

Zoom santé

Juin 2009 | Numéro 18

La perception de la santé dans la population de 55 ans et plus et les caractéristiques de santé modulant cette perception en France et au Québec

Jocelyne Camirand*, Catherine Sermet**, Valeriu Dumitru*, Stéphanie Guillaume**

* Institut de la statistique du Québec

** Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, France

Bien qu'ayant une population beaucoup plus restreinte (7,7 M c. 62 M en 2008), le Québec présente, outre une langue nationale commune, certaines similitudes avec la France. Dans les deux cas, comme dans l'ensemble de l'Europe, la part de la population âgée de 65 ans et plus est croissante. Elle a atteint en 2007 14% au Québec et 16% en France. Tous deux se situent également dans

le peloton de tête des nations quant à l'espérance de vie à la naissance, avec 79,7 ans au Québec et 80,2 ans en France en 2005². Cette population vieillissante retient également l'attention dans les deux territoires en raison de l'augmentation avec l'âge de la prévalence des maladies chroniques et de l'incapacité, et de l'augmentation anticipée des coûts du système de santé.

La perception de l'état de santé est l'un des rares indicateurs comparables provenant, en France et au Québec, d'enquêtes aux méthodologies similaires. La santé perçue est reconnue comme un indicateur fiable et valide de l'état de santé de la population³ et sa relation avec des dimensions spécifiques de la santé, dont la mortalité et l'utilisation des services de santé, a été établie dans plusieurs études^{4,5,6}. Elle fait partie, avec la déclaration de maladies chroniques et de limitations d'activités, des trois dimensions de l'état de santé retenues par Eurostat pour composer le module minimal sur la santé commun aux enquêtes européennes. La santé perçue est un des indicateurs les plus largement utilisés, avec la mortalité et l'espérance de vie, dans le contexte de comparaisons internationales, entre autres pour étudier les inégalités de santé⁷.

Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité

Cette étude a été rendue possible par le séjour à l'IRDES de Jocelyne Camirand, séjour soutenu financièrement par l'ISQ et impulsé par l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité (OFQSS). La principale mission de l'OFQSS est de diffuser et de valoriser la réflexion française et québécoise sur les thèmes d'actualité partagés dans les domaines sanitaire et social. Dans cette optique l'OFQSS soutient diverses activités, dont les échanges entre professionnels. Les auteurs remercient ces organismes.

Les travaux réalisés ont donné lieu à un article complémentaire publié en France dans *Question d'économie de la santé*¹.

1. J. CAMIRAND, C. SERMET, V. DUMITRU et S. GUILLAUME (2009). « La santé perçue des 55 ans et plus en France et au Québec : similitudes et différences », *Question d'économie de la santé*, n° 142. [En ligne] : www.irdes.fr/EspaceRecherche/Qes2009.html.
2. *Eco-Santé Québec 2008 et Eco-Santé OCDE 2008*, [En ligne] : www.irdes.fr/EcoSante/EcoSante.htm.
3. O. LUNDBERG, et K. MANDERBACKA (1996). « Assessing reliability of a measure of self-rated health », *Scandinavian Journal of Social Medicine*, vol. 24, n° 3, p. 218-224.
4. E. L. IDLER, et Y. BENYAMINI (1997). « Self-Rated Health and Mortality: a Review of Twenty-Seven Community Studies », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 38, n° 1, p. 21-37.
5. C. EVASHWICK, G. ROWE, P. DIEHR et L. BRANCH (1984). « Factors Explaining the Use of Health Care services by the Elderly », *Health Services Research*, vol. 19, n° 3, p. 357-382.
6. R. J. JOHNSON, et F. D. WOLINSKY (1993). « The Structure of Health Status Among Older Adults: Disease, Disability, Functional Limitation, and Perceived Health », *Journal of Health and Social Behavior*, n° 34, p. 105-121.
7. J. P. MACKENBACH (2006). *Health Inequalities: Europe in Profile*, Rotterdam, Erasmus MC, 46 p.

De nombreuses études se sont penchées sur les facteurs déterminant la perception qu'ont les individus de leur état de santé^{8,9,10,11,12,13}. Ces facteurs comptent au premier chef l'âge, le sexe, les caractéristiques de santé, comme les maladies et les incapacités, et les caractéristiques socioéconomiques; s'ajoutent à ces facteurs les habitudes de vie liées à la santé (ex. : usage du tabac, consommation d'alcool, exercice) et certaines caractéristiques psychosociales. Les difficultés qu'entraînent les différences culturelles pour les comparaisons internationales¹⁴ ont été mises en évidence dans certaines études.

La présente étude porte sur la population non institutionnalisée de 55 ans et plus du Québec et de la France. Elle vise à comparer la perception que ces deux populations ont de leur état de santé et examine comment les caractéristiques de santé modulent cette perception. Sont ainsi mis en lumière le rôle de plusieurs maladies chroniques, de certaines limitations fon-

ctionnelles et des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique. Leurs relations avec la santé perçue sont examinées d'abord dans le cadre d'analyses bivariées. Des analyses de régression logistique servent ensuite à montrer comment ces facteurs agissent simultanément sur la perception de l'état de santé en tenant compte des principales caractéristiques sociodémographiques et économiques (ex. : niveau de scolarité, revenu et type de ménage) de ces populations.

Les données proviennent de deux enquêtes nationales représentatives de la population vivant dans les ménages privés, soit l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de 2003 pour le Québec et l'*Enquête décennale santé* (EDS) 2002-2003 pour la France (voir l'encadré *À propos des enquêtes*, page 12). Bien que comportant plusieurs différences méthodologiques qui seront discutées, ces deux enquêtes comprennent une question quasi identique sur la

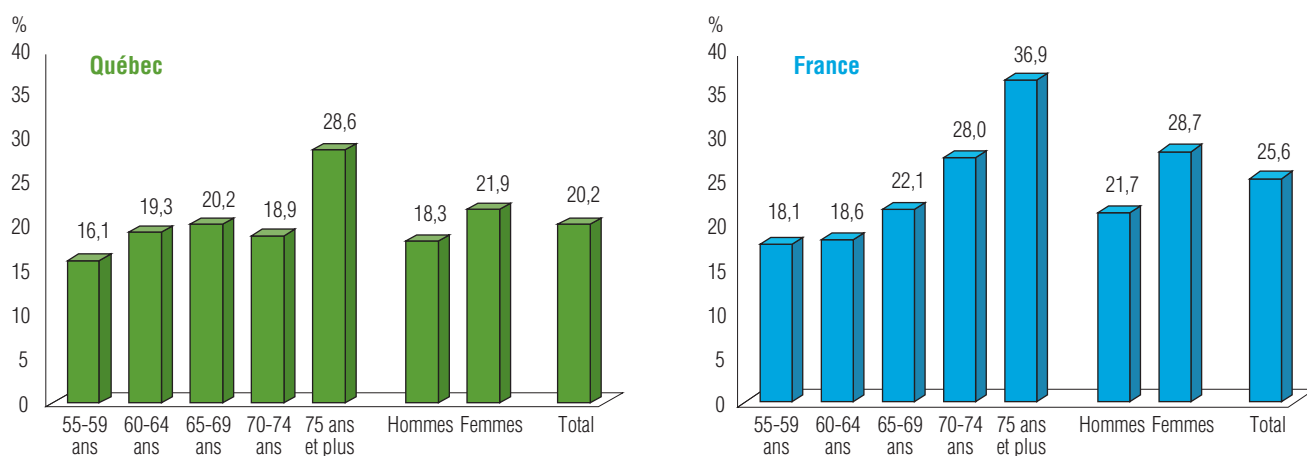
santé perçue (voir l'encadré *Définition des variables selon l'enquête*, page 7). Dans la présente étude, les personnes sont scindées en deux groupes selon qu'elles ont déclaré que leur santé est bonne (excellente, très bonne ou bonne) ou mauvaise (passable/médiocre ou mauvaise).

Les Québécois de 55 ans et plus se considèrent moins souvent en mauvaise santé que les Français du même âge

Au total, 20 % des Québécois et 26 % des Français de 55 ans et plus vivant en ménage privé perçoivent leur santé comme mauvaise, selon les deux enquêtes (figure 1). Ce meilleur état de santé perçue des Québécois est manifeste chez les personnes âgées de 70 ans et plus. En effet, chez les personnes de 70-74 ans, 19 % des Québécois et 28 % des Français se considèrent en mauvaise santé; chez les 75 ans et plus, c'est le cas de 29 % des Québécois et de 37 % des Français.

Figure 1

Proportion de la population de 55 ans et plus considérant sa santé comme mauvaise selon l'âge et le sexe, Québec 2003, France 2002-2003



Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1*, fichier de partage du Québec. INSEE, *Enquête décennale santé 2002-2003*.

Compilation : Institut de la statistique du Québec et Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.

- E. IDLER (1993). « Age Differences in Self-Assessments of Health: Age Changes, Cohort Differences, or Survivorship? », *Journal of Gerontology*, vol. 48, n° 6, S289-S300.
- S. SHOOSHTARI, V. MENEZ et R. TATE (2007). « Comparing Predictors of Positive and Negative Self-Rated Health Between Younger (25-54) and Older (55+) Canadian Adults. A Longitudinal Study of Well-Being », *Research on Aging*, vol. 29, n° 6, p. 512-554.
- Y. BENYAMINI, E. A. LEVENTHAL et H. LEVENTHAL (2000). « Gender differences in processing information for making self-assessments of health », *Psychosomatic Medicine*, vol. 62, n° 3, p. 354-364.
- J. DAMIAN, A. RUIGOMEZ, V. PASTOR et J. M. MARTIN-MORENO (1999). « Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 53, n° 7, p. 412-416.
- R. SCHULZ, M. MITTELMARK, R. KRONMAL et autres. (1994). « Predictors of Perceived Health Status in Elderly Men and Women. The Cardiovascular Health Study », *Journal of Aging and Health*, vol. 6, n° 4, p. 419-447.
- M. SHIELDS, et S. SHOOSHTARI (2001). « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 1, p. 39-63 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
- H. JÜRGES (2007). « True Health vs Response Styles: Exploring Cross-country Differences in Self-Reported Health », *Health Economics*, n° 16, p. 163-178.

C'est donc dire que la grande majorité des personnes vivant en ménage ordinaire se considère en bonne santé, même à un âge plus avancé.

Comme le montre la figure 1, au Québec, la proportion de personnes se disant en mauvaise santé s'accroît nettement chez les 75 ans et plus, alors qu'en France, c'est à partir de l'âge de 70 ans que l'augmentation est significative.

En France, les femmes sont significativement plus enclines à se considérer en mauvaise santé que les hommes (29 % c. 22 %), et ce, dans tous les groupes d'âge sauf les 55-59 ans (données non présentées). Au Québec cependant, bien que l'écart entre les sexes (22 % c. 18 %) soit significatif globalement, il ne l'est dans aucun des groupes d'âge.

Ainsi, les différences entre la santé perçue des populations québécoise et française de 55 ans et plus se situent essentiellement dans la population de 70 ans et plus et chez les femmes. De plus, les différences entre les femmes québécoises et françaises ne sont significatives que chez les plus âgées, soit celles de 70-74 ans (20 % au Québec c. 31 % en France) et de 75 ans et plus (29 % et 39 %, respectivement) (données non présentées). Une tendance similaire est observée chez les hommes de 70-74 ans (17 % au Québec c. 24 % en France) et de 75 ans et plus (27 % et 34 %, respectivement), mais les écarts ne sont pas significatifs sur le plan statistique.

Il est important de noter ici que la population de 55 ans et plus qui vit en ménage privé compte moins de personnes très âgées (75 ans et plus) au Québec qu'en France (19 % c. 27 %). Cela découle vraisemblablement du fait qu'une part plus grande de la population de cet âge vit en institution au Québec (17 % c. 10 % en France) (voir l'encadré *Aspects méthodologiques et analyses*, page 6). Ces différences de structures de populations n'expliquent toutefois pas à elles seules la perception plus favorable des Québécois. En effet, après standardisation selon l'âge et le sexe¹⁵, la proportion de Québécois se disant en mauvaise santé reste inférieure à celle observée en France (21 % c. 26 %). Ces différences entre les deux populations sont donc également liées, comme on le verra, à diverses caractéristiques de leur état de santé.

Au Québec et en France, la majorité des personnes de 55 ans et plus se considère en bonne santé malgré la présence d'une maladie chronique

La perception de l'état de santé a été étudiée selon la présence d'une dizaine de maladies chroniques, relevées dans les deux enquêtes et susceptibles – en raison de leur gravité – d'affecter cette perception. La prévalence de ces maladies observée dans les deux enquêtes est présentée à titre indicatif : ces résultats ne peuvent en effet être comparés directement (voir l'encadré *Définition des variables selon l'enquête*). C'est surtout le lien existant entre la présence de ces problèmes et la perception de l'état de santé qui retient l'attention. Il est significatif pour toutes les maladies étudiées, au Québec et en France.

La majorité des personnes de 55 ans et plus se considère en bonne santé malgré la présence d'une maladie chronique. De fait, la proportion des personnes évaluant

leur santé comme mauvaise varie de 29 % à 51 % selon les maladies et le territoire, mais les proportions observées se situent surtout entre 35 % et 45 % environ. Les quelques maladies qui se démarquent sont les suivantes : le cancer par une proportion particulièrement élevée au Québec (51 %; cette proportion est de 42 % en France), de même que l'hypertension artérielle et les troubles de la thyroïde, par des proportions relativement faibles tant au Québec qu'en France (aux alentours de 30 %).

La similitude des proportions de personnes qui se considèrent en mauvaise santé en présence d'une maladie donnée constatées au Québec et en France est remarquable pour plusieurs des maladies. Par exemple, chez les personnes souffrant d'une maladie cardiaque, d'un accident vasculaire cérébral ou de troubles mentaux, elles sont d'environ 45 % tant au Québec qu'en France. Il est à noter que les différences d'âge des populations française et québécoise ne sont pas prises en compte ici.

Tableau 1

Proportion de la population de 55 ans et plus considérant sa santé comme mauvaise chez les personnes présentant certaines maladies chroniques et prévalence des maladies, Québec 2003, France 2002-2003

	Santé perçue comme mauvaise		Prévalence des maladies ¹	
	Québec	France	Québec	France
	%			
Cancer	51,4	42,3	3,6	4,6
Problèmes de la thyroïde	28,8	33,1	13,2	5,0
Diabète	37,6	43,1	11,1	8,4
Troubles mentaux	44,6	46,8	6,5	6,1
Maladie cardiaque, accident vasculaire cérébral	44,3	44,9	15,7	15,6
Hypertension	28,9	29,2	35,6	30,1
Maladies respiratoires chroniques	41,0	45,8	11,8	9,0
Troubles intestinaux, ulcères à l'estomac	43,4	42,7	6,1	5,6
Arthrite, rhumatismes	32,7	37,8	34,5	27,4
Maux de dos autres que l'arthrite ou la fibromyalgie	34,6	36,3	19,0	10,4

1. La méthodologie de recueil des maladies étant différente en France et au Québec (voir l'encadré *Définition des variables selon l'enquête*), les prévalences ne doivent pas être comparées entre elles. Celles-ci sont présentées à titre indicatif.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1*, fichier de partage du Québec.

INSEE, *Enquête décennale santé 2002-2003*.

Compilation : Institut de la statistique du Québec et Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.

15. Standardisation selon la structure de la population française.

La perception de la santé varie avec la présence de limitations fonctionnelles

La perception qu'ont les personnes de leur état de santé est également liée à la présence de limitations fonctionnelles, étudiées ici selon quatre indicateurs portant sur la vision, l'audition, la mobilité et la dextérité (voir l'encadré *Définition des variables selon l'enquête*).

Au Québec comme en France, une proportion relativement importante des personnes de 55 ans et plus qui ont des problèmes de vision non corrigés par des lunettes ou des verres de contact perçoivent leur état de santé comme mauvais (47 % et 54 %, respectivement). Cette limitation, même lorsqu'elle est corrigée, reste associée à une mauvaise santé perçue dans les deux territoires (tableaux 2a et 2b).

Quant aux problèmes d'audition, il est intéressant de constater qu'en France, ce sont les personnes qui ont un problème d'audition corrigé qui sont significativement plus enclines à considérer leur état de santé comme mauvais (34 %) comparativement aux personnes n'ayant pas ces problèmes. Au Québec, la présence de problèmes d'audition (corrigés ou non) n'est pas associée de manière significative à une mauvaise santé perçue.

Les limitations liées à la mobilité et à la dextérité sont mesurées de façon quelque peu différente mais complémentaire dans les enquêtes canadienne et française. En ce qui a trait à la mobilité, on remarque qu'une forte proportion (58 %) des Québécois ayant déclaré avoir de la difficulté à marcher dans leur quartier ou avoir besoin d'aide humaine ou technique pour le faire se considèrent en mauvaise santé. En France, les chiffres sont du même ordre : 54 % des Français qui marchent sans difficulté avec une aide technique ou humaine et 64 % de ceux qui ont de la difficulté à marcher malgré cette aide ont une perception négative de leur santé.

Quant aux problèmes de dextérité, leur prévalence déclarée est négligeable dans l'enquête canadienne et les proportions obtenues imprécises. En France, les personnes qui ont des problèmes de dextérité ou qui utilisent une aide technique pour manier des objets sont nombreuses à se dire en mauvaise santé (59 %).

Tableau 2a

Proportion de la population de 55 ans et plus considérant sa santé comme mauvaise selon la présence de limitations fonctionnelles et prévalence des limitations, Québec 2003

	Santé perçue comme mauvaise	Prévalence des limitations fonctionnelles
	%	
Vision		
Aucun problème	15,3	14,7
Problème corrigé	20,4	82,3
Problème non corrigé	47,1	2,1
Audition¹		
Aucun problème	20,0	95,8
Problème corrigé	20,3	3,4
Problème non corrigé	34,4*	0,8
Mobilité		
Aucune difficulté	17,5	93,3
Difficulté/Besoin d'aide HT ²	58,3	6,7
Dextérité		
Aucune difficulté	20,0	99,4
Difficulté/Besoin d'aide HT	39,9**	0,6*

1. La relation entre la présence d'un problème d'audition et la santé perçue n'est pas significative.

2. Aide : HT : aide humaine ou technique; AT : aide technique.

* Cette proportion a un coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Cette proportion a un coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1*, fichier de partage du Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau 2b

Proportion de la population de 55 ans et plus considérant sa santé comme mauvaise selon la présence de limitations fonctionnelles et prévalence des limitations, France 2002-2003

	Santé perçue comme mauvaise	Prévalence des limitations fonctionnelles
	%	
Vision		
Aucun problème	18,8	13,2
Problème corrigé	23,3	77,7
Problème non corrigé	53,9	9,1
Audition		
Aucun problème	22,9	76,3
Problème corrigé	34,3	20,6
Problème non corrigé	29,2	3,1
Mobilité		
Aucune difficulté	18,5	83,6
Aucune difficulté avec aide HT ¹	54,1	3,4
Difficulté avec aide HT	63,6	13,0
Dextérité		
Aucune difficulté	23,6	94,6
Difficulté/Utilise AT	59,3	5,4

1. Aide : HT : aide humaine ou technique; AT : aide technique.

Source : INSEE, *Enquête décennale santé 2002-2003*.

Compilation : Institut de la statistique du Québec et Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.

Une mauvaise santé perçue va souvent de pair avec les difficultés dans les activités de la vie quotidienne et domestique

L'autonomie des personnes dans la réalisation des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD) est abordée de façon plus détaillée dans l'enquête française; celle-ci examine à la fois les difficultés et l'aide effectivement reçue, tandis que l'enquête canadienne porte sur le besoin d'aide (reçue ou non) pour ces activités. Les résultats de ces enquêtes apportent un éclairage différent sur la relation entre les restrictions dans les activités de la vie quotidienne et domestique et la santé perçue.

Au Québec, environ 6 personnes de 55 ans et plus sur 10 ont une perception négative de leur état de santé lorsqu'elles ont besoin d'aide pour les AVQ, telles que s'habiller ou se laver (60 %), ou pour l'une ou l'autre des AVD (56 %), telles que la préparation des repas, les tâches ménagères, les courses ou les transactions. On note que cette dernière proportion atteint 69 % pour la préparation des repas. Ainsi, bien qu'on aurait pu s'attendre à ce que la relation soit plus accentuée entre la santé perçue et le besoin d'aide pour les soins personnels (AVQ) que lorsqu'on examine la relation avec les AVD, ce n'est pas le cas dans cette enquête, ni dans l'enquête française comme nous le verrons.

Selon les difficultés rencontrées et l'aide reçue, la proportion de Français de 55 ans et plus qui se disent en mauvaise santé varie de 41 % à 76 %. Les personnes qui ont de la difficulté à effectuer leurs soins personnels (AVQ), mais qui le font sans aide, sont peu nombreuses, toutes proportions gardées, à avoir une mauvaise perception de leur santé (41 %) lorsqu'on les compare à celles qui reçoivent de l'aide (66 %). Par contre, les différences ne sont pas significatives chez les personnes qui ont des difficultés dans les AVD, qu'elles reçoivent ou non de l'aide. Par exemple, 76 % des personnes qui ont de la difficulté à préparer leurs repas sans pour autant obtenir de l'aide se considèrent en mauvaise santé comparativement à 72 % chez celles qui reçoivent de l'aide.

Tableau 3a

Proportion de la population de 55 ans et plus considérant sa santé comme mauvaise selon la présence de restrictions dans les activités de la vie quotidienne et domestique et prévalence des restrictions, Québec 2003

	Santé perçue comme mauvaise	Prévalence des restrictions
	%	
Soins personnels		
Pas besoin d'aide	19,4	97,9
Besoin d'aide	60,2	2,1
Préparation des repas		
Pas besoin d'aide	18,4	96,5
Besoin d'aide	69,3	3,5
Tâches ménagères quotidiennes		
Pas besoin d'aide	16,7	91,1
Besoin d'aide	55,8	8,9
Courses et transactions		
Pas besoin d'aide	16,0	90,6
Besoin d'aide	60,6	9,4
Ensemble des AVD¹		
Pas besoin d'aide	14,9	87,1
Besoin d'aide	56,4	12,9

1. AVD : Préparation des repas, tâches ménagères quotidiennes, courses et transactions.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1*, fichier de partage du Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau 3b

Proportion de la population de 55 ans et plus considérant sa santé comme mauvaise selon la présence de restrictions dans les activités de la vie quotidienne et domestique et prévalence des restrictions, France 2002-2003

	Santé perçue comme mauvaise	Prévalence des restrictions
	%	
Soins personnels		
Sans difficulté	22,1	87,0
Difficulté, sans aide	41,4	9,3
Difficulté, avec aide	65,7	3,7
Préparation des repas		
Sans difficulté	23,6	83,4
Difficulté, sans aide	76,1	0,9
Difficulté, avec aide	71,7	1,8
N'a pas à le faire	27,0	13,9
Tâches ménagères quotidiennes		
Sans difficulté	18,7	72,9
Difficulté, sans aide	59,6	3,2
Difficulté, avec aide	62,3	7,9
N'a pas à le faire	31,5	16,1
Courses et transactions		
Sans difficulté	19,9	86,6
Difficulté, sans aide	66,1	1,7
Difficulté, avec aide	63,8	9,2
N'a pas à le faire	50,6	2,5
Ensemble des AVD¹		
Sans difficulté	17,7	67,0
Difficulté, sans aide	55,4	3,1
Difficulté, avec aide	61,0	12,4
N'a pas à le faire	25,3	17,6

1. AVD : Préparation des repas, tâches ménagères quotidiennes, courses et transactions.

Source : INSEE, *Enquête décennale santé 2002-2003*.

Compilation : Institut de la statistique du Québec et Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.

Aspects méthodologiques et analyses

Comparabilité des méthodologies

Certaines différences méthodologiques entre les enquêtes doivent être considérées, dont le mode de collecte, la formulation et l'emplacement des questions (voir l'encadré *À propos des enquêtes*). Dans l'*Enquête décennale santé* (EDS), la question sur la santé perçue est la première question de l'autoquestionnaire (AQ); dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), c'est l'une des premières de l'entrevue téléphonique. La formulation de ces questions est quasi identique dans les deux enquêtes (voir l'encadré *Définition des variables selon l'enquête*). Les autres facteurs analysés présentent un degré variable de comparabilité quant à la formulation et proviennent de l'AQ ou des visites dans l'EDS.

Couverture des enquêtes chez les personnes âgées

Dans l'ESCC et l'EDS, 98 % et 97 % respectivement de la population de 60 ans et plus a été jointe. Toutefois, chez les 75 ans et plus, cette proportion est nettement moins élevée dans l'ESCC que dans l'EDS (79 % c. 91 %), en raison vraisemblablement des différences dans la population vivant en institution. En 2001, 16,6 % des Québécois de 75 ans et plus vivaient en institution (2,4 % chez les 65-74 ans) selon le recensement canadien, alors que 10 % des Français du même âge vivaient dans un établissement en 2003, selon une étude française¹. Ainsi, les échantillons de ménages analysés comportent plus de personnes de 75 ans et plus en France qu'au Québec (27 % c. 19 %); les proportions de femmes sont cependant assez semblables dans les deux échantillons.

Analyses

L'analyse des données québécoises a porté sur 9 207 répondants de 55 ans et plus, en ce qui concerne la question sur la santé perçue. Parce que la question de l'EDS sur la santé perçue n'était posée qu'aux personnes elles-mêmes, l'analyse québécoise a dû se limiter à celles-ci. Cette exclusion a peu d'effet : la proportion des 55 ans et plus se disant en mauvaise santé est estimée à 21,1 % lorsque sont incluses les réponses fournies par une tierce personne, comparativement à 20,2 % chez les personnes ayant répondu par elles-mêmes. Cet écart n'est pas significatif quelque soit l'âge.

L'analyse des données françaises a, pour sa part, porté sur 6 779 répondants de 55 ans et plus; ces derniers ont répondu à la question sur la santé perçue (AQ des 18 ans et plus) et ont participé aux trois visites. Les données pondérées sont représentatives de la population de 55 ans et plus, à l'exclusion des personnes qui présentaient un handicap les rendant inaptes à remplir un autoquestionnaire. Ces dernières ont un profil de santé caractérisé, mais sont en faible nombre (103 répondants, soit 1,4 % de l'échantillon des 55 ans et plus). Soulignons la non-réponse partielle de la question sur la santé perçue (8 %), surtout chez les femmes (8,6 % c. 7,3 % chez les hommes); cette non-réponse n'est toutefois pas liée à l'âge ni à la présence de maladies chroniques ou de limitations d'activités.

Les analyses bivariées (test de chi-deux et comparaison d'intervalles de confiance) et les régressions logistiques ont été faites, pour les deux enquêtes, à partir des données pondérées avec les logiciels SAS ou SUDAAN, selon les analyses. Le seuil de signification a été fixé à 0,05. Les analyses de l'ESCC tiennent compte du plan de sondage de l'enquête. Pour les analyses de l'EDS, le plan de sondage n'a pu être considéré, ce qui conduit à une sous-estimation de la variance des proportions produites. Ainsi, les tests effectués dans ce cas sont trop libéraux; les estimations de proportions ne sont pas affectées cependant.

Les modèles de régression logistique ont été construits en trois étapes pour chaque territoire. À chaque étape, étaient exclues les variables dont la signification était inférieure au seuil de 0,05, l'âge et le sexe étant retenus. Les résultats des régressions sont présentés sous la forme de rapports de cotes (RC). Le RC est significatif si l'intervalle de confiance (IC à 95 %) n'inclut pas la valeur 1. Un RC supérieur à 1 indique que les personnes sont plus susceptibles de déclarer un mauvais état de santé, et si le RC est inférieur à 1, c'est la situation inverse.

1. F. TUGORES (2006). « La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Situation au 31 décembre 2003 », *Études et résultats*, n° 485, 8 p. Il est à noter que les établissements couverts par cette étude ne sont pas nécessairement identiques à ceux définis dans le recensement canadien.

Définition des variables selon l'enquête

Santé perçue : EDS : « Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : excellente, très bonne, bonne, médiocre, mauvaise? ». ESCC : question semblable, la catégorie « passable » remplace la catégorie « médiocre ».

Maladies chroniques : ESCC : 10 problèmes de santé déclarés de longue durée (durée de 6 mois ou plus) et diagnostiqués ont été retenus à partir de la liste fournie. EDS : Tous les problèmes déclarés (codés CIM-10) et encore prévalents à la visite 3 qui correspondent aux 10 maladies sélectionnées. Les prévalences ne sont pas comparables.

Limitations fonctionnelles :

Vision : capacité de voir de près (ex. : lire un journal) ou de loin (ex. : reconnaître un visage à 4 mètres) avec ou sans lunettes ou verres de contact (problème corrigé ou non). Indicateurs assez comparables.

Audition : capacité à comprendre distinctement lors d'une conversation, avec ou sans aide auditive (problème corrigé ou non). Indicateurs assez comparables, mais plus précis dans l'ESCC.

Mobilité et dextérité : mobilité : capacité de marcher dans le quartier (distance de 500 mètres) sans aide. Dextérité : capacité de manipuler de petits objets. L'ESCC porte sur le besoin d'aide (reçue ou non); l'EDS porte sur l'utilisation effective d'une aide technique (ex. : une canne, un fauteuil roulant) ou humaine. Indicateurs différents.

Activités de la vie quotidienne et domestique (AVQ-AVD) :

Soins personnels : (ex. : se laver, s'habiller, manger, prendre ses médicaments).

Tâches ménagères quotidiennes : tâches courantes (ménage, lessive).

Courses et transactions : affaires courantes (ex. : épicerie, paiement des comptes, prise de rendez-vous...). Pour chaque activité, l'ESCC étudie le besoin d'aide à cause d'un problème de santé. L'EDS examine si les personnes réalisent habituellement seules et sans difficulté l'activité, si elles reçoivent ou non de l'aide. Aspects proches mais non comparables.

Caractéristiques sociodémographiques et économiques :

Niveau de scolarité : plus haut niveau atteint. ESCC : études primaires/secondaires/ sans diplôme, diplôme d'études secondaires, diplôme d'études collégiales, baccalauréat et diplôme supérieur. EDS : sans diplôme, diplôme inférieur au baccalauréat, baccalauréat général ou technique, baccalauréat + 2 ou supérieur.

Revenu du ménage : ESCC : revenu de toutes sources avant impôt; cinq niveaux établis selon le revenu et le nombre de personnes dans le ménage. EDS : revenu annuel de toutes sources après impôt, par unité de consommation du ménage en quartiles.

Statut d'activité : en emploi, sans emploi, retraité ou incapacité.

Type de ménage : personne seule, couple avec enfant, couple sans enfant, parent seul avec enfant, autre ménage.

Comment les caractéristiques de santé interagissent sur la santé perçue au Québec et en France : des similitudes et des différences

Afin de mieux cerner le rôle respectif des différentes caractéristiques de santé considérées dans la perception qu'ont les personnes de 55 ans et plus de leur état de santé, des modèles de régression logistique ont été construits de façon séquentielle pour chaque territoire (voir l'encadré *Aspects méthodologiques et analyses*, page 6). L'étape 1 de chaque modèle permet de voir comment l'état de santé perçue est associé aux différentes maladies, de l'âge et du sexe. L'étape 2, quant à elle, montre la contribution additionnelle des variables d'incapacité (limitations fonctionnelles et restrictions dans les AVD et AVQ), en prenant en considération la présence des maladies, de l'âge et du sexe. Finalement, l'étape 3 permet de voir comment ces caractéristiques de santé agissent sur la santé perçue, compte tenu non seulement de l'âge et du sexe, mais également de certaines caractéristiques socioéconomiques et démographiques pouvant affecter cette perception, soit le niveau de scolarité, le statut d'activité, le revenu et le type de ménage.

Au Québec, les résultats des trois étapes de la modélisation révèlent une relation complexe entre la perception de l'état de santé, l'âge, le sexe et les caractéristiques socioéconomiques (tableau 4). Ainsi, l'âge et le sexe ne sont pas des facteurs significatifs aux étapes 1 et 2 (lorsque ne sont considérées que les variables portant sur les maladies et l'incapacité). Ils le deviennent lorsque les facteurs socioéconomiques (revenu et scolarité) sont introduits dans le modèle (étape 3). Ainsi, à statut socioéconomique égal, les Québécois de 70-74 ans et de 75 ans et plus (RC = 0,59 et RC = 0,63) sont moins enclins à se déclarer en mauvaise santé que ceux de 55-59 ans. De même, les femmes québécoises sont moins susceptibles de se dire en mauvaise santé (RC = 0,70) que les hommes, compte tenu de ces variables¹⁶.

En ce qui a trait aux 10 maladies étudiées, elles conduisent toutes à des rapports de cotes significatifs au Québec. Le cancer

Tableau 4

Caractéristiques de santé associées à la mauvaise santé perçue, modèles de régression logistique, population de 55 ans et plus, Québec 2003

	Modèle 1	Modèle 2 ¹	Modèle 3 ²	
	Rapport de cotes	Rapport de cotes	Rapport de cotes	IC à 95%
Âge (55-59 ans)³	N. S.	N. S.	1,0	--
60-64 ans			0,96†	0,68-1,35
65-69 ans			0,74†	0,51-1,09
70-74 ans			0,59	0,39-0,88
75 ans et plus			0,63	0,43-0,92
Sexe (Hommes)	N. S.	N. S.	1,0	--
Femmes			0,70	0,54-0,91
Maladies				
Cancer (Non)	1,0	1,0	1,0	--
Oui	5,08	4,89	4,95	3,00-8,16
Problèmes de la thyroïde (Non)	1,0	1,0	1,0	--
Oui	1,43	1,40	1,47	1,06-2,04
Diabète (Non)	1,0	1,0	1,0	--
Oui	2,71	2,57	2,24	1,63-3,07
Troubles mentaux (Non)	1,0	1,0	1,0	--
Oui	2,62	2,19	2,18	1,47-3,24
Maladie cardiaque, accident vasculaire cérébral (Non)	1,0	1,0	1,0	--
Oui	2,94	2,56	2,59	1,95-3,44
Hypertension (Non)	1,0	1,0	1,0	--
Oui	1,54	1,43	1,52	1,19-1,94
Maladies respiratoires chroniques (Non)	1,0	1,0	1,0	--
Oui	2,50	2,34	2,31	1,69-3,15
Troubles intestinaux, ulcères à l'estomac (Non)	1,0	1,0	1,0	--
Oui	1,86	1,72	1,78	1,16-2,71
Arthrite, rhumatismes (Non)	1,0	1,0	1,0	--
Oui	2,21	1,97	1,87	1,46-2,40
Maux de dos autres que l'arthrite ou la fibromyalgie (Non)	1,0	1,0	1,0	--
Oui	1,87	1,68	1,77	1,34-2,32
Incapacité				
Mobilité (Aucune difficulté)		1,0	1,0	--
Difficulté/Besoin d'aide HT		2,01	1,82	1,18-2,81
AVD⁴ (Pas besoin d'aide)		1,0	1,0	--
Besoin d'aide		3,32	3,39	2,44-4,69

1. La présence de problèmes de vision, d'audition et de dextérité et les besoins d'aide pour les soins personnels ne sont pas significatifs dans ce modèle.
 2. Ce modèle est ajusté pour le niveau de scolarité et le revenu du ménage. Le statut d'activité et le type de ménage ne sont pas significatifs dans ce modèle.
 3. Les catégories de référence sont entre parenthèses.
 4. AVD : Préparation des repas, tâches ménagères quotidiennes, courses et transactions.
- † Le rapport de cotes pour cette catégorie ne diffère pas significativement de celui de la catégorie de référence.
N. S. La variable n'est pas significative dans ce modèle.
-- Catégorie de référence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1*, fichier de partage du Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

16. Un test a été effectué pour vérifier la présence d'une interaction entre l'âge et le sexe; ce test s'est révélé non significatif. Notons que la scolarité et le revenu sont associés dans le sens attendu à la mauvaise santé perçue, soit négativement (données non présentées) au Québec comme en France.

se démarque : les Québécois souffrant de cette maladie sont nettement plus enclins (RC = 4,95) à se dire en mauvaise santé que ceux qui n'en sont pas atteints, toutes choses étant égales par ailleurs. La plupart des autres maladies ont des rapports de cotes autour de 2 : par exemple, le diabète (RC = 2,24), les troubles mentaux (RC = 2,18), les maladies cardiaques et accidents vasculaires cérébraux (RC = 2,59) ainsi que les maladies respiratoires chroniques (RC = 2,31). Comme le montrent les intervalles de confiance, les rapports de cotes pour l'hypertension et les problèmes de la thyroïde sont parmi les plus faibles (RC = 1,52 et 1,47, respectivement) comparativement au cancer; c'est aussi le cas des troubles intestinaux et ulcères d'estomac, de l'arthrite, des rhumatismes et autres maux de dos. Il est par ailleurs intéressant de constater que le RC pour l'hypertension demeure significatif même en présence d'autres maladies, dont les maladies cardiovasculaires.

Sur le plan de l'incapacité, les limitations liées à la mobilité (difficulté à marcher ou besoin d'aide pour le faire) sont les seules qui apportent une contribution significative, compte tenu, entre autres, de la présence des maladies dans le modèle (RC = 1,82). Les variables mesurant les limitations liées à l'audition, à la vision ou à la dextérité ne sont pas significatives, ni le besoin d'aide pour les soins personnels. Par contre, les chances de se déclarer en mauvaise santé sont nettement plus élevées chez les Québécois qui ont besoin d'aide pour les AVD (RC = 3,39), et ce, peu importe les maladies et les incapacités déclarées. Finalement, il est intéressant de constater que les rapports de cotes pour ces variables, comme pour les maladies, ne varient pas significativement au cours des étapes de la modélisation.

En France, la modélisation présente à la fois des différences et des similitudes avec les résultats québécois (tableau 5). Parmi les différences figurent les relations entre la santé perçue, l'âge et le sexe. Ainsi, en France, l'âge n'est plus un facteur significatif dès que sont introduites dans le modèle les variables d'incapacité (étape 2); c'est donc dire que l'accroissement avec l'âge de la perception négative de l'état de santé est entièrement expliqué par la présence des maladies et de l'incapacité. Le sexe, lui, est associé significativement à la santé perçue en France, les femmes étant plus enclines à déclarer un mauvais état de santé que les hommes (RC = 1,25).

Tableau 5

Caractéristiques de santé associées à la mauvaise santé perçue, modèles de régression logistique, population de 55 ans et plus, France 2002-2003

	Modèle 1 ¹	Modèle 2 ²	Modèle 3 ³	
	Rapport de cotes	Rapport de cotes	Rapport de cotes	IC à 95 %
Âge (55-59 ans)⁴	1,0†	N. S.	N. S.	--
60-64 ans	0,88†			
65-69 ans	1,08			
70-74 ans	1,28			
75 ans et plus	1,84			
Sexe (Hommes)	1,0	1,0	1,0	
Femmes	1,33	1,22	1,25	1,07-1,45
Maladies				
Cancer (Non)	1,0	1,0	1,0	--
Oui	2,37	2,27	2,39	1,85-3,09
Diabète (Non)	1,0	1,0	1,0	--
Oui	2,40	2,16	2,08	1,70-2,54
Troubles mentaux (Non)	1,0	1,0	1,0	--
Oui	2,55	2,07	2,23	1,76-2,84
Maladie cardiaque, accident vasculaire cérébral (Non)	1,0	1,0	1,0	--
Oui	2,60	2,20	2,23	1,90-2,61
Maladies respiratoires chroniques (Non)	1,0	1,0	1,0	--
Oui	2,47	2,25	2,21	1,82-2,68
Troubles intestinaux, ulcères à l'estomac (Non)	1,0	1,0	1,0	--
Oui	1,87	1,81	1,92	1,50-2,45
Arthrite, rhumatismes (Non)	1,0	1,0	1,0	--
Oui	2,00	1,70	1,70	1,48-1,94
Maux de dos autres que l'arthrite ou la fibromyalgie (Non)	1,0	1,0	1,0	--
Oui	1,84	1,70	1,70	1,40-2,06
Incapacité				
Vision (Aucun problème)		1,0	1,0	--
Problème corrigé		1,23	1,24	1,02-1,51
Problème non corrigé		2,80	2,71	2,09-3,52
Mobilité (Aucune difficulté)		1,0	1,0	--
Aucune difficulté avec aide HT		2,43	2,46	1,81-3,33
Difficulté avec aide HT		3,13	3,13	2,60-3,78
Dextérité (Aucune difficulté)		1,0	1,0	--
Difficulté/Utilise AT		1,81	1,78	1,37-2,31
Soins personnels (Sans difficulté)		1,0	1,0	--
Difficulté, sans aide		0,97†	0,94†	0,75-1,18
Difficulté, avec aide		1,84	1,73	1,25-2,37
AVD⁵ (Sans difficulté)		1,0	1,0	--
Difficulté, sans aide		2,60	2,46	1,78-3,40
Difficulté, avec aide		2,38	2,35	1,92-2,88
N'a pas à le faire		1,32	1,23	1,03-1,48

1. La présence de l'hypertension et de problèmes de la thyroïde n'est pas significative dans ce modèle.
2. La présence de problèmes d'audition n'est pas significative dans ce modèle.
3. Ce modèle est ajusté pour le niveau de scolarité, le revenu du ménage et le type de ménage. Le statut d'activité n'est pas significatif dans ce modèle.
4. Les catégories de référence sont entre parenthèses.
5. AVD : Préparation des repas, tâches ménagères quotidiennes, courses et transactions.
† Le rapport de cotes pour cette catégorie ne diffère pas significativement de celui de la catégorie de référence.
-- Catégorie de référence
N. S. La variable n'est pas significative dans ce modèle.
Source : INSEE, *Enquête décennale santé 2002-2003*.
Compilation : Institut de la statistique du Québec et Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.

Pour plusieurs maladies, les résultats s'apparentent à ceux observés au Québec. Parmi les différences, on remarque que ni l'hypertension ni les problèmes de la thyroïde ne sont associés de façon significative à la mauvaise santé perçue en France, lorsque les autres maladies sont prises en compte (étape 1), contrairement au Québec. Par ailleurs, le rapport de cotes rattaché au cancer (RC = 2,39) ne se démarque pas de celui des autres maladies, comme c'est le cas au Québec, tous les rapports de cotes étant autour de 2.

Certaines divergences sont également observées en ce qui a trait à l'incapacité. Ainsi, les problèmes de vision non corrigés et les limitations liées à la dextérité sont significatifs dans le modèle français (RC = 2,71 et 1,78, respectivement), contrairement au modèle québécois. On remarque aussi que les personnes qui ont de la difficulté pour leurs soins personnels et qui reçoivent de l'aide (RC = 1,73) sont plus susceptibles de se considérer en mauvaise santé (la première catégorie – personnes ne recevant aucune aide – n'est pas significative), tandis que les besoins d'aide pour les AVQ ne sont pas liés significativement à cette perception au Québec.

Les résultats vont toutefois dans le même sens pour les troubles de l'audition, puisqu'ils ne sont significatifs dans aucun des modèles. Les résultats sont aussi similaires dans les deux territoires quant aux limitations liées à la mobilité. De fait, la France présente aussi des rapports de cotes élevés pour les personnes qui utilisent de l'aide humaine ou technique pour se déplacer (RC = 2,46 : sans difficulté; RC = 3,13 : avec difficulté). De même, les difficultés associées aux AVD sont des déterminants importants d'une mauvaise santé perçue dans les deux populations; les rapports de cotes sont significatifs en France pour les personnes qui ont ces difficultés, qu'elles reçoivent ou non de l'aide (RC = 2,35 et 2,46, respectivement).

Conclusion

Les analyses bivariées ont montré que, de façon générale, les Québécois de 55 ans et plus vivant en ménage privé sont moins nombreux à se considérer en mauvaise santé que les Français du même âge, toutes proportions gardées, et ce, même après standardisation pour les différences d'âge entre les deux populations. L'écart entre la France et le Québec est particulièrement évident chez les personnes de 70 ans et plus; il est donc probable que cet écart découle en grande partie de l'institutionnalisation plus fréquente au Québec des personnes très âgées. En effet, il est vraisemblable que les personnes très âgées vivant en ménage privé au Québec soient en meilleure santé, les plus malades vivant en institution.

Il convient également de rappeler que, bien que les données proviennent de deux enquêtes nationales représentatives aux méthodologies rigoureuses, des différences méthodologiques pourraient expliquer une partie des écarts observés entre la France et le Québec. On pense en particulier au mode de collecte ou à la comparabilité parfois imparfaite des variables explicatives considérées. De plus, même si la variable principale est quasi identique, la déclaration de l'état de santé est sujette à de possibles différences culturelles ou linguistiques^{17,18}, qui existent sans doute entre le Québec et la France¹⁹. Les comparaisons internationales ne sont pas sans difficultés et bénéficient rarement d'enquêtes strictement comparables. La direction de ces effets cumulés n'est toutefois pas connue. Ces facteurs incitent à une réserve dans l'interprétation des écarts entre les deux nations, surtout quant à leur précision.

Certaines maladies chroniques, les problèmes de mobilité et les restrictions dans les activités domestiques augmentent la propension des Québécois et des Français plus âgés à se percevoir en mauvaise santé. Au Québec, le cancer se démarque.

L'analyse, dans la présente étude, s'est concentrée sur les caractéristiques de santé qui modulent la perception de l'état de santé dans chacune des deux nations : maladies, limitations fonctionnelles et restrictions dans les activités quotidiennes et domestiques (AVQ et AVD); à cela s'ajoutent le sexe et l'âge.

Plusieurs études ont observé une propension plus grande chez les femmes à se dire en mauvaise santé (comme c'est le cas en France), mais pas toutes²⁰. Différentes hypothèses ont été invoquées, par exemple une appréciation plus globale des femmes de leur état de santé ou une médicalisation accrue²¹. Il est intéressant de remarquer que l'écart entre les sexes observé au Québec, dans les analyses bivariées, n'est pas maintenu à maladie, à incapacité ou à âge égaux. Ce n'est qu'à scolarité ou à revenus égaux, que les femmes québécoises apparaissent moins susceptibles de se déclarer en mauvaise santé que les hommes. C'est aussi le cas pour les personnes les plus âgées (70 ans et plus). Ces résultats soulignent l'importance de considérer les facteurs socio-économiques dans l'interprétation de la relation entre le sexe, l'âge et la santé perçue, une relation complexe qui mériterait une étude plus approfondie au Québec.

Par ailleurs, il convient de noter que les rapports de cotes observés pour le sexe dans les modèles québécois et français sont relativement faibles bien qu'affichant des tendances inverses. Il serait souhaitable d'approfondir l'étude de ces différences dans des analyses ultérieures, grâce à l'ajout d'autres variables explicatives, entre autres.

17. H. JÜRGES, *op. cit.*

18. M. DEVAUX, F. JUSOT, C. SERMET et S. TUBEUF (2008). « Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé », *Revue française des Affaires sociales*, n° 1, p. 29-47.

19. Voir à ce sujet l'article complémentaire fait à partir de la présente étude : J. CAMIRAND, C. SERMET, V. DUMITRU et S. GUILLAUME, *op. cit.*

20. S. SHOOSHTARI, V. MENEZ, R. TATE, *op. cit.*

21. Y. BENYAMINI, E. A. LEVENTHAL, H. LEVENTHAL, *op. cit.*

En ce qui a trait à l'âge, les résultats des analyses multivariées (français surtout) confortent l'idée générale que l'accroissement de la perception négative de l'état de santé avec l'âge est directement relié à la présence de maladies chroniques et de l'incapacité. Bien que cette conclusion semble aller de soi, des relations très diverses ont déjà été observées à ce sujet dans des études sur la population âgée²². Au Québec, on peut supposer que la diminution de la mauvaise santé perçue chez les plus âgés (lorsque sont contrôlés les facteurs socioéconomiques) découle du fait que les personnes ayant un faible revenu ou un faible niveau de scolarité sont plus susceptibles de vivre en établissement de soins²³.

Pour la plupart des maladies, le parallèle est frappant quant à leur relation avec la mauvaise santé perçue chez les Québécois et les Français de 55 ans et plus vivant en ménage privé. Ces similitudes, qui apparaissent dans les relations bivariées, se maintiennent dans la modélisation multivariée. Plusieurs maladies sont étroitement liées à cette perception. En fait, seulement 2 des 10 maladies étudiées ont moins (ou pas) d'effet sur celle-ci, les autres variables étant prises en compte : l'hypertension artérielle et les problèmes de la thyroïde. Quant à l'effet nettement

plus marqué du cancer au Québec, il soulève des pistes de recherche. Au Québec comme en France, le cancer et les maladies cardiovasculaires constituent les deux principales causes de mortalité. La propension des Québécois souffrant d'un cancer à se dire plus souvent en mauvaise santé (toutes choses étant égales par ailleurs) est-elle en lien avec une sensibilisation accrue à ces problèmes et à leur prise en charge ou avec la présence de certains types de cancer plus létaux?

Quant à l'association entre l'hypertension artérielle et la mauvaise santé perçue, elle est observée au Québec mais non en France, et ce même en présence d'autres maladies dont les maladies cardiovasculaires. Ces résultats soulèvent certaines questions. Les Québécois sont-ils mieux informés que les Français des risques associés à cette condition? Leur perception est-elle fondée sur une appréciation de risques accrus? Quant à la différence entre les territoires concernant les problèmes de dextérité et les restrictions dans les AVQ, elle pourrait être liée aux faibles prévalences notées au Québec.

Sur le plan de l'incapacité, trois résultats sont à retenir. D'abord, l'absence de lien entre les pertes auditives (corrigées ou non) et la mauvaise santé perçue, lorsque

l'âge, les maladies et les autres facteurs sont pris en compte, et ce tant en France qu'au Québec. Deuxièmement, l'importance de la relation entre la mauvaise santé perçue et les problèmes de mobilité, lesquels sont relativement fréquents dans la population âgée. Finalement, l'impact des restrictions dans les activités domestiques (faire ses courses, payer ses comptes, etc.) qui touchent environ une personne sur sept dans les deux populations.

Pour terminer, soulignons que cette étude s'est limitée à l'analyse de certains facteurs qui permettraient des comparaisons entre la France et le Québec. Même si les maladies étudiées ici figurent parmi les plus prévalentes et incapacitantes, leur nombre est limité. Il est ainsi possible qu'une partie des différences soient expliquées par des maladies non prises en compte ici ou par d'autres facteurs qui influent sur la santé perçue (poids, consommation d'alcool, usage du tabac, activité physique, etc.)^{24,25}. Même si les facteurs étudiés ici sont reconnus comme étant les principaux^{26,27}, il serait souhaitable dans des recherches futures d'élargir l'éventail des facteurs considérés pour une meilleure compréhension de la santé perçue au Québec comme en France.



22. E. IDLER, *op. cit.*

23. H. TROTTIER, L. MARTEL, C. HOULE, J.-M. BERTHELOT et J. LÉGARÉ (2000). « Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? », *Rapports sur la santé*, vol. 11, n° 4, p. 55-68 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

24. M. SHIELDS, S. SHOOSHTARI, *op. cit.*

25. S. SHOOSHTARI, V. MENEZ, R. TATE, *op. cit.*

26. J. DAMIAN, A. RUIGOMEZ, V. PASTOR, J. M. MARTIN-MORENO, *op. cit.*

27. R. SCHULZ, M. MITTELMARK, R. KRONMAL et autres, *op. cit.*

À propos des enquêtes

L'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) est une enquête réalisée par Statistique Canada. Elle fournit des données représentatives de la population de 12 ans et plus vivant en ménage privé dans les provinces canadiennes. Sont analysées ici les données du Québec de l'ESCC de 2003, cycle 2.1 (fichier de partage). En 2003, les entrevues ont été effectuées au téléphone surtout (74 %) et en personne.

Pour en savoir plus sur l'ESCC, veuillez consulter le site Web suivant :

www.statcan.gc.ca/start-debut-fra.html

Pour accéder aux fichiers de microdonnées de l'enquête ESCC (fichiers de partage pour le Québec), on peut s'adresser au Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ (CADRISQ) à l'adresse www.stat.gouv.qc.ca/cadrisq, ou composer le 514 343-2299.

L'*Enquête décennale santé* (EDS ou Enquête sur la santé et les soins médicaux) est réalisée tous les dix ans par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques). Elle porte sur un échantillon représentatif de la population vivant dans les ménages ordinaires de la France métropolitaine (96 départements européens). Les entrevues de l'EDS 2002-2003 ont été réalisées en face-à-face à l'occasion de trois visites (en deux mois) et au moyen d'autoquestionnaires (AQ) d'octobre 2002 à septembre 2003.

Pour en savoir plus sur l'EDS, veuillez consulter les sites Web suivants :

www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=sources/ope-enq-sante.htm

www.irdes.fr/EspaceRecherche/Enquetes/EnqueteSanteSoinsMed.htm

Ce bulletin est réalisé par la **Direction des statistiques sociales, démographiques et de santé**.

Pour plus de renseignements :

Jocelyne Camirand, chargée de projet
1200, avenue McGill College, 5^e étage
Montréal (Québec) H3B 4J8

La version PDF de ce bulletin est diffusée sur le site Web de l'Institut, à l'adresse suivante :

www.stat.gouv.qc.ca

Téléphone : 514 873-4749 (poste 6106)
Télécopieur : 514 864-9919
Courriel : contactsante@stat.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales
du Québec
2^e trimestre 2009
ISSN 1911-5520 (version imprimée)
ISSN 1911-5539 (en ligne)

© Gouvernement du Québec,
Institut de la statistique du Québec, 2006