction de la scolarité et du niveau de revenu.

Par ailleurs, on pourrait également faire la lumière sur les problèmes plus spécifiques aux personnes de 65 ans et plus en analysant, par exemple, la classe « autres problèmes », qui touche le quart des personnes de ce groupe d'âge. La co-morbidité chez les personnes de ce groupe d'âge est aussi un sujet qui devrait intéresser chercheurs et intervenants. Il serait également utile de connaître l'état de santé des personnes « à la maison » et des personnes « sans emploi » qui, rappelons-le, sont plus nombreuses à présenter des problèmes de longue durée.

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

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* doivent être envisagés par les planificateurs sous différents angles, notamment sous celui de la promotion de la santé et des mesures préventives à mettre en œuvre pour agir sur les conditions de vie favorables à la santé et sur certains facteurs de risque connus des problèmes de santé. D'autre part, les tendances constatées confirment les observations faites ailleurs et nécessitent également une planification à long terme sur le plan des soins, du maintien de l'état de santé et de la réadaptation des personnes.

Le phénomène du vieillissement de la population, comme celui du développement technologique, qu'il soit diagnostique ou thérapeutique, trouvent leur écho dans les observations qui sont faites dans la présente enquête. Les principales affections responsables de la plus grande partie de la morbidité déclarée par la population ont connu une augmentation de la prévalence entre 1987 et 1998. Cette augmentation de

la prévalence peut être attribuable au vieillissement de la population, qui entraîne un accroissement de la prévalence des conditions morbides multisystémiques certes, mais également à une plus grande assiduité des professionnels de la santé dans la recherche de certains problèmes (ex. : problèmes thyroïdiens et diabète), d'autant plus que les avancées technologiques diagnostiques sont plus performantes dans bien des domaines. De plus, l'augmentation de certaines pathologies peut être attribuable à l'efficacité accrue des technologies thérapeutiques, incluant les médicaments, qui contribue à améliorer l'espérance de vie. Par ailleurs, certains problèmes de santé semblent en progression, sans égard au vieillissement de la population ni aux progrès technologiques (ex. : maux de dos, asthme et rhinite allergique chez les 0-44 ans).

Du point de vue du planificateur, les données rappellent l'importance d'une vision à long terme sur le plan de l'organisation des services de première ligne (ex. : maintien à domicile) et des services spécialisés, de même que de la planification des ressources humaines, technologiques et financières qui seront nécessaires.

Les coûts générés par une augmentation réelle de certains problèmes, mais également par une prise en charge plus intensive de certaines affections, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique, vont nécessiter une révision de l'allocation des ressources disponibles. L'augmentation des coûts reliée à l'utilisation des médicaments, qui sont par ailleurs plus chers, est une donnée également très importante de l'équation. Les effets délétères de l'utilisation de la pharmacopée disponible doivent être évalués. Des débats entourant le contrôle des coûts du système de soins ou encore le financement insuffisant du réseau de la santé et des services sociaux sont nécessaires.

Les planificateurs doivent également envisager de renforcer les efforts de prévention en général, pour qu'à l'accroissement de l'espérance de vie corresponde une meilleure espérance de vie en bonne santé. La prévalence importante de certains problèmes chez les groupes plus jeunes (ex. : asthme,

allergies, accidents avec blessures, maux de dos) est également préoccupante en raison de la morbidité et des coûts financiers et sociaux qu'ils engendrent à court et à long terme. Ces observations soulèvent des hypothèses sur le plan de la recherche des causes de ces problèmes et de mesures préventives plus efficaces, mais elles suscitent également des interrogations sur les moyens d'utiliser de façon plus optimale les mesures préventives déjà reconnues efficaces.

Finalement, les disparités observées selon certaines caractéristiques socioéconomiques en regard de la morbidité déclarée par la population rappellent l'importance de la lutte aux inégalités sociales associées aux inégalités des chances de vivre en bonne santé.

# Bibliographie

---

BARCELO, A. (1996). « Série de monographies sur les maladies liées au vieillissement, VIII, Diabète sucré non insulino dépendant (DSNID) », Santé Canada, *Maladies chroniques au Canada*, vol. 17, n° 1, p. 1-21.

CAVELAARS, A., A. E. KUNST, J. J. M. GEURTS et autres (1998). « Differences in self reported morbidity by educational level: A comparison of 11 Western European countries », *J Epidemiol Community Health*, vol. 52, p. 219-227.

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Santé Canada, Statistique Canada, ICIS, 368 p.

FORD, E. S., D. F. WILLIAMSON et S. LIU (1997). « Weight change and diabetes incidence: Findings from a national cohort of US adults », *Am J Epidemiol*, vol. 146, p. 214-22.

LEIBSON, C. L., P. C. O'BRIEN, E. ATKINSON, P. J. PALUMBO et J. L. III MELTON (1997). « Relative contributions of incidence and survival to increasing prevalence of adult-onset diabetes mellitus: A population-based study », *Am J Epidemiol*, vol. 146, p. 12-22.

LEPORI, M., et P. NICOD (1997). « Epidemiology of cardiovascular diseases: Role of ovarian hormones », *Schweizerische Rundschau fur Medizin Praxis*, vol. 86, n° 5, p. 150-153 (Abstract).

MACKENBACH, J. P., et A. E. KUNST (1997). « Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe », *Social Science and Medecine*, vol. 44, n° 6, p. 757-771.

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

THE NOVA SCOTIA-SASKATCHEWAN CARDIOVASCULAR DISEASE EPIDEMIOLOGY GROUP (1992). « Trends in incidence and mortality from acute myocardial Infarction in Nova Scotia and Saskatchewan 1974 to 1985 », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 8, n° 3, p. 253-258.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977). *Manuel de classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, vol. 1 (9<sup>e</sup> révision), Genève, 783 p.

PATY, E., J. PAUPE, J. DE BLIC et P. SCHEINMANN (1996). « L'enfant allergique », *Revue du Praticien*, vol. 46, n° 8, p. 975-979.

SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 337 p.

SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHENARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 412 p.

STATISTIQUE CANADA (1996). *Indicateurs sur la santé*, édition 1996, Ottawa, Ontario.

STATISTIQUE CANADA (1998). *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, catalogue n° 82-567, 19 p.

VERBRUGGE, L. M. J. M. LEPROWSKI et Y. IMANAKA (1989). « Comorbidity and its impact on disability », *The Milbank Quarterly*, vol. 67, n° 3-4, p. 484.



# Tableau complémentaire

Tableau C.13.1

## Prévalence des problèmes de santé selon l'âge, population totale, Québec, 1998

	Groupe d'âge (ans)							Total
	0-14	15-24	25-44	45-64	65 et plus	65-74	75 et plus	
	%							
Maux de tête	2,8	9,6	17,0	14,5	8,7	9,4	7,3*	<b>11,8</b>
Arthrite et rhumatisme	0,5**	2,9*	8,1	19,7	34,8	30,7	42,3	<b>11,8</b>
Autres allergies	7,9	13,8	12,7	8,7	6,6	7,3	5,3*	<b>10,3</b>
Maux de dos ou de la colonne	0,5**	5,8	12,4	14,9	15,8	15,3	16,6	<b>10,2</b>
Rhinite allergique	4,6	14,6	13,6	8,0	2,5*	2,5*	2,5**	<b>9,4</b>
Allergies ou affections cutanées	8,9	10,5	9,9	7,8	8,5	8,1	9,4*	<b>9,1</b>
Hypertension artérielle	0,0**	0,4**	2,2	14,7	37,1	34,4	42,1	<b>8,5</b>
Accidents avec blessures	5,5	8,1	8,8	8,3	6,9	7,0	6,8*	<b>7,8</b>
Autres affections respiratoires	7,7	3,8*	4,7	4,4	7,9	7,1	9,3*	<b>5,4</b>
Troubles digestifs fonctionnels	2,2*	2,2*	4,5	5,7	12,5	9,7	17,6	<b>5,0</b>
Asthme	6,6	5,6	4,5	3,6	5,7	5,1*	6,7*	<b>5,0</b>
Maladies cardiaques	0,2**	0,5**	1,1*	6,3	23,2	19,9	29,3	<b>4,6</b>
Troubles mentaux	1,6*	1,8*	4,5	5,9	7,6	6,5	9,5*	<b>4,3</b>
Période de grande nervosité	0,2**	1,9*	4,6	5,7	8,0	7,9	8,2*	<b>4,1</b>
Maladies de l'œil	1,2*	0,9**	1,2*	3,6	21,1	14,3	33,4	<b>4,0</b>
Troubles de la thyroïde	0,2**	0,4**	2,5	6,3	11,6	11,1	12,7	<b>3,7</b>
Grippe	4,9	3,2*	3,2	4,2	2,8*	2,6*	3,1**	<b>3,7</b>
Autres affections ostéo-articulaires	0,5**	1,5*	2,2	5,1	7,7	7,6	8,0*	<b>3,1</b>
Hypercholestérolémie	0,1**	0,0**	0,8*	6,2	10,0	11,7	6,9*	<b>2,9</b>
Diabète	0,1**	0,2**	1,4*	4,4	11,0	10,8	11,5*	<b>2,8</b>
Bronchite ou emphysème	1,5*	1,0**	1,5*	2,6	6,6	5,9*	7,8*	<b>2,3</b>
Troubles du sommeil	0,1**	0,2**	0,9*	3,0	10,7	8,8	14,2	<b>2,3</b>
Autres troubles digestifs	0,5**	0,6**	1,7	3,3	5,2	5,0*	5,6*	<b>2,1</b>
Troubles urinaires ou maladies du rein	0,7**	0,7**	1,2*	2,0*	6,7	5,1*	9,8*	<b>1,9</b>
Autres maladies du sang	0,0**	0,0**	0,2**	2,5	9,9	9,0	11,7*	<b>1,8</b>
Malaise et fatigue	0,1**	1,4 '	2,1	2,2	3,0*	2,1**	4,5**	<b>1,8</b>
Anémie	0,3**	1,2 '	1,5*	1,6*	3,6*	2,8	5,2	<b>1,5</b>
Ulcères gastriques ou duodénaux	0,0**	0,5**	1,5*	1,7*	3,6*	3,3*	4,1**	<b>1,4</b>
Maladies de l'oreille	3,0	0,6**	0,6**	0,7**	0,9**	0,9**	0,9**	<b>1,1</b>
Autres problèmes	7,4	7,3	8,2	12,7	24,5	20,7	31,5	<b>10,9</b>
Troubles de la menstruation ou de la ménopause (femmes seulement)	0,2**	3,1*	1,9	9,9	2,4*	3,2*	1,0**	<b>3,7</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*.





# Problèmes auditifs et problèmes visuels

Louise Paré

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

Madeleine Levasseur

Institut national de santé publique du Québec

---

## Section I Problèmes auditifs

### Introduction

La surdité et les acouphènes sont deux problèmes de santé importants sur le plan de la prévalence et des conséquences vécues par les personnes qui en sont atteintes. On estime qu'au moins 10 % des adultes présentent une perte auditive (Davis, 1989; Wilson, 1992). Ce sont principalement les personnes âgées et les personnes exposées au bruit au travail qui sont atteintes de surdité (Phaneuf et Héту, 1990). Chez les personnes âgées, la surdité entraîne une diminution d'autonomie, de l'isolement social, une moins bonne perception de l'état de santé, une image de soi altérée, une diminution de la qualité de vie et une tendance à des états dépressifs (Bess et autres, 1989; Gilhorne Herbst, 1983; Weinstein et Ventry, 1982; Gilhorne Herbst et Humphrey, 1980). Chez les personnes plus jeunes, en particulier les travailleurs atteints de surdité professionnelle, les conséquences sont semblables (Héту et autres, 1995; Hallberg et Barrenäs, 1993; Hallberg et Carlsson, 1991; Jones et autres, 1987).

L'acouphène est une sensation auditive perçue sans stimulation extérieure. Il se présente souvent sous la forme de sifflement ou de bourdonnement. Environ 10 % des adultes ont des acouphènes (Davis, cité dans Sanchez et autres, 1999; Axelsson et Ringdahl, 1989). Les acouphènes, dont l'incidence augmente avec l'âge, se retrouvent principalement chez les personnes atteintes de surdité. De plus, ces dernières ont généralement des acouphènes plus fréquents et plus dérangeants (Axelsson et Ringdahl, 1989; Scott et autres, 1990). L'exposition au bruit intense est une cause fréquente d'apparition des acouphènes. (Pilgramm et autres, 1999; National

Institutes of health – Office of medical application of research, 1990). Les acouphènes peuvent avoir diverses conséquences : anxiété, problème de sommeil, manque de concentration, diminution de la qualité de vie, dépression (Sanchez et autres, 1999; Scott et autres, 1990; Harrop-Griffiths et autres cité dans Scott et autres, 1990).

Malgré leur fréquence et leurs conséquences, la surdité et les acouphènes sont des problèmes de santé largement sous-estimés au Québec à cause d'un grave manque de données. En effet, la première enquête générale n'ayant fourni que des données très parcellaires sur la surdité (Santé Québec, 1988), très peu de données québécoises étaient disponibles jusqu'à maintenant sur la prévalence de ces problèmes. L'information spécifique sur les taux de prévalence pour différentes catégories d'individus (personnes vieillissantes, individus exposés au bruit au travail), sur le taux de consultation et sur l'impact de ces problèmes servira à mieux planifier les programmes de santé sur le plan de la prévention, de la réadaptation et du soutien aux personnes atteintes.

Dans le présent chapitre, l'audition est examinée selon l'âge et le sexe. Elle est également analysée en fonction de l'exposition au bruit au travail et de la perception de l'état de santé. Les acouphènes sont étudiés selon l'âge, le sexe et l'état de l'audition. La consultation pour ces problèmes d'audition est aussi présentée selon l'âge, le sexe et la gravité du problème.

## 14.1 Aspects méthodologiques

### 14.1.1 Indicateurs

L'audition est basée sur un ensemble de capacités auditives. La sensibilité auditive, la capacité de percevoir un stimulus sonore en présence d'un autre, la discrimination auditive, la capacité de percevoir un son dans les deux oreilles et d'en faire la sommation, de même que la capacité de localiser un son dans l'espace en sont quelques-unes (Leroux et Lalonde, 1993). Dans *l'Enquête sociale et de santé 1998*, l'évaluation de l'état de l'audition s'est faite au moyen d'une question posée au répondant du ménage dans le questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) qui devait répondre pour lui-même et pour chacun des membres du ménage, et qui porte sur la capacité d'entendre et de comprendre la voix dans le silence sans prothèse auditive s'il y a lieu : « Habituellement, ... est-il (elle) capable d'entendre et de comprendre ce qu'une personne lui dit dans une pièce silencieuse si la personne lui parle à voix élevée, ... à voix normale, ... à voix basse? » (QRI139). Cette question englobe quelques-unes des nombreuses capacités liées à l'audition. Elle a été retenue parce qu'elle avait été utilisée dans de vastes enquêtes en Grande-Bretagne et en Australie (Davis, 1983 et 1989; Wilson, 1992). Pour faciliter le traitement des données, ne pas entendre la voix chuchotée a été classé perte auditive légère, la voix normale, perte modérée et la voix forte, perte sévère. Cette nomenclature qui facilite la présentation des résultats n'a aucun lien avec les situations de handicap vécues par les personnes qui déclarent avoir une perte auditive. Ainsi, une perte légère peut entraîner de graves répercussions dans la vie sociale, familiale ou professionnelle d'une personne alors que pour une autre, une perte modérée sera beaucoup moins handicapante. Plusieurs facteurs, dont la présence d'autres incapacités auditives, interagissent pour produire les situations de handicap. La question QRI140 permet de savoir si la personne a déjà consulté un professionnel de la santé pour sa difficulté à entendre.

Les problèmes auditifs et la présence de bruit intense au travail ont été examinés chez ceux qui ont signalé

occuper un emploi rémunéré au moment de l'enquête. Les données sur le bruit au travail proviennent du questionnaire autoadministré (QAA), plus précisément de la question : « Dans le cadre de votre (vos) emploi(s) actuel(s), êtes-vous exposé au bruit intense (difficile d'avoir une conversation à quelques pieds de distance, même en criant)? » (QAA80).

En ce qui concerne les acouphènes, les questions provenant de la section XV du questionnaire auto-administré permettent d'examiner trois caractéristiques. Une première question porte sur la présence d'acouphènes « Entendez-vous des bruits (bourdonnements, tintements ou sifflements) dans vos oreilles ou dans votre tête pendant des périodes d'au moins 5 minutes? » (QAA199). Deux autres questions portent sur la fréquence de ces acouphènes et sur le dérangement qu'ils provoquent : « À quelle fréquence entendez-vous ces bruits? » (QAA200) et « Est-ce que ces bruits vous dérangent? » (QAA201). Ces caractéristiques ont été mesurées dans les enquêtes rapportées par Davis (1983 et 1989), Coles (1984) et Axelsson et Ringdahl (1989).

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

Bien que des données sur l'audition aient été recueillies lors de l'enquête de 1987, elles ne sont en rien comparables à celles obtenues en 1998, puisqu'elles visaient à savoir, d'une part, si les personnes qui portaient un appareil auditif avaient de la difficulté à entendre, même avec leur appareil, et, d'autre part, si celles qui n'en portaient pas avaient de la difficulté à entendre une conversation normale. De plus, ces questions étaient posées dans le questionnaire autoadministré, et de ce fait, répondues par les personnes elles-mêmes. Le thème n'a pas été abordé lors de *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

### 14.1.3 Portée et limites des données

La question sur l'évaluation de l'audition (QRI139) semble ne pas avoir mesuré les mêmes incapacités chez tous les répondants. Certains ont déclaré ne pas entendre ni comprendre la voix élevée ou normale

alors qu'ils en sont capables pour la voix basse, ou ne pas entendre la voix élevée alors qu'ils entendent la voix normale. Ce type de réponses pourrait être relié à la présence de certaines incapacités auditives particulières comme une perception de la sensation auditive anormale (hypersonie). Les termes décrivant l'intensité de la voix entendue (basse et élevée) pourraient aussi avoir été interprétés plutôt comme la hauteur de la voix (grave et aiguë). Après examen d'autres variables touchant l'audition, ces 97 réponses ambiguës ont été classées pertes auditives légères. Elles touchent environ 6 % des répondants ayant déclaré une perte auditive ou 9 % des répondants qui se retrouvent dans la catégorie « perte auditive légère ».

Bien que la question sur l'audition s'adressait à la population de 15 ans et plus, les résultats portant sur l'audition des jeunes de 15 ans ne sont pas disponibles à cause d'un problème informatique. Ainsi, toute l'analyse des résultats sur l'audition porte sur les 16 ans et plus. Par contre, l'information sur les acouphènes a trait à la population de 15 ans et plus.

Contrairement aux deux enquêtes d'où la question sur l'audition a été tirée, dans la présente enquête québécoise, la réponse est donnée par un tiers, ce qui peut avoir un impact sur la qualité de l'information fournie. Par contre, les questions sur les acouphènes ont été répondues par les personnes elles-mêmes. Cette différente façon de faire pourrait introduire un biais lorsque les données sur l'audition sont mises en lien avec celles sur les acouphènes dans l'analyse des résultats. Par ailleurs, l'examen de la condition d'exposition au bruit présente uniquement au moment de l'enquête contribue probablement à sous-estimer l'exposition au bruit subie depuis plusieurs années. En effet, il est reconnu que la nocivité du bruit est liée non seulement à son intensité, mais aussi à la durée d'exposition. Enfin, il est à noter que le taux de non-réponse partielle pour ces questions est inférieur à 5 %.

Il faut aussi rappeler le fait que l'enquête exclut une population fortement à risque de perte auditive et d'acouphènes constituée des personnes âgées vivant en institution.

## 14.2 Résultats

### 14.2.1 Audition

Variations selon le sexe et l'âge

Les Québécois de 16 ans et plus affirment avoir de la difficulté à entendre dans une proportion d'environ 7 % : près de 5 % ont une perte auditive légère, et un peu plus de 2 % ont une perte modérée ou sévère (tableaux 14.1 et 14.2). Dans l'ensemble, les hommes sont, en proportion, plus nombreux que les femmes à déclarer avoir une perte auditive (9 % c. 6 %). Cette différence est attribuable à l'écart observé dans la catégorie perte légère. Aucune différence significative n'est observée en ce qui concerne les pertes modérées et sévères. On retrouve également des écarts importants entre les hommes et les femmes selon l'âge. C'est chez les personnes de 45 à 74 ans que la différence entre les sexes est la plus marquée. Environ deux fois plus d'hommes que de femmes déclarent une perte d'audition dans le groupe des 45-64 ans (10 % c. 5 %) et dans le groupe des 65-74 ans (22 % c. 12 %).

Tableau 14.1

**Perte auditive selon le sexe et l'âge, population de 16 ans et plus, Québec, 1998**

	%	Pe '000
<b>Hommes</b>		
16-24 ans	2,8**	12
25-44 ans	4,4	52
45-64 ans	10,2	86
65-74 ans	21,5	53
75 ans et plus	34,2	35
<b>Total</b>	<b>8,5</b>	<b>238</b>
<b>Femmes</b>		
16-24 ans	1,9**	8
25-44 ans	3,4	39
45-64 ans	5,4	47
65-74 ans	11,9	33
75 ans et plus	25,2	47
<b>Total</b>	<b>6,0</b>	<b>175</b>
<b>Sexes réunis</b>		
16-24 ans	2,4*	20
25-44 ans	3,9	91
45-64 ans	7,8	133
65-74 ans	16,4	86
75 ans et plus	28,3	82
<b>Total</b>	<b>7,2</b>	<b>413</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*.

Tableau 14.2

**Degré de perte auditive selon le sexe et l'âge, population de 16 ans et plus, Québec, 1998**

	Légère	Modérée	Sévère
	%		
Hommes	5,9	1,1*	1,5
Femmes	3,9	0,6*	1,6
Sexes réunis			
16-24 ans	1,1	0,2	1,1**
25-44 ans	2,5	0,3**	1,1*
45-64 ans	5,7	0,8*	1,3*
65-74 ans	11,8	2,1**	2,4*
75 ans et plus	17,3	5,5*	5,5*
<b>Total</b>	<b>4,9</b>	<b>0,9</b>	<b>1,5</b>
<b>Pe '000</b>	<b>277</b>	<b>49</b>	<b>87</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*.

De façon générale, la proportion de personnes qui présentent des problèmes auditifs augmente avec l'âge. Ainsi, près de 4% des personnes de 25 à 44 ans déclarent avoir de la difficulté à entendre comparativement à près de 8 % de celles de 45 à 64 ans et à plus de 16 % des personnes de 65 à 74 ans. Pour le groupe d'âge des 75 ans et plus, près de 3 personnes sur 10 (28 %) signalent avoir de la difficulté avec leur audition (tableau 14.1).

## Consultation d'un professionnel de la santé

À peine plus de la moitié des personnes ayant reconnu avoir de la difficulté à entendre ont dit avoir consulté un professionnel de la santé pour ce problème (54 %) (tableau 14.3). Ce sont les personnes ayant une perte modérée qui ont le plus consulté (79 %), suivies de celles ayant une perte légère (56 %). Seulement le tiers des personnes déclarant avoir une perte sévère ont fait une démarche auprès d'un professionnel de la santé (36 %). Il n'y a pas de différence significative entre les sexes. L'enquête révèle une tendance à l'augmentation de la consultation avec l'âge. Ainsi, les personnes de 75 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses à avoir consulté que celles de 25 à 44 ans (63 % c. 41 %).

Tableau 14.3

**Consultation d'un professionnel de la santé pour perte auditive selon l'âge et le degré de perte, population de 16 ans et plus déclarant une perte auditive, Québec, 1998**

	Oui	Non
	%	
Sexes réunis		
16-24 ans	35,6*	64,4*
25-44 ans	41,4	58,6
45-64 ans	58,1	41,9
65-74 ans	57,3	42,7
75 ans et plus	62,6	37,4
<b>Total</b>	<b>54,0</b>	<b>46,0</b>
Degré de perte auditive		
Légère	55,5	44,5
Modérée	78,6	21,4*
Sévère	35,5	64,5
<b>Perte tous degrés</b>	<b>54,0</b>	<b>46,0</b>

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

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

## Variations selon la perception de l'état de santé

La proportion des personnes ayant déclaré une atteinte auditive qui considèrent leur état de santé moyen ou mauvais est beaucoup plus élevée que chez celles n'ayant pas de problème auditif (25 % c. 10 %) (tableau 14.4). Cette différence est notée autant chez les individus de moins de 65 ans (16 % c. 9 %) que chez ceux de 65 ans et plus (38 % c. 19 %).

Tableau 14.4

**Perception de l'état de santé (moyen ou mauvais) selon l'état de l'audition et l'âge, population de 16 ans et plus, Québec, 1998**

	Aucune perte auditive	Présence de perte auditive
	%	
Sexes réunis		
16-64 ans	8,8	15,9
65 ans et plus	19,0	38,2
<b>Total</b>	<b>10,1</b>	<b>25,1</b>

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

#### Variations selon certaines caractéristiques du travail

Les données de l'enquête montrent une association entre l'audition et l'exposition au bruit intense au travail chez les personnes qui occupent un emploi rémunéré. Ainsi, les personnes qui se perçoivent exposées tout le temps ou assez souvent au bruit intense au travail sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer une perte auditive que les personnes qui ne sont exposées que de temps en temps ou jamais (8 % c. 4,1 %) (tableau 14.5).

Tableau 14.5  
**Perte auditive selon la présence de bruit intense au travail et la catégorie professionnelle, population de 16 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998**

	Pe	
	%	'000
<b>Bruit intense au travail</b>		
Jamais ou de temps en temps	4,1	116
Assez souvent ou toujours	8,4*	35
<b>Catégorie professionnelle</b>		
Professionnel, cadre, semi-professionnel, technicien, employé de bureau, de commerce et de service	3,5	75
Contremaître, ouvrier qualifié, ouvrier non qualifié, manœuvre	7,1	76

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

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

Autre caractéristique du travail, la catégorie professionnelle des personnes qui occupaient un emploi rémunéré au moment de l'enquête est également associée à l'audition. Il y a proportionnellement plus de contremaîtres, d'ouvriers qualifiés ou non qualifiés et de manœuvres qui déclarent avoir une perte d'audition que d'individus professionnels, cadres supérieurs, techniciens et employés de bureau, de commerce ou de service (7 % c. 3,5 %).

#### 14.2.2 Acouphènes

Plus d'un Québécois de 15 ans et plus sur huit (13 %) déclare avoir des acouphènes (tableau 14.6). Les données montrent une association entre l'âge et les acouphènes. On note une augmentation significative du taux entre 25 et 74 ans : près de 10 % des 25-44 ans ont des acouphènes alors que le taux est de près de 20 % chez les 65-74 ans. On observe une différence significative entre les sexes que pour le groupe des 45-64 ans.

Tableau 14.6  
**Présence d'acouphènes selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Pe	
	%	'000
<b>Hommes</b>		
16-24 ans	14,7	73
25-44 ans	10,4	122
45-64 ans	16,2	137
65-74 ans	21,4	53
75 ans et plus	16,8*	17
<b>Total</b>	<b>14,0</b>	<b>401</b>
<b>Femmes</b>		
16-24 ans	12,1	57
25-44 ans	9,4	108
45-64 ans	12,8	111
65-74 ans	18,1	53
75 ans et plus	12,0*	22
<b>Total</b>	<b>11,8</b>	<b>351</b>
<b>Sexes réunis</b>		
16-24 ans	13,4	131
25-44 ans	9,9	230
45-64 ans	14,5	248
65-74 ans	19,7	105
75 ans et plus	13,8	39
<b>Total</b>	<b>12,9</b>	<b>752</b>

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

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

Plus du tiers des personnes avec acouphènes indiquent que ces acouphènes sont souvent ou toujours présents (35 %) (tableau 14.7). Près d'une personne sur dix ayant des acouphènes mentionne que ceux-ci la dérangent beaucoup (10 %) et près de deux sur dix ont des acouphènes qui les dérangent modérément (18 %) (tableau 14.8). Si on rapporte ces données à l'ensemble de la population, on estime

donc que 2,1 % des Québécois de 15 ans et plus ont des acouphènes qui sont toujours présents et que 1,3 % ont des acouphènes qui les dérangent beaucoup (données non présentées).

Tableau 14.7  
**Fréquence des acouphènes selon l'âge, population de 15 ans et plus déclarant des acouphènes, Québec, 1998**

	Rarement ou parfois	Souvent	Toujours
	%		
<b>Sexes réunis</b>			
15-24 ans	85,7	8,7**	5,6**
25-44 ans	72,5	18,4	9,1*
45-64 ans	53,3	24,2	22,5
65-74 ans	50,7	18,5*	30,7
75 ans et plus	54,4	24,3*	21,3*
<b>Total</b>	<b>64,7</b>	<b>18,9</b>	<b>16,4</b>
<b>Pe '000</b>	<b>485</b>	<b>143</b>	<b>125</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*.

Tableau 14.8  
**Dérangement lié aux acouphènes selon l'âge, population de 15 ans et plus déclarant des acouphènes, Québec, 1998**

	Pas du tout ou un peu	Modérément	Beaucoup
	%		
<b>Sexes réunis</b>			
15-24 ans	79,4	14,7*	5,9**
25-44 ans	76,1	17,4	6,5**
45-64 ans	66,2	20,0	13,8
65-74 ans	69,3	20,1*	10,7**
75 ans et plus	76,7	5,4*	18,0*
<b>Total</b>	<b>72,5</b>	<b>17,6</b>	<b>9,9</b>
<b>Pe '000</b>	<b>545</b>	<b>132</b>	<b>75</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*.

L'enquête révèle que la proportion des individus âgés de 45 ans et plus ayant des acouphènes souvent ou toujours est plus importante que celle du groupe des 25-44 ans. Par contre, il n'y a pas de différence significative entre les proportions d'individus de 45 à 64 ans et celles du groupe de 65 ans et plus qui déclarent avoir des acouphènes souvent ou toujours. En ce qui concerne le fait d'être beaucoup dérangé par les acouphènes, les résultats montrent une association avec l'âge : plus de 6 % du groupe des 15-44 ans le sont, alors que le taux est de près de 14 % dans le groupe des 45 ans et plus. Ni la fréquence des acouphènes, ni le dérangement qu'ils provoquent ne sont liés au sexe (données non présentées).

#### Consultation d'un professionnel de la santé

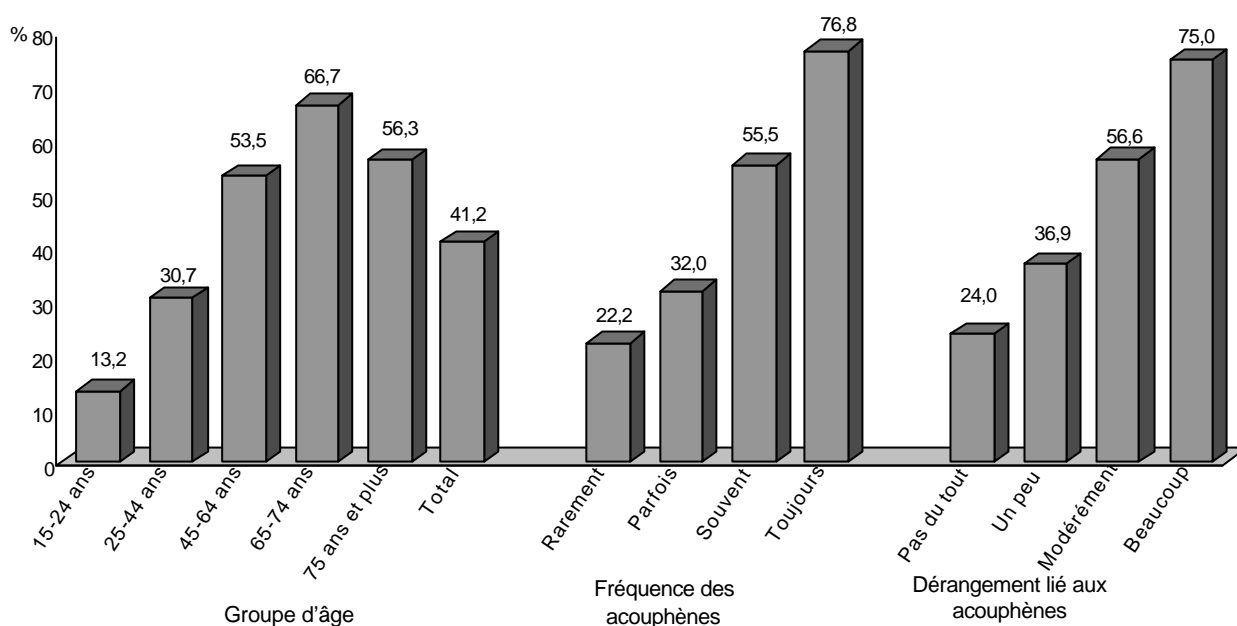
Un peu plus de 40 % des personnes avec acouphènes ont déjà consulté un professionnel de la santé à ce propos (figure 14.1). Le taux de consultation augmente avec l'âge. Près de neuf individus sur dix, âgés de 15 à 24 ans, n'ont pas consulté pour leurs acouphènes alors qu'un individu sur trois ne l'a pas fait chez les 65-74 ans. Ce sont, en proportion, les personnes ayant des acouphènes qui sont toujours présents qui ont le plus consulté (77 %) et celles qui ont des acouphènes qui les dérangent beaucoup (75 %). Un élément important à signaler est que près du quart des individus qui déclarent que leurs acouphènes les dérangent beaucoup n'en ont jamais parlé à un professionnel de la santé.

#### Acouphènes et état de l'audition

La présence d'acouphènes et leur fréquence sont associées à l'état de l'audition. Chez les personnes qui déclarent avoir des acouphènes, on note proportionnellement plus d'atteinte auditive (17 % c. 6 %) que chez celles qui n'ont pas d'acouphènes (tableau 14.9). L'enquête ne montre cependant pas de différence significative selon le degré de perte auditive.

Figure 14.1

**Consultation d'un professionnel de la santé selon l'âge, la fréquence des acouphènes et le dérangement lié aux acouphènes, population de 15 ans et plus déclarant des acouphènes, Québec, 1998**



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

Tableau 14.9

**État de l'audition selon la présence ou l'absence d'acouphènes, population de 16 ans et plus, Québec, 1998**

	Aucune perte auditive	Perte légère	Perte modérée	Perte sévère	Perte tous degrés
Présence d'acouphènes	83,5	12,5	2,1	1,9	16,5
Absence d'acouphènes	94,5	3,7	0,6	1,3	5,5

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

Les personnes dont les acouphènes sont présents souvent ou toujours sont proportionnellement plus nombreuses à avoir une perte auditive (22 % et 29 % respectivement) que les personnes dont les acouphènes se manifestent rarement ou parfois (12 %) (tableau 14.10). L'enquête met en lumière une association entre l'audition et le dérangement provoqué par les acouphènes. Les individus qui déclarent être beaucoup dérangés par les acouphènes sont proportionnellement plus nombreux à avoir une perte auditive que les personnes dont les acouphènes sont peu ou pas dérangeants (27 % c. 15 %).

Tableau 14.10

**État de l'audition selon la fréquence des acouphènes et le dérangement lié aux acouphènes, population de 16 ans et plus déclarant des acouphènes, Québec, 1998**

	Aucune perte auditive	Présence de perte auditive
Fréquence des acouphènes		
Rarement ou parfois	88,3	11,7
Souvent	78,0	22,0
Toujours	70,9	29,2
Dérangement lié aux acouphènes		
Pas du tout ou un peu	85,4	14,6
Modérément	80,9	19,2
Beaucoup	73,2	26,9

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

## Conclusion

### Synthèse et pistes de recherche

Il ressort des résultats de l'enquête qu'environ 7 % des Québécois de 16 ans et plus vivant en ménage privé déclarent une perte d'audition, en se basant sur la capacité d'entendre et de comprendre la parole dans une pièce silencieuse. On note une augmentation avec l'âge : 8 % des personnes de 45 à 64 ans ont une atteinte auditive alors qu'on en retrouve 28 % chez les personnes de 75 ans et plus. Le taux est probablement sous-estimé pour l'ensemble de la population âgée car il est reconnu que les personnes vivant dans des centres pour personnes âgées ont un plus fort taux de surdité (Gilhome Herbst, 1983). De plus, cette question sur l'audition dans une pièce silencieuse n'évalue qu'une partie des capacités auditives. Enfin, comme le mentionne Wilson (1992), elle ne permet pas de repérer les personnes qui, aid es de services de réadaptation appropriés, ont développé des habilités pour compenser leur surdité.

Les prévalences obtenues dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* sont inférieures à celles des enquêtes d'où ces questions ont été tirées. Ainsi, en Grande-Bretagne et en Australie, on a obtenu des taux de 10 % à 15 %. Ces différences proviennent probablement, en partie, du fait que, dans l'enquête québécoise, l'état de l'audition est rapporté par un tiers. Pour cette raison et pour éviter les ambiguïtés notées dans certaines réponses, il y aurait lieu de revoir la méthodologie, entre autres en incluant la question sur l'audition dans le questionnaire autoadministré. De plus, il serait pertinent d'ajouter une question afin d'évaluer la présence de situations de handicap liées aux incapacités auditives (ex. : privation de sortie, non-utilisation du téléphone, etc.) pour mieux repérer les personnes qui ont des besoins de services liés à leur surdité.   cet effet, le lecteur est invité à consulter le rapport de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* qui traite, entre autres sujets, de l'incapacité liée aux pertes auditives (Camirand et autres, à paraître).

Par rapport aux problèmes de santé dont il est question au chapitre précédent, la fréquence des problèmes d'audition est un peu supérieure à celle des maladies cardiaques chez les personnes de 45 à 64 ans (8 % c. 6 %) et s'en approche chez les personnes de 65 ans et plus (21 % c. 23 %).

Seulement la moitié des personnes qui déclarent avoir de la difficulté à entendre a consulté un professionnel de la santé. Les raisons de ce très haut taux de non-consultation devraient être examinées. On peut émettre l'hypothèse que ce n'est pas uniquement dû à l'absence de handicap. Le manque de connaissance et de sensibilisation de la population à la déficience auditive et aux moyens de diminuer les incapacités et les situations de handicap de même que le manque de ressources appropriées sont quelques facteurs explicatifs (Hétu et Getty, 1992). Enfin, pourquoi seulement le tiers des individus ayant une perte d'audition sévère a consulté alors que les trois quarts des personnes ayant une perte modérée l'ont fait? Il s'agit peut-être de sous-déclaration liée à la réponse par une tierce personne ou liée au fait que la consultation serait très ancienne.

Par ailleurs, on observe un lien entre la perception de l'état de santé et la perte auditive. Les gens ayant de la difficulté à entendre se déclarent dans une plus forte proportion en moyenne ou mauvaise santé. Les résultats de l'enquête montrent également un lien entre la perte auditive et l'exposition au bruit au travail. Cependant, pour mieux examiner l'effet du bruit sur l'audition et tenter d'estimer le taux de pertes auditives dues au bruit, la prochaine enquête devrait inclure la notion de durée d'exposition au bruit.

Environ un Québécois sur huit a des acouphènes. Plus de 2 % des Québécois ont des acouphènes qui sont toujours présents et plus de 1 % déclarent que leurs acouphènes les dérangent beaucoup. Ces données se rapprochent des données publiées sur la présence d'acouphènes et sur le dérangement qu'ils provoquent. Par contre, le taux d'adultes qui rapportent des acouphènes présents souvent ou toujours est moindre que dans d'autres études (Axelsson et



Ringdahl, 1989). De même, les données québécoises montrent un taux de surdité plus faible chez les personnes ayant des acouphènes, ceci étant probablement relié au fait que la question sur l'audition a été répondue par un tiers.

Le quart des personnes qui ont des acouphènes permanents ou qui ont des acouphènes qui les dérangent beaucoup n'ont jamais consulté un professionnel de la santé. On peut avancer comme raisons sous-jacentes un manque de sensibilisation à ce problème de santé et une méconnaissance des services de réadaptation disponibles autant chez les professionnels de la santé que dans l'ensemble de la population (Reich, 1999). Cette question mériterait d'être étudiée.

Selon les données de l'enquête, aucun lien n'a été observé entre l'audition et la détresse psychologique, la satisfaction face à la vie sociale et la fréquence des rencontres sociales (données non présentées). De même, aucun lien n'a été décelé entre la fréquence des acouphènes ou le dérangement induit et l'exposition au bruit intense au travail, l'indice de détresse psychologique et la perception de la santé mentale (données non présentées). Comme la littérature fait état de liens entre des variables similaires, il serait souhaitable d'approfondir ces diverses questions.

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

Ces premières données québécoises sur les troubles auditifs permettent de constater l'importance de leur prévalence et leur lien avec la perception de l'état de santé de la population. Ces nouvelles informations permettent maintenant de mettre en perspective les problèmes auditifs par rapport à l'ensemble des problèmes de santé qui affectent la santé des Québécois et d'aider dans la planification des programmes de santé.

Ces données mettent en lumière un problème sur le plan de la consultation pour les problèmes auditifs. On peut émettre quelques hypothèses sur les causes du faible taux de consultation tels un manque de

sensibilisation de la population et des professionnels, un manque de services d'évaluation et de réadaptation adaptés, la stigmatisation des personnes affectées. La situation doit être examinée afin de tenter de mieux répondre aux besoins de cette population et de maximiser les services actuellement disponibles.

Le lien qui a été établi entre l'exposition au bruit et la présence de perte auditive incite à augmenter les efforts de prévention dans les milieux de travail. En effet, contrairement à la dégradation de l'audition liée à l'âge, on peut agir efficacement en améliorant l'environnement de travail. De même, le taux élevé des personnes qui présentent des acouphènes doit amener une réflexion sur leur prévention. Là encore, un facteur de risque sur lequel on peut agir est l'exposition au bruit intense, notamment en milieu professionnel.

## Section II Problèmes visuels

### Introduction

Par problème visuel, on entend ici toute difficulté à voir de près ou de loin, quel que soit le problème à l'origine de la difficulté. Parmi les problèmes de la vision, on compte les défauts de réfraction (myopie, hypermétropie et astigmatisme) et les problèmes d'accommodation (presbytie...), mais aussi d'autres troubles qui ne sont pas liés à l'accommodation (cataracte, glaucome...) et qui se traduisent par des difficultés à voir de près ou de loin. La presbytie et la myopie comptent toutefois parmi les problèmes visuels entraînant des difficultés à voir de près ou de loin les plus prévalents.

Le problème de vision de près, c'est-à-dire la difficulté à obtenir ou à maintenir une vision nette à la distance normale de lecture est dû, notamment, mais pas uniquement, à une diminution physiologique de l'amplitude d'accommodation liée à l'âge. Le problème se manifeste plus particulièrement à partir de 40 ans et atteint la très grande majorité de la population de 65 ans et plus. Une étude australienne montre que 87 % des femmes et 85 % des hommes de 40 ans et plus doivent porter des verres pour corriger un trouble de vision de près (Taylor et autres, 1997). Selon cette étude, on n'observe pas de différence selon le sexe après un ajustement des données en fonction de l'âge.

Selon des études américaines, la prévalence de la myopie dans la population adulte se situe autour de 25 % (Wang et autres, 1994 ; Sperduto et autres, 1983). Elle est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, elle augmente de l'enfance à la fin de l'adolescence, se stabilise puis tend à diminuer avec l'avancement en âge. Cependant d'autres troubles affectant la vision à distance augmentent avec l'âge (Katz et autres, 1997). Une association positive de la myopie avec la scolarité a été observée dans plusieurs études. Le phénomène s'expliquerait par des facteurs génétiques et environnementaux comme l'habitude de travailler ou de lire de trop près. La part relative de l'un et l'autre facteurs demeure toutefois difficile à établir. Les membres d'une famille ne parta-

gent pas seulement le même patrimoine génétique, ils sont aussi exposés au même environnement (Sperduto et autres, 1996; Angle et Wissmann, 1980).

La prévalence des troubles visuels au Québec n'est pas connue. Le rapport de l'Enquête *Santé Canada de 1978* établit à 45 % la proportion de la population canadienne qui utilise des verres correcteurs, sans toutefois en distinguer la raison (Statistique Canada, 1981).

Le texte qui suit présente la prévalence des problèmes de vision de près et de loin selon l'âge et le sexe de la population de 7 ans et plus et vérifie le lien entre ces problèmes et la scolarité et aussi le niveau de revenu des ménages.

### 14.1 Aspects méthodologiques

#### 14.1.1 Indicateurs

Les deux questions qui portent sur la vision font partie de la section XI - Vision et audition du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI); elles sont donc posées à une personne qui répond pour elle-même et pour les autres membres du ménage. Formulée de la façon suivante : « Habituellement ... voit-il (elle) assez bien pour lire les caractères d'un journal sans lunettes ou verres de contact? » (QRI137), la première question s'intéresse à la vision de près. La question suivante porte sur la vision de loin : « Habituellement ... voit-il (elle) assez bien pour reconnaître un(e) ami(e) de l'autre côté de la rue sans lunettes ou verres de contact? » (QRI138). Les questions s'adressent aux personnes en âge de pouvoir lire, soit la population de 6 ans et plus.

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

Des questions d'ordre méthodologique empêchent la comparaison des résultats avec ceux de l'enquête *Santé Québec 1987*. De plus, lors de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* ce thème n'était pas abordé.

### 14.1.3 Portée et limites des données

Pour les troubles visuels comme pour les autres problèmes de santé, la réponse par une tierce personne, bien que généralement acceptable, est susceptible d'entraîner une sous-déclaration et donc une sous-estimation de la prévalence des problèmes rapportés pour les membres du ménage autres que le répondant clé. Cependant, l'utilisation de questions indirectes, sans référence à des termes médicaux moins connus de la population, comme celles retenues ici pour mesurer les problèmes de vision de près ou de loin, réduit ce risque chez les personnes qui répondent pour elles-mêmes ou pour une autre personne (Walline et autres, 1996).

Il faut aussi rappeler que ces questions ne détectent pas nécessairement la présence de la myopie ou de la presbytie, mais bien toute difficulté à voir de loin ou de près, quel que soit le problème à l'origine de la difficulté. La non-réponse partielle se situe sous les 5 % pour chacune des questions.

Bien que ces questions s'adressaient à la population de 6 ans et plus, les résultats portant sur la vision des enfants de 6 ans ne sont pas disponibles à cause d'un problème informatique. L'analyse porte donc sur la vision de la population de 7 ans et plus.

Contrairement aux données sur l'audition, les résultats recueillis sur la vision ne permettent pas de connaître le degré de perte de vision et de classer la population selon le degré de gravité du problème. De ce fait, les résultats disponibles ne permettent pas de discriminer les cas graves des cas modérément graves ou des cas légers.

## 14.2 Résultats

### 14.2.1 Vision de près

Près de deux Québécois sur cinq (38 %) ont des troubles de vision de près. Il y a proportionnellement plus de femmes (41 %) que d'hommes (35 %) qui sont touchées par le problème (tableau 14.1). La difficulté à voir de près tend à augmenter avec l'âge. Entre le groupe des 7-14 ans et celui des 15-44 ans, la

proportion passe presque du simple au double (d'environ 11 % à 20 %). Près des deux tiers des personnes de 45 à 64 ans ont des problèmes de vision de près et la proportion s'élève à environ 75 % chez celles de 65 ans et plus. Selon les données de l'enquête, la vision de près n'est pas associée au revenu, pas plus qu'à la scolarité relative (données non présentées).

### 14.2.2 Vision de loin

D'après les données de l'enquête, environ le quart (26 %) de la population de 7 ans et plus éprouve de la difficulté à bien voir de loin sans lunettes ou verres de contact (tableau 14.1). La proportion est plus élevée chez les femmes (29 %) que chez les hommes (23 %). La vision de loin présente des variations selon l'âge. Ainsi, comparativement aux personnes des autres groupes d'âge, les enfants de 7 à 14 ans sont proportionnellement moins nombreux et les personnes de 75 ans et plus sont davantage nombreuses à déclarer des troubles de vision à distance. Aucune différence par groupe d'âge n'est décelée entre 15 et 74 ans, tant chez les hommes que chez les femmes.

Dans la population âgée de 15 ans et plus, la vision de loin est associée à la scolarité relative et au revenu. La proportion de personnes ayant des troubles de vision de loin tend à augmenter avec le niveau de scolarité; elle passe de 22 % à 35 % du plus bas au plus haut niveau de scolarité (tableau 14.2). En ce qui concerne le niveau de revenu, on observe que les personnes faisant partie de la catégorie supérieure de revenu sont plus nombreuses, en proportion, à éprouver de la difficulté à voir de loin que les personnes des autres catégories de revenu (32 % c. 25 % à 26 %) (tableau 14.3).

Tableau 14.1

**Prévalence des troubles de la vision selon le sexe et l'âge, population de 7 ans et plus, Québec, 1998**

	Troubles de la vision de près		Troubles de la vision de loin	
	%	Pe	%	Pe
		'000		'000
<b>Hommes</b>				
7-14 ans	10,7	38	12,5	45
15-24 ans	14,5	72	24,9	124
25-44 ans	19,1	224	21,2	249
45-64 ans	63,5	534	25,2	212
65-74 ans	73,5	181	24,2	60
75 ans et plus	70,5	71	37,6	38
<b>Total</b>	<b>34,8</b>	<b>1 121</b>	<b>22,6</b>	<b>727</b>
<b>Femmes</b>				
7-14 ans	10,9	39	14,7	52
15-24 ans	20,8	99	32,4	154
25-44 ans	22,9	264	28,5	327
45-64 ans	69,0	600	29,4	256
65-74 ans	79,2	223	33,3	94
75 ans et plus	78,4	148	43,3	82
<b>Total</b>	<b>41,3</b>	<b>1 371</b>	<b>29,1</b>	<b>965</b>
<b>Sexes réunis</b>				
7-14 ans	10,8	77	13,6	97
15-24 ans	17,6	171	28,5	278
25-44 ans	21,0	487	24,8	576
45-64 ans	66,3	1 134	27,4	468
65-74 ans	76,6	404	29,1	153
75 ans et plus	75,7	219	41,3	120
<b>Total</b>	<b>38,1</b>	<b>2 492</b>	<b>25,9</b>	<b>1 692</b>

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

Tableau 14.2

**Troubles de la vision de loin selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Pe	
	%	'000
<b>Scolarité relative</b>		
Plus faible	21,7	244
Faible	24,2	286
Moyenne	27,5	332
Élevée	28,1	324
Plus élevée	34,5	408

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

Tableau 14.3

**Troubles de la vision de loin selon le niveau de revenu, population de 7 ans et plus, Québec, 1998**

	Pe	
	%	'000
<b>Niveau de revenu</b>		
Très pauvre	25,8	118
Pauvre	25,1	192
Moyen inférieur	24,7	527
Moyen supérieur	25,3	614
Supérieur	31,9	242

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

## Conclusion

### Synthèse et pistes de recherche

Près de deux Québécois de 7 ans et plus sur cinq ont de la difficulté à voir de près. Mais, on estime qu'environ 70 % des personnes de 45 ans et plus sont touchées par le problème. Cette proportion est inférieure à celle qui a été observée dans l'étude australienne mentionnée plus haut qui rapporte une prévalence de 85 % chez les hommes et de 87 % chez les femmes de 40 ans et plus. Les études ayant porté sur des populations comparables, une partie de cette différence est probablement attribuable au fait que, dans l'étude australienne, la prévalence est basée sur un examen visuel et non sur une déclaration des individus.

Environ le quart de la population de 7 ans et plus présente des troubles de vision de loin. Dans la population des 15 ans et plus, la prévalence est presque la même (27 %); elle s'apparente à la prévalence de la myopie qui affecte le quart de la population adulte aux États-Unis. Ce sont les personnes de 75 ans et plus qui semblent les plus touchées par le problème, soit environ deux personnes sur cinq. Dans ce groupe d'âge, il est possible que des affections de l'œil comme la cataracte, le glaucome et les maladies de la rétine soient à l'origine de certains troubles de la vision à distance. On a vu au chapitre précédent que près du tiers des personnes de 75 ans et plus rapportent au moins une maladie de l'œil. Les résultats de l'enquête confirment également ceux d'autres études selon lesquels les personnes de niveaux de scolarité ou de revenu élevés sont plus susceptibles d'avoir des troubles de vision de loin que les personnes de faibles niveaux de scolarité ou de revenu.

Les limites des données actuelles donnent à penser qu'il faudrait, lors de la prochaine enquête, utiliser des questions permettant de classer la population selon le degré d'atteinte visuelle. Pour de plus amples renseignements sur l'incapacité liée à la vision, le lecteur est invité à consulter le rapport de l'*Enquête*

*québécoise sur les limitations d'activités 1998* (Camirand et autres, à paraître).

### Éléments de réflexion pour la planification

La proportion de personnes qui présentent des troubles de vision de près demeurera probablement stable dans les différents groupes d'âge, mais le nombre de personnes touchées augmentera en raison du vieillissement de la population et de l'allongement de la durée de vie. Il s'ensuivra un accroissement de la demande de services d'optométrie et d'ophtalmologie.

Par ailleurs, la prévalence des troubles de vision de loin est sans doute appelée à diminuer avec l'utilisation croissante des techniques qui permettent de corriger certains problèmes qui affectent cette vision. La diminution de la prévalence touchera vraisemblablement les personnes les plus scolarisées qui sont souvent plus favorisées sur le plan économique et donc plus en mesure d'avoir accès à ces techniques. Il en résultera une réduction des écarts observés entre les personnes de niveau élevé de scolarité et les personnes de niveau de scolarité moindre. La situation actuelle pourrait même s'inverser.



# Bibliographie

---

ANGLE, J., et D. A. WISSMANN (1980). « The epidemiology of myopia », *American Journal of Epidemiology*, vol. 111, n° 2, p. 220-228.

AXELSSON, A., et A. RINGDAHL (1989 ). « Tinnitus: A study of its prevalence and characteristics », *British Journal of Audiology*, vol. 23, p. 53-62.

BESS, F. H., M. J. LICHTENSTEIN, S. A. LOGAN et autres (1989). « Hearing impairment as a determinant of function in the elderly », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 37, p. 123-128.

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

COLES, R. R. A. (1984). « Epidemiology of tinnitus: (1) Prevalence », *Journal of Laryngology and Otology*, vol. 98, (suppl. 9), p. 7-15.

DAVIS, A. C. (1983). « Hearing disorders in the population, First phase finding of the MRC National Study of Hearing » dans LUTMAN, M. E., et M. P. HAGGARD (éd.), *Hearing Science and Hearing Disorders*, London, Academic Press, p. 35-62.

DAVIS, A. C. (1989). «The prevalence of hearing impairment and reported hearing disability among adults in Great Britain », *International Journal of Epidemiology*, vol. 18, n° 4, p. 911-917.

GILHOME HERBST, K. C., et C. M. HUMPHREY (1980). « Hearing impairment and mental state in the elderly living at home », *British Medical Journal*, vol. 281, p. 903-905.

GILHOME HERBST, K. C. (1983). « Psycho-social consequences of disorders of hearing in the elderly » dans HINCHCLIFFE, R. (éd.), *Hearing and Balance in the Elderly*, London, Churchill Livingstone, p. 174-200.

HALLBERG, L. R.-M., et M.-L. BARRENÄS (1993). « Living with a male with a noise-induced hearing loss: Experiences from a perspective of spouses », *British Journal of Audiology*, vol. 25, p. 255-261.

HALLBERG, L. R.-M., et S. G. CARLSSON (1991). « A qualitative study of strategies for managing a hearing impairment », *British Journal of Audiology*, vol. 25, p. 201-211.

HÉTU, R., L. GETTY et H. T. QUOC (1995). « Impact of occupational hearing loss on the lives of workers », *Occupational Medicine: State of the Arts Reviews*, vol. 10, n° 3, p. 495-512.

HÉTU, R., et L. GETTY (1992). *Programme de réadaptation à l'intention des personnes atteintes de surdité professionnelle et de leur conjointe ou conjoint*, Groupe d'acoustique de l'Université de Montréal, 60 p.

JONES, L., J. KYLE et P. I. WOOD (1987). *Words apart: Losing your hearing as an adult*, London and New York, Tavistock Publications, 267 p.

KATZ, J., J. M. TIELSCH et A. SOMMER (1997). « Prevalence and risk factors for refractive errors in an adult inner city population », *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, vol. 38, n° 2, p. 334-340.

LEROUX, T., et M. LALONDE (1993 ). «Proposition d'une nomenclature enrichie des capacités liées aux sens et à la perception-audition », *R seau international CIDIH*, vol. 5, n° 3, p. 35-39.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH-OFFICE OF MEDICAL APPLICATIONS OF RESEARCH (1990). « Noise and hearing loss - Consensus conference », *JAMA*, vol. 263, n° 23, p. 3185-3190.

PHANEUF, R., et R. HÉTU (1990). « An epidemiological perspective of causes of hearing loss among industrial workers », *The Journal of Otolaryngology*, vol. 19, n° 1, p. 31-40.

PILGRAMM, M., R. RYCHLICK, H. LEBISCH et autres (1999). « Tinnitus in the Federal Republic of Germany: A representative epidemiological study » dans HAZELL, J. ( d.), *Proceedings of the sixth international tinnitus seminar*, Cambridge, U. K., September 5th-9th 1999, London, Tinnitus and Hyperacusis Center, p. 64-67.

REICH, G. E. (1999). «Tinnitus awareness in the general public, hearing health specialists and primary care physicians » dans HAZELL, J. (éd.), *Proceedings of the sixth international tinnitus seminar*, Cambridge, U. K., September 5th-9th 1999, London, Tinnitus and Hyperacusis Center.

SANCHEZ, L., C. BOYD et A. DAVIS (1999). « Prevalence and problems of tinnitus in the elderly » dans HAZELL, J. (éd.), *Proceedings of the sixth international tinnitus seminar*, Cambridge, U.K., September 5th-9th 1999, London, Tinnitus and Hyperacusis Center, p. 58-63.

SCOTT, B., P. LINDBERG, L. MELIN et L. LYTTKENS (1990). « Predictors of tinnitus discomfort, adaptation and subjective loudness », *British Journal of Audiology*, vol. 24, p. 51-62.

SPERDUTO, R. D., D. SEIGEL, J. ROBERTS et M. ROWLAND (1983). « Prevalence of myopia in the United States », *Archives of Ophthalmology*, vol.101, p. 405-407.

SPERDUTO, R. D., et autres (1996). The Framingham Offspring Eye Study Group, « Familial aggregation of prevalence of myopia in the Framingham Offspring Eye Study », *Archives of Ophthalmology*, vol.114, p. 326-332.

STATISTIQUE CANADA (1981). *La santé des Canadiens, Rapport de l'Enquête Santé Canada*, Santé et Bien-être social Canada, catalogue 82-538F, 243 p.

TAYLOR, H. R., P. M. LIVINGSTON, Y. L. STANISLAVSKY et C. A. McCARTY (1997). « Visual impairment in Australia: Distance visual acuity, near vision, and visual findings of the Melbourne Visual Impairment Project », *American Journal of Ophthalmology*, vol. 123, p. 328-337

WALLINE, J. J., K. ZADNIK et D. O. MUTTI (1996). « Validity of surveys reporting myopia, astigmatism, and presbyopia », *Optometry and Vision Science*, vol. 73, n° 6, p. 376-381.

WANG, Q., B. E. KLEIN, R. KLEIN et S. E. MOSS (1994). « Refractive status in the Beaver Dam Eye Study », *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, vol. 35, n° 13, p. 4344-4347.

WEINSTEIN, B. E., et I. M VENTRY (1982). « Hearing impairment and social isolation in the elderly », *Journal of Speech and Hearing Research*, vol. 25, p. 593-599.

WILSON, D., S. XIBIN, P. READ et autres (1992). « Hearing loss – an underestimated public health problem », *Australian Journal of Public Health*, vol.16, n° 3, p. 282-286.



# Chapitre 15

## Accidents avec blessures

**Yvonne Robitaille**

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

**Robert Bourbeau**

Centre interuniversitaire d'études démographiques  
et Département de démographie  
Université de Montréal

**Nicole Damestoy**

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

**Claude Goulet**

Secrétariat au loisir et au sport  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

**I. Barry Pless**

Département d'épidémiologie et de biostatistique  
Université McGill

---

### Introduction

Au Québec, chaque année, environ un décès sur quinze (7 %) survient à la suite de ce que nous appellerons ici les accidents avec blessures. Cela représente une dizaine de décès chaque jour. Le tiers de ces décès touchent les personnes de 65 ans et plus en raison de leur vulnérabilité, qui augmente avec l'âge. Chez les jeunes, les décès sont rares; par contre, lorsqu'un jeune meurt, trois fois sur quatre c'est à la suite d'un accident avec blessures (Masson et Dorval, 1998). Les accidents avec blessures constituent donc un problème de santé qui concerne tous les groupes d'âge.

Pour chaque accident mortel, un grand nombre d'autres ne le sont pas. Quelques indicateurs nous renseignent sur leurs diverses conséquences. Ainsi, 19 % des personnes restreintes dans leurs activités à cause d'un problème de santé de longue durée mettent en cause un accident ou une blessure (Wilkins, 1995). Parmi les raisons de consultation d'un médecin généraliste, 8 % sont liées à des blessures consécutives à un accident (Fournier et Coté, 1995). Ici aussi, la morbidité par blessures varie beaucoup selon le sexe et l'âge, reflétant les variations de

l'exposition au risque chez les individus au cours des diverses périodes de la vie. Ce profil est maintenant assez connu dans plusieurs populations (Bourbeau et Courville, 1997).

Malgré que les accidents avec blessures aient des conséquences importantes sur la vie quotidienne des individus et sur la société, l'ampleur et les circonstances de ces accidents sont toutefois mal connues, et ce, particulièrement pour les événements non mortels. L'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* a permis d'estimer que 8 % de la population québécoise avait subi un accident avec blessures au cours d'une période de douze mois. Près du tiers de ces accidents avaient eu lieu à domicile, le quart au travail et le cinquième dans un lieu de sport et de loisir (Robitaille et autres, 1995). Le mécanisme à l'origine de la blessure (ex. : chute, brûlure) n'avait pas été inventorié. Globalement, le taux de morbidité déclarée due aux accidents ne montrait aucune différence selon le niveau de revenu des personnes blessées. Ce résultat paraissait en contradiction avec plusieurs études qui ont constaté des taux de morbidité et surtout de mortalité par traumatisme plus élevés dans les segments de la population ayant les plus faibles revenus.

Au début des années 90, la *Politique de la santé et du bien-être* fixait d'ambitieux objectifs à l'égard des traumatismes (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992). « D'ici l'an 2002, réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives et sportives ». Ce souci de prévention a d'ailleurs été réitéré en 1997, puisque les traumatismes figurent parmi les sept problèmes de santé inscrits dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (MSSS, 1997). Celles-ci visent des domaines d'actions qui devraient permettre de réaliser des gains importants en matière de santé publique.

L'*Enquête sociale et de santé 1998* permet de vérifier si les objectifs provinciaux de 1992 sont en voie d'être atteints. Étant donné que le nombre d'hospitalisations dues aux traumatismes a vraisemblablement été touché par les changements récents de l'organisation des soins de santé au Québec, l'indicateur de morbidité par traumatismes fourni par l'enquête apporte une information unique. Il permet en effet d'effectuer une comparaison adéquate dans le temps puisqu'il est demeuré identique depuis l'enquête de 1992-1993.

Les données fournies par les enquêtes de 1992-1993 et de 1998 concernent les accidents ayant causé des blessures qui ont été déclarés par les personnes interviewées. Cette information permet donc de dresser un portrait plus clair de ce qui peut être appelé « la morbidité ressentie », soit la morbidité qui n'entraîne pas nécessairement une hospitalisation ou un décès et qui, par le fait même, n'est pas recensée dans les sources de données officielles.

Le premier objectif du présent chapitre est d'identifier le sens de l'évolution entre 1992-1993 et 1998, du problème que constituent les accidents avec blessures et leurs conséquences. Les questions utilisées dans l'enquête de 1992-1993 concernant les lieux où surviennent les blessures, qui sont d'ailleurs très peu documentés dans les autres sources de données, ont été conservées en 1998 avec le même libellé. Ainsi,

l'enquête de 1998 permet de vérifier si la distribution des lieux où les accidents avec blessures sont survenus est la même qu'en 1992-1993 ou si un lieu en particulier prend progressivement plus d'importance.

Le deuxième objectif est de mesurer l'importance des accidents avec blessures selon les lieux et les circonstances. Par exemple, comment surviennent les blessures à domicile chez les jeunes enfants? S'agit-il surtout de chutes, de brûlures ou de heurts contre des objets variés? Quelles sont les principales activités sportives à l'origine des blessures dans les lieux de loisir et de sport?

Le troisième objectif est d'approfondir la relation entre l'incidence des accidents avec blessures et le niveau socioéconomique des personnes concernées.

## 15.1 Aspects méthodologiques

Le terme « accident » est utilisé pour désigner l'événement au cours duquel la blessure est survenue; il ne faut pas pour autant lui conférer une connotation d'inévitabilité. Les termes « traumatisme » et « blessure » sont interchangeables dans le texte.

Par « accident avec blessure », nous entendons toutes les conditions que la Classification internationale des maladies (CIM) regroupe dans la catégorie Lésions traumatiques et empoisonnement (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 1977). La CIM distingue les blessures non intentionnelles (parfois appelées accidentelles) et les blessures dites intentionnelles (homicides, suicides et leurs tentatives). Le présent chapitre vise ces deux types de blessure, et ce, même si les blessures intentionnelles sont moins bien rapportées que les non intentionnelles, ce fait étant principalement dû à la désirabilité sociale associée à la collecte des données par un questionnaire face à face. Pourquoi ne pas se concentrer sur les blessures non intentionnelles? D'abord parce que la distinction n'est pas toujours claire (par exemple pour les blessures qui surviennent lors de querelles dans le cadre d'activités sportives) et que certains modes de prévention agissent sur les deux types de blessures.

Pour des raisons historiques, la CIM classifie les blessures tantôt selon l'activité de la personne blessée au moment de l'accident (ex. : piéton), tantôt selon le mécanisme ayant provoqué la blessure (ex. : chute, brûlure) et tantôt selon l'intention (ex. : suicide). L'activité de la personne et le mécanisme nous renseignent sur ce que nous appellerons les circonstances de la blessure. Les catégories de circonstances utilisées ici se rapprochent de celles de la CIM et de celles d'autres enquêtes.

### 15.1.1 Indicateurs

Les indicateurs qui mesurent la morbidité à la suite d'un accident varient selon les enquêtes. Dans certaines d'entre elles, l'événement doit avoir entraîné la consultation d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé pour être retenu. Dans d'autres, il doit avoir obligé la victime à réduire ses activités habituelles. Pour être retenu dans la présente enquête, l'accident doit avoir entraîné soit une consultation médicale, soit une limitation d'activités. Des questions différentes permettent d'isoler ces deux conditions, soit les questions QRI49 et QRI50. Les questions utilisées pour documenter ces événements proviennent de la section V - Accidents avec blessure du questionnaire rempli par l'interviewer (QRI).

Dans la présente enquête, un premier indicateur est celui du nombre de victimes. Les personnes ayant répondu positivement à l'une ou l'autre des conditions sont appelées « victimes d'accident avec blessure ». Elles constituent le numérateur du taux de morbidité par blessure décrit dans le présent chapitre.

Le deuxième indicateur utilisé ici porte sur le nombre d'accidents. En effet, tous les accidents vécus par un même individu au cours de la période de référence de 12 mois pouvaient être enregistrés à condition qu'ils se soient produits à des endroits différents. Huit catégories différentes de lieux étaient à l'étude (QRI51 à QRI58). Le taux d'accidents est donc basé sur le nombre total de lieux différents déclarés et exclut le deuxième accident (ou plus) survenu à une personne dans un même lieu au cours de la période de 12 mois. La question QRI59 portant sur le nombre total

d'accidents encourus sur une période de 12 mois et celle portant sur le moment du dernier accident (QRI61) permettent de valider l'estimation du taux d'accidents calculé à partir des lieux d'accident.

Afin de documenter les disparités territoriales, les zones géographiques homogènes telles qu'elles sont définies à la base du plan de sondage de l'enquête ont été utilisées. Ces zones proviennent d'un découpage du Québec en quatre zones distinctes, soit la métropole (région métropolitaine de recensement de Montréal), les capitales régionales (régions métropolitaines de recensement de Québec, de Chicoutimi-Jonquière, de Hull, de Sherbrooke et de Trois-Rivières), les agglomérations et villes de moindre taille ainsi que le milieu rural.

Les conséquences des blessures sont décrites à partir de deux autres indicateurs tirés de l'*Enquête sociale et de santé 1998* et portant sur tout accident, peu importe qu'il soit survenu ou non au cours des 12 mois précédant l'enquête. Le premier porte sur le nombre de personnes qui déclarent des limitations du type et de la quantité d'activités qu'elles peuvent faire par suite d'un accident, et cela à long terme (QRI7, QRI8, QRI13 et QRI13a). Le second précise le nombre de personnes qui ont arrêté ou modéré leurs activités au cours d'une période de deux semaines (QRI5, QRI6 et QRI6a).

Généralement, pour décrire l'événement durant lequel les blessures se sont produites (l'accident), les dimensions suivantes sont explorées : 1) les circonstances (où, quand, comment); 2) la gravité (type de lésion et conséquences des blessures encourues). Les questions QRI51 à QRI58 servent à décrire les lieux de survenue des accidents et les questions QRI63 à QRI70, à préciser les circonstances de ces événements. De plus, une question permet de spécifier l'activité en cause pour les accidents survenus à bicyclette ou lors de la pratique d'une activité récréative ou sportive (QRI71). La question QRI60, qui vise à établir la nature de la principale blessure que le répondant a subie au cours d'une période de 12 mois, a été utilisée pour documenter la gravité. Seule la principale blessure subie par la personne, soit probablement la plus grave, est retenue pour cette analyse.

Finalement, deux autres indicateurs ont été choisis afin d'explorer la relation entre le niveau socioéconomique et le taux de morbidité par blessures, la scolarité relative et le niveau de revenu du ménage. L'analyse présentée ici privilégie les résultats pour lesquels les deux indicateurs vont dans le même sens.

### **15.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1992-1993**

La série de questions portant sur les accidents avec blessures utilisées ici provient presque intégralement de l'enquête de 1992-1993. Les questions qui visent à préciser les circonstances de l'accident ont été ajoutées à la fin de la section afin de conserver intacte la séquence initiale des questions et de favoriser ainsi la comparabilité des résultats de 1998 avec ceux de 1992-1993. Ces questions proviennent de deux enquêtes canadiennes, soit l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) et l'*Enquête longitudinale nationale auprès des enfants* (ELNE).

Rappelons que l'enquête *Santé Québec 1987* définissait de façon plus restreinte les accidents avec blessures, de sorte que l'analyse de l'évolution de ceux-ci entre 1987 et 1998 n'est pas valide et ne sera pas présentée.

### **15.1.3 Portées et limites des données**

Toutes les questions portant sur les accidents avec blessures proviennent du questionnaire rempli par l'intervieweur, c'est-à-dire qu'un adulte rapporte, pour lui-même et pour tous les membres du ménage, les accidents avec blessures survenus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Bien que ce mode d'enquête soit courant pour établir des taux de morbidité par blessures, il entraîne une certaine sous-estimation des accidents à l'étude (Harel et autres, 1994). Le répondant a tendance à oublier les accidents mineurs ayant eu peu de conséquences. Un autre phénomène lié à la mémoire fait que le répondant a tendance à rapporter les événements comme s'ils s'étaient passés plus récemment que dans la réalité. Ce phénomène est connu sous le nom de télescopage.

Dans la présente enquête, deux vérifications ont été faites au sujet du télescopage. Premièrement, on a vérifié la présence de ce phénomène en comparant la répartition dans le temps du dernier accident (QRI61) rapporté par les personnes ayant eu un seul accident avec la répartition attendue, à savoir une répartition uniforme pendant les 12 mois que couvre l'enquête : 1/12<sup>e</sup> au cours du dernier mois (8 %), 2/12<sup>e</sup> durant la période de un à trois mois (17 %), et 9/12<sup>e</sup> durant la période entre trois mois et un an (75 %). La distribution observée - respectivement 13 %, 23 % et 64 % pour les trois périodes de référence mentionnées - traduit l'existence d'un télescopage. Les proportions d'accidents avec blessures ayant eu lieu « il y a moins d'un mois » et « entre 1 et 3 mois » sont toutes deux plus grandes que celles attendues, tandis que la proportion d'accidents ayant eu lieu « de 3 à 12 mois avant l'entrevue » est moindre. Puisque les enquêtes de 1992-1993 et de 1998 utilisent le même mode de collecte des données, le biais de mémoire devrait les toucher toutes deux avec la même intensité et ne devrait ainsi pas nuire à la comparabilité entre les deux enquêtes. Le mode d'entrevue et la période de rappel devront toutefois être pris en considération lorsque les résultats seront comparés à ceux d'autres enquêtes portant sur des périodes de rappel plus courtes.

La deuxième vérification compare le moment du dernier accident selon le sexe et selon que la réponse aux questions est donnée par un tiers (le répondant clé du ménage) ou par la personne elle-même. L'hypothèse veut que la personne répondant pour elle-même soit moins portée à oublier les événements les plus anciens que lorsqu'elle répond au sujet d'un autre membre du ménage. Globalement, les résultats ne traduisent pas une distribution différente selon le sexe de la victime ni selon l'identité du répondant. Cependant, les résultats d'une analyse plus fine qui combine ces deux facteurs (le sexe de la victime et l'identité du répondant) permettent de noter une tendance, à savoir que les accidents avec blessures sont plus fidèlement rapportés lorsqu'une femme répond pour elle-même que lorsque les accidents des femmes sont rapportés par un autre membre du

ménage; dans ce cas, la tendance est d'oublier les accidents survenus il y a plus de trois mois. Il est donc raisonnable de penser que cela pourrait avoir pour conséquence de sous-estimer légèrement le nombre d'accidents chez les femmes.

Le biais de mémoire inhérent au mode d'enquête et à la période de rappel ne nuit pas à l'examen des lieux ou des circonstances, puisque les accidents les plus graves sont ceux qui nous intéressent le plus. Les taux d'accidents et les taux de morbidité par blessure obtenus par enquête doivent toutefois être considérés comme des taux minimums qui sous-estiment la réalité. Une analyse faite à partir de l'enquête *National Health Interview Survey* aux États-Unis concluait que l'estimation du taux annuel de blessures chez les enfants passait de 24 à 15 blessures pour 100 enfants lorsque la période de rappel passait de 1 mois à 12 mois. L'auteur juge que la période permettant d'obtenir l'estimation la plus juste se situe entre 1 et 3 mois. Par contre, le rappel de 12 mois fournit un plus grand nombre d'événements rapportés, ce qui permet une description plus complète des lieux et circonstances des accidents (Harel et autres, 1994). C'est là l'option retenue par les enquêtes de Santé Québec.

La question portant sur le nombre total d'accidents encourus sur une période de 12 mois (QRI59) a permis d'estimer que le taux global d'accidents calculé à partir des questions sur le lieu est sous-estimé d'environ 10 %.

Les taux de non-réponse aux questions traitant des accidents avec blessures sont très faibles, c'est-à-dire inférieurs à 2 % pour chacune des questions. Par conséquent, les résultats du présent chapitre portent bien sur l'ensemble de la population visée par l'enquête et les biais de non-réponse devraient être négligeables.

## 15.2 Résultats

### 15.2.1 Importance du problème et comparaison avec les données de 1992-1993

Taux brut et taux standardisé de morbidité

Environ 65 Québécois sur 1000 ont déclaré avoir subi, à la suite d'un accident, des blessures assez graves soit pour entraîner une limitation d'activités, soit pour consulter un médecin, et ce, au cours d'une période de 12 mois (tableaux 15.1 et C.15.1). Il est intéressant de noter que les deux conditions (limitation d'activités et consultation médicale) se recoupent dans 76 % des cas et que dans les autres cas, il y a plus souvent consultation médicale sans limitation d'activités, (14 %) que le contraire (10 %) (données non présentées). Ce taux brut de morbidité due aux accidents avec blessures est significativement moins élevé que celui observé lors de l'enquête de 1992-1993, qui est de 81 pour 1000 (Robitaille et autres, 1995). Ainsi, la diminution du taux brut de morbidité a été d'environ 20 % au cours de cette période de cinq ans. Il est à noter que même si les changements dans la répartition par âge de la population du Québec entre 1992-1993 et 1998 sont pris en compte à l'aide d'une méthode de standardisation directe, le même résultat est obtenu.

Taux de morbidité selon le sexe et l'âge

Les résultats de la présente enquête confirment que les hommes ont un taux brut de morbidité 52 % plus élevé que celui des femmes. La surmorbidity masculine calculée ici n'est toutefois significative que pour les 15-24 ans (123 %) et pour les 25-44 ans (67 %). Le profil de la morbidité selon l'âge pour chaque sexe est difficile à établir avec les données de l'enquête à cause des petits nombres.

Chez les femmes, seules les 0-4 ans se démarquent avec un taux de morbidité plus faible que la plupart des autres groupes d'âge (figure C.15.1). Chez les hommes, les 15-44 ans se distinguent des autres

Tableau 15.1

**Victimes d'accidents avec blessures ayant entraîné une limitation des activités et/ou une consultation médicale selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1992-1993 et 1998**

	1992-1993	1998	Pe
	Taux pour 1000		'000
<b>Hommes</b>			
0-4 ans	51,1*	40,0*	9
5-14 ans	94,6	69,8	32
15-24 ans	132,4	105,1	52
25-44 ans	122,4	93,6	110
45-64 ans	69,0	67,7	57
65-74 ans	37,1*	50,4*	12
75 ans et plus	35,3**	38,0**	4
<b>Total</b>	<b>96,1</b>	<b>77,9</b>	<b>277</b>
<b>Taux standardisés<sup>1</sup></b>	<b>95,9</b>	<b>78,5</b>	<b>...</b>
<b>Femmes</b>			
0-4 ans	41,1*	19,5**	4
5-14 ans	57,7	52,4	24
15-24 ans	89,8	47,1	22
25-44 ans	62,2	56,1	64
45-64 ans	66,6	56,3	49
65-74 ans	72,7	34,1*	10
75 ans et plus	63,3*	69,0*	13
<b>Total</b>	<b>65,6</b>	<b>51,4</b>	<b>186</b>
<b>Taux standardisés<sup>1</sup></b>	<b>65,7</b>	<b>51,2</b>	<b>...</b>
<b>Sexes réunis</b>			
0-4 ans	46,2	30,3*	13
5-14 ans	76,7	61,1	56
15-24 ans	111,5	76,8	75
25-44 ans	92,4	75,1	174
45-64 ans	67,8	62,0	106
65-74 ans	57,4	41,7	22
75 ans et plus	52,1*	58,2*	17
<b>Total</b>	<b>80,7</b>	<b>64,5</b>	<b>463</b>
<b>Taux standardisés<sup>1</sup></b>	<b>80,5</b>	<b>64,7</b>	<b>...</b>

1. Taux standardisés pour l'âge par la méthode directe, en utilisant la population du Québec au 1<sup>er</sup> juillet 1992 comme population standard.

\* 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 sociale et de santé 1992-1993*.

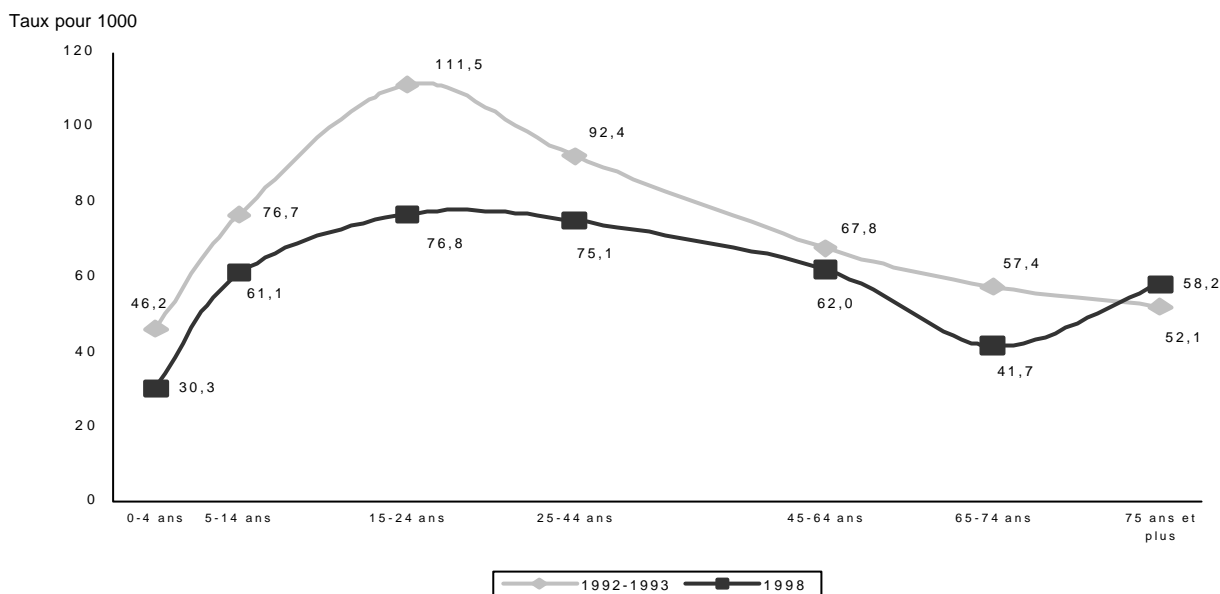
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

groupes d'âge par leur morbidité liée à une limitation d'activités et/ou une consultation médicale plus élevée.

Les taux de morbidité montrent une tendance à la baisse entre les deux enquêtes pour tous les groupes d'âge, sauf chez le groupe des 75 ans et plus

(figure 15.1). Cependant, la baisse n'est significative que chez les jeunes adultes de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans. Il est intéressant de noter que ce sont les groupes d'âge pour lesquels les taux étaient les plus élevés en 1992-1993.

Figure 15.1  
**Taux de morbidité par blessures selon le groupe d'âge, population totale, Québec, 1992-1993 et 1998**



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

#### Variations selon les zones géographiques

Selon les données de l'enquête de 1998, les taux de morbidité ne varient pas selon la zone géographique observée; aucune différence significative entre la métropole (60 p. 1000), les capitales (72 p. 1000), les villes (70 p. 1000) et les régions rurales (62 p. 1000) n'a été détectée (données non présentées). L'existence de disparités entre les régions sociosanitaires du Québec quant au taux de morbidité due aux accidents est pourtant bien documentée (Choinière et autres, 1993). Il est possible que des analyses plus fines pour des catégories spécifiques de blessures (ex. : sur la route) révèlent des différences entre ces zones qui reflètent le niveau de densité de la population.

#### Conséquences des accidents avec blessures selon différentes sources

Le tableau 15.2 rassemble quelques indicateurs issus de diverses sources illustrant les conséquences des accidents avec blessures, pour les années correspondant à celles des enquêtes de Santé Québec. Selon des données de 1998, on peut estimer

que pour 100 personnes ayant déclaré un accident avec blessure nécessitant une consultation médicale et/ou une limitation de ses activités, 12 seront hospitalisées et moins d'une personne (0,74) connaîtra une issue fatale (MSSS, 1999a; MSSS, 1999b). Au cours de la période séparant les deux dernières enquêtes de Santé Québec, les accidents avec blessures ont diminué en nombre relatif (ou en incidence) et en conséquences quant à la limitation des activités au cours d'une période de deux semaines. Cependant, l'indicateur portant sur les limitations à long terme a augmenté, pour des raisons difficiles à cerner étant donné qu'il traduit les conséquences chroniques d'un accident qui peut avoir eu lieu plusieurs années auparavant ou plus récemment. Après avoir diminué entre 1987 et 1992-1993, le taux de mortalité est demeuré à peu près au même niveau en 1998. Le nombre relatif d'hospitalisations a poursuivi une légère baisse observée depuis 1987.

Tableau 15.2

**Conséquences des accidents avec blessures, population totale, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998**

Conséquences <sup>1</sup>	1987	1992-1993	1998
	Taux pour 1000		
Décès par traumatismes (CIM E800-E999) <sup>2</sup>	0,59	0,49	0,48
Hospitalisations pour blessures (CIM E800-E999) <sup>3</sup>	8,60	7,99	7,70
Personnes ayant souffert, au cours d'une période de deux semaines, d'une incapacité due à des blessures	...	12,2	10,4
Personnes avec limitations à long terme	...	13,5	16,8
Personnes ayant subi, au cours d'une période de 12 mois, une blessure qui a entraîné une consultation médicale	..	72,2	57,9
Personnes ayant subi, au cours d'une période de 12 mois, une blessure qui a entraîné une limitation d'activités	...	72,5	55,7
Personnes ayant subi, au cours d'une période de 12 mois, une blessure qui a entraîné soit une limitation d'activités, soit une consultation médicale	..	80,7	64,5

1. Les décès et les hospitalisations incluent toute la population, alors que les autres indicateurs de conséquences ne concernent que la population non institutionnalisée.

2. Taux bruts de mortalité, 1987, 1992, 1997.

3. Taux bruts d'hospitalisation de courte durée consécutive à un accident (E800-E999) dans des hôpitaux de soins généraux et spécialisés : 1987-1988, 1992-1993, 1997-1998.

Sources : Décès : MSSS (1999a).

Hospitalisations : MSSS (1999b).

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

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

**Lésions résultant des accidents avec blessures**

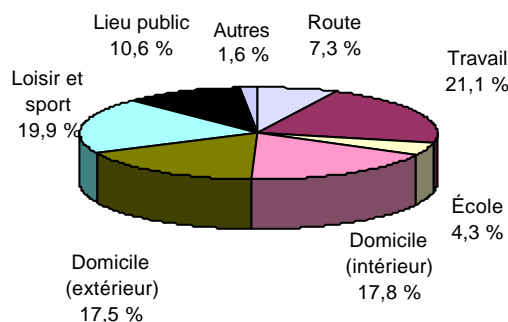
Seule la principale blessure subie par la personne, probablement la plus grave, est retenue pour cette analyse. Près de 75 % des blessures déclarées se retrouvent dans quatre grandes catégories : entorses ou luxations (30 %), fractures (24 %), plaies et contusions superficielles (18 %) et brûlures (2 %), et ce, quel que soit le sexe des victimes (données non présentées).

**15.2.2 Taux de morbidité selon le lieu et la circonstance****Lieux où surviennent les accidents avec blessures**

En ce qui concerne la répartition des lieux où surviennent les accidents avec blessures, le domicile est le lieu d'accident le plus souvent mentionné puisque 35 % des accidents décrits s'y sont produits, soit à l'intérieur ou dans la zone extérieure immédiate (ex. : balcon, jardin) (figure 15.2). Le lieu de travail ainsi que les lieux de loisir et de sport viennent au

second rang et représentent chacun environ 20 % de l'ensemble des accidents avec blessures décrits.

Figure 15.2

**Accidents avec blessures selon le lieu, total des accidents avec blessures<sup>1</sup>, Québec, 1998**

1. Il s'agit des accidents avec blessures survenus au cours d'une période de 12 mois et ayant entraîné une restriction d'activités ou une consultation médicale. La répartition est basée sur le nombre total de lieux déclarés et exclut le deuxième accident (ou plus) survenu à une personne dans un même lieu (10,3 % des accidents).

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



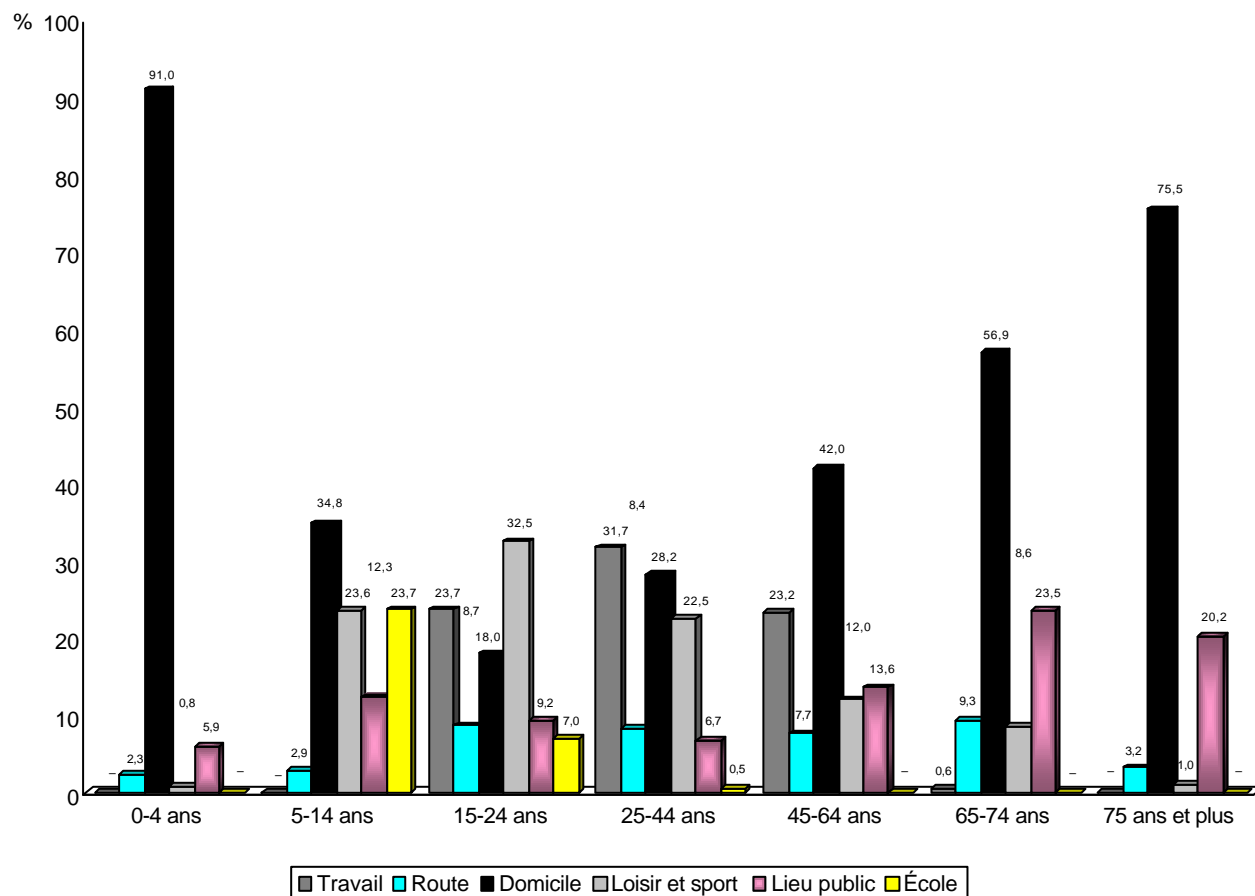
Le domicile (intérieur et extérieur) est le lieu où les accidents avec blessures surviennent le plus fréquemment pour les jeunes de moins de 15 ans et les adultes à partir de 45 ans (figure 15.3). Les personnes de 15 à 24 ans se blessent principalement dans les lieux de loisir et de sport (33 %).

Malgré que la répartition des lieux où surviennent les accidents avec blessures décrits en 1998 soit similaire

à celle de 1992-1993, on observe une diminution significative des taux de morbidité due aux accidents survenus au travail (de 21 p. 1000 à 14 p. 1000) et sur la route (de 8 p. 1000 à 5 p. 1000) (tableau 15.3).

Les taux de morbidité au travail et sur la route ont tendance à diminuer pour tous les groupes d'âge, sauf pour les personnes de 45 à 64 ans sur la route (données non présentées). Cependant, cette réduction

Figure 15.3  
Répartition des lieux des accidents selon le groupe d'âge de la victime, total des accidents avec blessures<sup>1</sup>, Québec, 1998



1. Il s'agit des accidents avec blessures survenus au cours d'une période de 12 mois et ayant entraîné une restriction d'activités ou une consultation médicale. La répartition est basée sur le nombre total de lieux déclarés et exclut le deuxième accident (ou plus) survenu à une personne dans un même lieu (10,3 % des accidents). La catégorie « Autre lieu » est inférieure à 5 % et ne figure pas au graphique.

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

Tableau 15.3

**Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe et le lieu, population totale, Québec, 1992-1993 et 1998**

	1992-1993	1998
	Taux pour 1000	
<b>Hommes</b>		
Domicile (intérieur)	13,3	10,8
Domicile (extérieur)	12,2	13,5
Travail	31,6	22,1
Sport et loisir	23,3	19,0
Lieu public	7,3	6,7
Route	7,4	5,4
École	4,7	3,8
<b>Femmes</b>		
Domicile (intérieur)	16,8	14,0
Domicile (extérieur)	9,7	10,5
Travail	10,2	7,0
Sport et loisir	9,0	8,4
Lieu public	9,4	8,0
Route	7,7	4,6
École	4,1	2,1
<b>Sexes réunis</b>		
Domicile (intérieur)	15,1	12,4
Domicile (extérieur)	11,0	12,0
Travail	20,8	14,4
Sport et loisir	16,1	13,6
Lieu public	8,4	7,4
Route	7,5	5,0
École	4,4	2,9

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

n'est significative que pour deux groupes d'âge spécifiques : les 25-44 ans, chez lesquels le taux de morbidité au travail passe de 36 à 25 pour 1000 entre 1992-1993 et 1998, et les 15-24 ans, chez lesquels le taux de morbidité liée à la route passe de 17 à 7 pour 1000 durant la même période (données non présentées).

Tel qu'on l'avait observé en 1993, les taux d'accidents avec blessures survenant au travail et dans les lieux de loisir et de sport sont significativement plus élevés chez les hommes que chez les femmes en 1998 (tableau C.15.2).

## Lieux et circonstances

Parmi toutes les circonstances décrites, les chutes sont associées à 34 % de tous les accidents avec blessures, suivies des accidents durant les activités récréatives et sportives (tableau 15.4). Ces derniers totalisent 25 % des cas lorsque la pratique de la bicyclette est considérée parmi les activités récréatives et sportives. La chute est la circonstance la plus souvent décrite au domicile (55 %), sur les lieux de travail (22 %) et dans les lieux publics (61 %) (données non présentées). Les blessures survenues à l'école ont le plus souvent lieu à l'occasion d'activités récréatives ou sportives (61 %). En ce qui a trait aux activités récréatives ou sportives pratiquées au moment de la blessure, quel que soit le lieu de l'accident, la bicyclette vient au premier rang (9 %), suivie du basket-ball (7 %), du hockey sur glace (7 %), du soccer (5 %), des jeux de ballon de type récréatif (5 %) et de la planche à neige (4 %) (données non présentées).

Tableau 15.4

**Circonstances déclarées de blessures, total des accidents avec blessures<sup>1</sup>, Québec, 1998**

	Ae <sup>2</sup>	
	%	'000
Chute	33,7	166
Activités récréatives et sportives	21,4	105
Heurt	9,5	47
Objet coupant	7,7	38
Véhicule à moteur	6,9	34
Effort/contorsion	6,0	29
Faux mouvement	4,1	20
Bicyclette	3,1	15
Brûlure	2,2	11
Mouvements répétitifs	1,2	6
Empoisonnement	1,1	5
Agression	1,1	5
Autres	1,1	5
Par un animal	0,5	2
Objet/œil	0,4	2
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>491</b>

1. Il s'agit des accidents avec blessures survenus au cours d'une période de 12 mois et ayant entraîné une limitation d'activités ou une consultation médicale. La répartition est basée sur le nombre total de lieux déclarés et exclut le deuxième accident (ou plus) survenu à une personne dans un même lieu (10,3 % des accidents).

2. Nombre d'accidents estimé.

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

Lieux et circonstances selon l'âge

Le rapprochement entre les circonstances de la blessure et le lieu où est survenu l'accident permet d'esquisser les types d'accidents plus fréquents pour chacun des groupes d'âge (tableau C.15.3). Cette information est rarement disponible à l'échelle d'une population, c'est pourquoi elle est présentée malgré l'imprécision des estimations. La circonstance la plus fréquente entre 5 et 44 ans est la pratique d'activités récréatives dans un lieu de loisir et de sport. Par ailleurs, les chutes à l'intérieur du domicile dominent chez les jeunes enfants de même que chez les personnes de 75 ans et plus, et les chutes à l'extérieur du domicile dominent chez les personnes de 45 à 74 ans.

### 15.2.3 Taux de morbidité selon certaines caractéristiques socioéconomiques

Lorsque la morbidité par blessure est prise globalement, tous âges et tous lieux confondus, l'enquête ne démontre pas d'association avec les indicateurs du niveau socioéconomique que sont la suffisance de revenu du ménage et la scolarité relative. Par contre, les accidents avec blessures survenus dans un lieu de loisir et de sport augmentent avec le niveau de scolarité et avec le revenu (figure C.15.2). Pour les deux indicateurs, l'association est particulièrement marquée chez les hommes et dans le groupe d'âge des 25-44 ans (données non présentées). Dans la direction opposée, les taux de morbidité liée aux accidents avec blessures qui surviennent au travail sont moindres chez les personnes de scolarité supérieure (figure C.15.2). L'association est significative chez les hommes et dans le groupe d'âge des 25-44 ans (données non présentées). L'association n'est pas véritablement linéaire car seules les personnes de scolarité supérieure se démarquent par un taux de morbidité plus faible; les personnes de scolarité moyenne et élevée ont des taux de morbidité au travail qui s'apparentent à ceux des personnes de scolarité relative plus faible et faible.

## Conclusion

### Synthèse et pistes de recherche

#### Évolution

La morbidité analysée dans le présent chapitre porte sur l'ensemble de la population. La perspective est générale; elle ne cherche donc pas à établir un risque en fonction de l'exposition. On observe une baisse importante du taux de morbidité par accidents avec blessures entre 1992-1993 et 1998. Cette réduction, qui est de l'ordre de 20 %, va dans le sens des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être*. L'amélioration touche principalement les groupes d'âge de 15 à 44 ans, groupes pour lesquels les taux étaient les plus élevés en 1992-1993. La réduction globale s'explique par une baisse des accidents avec blessures sur la route et au travail. Les enquêtes de Santé Québec confirment donc, au niveau de la morbidité ressentie, la tendance déjà observée dans les statistiques de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) (1997 et 1998) et de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) (1994 et 1998). Il est intéressant de noter qu'il s'agit de deux secteurs d'activités considérés à haut risque de blessures ayant fait l'objet d'interventions intensives et multisectorielles de promotion de la sécurité et de prévention des blessures. Les efforts concertés de prévention qui ont eu lieu au cours des dernières années ont vraisemblablement contribué à ce succès.

Le taux de morbidité liée aux blessures à domicile a légèrement diminué entre 1992-1993 et 1998, mais son importance relative a augmenté, à cause des baisses plus substantielles de la morbidité dans les autres lieux. Il est peu probable que le verglas de janvier 1998, qui a confiné des personnes à domicile dans des conditions inhabituelles, soit responsable de ce phénomène, mais l'hypothèse vaut la peine d'être examinée dans les régions concernées. La comparaison avec d'autres enquêtes canadiennes permettrait de confirmer l'augmentation relative des accidents avec blessures à domicile, si tel est le cas.

## Variations régionales

Il est bien connu que la mortalité et la morbidité par blessures varient selon les régions sociosanitaires du Québec (Masson et Dorval, 1998). D'une façon générale, les régions les plus éloignées de Montréal et de Québec ont les taux les plus élevés. Ce sont également des régions étendues sur de grands territoires. L'exposition au transport routier sur de longues distances est le facteur explicatif généralement relevé dans les recherches. Les regroupements suggérés par Santé Québec dans la présente enquête (métropole, capitales régionales, villes et régions rurales) n'ont pas permis de faire ressortir les mêmes tendances. L'analyse par région administrative permettra de suivre l'évolution de la morbidité à petite échelle et d'ajuster les programmes régionaux en conséquence.

## Sévérité et conséquences

L'enquête permet d'évaluer la morbidité ressentie. Il s'agit des accidents avec blessures suffisamment sévères pour qu'il y ait eu limitation des activités ou consultation médicale; cette dernière condition est présente dans 90 % des cas déclarés. Le type de lésions nous laisse croire que leur niveau de sévérité n'est pas négligeable puisque les fractures, entorses et luxations comptent pour plus de la moitié des cas. De plus, les accidents avec blessures donnent aussi lieu à des limitations à long terme.

Étant donné que la mortalité et la morbidité liées aux blessures ont globalement diminué au Québec au cours des dix dernières années, l'on s'attend à ce que les blessures occasionnent une utilisation du système de soins qui soit proportionnellement moins importante qu'il y a cinq ou dix ans. Cette hypothèse pourrait être examinée à la lumière des données de la présente enquête. Plusieurs types de blessures - telles les fractures, les entorses et les luxations - atteignent le système ostéo-articulaire et requièrent des services qui ne sont pas tous couverts par le système public de soins (ex. : physiothérapie). Il convient de se demander quelle est l'importance des coûts relatifs

aux soins qui sont déboursés par la victime à la suite d'une blessure. Comment ces coûts ont-ils évolué à la suite du virage ambulatoire? Les accidentés de la route et les travailleurs couverts par la CSST voient une partie de leurs dépenses de soins remboursée par le système public, ce qui n'est pas le cas des personnes blessées à domicile ou durant la pratique d'une activité de loisir. Pour une même lésion, comment les coûts payés personnellement par un accidenté de la route se comparent-ils à ceux payés par un accidenté à domicile, par exemple?

## Lieux

Le domicile, le travail et les lieux de loisir et de sport sont les endroits où surviennent le plus grand nombre des accidents avec blessures rapportés. Au travail et dans les lieux de sport, les taux de morbidité des hommes sont supérieurs à ceux des femmes. Le degré d'exposition distinct entre les hommes et les femmes explique probablement une grande partie des différences entre les sexes dans ces deux milieux. Puisque l'importance relative des accidents avec blessures au travail et sur la route a diminué par rapport à l'enquête de 1992-1993, celle des accidents avec blessures à domicile, dans les lieux de sport et dans les lieux publics occupe progressivement une plus grande place. Plus du tiers des cas de blessures surviennent désormais à domicile. Ces données confirment le bien-fondé de l'orientation stipulée dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, qui appellent une concentration des efforts vers la prévention des blessures dans ce lieu.

## Niveau socioéconomique

La relation entre la morbidité par blessure et le niveau socioéconomique change de sens selon les circonstances de l'accident, ce qui suggère que l'analyse de cette relation doit être effectuée spécifiquement par circonstances ou par lieux. Prise globalement, c'est la morbidité par blessure dans un lieu de loisir et de sport qui démontre la relation la plus étroite avec le niveau socioéconomique; elle croît directement avec le niveau de scolarité et de revenu,

probablement à cause de la plus grande pratique d'activités physiques de loisir dans les groupes appartenant aux tranches supérieures. Les données tirées de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* rapportées par Nolin et ses collaborateurs en 1996 révélaient, en effet, une proportion plus grande de personnes physiquement actives dans les ménages à revenus supérieurs (45 %) comparativement aux ménages pauvres (29 %), de même que chez les individus qui présentent un indice de scolarité élevé (44 %) comparativement à ceux qui ont un indice plus bas (29 %) (Nolin et autres, 1996). Les résultats de la présente enquête confirment donc, pour l'ensemble du Québec, des faits déjà observés dans des études plus restreintes (Williams et autres, 1997). La relation entre la morbidité par blessure au travail et le niveau de scolarité irait dans la direction opposée, mais elle n'est pas aussi claire. Il serait nécessaire de tenir compte du taux de chômage, du type d'emploi et du nombre d'heures travaillées par quintile de scolarité relative afin d'approfondir la relation entre scolarité et blessure au travail.

L'observation des relations entre le niveau socioéconomique et la morbidité à la suite d'un accident fournit une image macroscopique de cette relation. Pour une approche explicative de la variation des taux, l'analyse devrait porter sur des sous-populations à risque, par exemple les travailleurs ayant un emploi ou les personnes pratiquant des activités récréatives et sportives. De plus, la nécessité de contrôler simultanément plusieurs variables démographiques milite en faveur d'analyses multivariées.

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

Prenons maintenant une perspective qui dépasse les résultats de la présente étude. Pour les accidents de la route, nous croyons que les effets conjugués des mesures prises pour contrer la conduite avec facultés affaiblies, réduire la vitesse, améliorer les véhicules et favoriser l'adoption de comportements de sécurité auront contribué à la réduction de la morbidité rapportée. Parmi les ingrédients du succès qui peuvent servir d'exemple à d'autres secteurs, mentionnons : une action soutenue année après

année, une combinaison de stratégies législatives et promotionnelles ainsi que la disponibilité de ressources adéquates. Face aux nouveaux défis en émergence (diversification des moyens de transport, vieillissement des utilisateurs du réseau routier), les efforts doivent se poursuivre.

Afin de maintenir les acquis en matière de réduction des traumatismes d'origine récréative et sportive, il sera essentiel de poursuivre l'application de la *Loi sur la sécurité dans les sports* et de ses règlements (sous la responsabilité du ministre responsable du loisir, du sport et du plein air). De plus, tous les intervenants des milieux sportifs (participants, propriétaires et gestionnaires d'installations, entraîneurs) devront travailler de concert pour offrir à tous les niveaux de pratique (libre, organisée, élite, récréative) des environnements sécuritaires. Enfin, il sera important de promouvoir le port d'équipements de protection (normalisés et reconnus comme étant efficaces) pour la pratique libre et organisée d'activités sportives et récréatives.

À domicile, les occasions de blessures sont multiples et variées en fonction de l'âge et des activités des personnes. La prévention y est difficile car le domicile est du domaine du privé. L'approche de la prévention par problème a montré son efficacité, mais nécessite une action répétée pour chaque situation spécifique. Par exemple : réduction des intoxications chez les enfants par l'avènement d'emballages protégés - enfants; réduction des brûlures à l'eau chaude par la diminution de la température du chauffe-eau. Jusqu'à maintenant, les ressources consacrées à la promotion et à la recherche concernant les blessures à domicile n'ont pas eu la même ampleur que celles visant à prévenir les blessures au travail et sur la route. Un ajout de ressources constitue une condition nécessaire au développement et à la mise sur pied de moyens de réduire ces blessures, dont l'importance relative augmente parmi les causes dites « accidentelles ».

En vue d'une action à long terme, l'approche de la promotion de la sécurité (Maurice et autres, 1997), qui se veut plus globale que l'approche de la prévention des blessures, pourrait agir comme catalyseur,

rendant les familles et les communautés plus réceptives aux moyens de prévention disponibles. Par la concertation et l'évaluation, l'approche de la promotion de la sécurité pourra se développer et venir enrichir l'arsenal des stratégies disponibles en santé publique.

# Bibliographie

---

BOURBEAU, R., et V. COURVILLE (1997). « La mortalité violente selon l'âge, le sexe et la cause : un essai de classification des pays industrialisés, 1985-1989 », *Revue européenne de démographie/ European Journal of Population*, vol. 13, n° 1, p.71-94.

CHOINIÈRE, R., et autres (1993). *Profil des traumatismes au Québec : Disparités régionales et tendances de la mortalité (1976 à 1990) et des hospitalisations (1981 à 1991)*, publié par la Direction de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 493 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL (1994). *Rapport annuel d'activité 1993*, Québec, 98 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL (1998). *Rapport annuel d'activité 1997*, Québec, 88 p.

FOURNIER, M.-A., et L. COTÉ (1995). « Recours aux services sociaux et de santé » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p.315-339.

HAREL, Y., et autres (1994). « The effects of recall on estimating annual nonfatal injury rates for children and adolescents », *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 4, p.599-605.

LIBERATOS, P., B. G. LINK et J. L. KELSEY (1988). « The Measurement of social class in epidemiology », *Epidemiologic Reviews*, vol. 10, p. 87-121.

MASSON, I., et D. DORVAL (1998). « Profil des traumatismes au Québec : de 1991 à 1995 », *Collection analyse et surveillance*, Gouvernement du Québec, Québec, 327 p.

MAURICE, P., et autres (1997). « Sécurité et promotion de la sécurité : aspects conceptuels et opérationnels », *Maladies chroniques au Canada*, vol.18, n° 4, p. 199-206.

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 (1997). *Priorités nationales de santé publique, 1997-2002*, Les Publications du Québec, Québec, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999a). « Surveillance de la mortalité au Québec : 1976-1997 », *Collection Analyses et surveillance*, Gouvernement du Québec, Québec, 252 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999b). *Info-med-écho : bulletin d'information sur l'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec*, bulletin n° 1, Service du développement de l'information, Gouvernement du Québec, Québec, 54 p.

NOLIN, B., D. PRUD'HOMME et M. GODBOUT (1996). *L'activité physique de loisir au Québec : une analyse en fonction des bénéfices pour la santé*, Monographie n° 5, Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Kino-Québec, Ministère des Affaires municipales, Gouvernement du Québec, 107 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977). « Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès », *Conférence pour la neuvième révision*, 1975, vol.1, Genève, 781 p.

OVERPECK, M. D., D. H. JONES, A. C. TRUMBLE, P. C. SCHEIDT et P. E. BIJUR (1997). « Socio-economic and racial/ethnic factors affecting non-fatal medically attended injury rates in U.S. children », *Injury Prevention*, vol.3, p. 272-276.

ROBITAILLE, Y., G. RÉGNIER et I. B. PLESS (1995). « Accidents avec blessures » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 257-277.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (1997). *Dossier statistique : bilan 1996*, Gouvernement du Québec, Québec, 205 p.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (1998). *Dossier statistique : bilan 1997*, Gouvernement du Québec, Québec, 207 p.

WILKINS, R. (1995). « Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 279-311.

WILLIAMS, J. M., et autres (1997). « Socioeconomic status and adolescent injuries », *Social Science and Medicine*, vol. 44, n° 12, p. 1881-1891.



# Tableaux complémentaires

Tableau C.15.1

**Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe, le groupe d'âge et la nature des conséquences, population totale, Québec, 1998**

	Limitation et/ou consultation médicale	Consultation médicale	Limitation d'activités	Limitation et consultation médicale
Taux pour 1000				
<b>Hommes</b>				
0-4 ans	40,0*	36,3*	22,1**	18,4**
5-14 ans	69,8	65,3	57,6	53,1
15-24 ans	105,1	98,2	88,3	81,5
25-44 ans	93,6	84,1	81,7	72,2
45-64 ans	67,7	59,4	62,6	54,2
65-74 ans	50,4*	45,1*	46,1*	40,8*
75 ans et plus	38,0**	31,6**	36,9**	30,4**
<b>Total</b>	<b>77,9</b>	<b>70,5</b>	<b>67,3</b>	<b>59,9</b>
<b>Femmes</b>				
0-4 ans	19,5**	16,7**	14,3**	11,6**
5-14 ans	52,4	49,4	40,3*	37,4*
15-24 ans	47,1	37,3*	42,0*	32,1*
25-44 ans	56,1	49,3	49,2	42,4
45-64 ans	56,3	52,0	49,0	44,7
65-74 ans	34,1*	32,8*	28,4*	27,2**
75 ans et plus	69,0*	54,8*	65,8*	51,6*
<b>Total</b>	<b>51,4</b>	<b>45,6</b>	<b>44,4</b>	<b>38,5</b>
<b>Sexes réunis</b>				
0-4 ans	30,3*	27,1*	18,4*	15,2**
5-14 ans	61,1	57,4	49,0	45,3
15-24 ans	76,8	68,4	65,7	57,3
25-44 ans	75,1	66,9	65,6	57,5
45-64 ans	62,0	55,6	55,7	49,4
65-74 ans	41,7	38,6*	36,7*	33,6*
75 ans et plus	58,2*	46,7*	55,7*	44,2*
<b>Total</b>	<b>64,5</b>	<b>57,9</b>	<b>55,7</b>	<b>49,1</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*.

Tableau C.15.2

**Victimes d'accidents avec blessures, selon le sexe, le groupe d'âge et le lieu de l'accident, population totale, Québec, 1998**

	Domicile intérieur ou extérieur	Travail	Route	École	Loisir et sport	Lieu public	Autre Lieu
Taux pour 1000							
Hommes	24,0	22,1	5,4*	3,8*	19,0	6,7	1,5**
Femmes	24,3	7,0	4,6*	2,1**	8,4	8,0	0,8**
Sexes réunis							
0-4 ans	29,0*	—	0,7**	—	0,2**	1,9**	—
5-14 ans	22,9*	—	1,9**	16,0*	15,9*	8,3**	1,8**
15-24 ans	14,8*	19,6*	7,2**	5,8**	26,8	7,6**	0,8**
25-44 ans	22,4	25,0	6,6*	0,4**	17,7	5,3*	1,6**
45-64 ans	28,0	15,5	5,1*	—	8,0*	9,4*	1,0**
65-74 ans	23,5*	0,2**	3,8**	—	3,5**	9,7**	0,5**
75 ans et plus	44,3*	—	2,0**	—	0,6**	12,3**	—
<b>Total</b>	<b>24,1</b>	<b>14,4</b>	<b>5,0</b>	<b>2,9*</b>	<b>13,6</b>	<b>7,4</b>	<b>1,1*</b>

\* 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.15.3

**Accidents avec blessures selon les circonstances et l'âge, total des accidents avec blessures<sup>1</sup>, Québec, 1998**

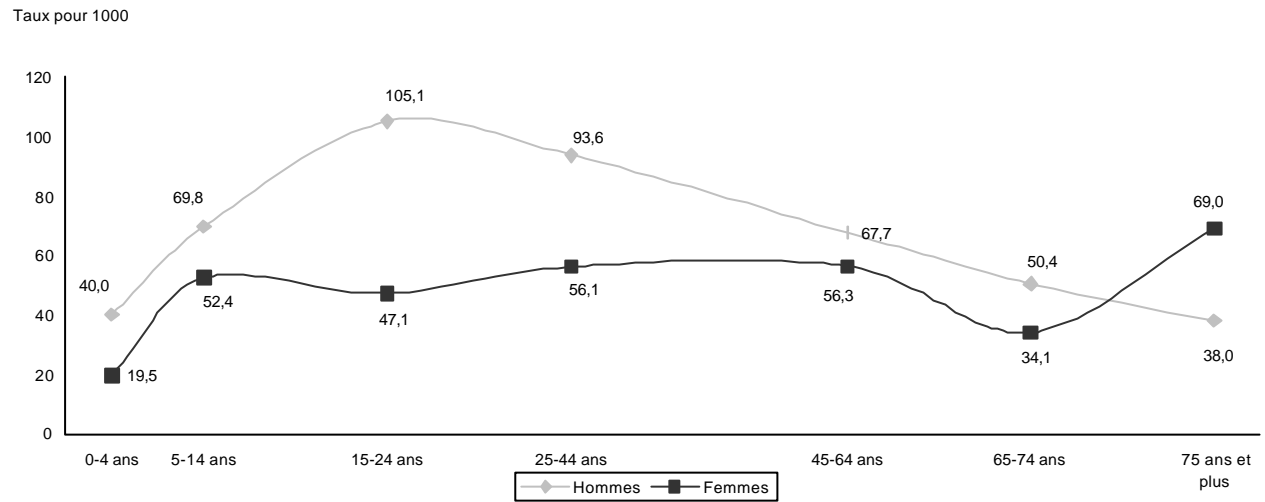
	Circonstances les plus fréquentes	Circonstances au 2 <sup>e</sup> rang	Circonstances au 3 <sup>e</sup> rang
0-4 ans	Chute, intérieur du domicile	Heurt, intérieur du domicile	Chute, extérieur du domicile
5-14 ans	Activité récréative, sport/loisir	Activité récréative, école	Chute, intérieur du domicile
15-24 ans	Activité récréative, sport/loisir	Objet coupant, travail	Acc. véhicule moteur, route
25-44 ans	Activité récréative, sport/loisir	Chute, extérieur du domicile	Acc. véhicule moteur, route
45-64 ans	Chute, extérieur du domicile	Chute, intérieur du domicile	Chute, lieu public
65-74 ans	Chute, extérieur du domicile	Chute, lieu public	Chute, intérieur du domicile
75 ans et plus	Chute, intérieur du domicile	Chute, extérieur du domicile	Chute, lieu public

1. Il s'agit des accidents avec blessures survenus au cours d'une période de 12 mois et ayant entraîné une limitation d'activités ou une consultation médicale. La répartition est basée sur le nombre total de lieux déclarés et exclut le deuxième accident (ou plus) survenu à une personne dans un même lieu (10,3 % des accidents).

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

# Figures complémentaires

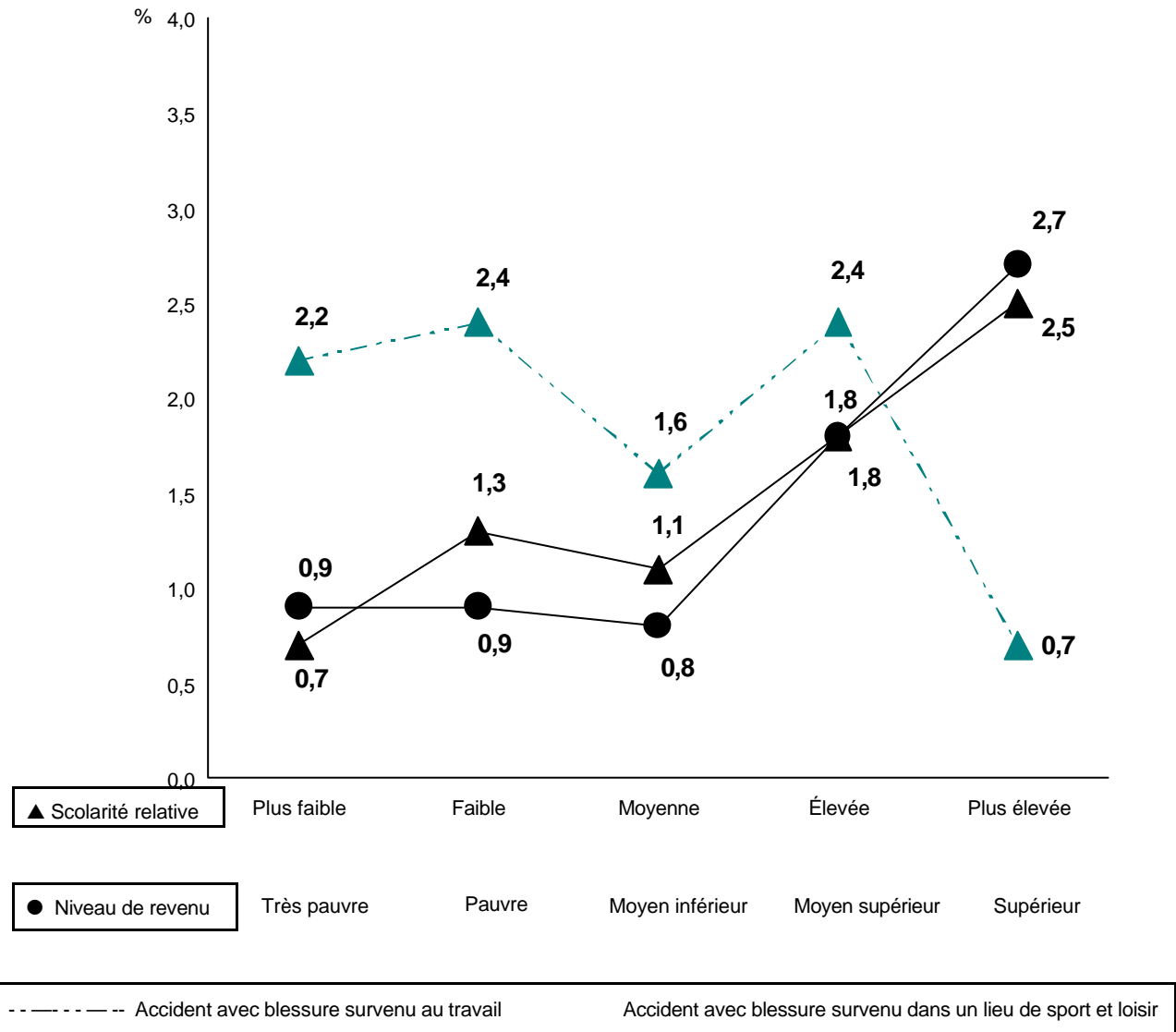
Figure C.15.1  
Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe et l'âge, population totale, Québec, 1998



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

Figure C.15.2

Taux de morbidité par accidents avec blessures selon la scolarité relative, le niveau de revenu et le lieu de survenue de l'accident (travail, sport et loisir), population totale, Québec, 1998



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