

Chapitre 8

Perception de la santé

May Clarkson

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

Denis Hamel

Institut national de santé publique du Québec

Introduction

L'autoévaluation de l'état de santé est considérée comme un excellent indicateur de l'état de santé des populations et a été utilisée, à ce titre, dans plusieurs études importantes, tant aux États-Unis (Krause et Jay, 1994) que dans les études fédérales canadiennes (depuis 1978) et, au Québec, depuis l'enquête Santé Québec de 1987 (Levasseur, 2000). En outre, la perception que les individus ont de leur propre état de santé est vue comme étant un facteur de prédiction de l'utilisation des services de santé (Smith et autres, 1994), et serait également associée à divers autres facteurs, parmi lesquels on retrouve les habitudes de vie et la satisfaction face à la vie (Garrity et autres, 1978; Fylkesnes et Forde, 1992). Enfin, les répondants qui se décrivent comme en moins bonne santé seraient proportionnellement plus nombreux à présenter des problèmes de santé chroniques ou à avoir vécu des événements stressants (Garrity et autres, 1978).

Par ailleurs, dans le contexte d'une étude auprès de divers groupes culturels, il semble important de rappeler que l'autoévaluation de l'état de santé peut dépendre, en bonne partie, de la conception que l'on a de la santé et de la maladie. Sur ce plan, la phase qualitative de la présente étude a permis d'identifier certaines constantes dans chacun des quatre groupes visés (Santé Québec, Quintal, 1996; Clarkson et Dahan, 1997; Clarkson et Eustache, 1997; Clarkson et Tran, 1997). Par exemple, dans chacune des quatre communautés, on définit en partie la santé comme étant la capacité de vaquer aux activités quotidiennes,

de travailler. En outre, fait intéressant, on l'associe également (surtout chez les hommes) à la prospérité financière, aux bonnes conditions de travail et à la réussite professionnelle. D'autres composantes de la définition de la santé ont été mentionnées, soit : l'absence de maladie et de souffrance (Chine, Haïti); l'équilibre physique et psychologique (Chine, Maghreb et Moyen-Orient, pays hispanophones, ces deux derniers groupes mentionnant en plus l'équilibre spirituel); et enfin, on associe également la santé à la qualité de l'environnement physique et social (Chine, Maghreb et Moyen-Orient, pays hispanophones).

Les quatre groupes présentent également des points communs dans leur conception de la maladie, qu'ils définissent en fonction de symptômes (présence de malaises ou de douleurs), de conséquences (incapacité de fonctionner, de travailler) et de causes (stress lié au chômage, à la déqualification professionnelle, à l'environnement).

C'est dans ce contexte général que s'inscrit la perception de l'état de santé telle que présentée dans le présent chapitre. L'objectif était de décrire cette autoévaluation de l'état de santé en fonction de diverses caractéristiques de la population de 15 ans et plus visée par l'étude, parmi lesquelles on retrouve l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique, certains facteurs socioéconomiques et certains comportements individuels ou habitudes de vie. On a également examiné le lien entre la santé perçue et certaines autres variables telles que la satisfaction face à la vie, les problèmes de santé déclarés et le recours aux services de santé. Enfin, la perception de l'état de

santé de la population adulte visée par la présente étude a été comparée avec celle qu'on a observée pour le Québec dans son ensemble.

8.1 Aspects méthodologiques

8.1.1 Indicateurs

La question sur la perception de la santé (question 1 du questionnaire autoadministré ou QAA) s'adressait aux personnes de 15 ans et plus et s'énonçait de la façon suivante : « Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général... excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise? » Il s'agit de la même question que celle qui a été utilisée dans les enquêtes *Santé Québec 1987*, *Enquête sociale et de santé 1992-1993* et *Enquête sociale et de santé 1998*. Pour la comparaison avec l'ensemble du Québec, ce sont les données standardisées de cette dernière enquête qui sont utilisées.

Jusqu'à maintenant, les enquêtes générales sociales et de santé menées par la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec ont donné lieu à des rapports plus souvent descriptifs, basés sur des tableaux croisés de deux variables, avec parfois l'ajout d'une variable de contrôle telle que l'âge ou le sexe. Une bonne partie du présent chapitre adopte le même modèle. Toutefois, on a ensuite cherché à raffiner l'analyse par le recours à des modèles de régression logistique, dans lesquels la perception de la santé constituait la variable dépendante (à expliquer). À cette fin, on a modifié la variable en la rendant dichotomique afin de modéliser la « bonne » perception de la santé. Celle-ci regroupe les catégories « excellente », « très bonne » et « bonne », et la « mauvaise » santé regroupe les catégories « moyenne » et « mauvaise ».

Avant de construire des modèles multivariés, on a d'abord regroupé certaines catégories des variables d'intérêt pour mieux faire ressortir les contrastes. On a ensuite effectué plusieurs analyses bivariées afin d'identifier les variables qui, prises une à une, semblent les plus significatives quant à leur relation avec la perception de la santé. Ces variables, ainsi que celles

jugées potentiellement confondantes, sont alors susceptibles de faire partie du modèle multivarié de régression logistique. On a aussi tenté de vérifier la significativité des interactions doubles des variables indépendantes avec celle identifiant la communauté pour voir si les effets peuvent varier d'une communauté culturelle à l'autre.

8.1.2 Portée et limites des données

En tout premier lieu, il faut rappeler que l'autoévaluation de l'état de santé est forcément reliée à la conception qu'on a de la santé et de la maladie. Ces concepts varient en fonction des cultures, l'interprétation des résultats devrait toujours tenir compte du contexte culturel.

Sur un plan plus technique, on note que le taux de non-réponse partielle de la variable dépendante (perception de la santé) est de 5,2 %.

En ce qui concerne la régression logistique, au départ on pensait produire cinq modèles de régression : un pour l'ensemble des communautés culturelles et quatre autres pour les communautés prises séparément, afin de permettre d'évaluer les variables propres à chaque communauté simultanément en lien avec la perception de la santé. Malheureusement, la taille de l'échantillon ne permettait pas d'effectuer des analyses aussi détaillées. Toutefois, pour contourner ce problème, on a introduit dans le modèle global des interactions doubles avec la variable identifiant la communauté. Si les communautés se comportaient différemment selon certaines variables, on observerait alors des interactions doubles significatives.

Comme aucune interaction double avec la variable communauté n'a été déclarée significative à un seuil de 5 %, tout laisse croire que les variables indépendantes expliquant la perception de la santé se comportent de la même manière d'une communauté culturelle à l'autre. Il aurait alors été inutile de construire un modèle pour chaque communauté. On a donc construit un seul modèle de régression logistique pour l'ensemble des communautés. Ce modèle n'est pas nécessairement le meilleur, mais il a été obtenu à partir

des variables explicatives qui semblaient les plus reliées à la perception de la santé.

Le taux de non-réponse partielle globale du modèle final de la régression logistique est de l'ordre de 9,6 %.

8.2 Résultats

8.2.1 Perception de l'état de santé en fonction de diverses caractéristiques

Dans la population de 15 ans et plus visée par l'étude, la perception de l'état de santé semble moins positive que dans la population de 15 ans et plus de l'ensemble du Québec (tableau 8.1). En effet, près de 15 % des personnes visées par l'étude considèrent leur santé comme excellente, comparativement à une proportion estimée de 19 % pour l'ensemble du Québec, et, à l'autre extrême, environ 17 % des personnes de 15 ans et plus des communautés culturelles visées, comparativement à un peu plus de 9 % seulement pour l'ensemble du Québec, considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise. C'est parmi les personnes d'origine chinoise qu'on trouve la plus faible proportion de personnes qui se jugent en excellente santé (6 % environ), et la plus forte proportion de personnes (près de 40 %) qui considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise.

On observe une différence significative selon le sexe (tableau 8.2) dans la perception de l'état de santé de la

population visée par l'étude. En effet, 14 % seulement des hommes, comparativement à environ 20 % des femmes, considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise; par ailleurs, lorsqu'on compare avec l'ensemble du Québec, on observe une différence significative dans la proportion de personnes qui considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise, tant chez les hommes (proportions estimées de 14 % contre 9 % pour l'ensemble du Québec) que chez les femmes (20 % contre 9 %).

Si l'on considère l'âge, on constate que c'est dans le groupe des personnes de 45 ans et plus des communautés visées par l'étude qu'on retrouve la perception la moins bonne de l'état de santé; en effet, à peu près 6 % seulement d'entre elles se perçoivent en excellente santé, comparativement à près de 17 % des personnes de 25-44 ans et un peu plus de 20 % des personnes de 15-24 ans; à l'autre extrême, environ 28 % des personnes de 45 ans et plus considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise, comparativement à des estimations de 14 % des personnes de 25-44 ans et de 9,6 % des personnes de 15-24 ans. La perception de l'état de santé est donc plus positive chez les plus jeunes (15-24 ans); sur ce plan, contrairement à leurs aînés des deux autres groupes d'âge, ils ne diffèrent d'ailleurs pas de façon significative de leurs homologues de l'ensemble du Québec.

Tableau 8.1

Perception de l'état de santé selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Excellente	Très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%			
Chine	5,5**	21,2*	33,4	39,9
Haïti	20,9*	33,0	28,1	18,1*
Maghreb et Moyen-Orient	14,6	32,3	41,2	11,9
Pays hispanophones	16,7*	28,2	43,2	11,9*
Total – Communautés culturelles	14,7	29,8	38,6	16,8
Québec 1998 (données standardisées)	19,2	38,0	33,8	9,1

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

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

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

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 8.2

Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Excellente	Très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%			
	Sexe			
Communautés culturelles				
Hommes	15,9	32,4	37,9	13,8
Femmes	13,6	27,3	39,3	19,7
Québec 1998 (données standardisées)				
Hommes	20,7	37,9	32,7	8,8
Femmes	17,7	38,1	34,8	9,4
	Âge			
Communautés culturelles				
15-24 ans	20,2	37,2	32,9	9,6*
25-44 ans	17,0	30,8	37,9	14,3
45 ans et plus	5,7**	21,9	44,8	27,7
Québec 1998 (données standardisées)				
15-24 ans	20,9	41,7	30,5	6,9
25-44 ans	20,2	39,0	33,7	7,0
45 ans et plus	15,7	32,9	36,4	15,0

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

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

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chez les immigrants parrainés (tableau 8.3), près du quart (23 %) se considèrent en moyenne ou en mauvaise santé. Cette proportion est significativement supérieure à celles observées chez les réfugiés et les autres immigrants (près de 15 % dans les deux cas).

Les personnes peu scolarisées se perçoivent en moins bonne santé que les personnes très scolarisées; en effet, 27 % environ de celles qui n'ont aucune scolarité ou une scolarité primaire, comparativement à un peu moins de 13 % de celles qui ont une scolarité universitaire, considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise. Il faut toutefois interpréter ces données avec prudence car leur coefficient de variation se situe entre 15 % et 25 %. Par ailleurs, les personnes qui disent avoir actuellement un emploi exigeant plus de

compétence que celui qu'elles occupaient dans leur pays d'origine se perçoivent en meilleure santé que les personnes actuellement sans emploi, puisque environ 60 % d'entre elles, comparativement à environ 37 % seulement des sans-emploi, se considèrent en excellente ou très bonne santé.

Tableau 8.3

Perception de l'état de santé selon le statut d'immigrant, le niveau de scolarité et l'intégration économique, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Excellente	Très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%			
Statut d'immigrant				
Réfugié	20,1*	23,1*	42,0	14,9*
Parrainé	13,4*	27,5	35,8	23,2
Autres	13,7	32,6	38,7	15,1
Scolarité				
Aucune ou primaire	10,3**	18,9*	43,9	26,9*
Secondaire et postsecondaire	15,7	26,6	41,2	16,6
Universitaire	13,6*	41,4	32,5	12,5*
Intégration économique				
Emploi plus qualifié	18,5*	41,3	27,7*	12,5**
Emploi également qualifié	13,0*	33,0	41,0	13,0*
Emploi moins qualifié	13,4*	34,9	38,2	13,5*
Sans emploi	12,6	24,3	41,2	21,8

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Chez les personnes occupant actuellement un emploi, on observe une différence significative selon la catégorie professionnelle (tableau 8.4) entre les professionnels et cadres supérieurs, dont plus de 98 %

se considèrent en excellente, très bonne ou bonne santé, et les contremaîtres et ouvriers spécialisés, chez qui cette proportion estimée n'est que de 81 %.

Tableau 8.4

Perception de l'état de santé selon la catégorie professionnelle, population de 15 ans et plus occupant un emploi, communautés culturelles 1998-1999

	Excellente, très bonne ou bonne	Moyenne ou mauvaise
	%	
Professionnels et cadres supérieurs	98,4	1,6**
Cadres intermédiaires, semi-professionnels et techniciens	89,2	10,8**
Employés de bureau, de commerce et de services	86,6	13,4*
Contremaîtres et ouvriers spécialisés	81,1	18,9*
Ouvriers non spécialisés et manœuvres	88,1	11,9**

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

On observe également une association entre la perception de l'état de santé et certains comportements individuels (tableau 8.5). Ainsi, lorsqu'on considère le niveau d'activité physique de loisir, on constate qu'un peu plus de 11 % seulement des personnes sédentaires, comparativement à environ 21 % des personnes actives, se considèrent en excellente santé, et que près de 23 % des sédentaires, comparativement à 11 % des personnes moyennement actives et actives, perçoivent leur santé comme moyenne ou mauvaise.

En ce qui concerne l'usage ou non de la cigarette, environ 16 % des non-fumeurs, comparativement à 7 % des fumeurs actuels (occasionnels ou réguliers), se considèrent en excellente santé. Précisons qu'on a regroupé ici parmi les non-fumeurs tant les personnes qui n'ont jamais fumé que les anciens fumeurs.

Le niveau de satisfaction face à la vie (tableau 8.6) est considéré comme un bon indicateur de bien-être

psychologique. La question proposée (QAA98) demandait d'indiquer le degré d'accord ou de désaccord avec la phrase suivante : « Je suis satisfait(e) de ma vie. » On a considéré ici ceux qui se disaient plutôt d'accord ou très d'accord avec cette phrase comme très ou plutôt satisfaits, ceux qui n'étaient ni en accord ni en désaccord comme ni satisfaits ni insatisfaits, et ceux qui se disaient très ou plutôt en désaccord comme très ou plutôt insatisfaits. On constate qu'un peu plus de 88 % de ceux qui sont très ou plutôt satisfaits de leur vie se considèrent en excellente, très bonne ou bonne santé, alors que chez les personnes très ou plutôt insatisfaites de leur vie, cette proportion estimée est de 73 %. On ne peut évidemment préjuger du sens que prend cette association (Est-on plus satisfait de la vie parce qu'on se perçoit en meilleure santé, ou se considère-t-on en meilleure santé en raison d'un niveau élevé de bien-être psychologique?).

Tableau 8.5

Perception de l'état de santé selon certains comportements individuels, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Excellente	Très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%			
Niveau d'activité physique de loisir				
Sédentaires	11,2	25,2	40,9	22,7
Moyennement actifs	15,7	32,8	40,2	11,4 *
Actifs	21,4	36,1	31,3	11,2* *
Usage ou non de la cigarette				
Non-fumeurs	15,8	29,2	36,9	18,2
Fumeurs	6,6 **	33,9	47,3	12,3 *

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 8.6

Perception de l'état de santé selon le niveau de satisfaction face à la vie, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Excellente, très bonne ou bonne	Moyenne ou mauvaise
	%	
Très ou plutôt satisfait	88,4	11,6
Ni satisfait ni insatisfait	80,4	19,7
Très ou plutôt insatisfait	73,5	26,5

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Comme le montre le tableau 8.7, la perception de la santé est également en relation avec le nombre de problèmes de santé déclarés. Ainsi, on constate qu'environ 19 % des personnes qui ne signalent aucun problème de santé considèrent leur santé comme excellente, comparativement à près de 5 % seulement de ceux qui déclarent deux problèmes de santé ou plus; en outre, un peu plus de 9 % seulement de ceux qui ne signalent aucun problème de santé considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise, comparativement à environ 19 % de ceux qui ont un problème de santé, et près de 32 % de ceux qui en déclarent deux ou plus. Toutes ces différences sont significatives.

Le tableau 8.7 traite également de la perception de l'état de santé selon le nombre de médicaments pris au cours des deux jours précédant l'entrevue et selon la consultation d'un professionnel de la santé au cours

des deux semaines précédant l'entrevue. Chez les personnes qui ont pris trois médicaments ou plus, environ 45 % perçoivent leur santé comme moyenne ou mauvaise, comparativement à 13 % seulement des personnes qui n'ont pris aucun médicament. Par ailleurs, les personnes qui disent avoir consulté un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'entrevue sont proportionnellement moins nombreuses que celles qui n'ont pas consulté à se considérer en excellente santé (proportions estimées de 9 % contre 16 %), et plus nombreuses à percevoir leur santé comme moyenne ou mauvaise (24 % contre 15 %).

Tableau 8.7

Perception de l'état de santé selon le nombre de problèmes de santé, le nombre de médicaments pris au cours des deux derniers jours précédant l'entrevue et la consultation d'un professionnel de la santé au cours des deux dernières semaines précédant l'entrevue, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Excellente	Très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%			
Nombre de problèmes de santé				
Aucun problème	19,4	35,7	35,4	9,4
Un problème	13,4*	24,8	42,5	19,3
Deux problèmes ou plus	5,1**	21,4	42,0	31,6
Nombre de médicaments pris				
Aucun médicament	16,7	32,9	37,9	12,5
Un ou deux médicaments	12,7*	28,2	39,6	19,5
Trois médicaments ou plus	5,0**	10,5**	39,5*	45,1
Consultation d'un professionnel de la santé				
Oui	8,5*	21,3	45,9	24,3
Non	16,2	32,0	36,7	15,1

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

8.2.2 Analyse de la régression logistique

À la lumière des résultats précédents, les variables indépendantes sélectionnées pour l'analyse multivariée à l'aide de la régression logistique sont :

- l'âge, en trois catégories : 15-24 ans, 25-44 ans et 45 ans et plus;
- la scolarité, en deux catégories : secondaire ou moins et le reste;
- le statut d'immigration, en trois catégories : réfugié, parrainé et autres;
- la consommation de médicaments au cours de la période de deux jours précédant l'entrevue, en deux catégories : aucun et au moins un médicament;
- l'activité physique de loisir, en deux catégories : sédentaires et actifs (incluant moyennement actifs);
- les problèmes de santé, en deux catégories : aucun et un ou plus;
- le recours aux services d'un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'entrevue, en deux catégories : oui et non;
- la région d'origine, en quatre catégories : Chine, Haïti, Maghreb et Moyen-Orient, pays hispanophones des Amériques.

À cela, on a ajouté la variable de sexe, pour vérifier si elle ne pourrait pas jouer un rôle confondant sur la significativité des autres variables. De plus, on a inclus la variable de langue d'entrevue en deux catégories (français ou anglais; langue de la communauté) pour mesurer l'impact éventuel de la traduction de l'énoncé de la question sur la façon de répondre et sur les résultats.

Dans un premier temps, on a produit un modèle complet contenant toutes les variables indépendantes décrites plus haut et les interactions doubles avec la variable communauté. Aucune interaction significative à un seuil de 5 % n'a été observée. Par la suite, on a procédé à l'analyse du modèle complet sans interaction double et des variables significatives à un seuil de 5 % ont alors été identifiées. Un modèle ne contenant que ces dernières variables et leurs interactions doubles a alors été produit. Encore une fois, aucune interaction

n'a été jugée significative. Parmi les variables non significatives, on a déterminé si elles étaient possiblement confondantes¹ en les entrant séparément dans le modèle avec les variables significatives. Seules les variables « Consultation d'un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'entrevue » et « Consommation de médicaments au cours des deux jours précédant l'entrevue » ont été détectées comme potentiellement confondantes. L'étude approfondie de l'impact de ces deux variables confondantes a suggéré de ne conserver dans le modèle que la variable « Consommation de médicaments », bien qu'elle soit jugée non significative à un seuil de 5 %.

Finalement, le modèle retenu met en relief les variables suivantes : l'âge, l'activité physique de loisir, les problèmes de santé, la scolarité, la région d'origine et la présence de la variable confondante consommation de médicaments. En tenant compte de l'impact des variables dans le modèle, la langue d'entrevue, le statut d'immigration et le recours aux services d'un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'entrevue n'ont plus de lien significatif avec la perception de la santé. De plus, le sexe ne semble pas jouer un rôle confondant dans l'analyse et la langue d'entrevue ne présente aucun impact apparent. On peut en résumé dresser le portrait type de la personne d'immigration récente visée par la présente étude et qui perçoit favorablement sa santé, comme étant âgée entre 15 et 24 ans, active dans ses loisirs, avec aucun problème de santé, de scolarité postsecondaire et n'étant pas d'origine chinoise. Ce sont les modalités pour lesquelles les intervalles de confiance à 95 % ne contiennent pas la valeur 1. Les résultats sont présentés au tableau 8.8 avec les modalités de référence identifiées en caractères italiques.

1. Les variables confondantes ont une influence non négligeable sur les estimations des paramètres associés aux variables présentes dans le modèle.

Tableau 8.8

Variables indépendantes¹ du modèle de régression logistique portant sur la bonne perception de la santé, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Seuil observé	Rapport de cotes	Intervalle de confiance
Âge			
15-24 ans	p = 0,0399	1,94	[1,17; 3,23]
25-44 ans		1,44	[0,93; 2,22]
<i>45 ans et plus</i>		1,00	---
Activité physique de loisir			
Actifs	p = 0,0002	2,00	[1,39; 2,88]
<i>Sédentaires</i>		1,00	---
Problèmes de santé			
Aucun problème	p < 0,0001	2,49	[1,66; 3,73]
<i>Au moins un problème</i>		1,00	---
Scolarité			
Plus que le secondaire	p = 0,0044	1,74	[1,19; 2,55]
<i>Secondaire ou moins</i>		1,00	---
Région d'origine			
Haïti	p < 0,0001	3,70	[2,36; 5,81]
Maghreb et Moyen-Orient		4,65	[3,00; 7,21]
Pays hispanophones		5,90	[3,71; 9,36]
<i>Chine</i>		1,00	---
Consommation de médicaments			
Aucun médicament	p = 0,1187	1,38	[0,92; 2,07]
<i>Au moins un médicament</i>		1,00	---

1. Variables significatives à un seuil de 5 % identifiées en caractères gras; catégories de référence en italiques.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

On retrouve les rapports de cotes les plus élevés parmi les modalités de la variable portant sur la communauté culturelle. La perception de la santé chez les immigrants d'origine chinoise semble nettement moins bonne que chez les autres ethnies en contrôlant les autres variables dans le modèle. Il y aurait donc un apport culturel important dans ce groupe qui fait en sorte qu'ils perçoivent défavorablement leur santé comparativement aux autres. On a d'abord envisagé comme possibilité l'existence de liens pertinents avec d'autres variables explicatives, comme la langue d'entrevue, en posant dans ce cas comme hypothèse que la traduction de la question (du français au mandarin) aurait pu influencer le choix de réponse. Il ne semble toutefois pas y avoir de lien, puisque les interactions doubles avec la variable région d'origine et la langue d'entrevue n'ont pas été retenues dans le modèle.

Par ailleurs, le modèle de régression logistique sur les communautés culturelles visées par l'étude fait ressortir sensiblement les mêmes variables significatives, quant à leur perception de la santé, que dans les analyses bivariées effectuées au moment de l'*Enquête sociale et de santé de 1998* auprès de la population du Québec dans son ensemble. Les comparaisons s'arrêtent là car, dans cette dernière enquête, on n'a pas tenu compte de l'impact des autres variables dans un modèle multivarié.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Comme la revue de la documentation scientifique l'avait suggéré, l'autoévaluation de l'état de santé est associée à diverses variables telles que l'âge et certaines habitudes de vie. En particulier, les personnes de 45 ans et plus et les personnes sédentaires sont

proportionnellement plus nombreuses à avoir une perception négative de leur état de santé. La perception de l'état de santé est également associée à la présence ou l'absence de problèmes de santé, au nombre de médicaments utilisés au cours de la période de deux jours précédant l'entrevue et au recours aux services de santé au cours de la période de deux semaines précédant l'entrevue.

D'autres associations semblent confirmer le lien, pour les immigrants récents appartenant aux groupes visés, entre la santé et ce qu'on pourrait appeler le bien-être socioéconomique. En effet, l'autoévaluation de l'état de santé semble plus positive chez les personnes plus scolarisées, celles occupant un emploi qui exige plus de compétence que celui qu'elles occupaient dans leur pays d'origine (comparativement aux personnes sans emploi), les professionnels et cadres supérieurs (comparativement aux contremaîtres et ouvriers spécialisés), et les personnes qui se disent satisfaites de leur vie. Ces données vont dans le même sens que les constats faits lors de la phase qualitative de l'étude, comme mentionné dans l'introduction du présent chapitre.

Pour l'ensemble de la population visée par l'étude, l'autoévaluation de la santé semble moins positive que celle qu'on observe pour l'ensemble du Québec (données standardisées). Dans la mesure où il s'agit en grande partie d'une population d'immigrants récents, on pourrait poser comme hypothèse que cette moins bonne perception de la santé est liée à des facteurs tels que le stress de l'adaptation à un nouveau milieu et à tout ce qu'elle implique : certains vivent un choc culturel, d'autres ont de la difficulté à trouver un travail correspondant à leur compétence, d'autres encore peuvent avoir de la difficulté à communiquer en raison d'un problème de langue...

On peut toutefois rester surpris de la perception particulièrement négative que semblent avoir les personnes d'origine chinoise de leur propre état de santé. Les données de l'étude ne permettent d'apporter aucune explication à cet effet. Dans la mesure où il semble peu probable que les immigrants récents

d'origine chinoise manifestent plus de problèmes de santé que les immigrants des autres groupes, on peut se demander si cette différence est liée à la formulation de la question (on demande de se comparer aux autres personnes du même âge...) et/ou à des facteurs culturels. Serait-il par exemple inconvenant, pour une personne d'origine chinoise, de se dire en excellente ou en très bonne santé comparativement à ses pairs? Il faudrait poursuivre la recherche à ce sujet, de préférence avec la collaboration de chercheurs d'origine chinoise.

Éléments de réflexion pour la planification

Comme le soulignait Levasseur (2000), dans la mesure où la perception de l'état de santé est un bon indicateur de la santé des populations, il faudrait, pour améliorer cet état de santé, pouvoir agir sur certains des facteurs associés à l'autoévaluation de la santé. En ce sens, une perspective assez classique, à l'époque où l'on considérait l'individu comme le principal responsable de son état de santé, aurait sans doute été de mettre l'accent à peu près uniquement sur la promotion de saines habitudes de vie, telles que l'activité physique de loisir ou encore la lutte contre le tabagisme. Une approche plus holistique et l'adoption d'un modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être (Daveluy et autres, 2000; Clarkson et Pica, 1995) incitent à considérer également, parmi les facteurs associés à l'état de santé, la famille, le réseau d'appartenance, les milieux et les conditions de vie, les valeurs, l'ethnicité et la culture. Chez les immigrants récents visés par l'étude, on a vu que la santé était associée, entre autres, à de bonnes conditions socioéconomiques. Il s'agit là d'un constat facilement généralisable à l'ensemble de la population. Quant aux valeurs, à l'ethnicité et à la culture, elles gagneraient à être explorées davantage, et on ne peut que soutenir toute initiative en ce sens.

Bibliographie

CLARKSON, M., et L. PICA (1995). *Un modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être*, Montréal, Santé Québec, 18 p.

DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et autres (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 342 p.

FYLKESNES, K. et O. H. FORDE (1992). « Determinants and Dimensions Involved in Self-Evaluation of Health », *Social Science and Medicine*, vol. 35, n° 3, p. 271-279.

GARRITY, T. F., G. W. SOMES et M. B. MARX (1978). « Factors influencing Self-Assessment of Health », *Social Science and Medicine*, vol. 12, p. 77-81.

KRAUSE, N. M. et G. M. JAY (1994). « What do Global Self-Rated Health Items Measure? », *Medical Care*, vol. 32, n° 9, p. 930-942.

LEVASSEUR, M. (2000). « Perception de l'état de santé » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 12, p. 259-272.

SANTÉ QUÉBEC; CLARKSON, M., et I. DAHAN (1997). *La famille comme protection; Enquête Santé Québec auprès de la communauté du Maghreb et du Moyen-Orient : rapport de la phase 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 36 p.

SANTÉ QUÉBEC; CLARKSON, M., et R. EUSTACHE (1997). *La santé c'est la richesse; Enquête Santé Québec auprès de la communauté haïtienne : rapport de la phase 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 40 p.

SANTÉ QUÉBEC; CLARKSON, M., et T. N. TRAN (1997). *Au confluent de deux médecines; Enquête Santé Québec auprès de la communauté chinoise : rapport de la phase 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 44 p.

SANTÉ QUÉBEC; QUINTAL, L.(1996). *Opinions et perceptions de la communauté latino-américaine de Montréal à l'égard de la santé : document de travail*, Montréal, Le groupe Léger et Léger inc., 30 p.

SMITH, A. M. A., J. M. SHELLEY et L. DENNERSTEIN (1994). « Self-Rated Health : Biological Continuum or Social Discontinuity? », *Social Science and Medicine*, vol. 39, n° 1, p. 77-83.

