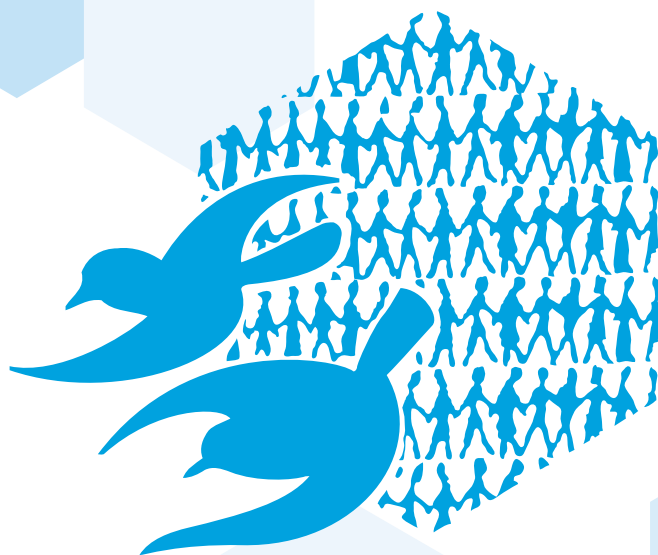


# Démographie et différences

*Colloque international de Montréal (7-10 juin 1988)*



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

**AIDELF**

# L'enquête « Santé-Québec » et l'analyse des différences

---

- **Aline EMOND**

Enquête Santé-Québec, Montréal, Canada

## Introduction

L'analyse des différences n'est pas le propre des démographes. Dans l'ensemble des sciences sociales, les mesures prennent souvent leur sens en observant l'écart entre les résultats d'un groupe X et ceux du groupe Y.

Par exemple, comment apprécier la part des femmes sur le marché du travail si ce n'est en la comparant aux données d'il y a 20 ans ou en observant la différence avec leur part du marché chez nos voisins ayant une dynamique économique comparable?

La description d'un phénomène, en démographie comme ailleurs, suppose une connaissance de son évolution. Les maladies cardiaques représentent 40 % des décès masculins au Québec en 1982. Or, en observant la différence entre ce taux et celui d'il y a dix ans, on conclut à une diminution de 26 % du phénomène. On est alors plus à même d'orienter les efforts prioritaires et les programmes préventifs adéquats.

Si la mortalité par cancer du sein est, au Japon, de moins de 5 pour 100 000 et aux États-Unis de 22 pour 100 000, on observe une différence importante qui permet alors de poursuivre de nouvelles pistes sur l'étiologie du problème. On pensera alors aux effets de l'alimentation, au mode de vie et peut-être à l'hérédité.

Pour la prédiction, que ce soit en démographie ou dans une autre science, c'est l'analyse des variations dans le temps ou dans l'espace qui permettra d'estimer les taux pour les années qui viennent ou pour des régions données.

L'analyse des différences n'est pas seulement une technique utile mais un élément essentiel dans la compréhension des événements et dans la prise de décision qui peut en découler.

## *Les sources d'information*

Il est certain que l'observation des différences peut se faire à travers diverses sources d'information. Classiquement, l'utilisation des registres ou fichiers statutaires a été la plus fréquente. Cependant tout système d'information structuré peut être à la base d'une analyse de différences pour autant qu'il fournisse les paramètres recherchés, tel l'année, le lieu ou la catégorie, nécessaires pour établir des comparaisons.

Dans l'univers de l'épidémiologie, les techniques utilisées et les champs de pré-occupations se rapprochent très souvent de ceux de la démographie; l'analyse de la mortalité par cause ou l'analyse d'une cause spécifique de mortalité sont sûrement des

domaines de recherches très connexes. Par contre, dans un cas comme dans l'autre, on doit recourir à des séries chronologiques ou des indices de comparaison.

Toutefois, les fichiers statutaires ou registres qui contiennent généralement de façon adéquate les données de base pour chacun des cas, tel l'âge, le sexe et la cause première, vont rarement au-delà. Les données annexes à la cause ou encore les données du milieu social ou d'autres informations sur des pathologies connexes ne sont pas présentes dans ces fichiers.

C'est pour des études approfondies d'un phénomène démographique ou para-démographique que les enquêtes prennent toute leur valeur.

#### ***L'enquête : une source de données nécessaire***

L'enquête permet d'établir une relation avec un individu et donne accès à des informations plus personnelles. De plus, il existe dans l'univers des pays développés une habitude du « sondage » qui favorise la réponse aux enquêtes.

En pays moins développés, le manque de données statutaires à l'échelle de la population rend l'utilisation des enquêtes d'autant plus cruciale. Même si la méthode a moins la résonance de l'habitude et pose plus de problèmes opérationnels, elle est des plus utiles.

Au demeurant, on a souvent recours, dans ces régions, à des enquêtes ménage qui couvrent à la fois des dimensions démographiques, économiques et de santé.

L'enquête de santé québécoise est une enquête de ce type. Mais, étant donné le type d'informations disponibles au Québec, elle se doit d'être complémentaire des autres sources de données.

### **L'enquête québécoise de santé**

#### ***1) Méthodologie et plan de sondage***

La population visée par l'enquête québécoise de santé, qui s'est déroulée en 1987, est celle des ménages privés de toutes les régions socio-sanitaires du Québec à l'exclusion de la région 10 (Nouveau-Québec) et des réserves indiennes.

C'est un plan de sondage complexe, développé par le Bureau de la Statistique du Québec, qui fut utilisé. Il s'agit d'un échantillon stratifié à deux degrés d'échantillonnage. Au premier degré, on a tiré des unités primaires d'échantillonnage dans chacune des strates formées par chacun des territoires des 32 DSC du Québec. Ces unités primaires sont des aires géographiques; il y en a entre 77 et 1.671 par territoire de DSC (ou strate). Chaque unité primaire compte entre 40 et 575 ménages, selon que la population du territoire est fortement concentrée (centre-ville de Montréal) ou dispersée (les zones les plus éloignées du centre du Québec). Au deuxième degré d'échantillonnage, on a tiré des logements privés à l'intérieur des unités primaires choisies.

Ce plan de sondage garantit des échantillons par territoire de DSC suffisamment grands pour permettre de l'inférence statistique à l'échelle de chacun des territoires de DSC, de chacune des régions sanitaires et, bien sûr, pour l'ensemble du Québec.

La base de sondage définie à partir d'unités statistiques très fines représente 98,5 % de l'ensemble des ménages privés du Québec.

Cette méthodologie a permis de recueillir des données suffisamment fines pour saisir les différences inter-régionales et intra-régionales (par territoire de DSC). De plus, à l'échelle du Québec, il est possible d'analyser les variations selon le sexe, l'âge, l'état matrimonial, la scolarité, l'ethnie d'appartenance.

Dans un pays de la taille du Québec, les variations géographiques ainsi que les différences par groupes socio-économiques sont des paramètres à observer. Si ce sont les états de santé que nous désirons mesurer ou les déterminants de ces états, les nuances par unité géographique sont essentielles à connaître pour induire les dynamiques en cause.

Les caractéristiques socio-environnementales sont très diversifiées au Québec, propres à des zones fortement urbanisées dotées des services multispecialisés les plus modernes ou relatives à des régions à population dispersée et équipées de services culturels, sociaux ou médicaux clairsemés ou peu développés. Ces caractéristiques ont une influence certaine sur notre centre d'intérêt : la santé.

## 2) L'objet de l'enquête

L'enquête « Santé-Québec » vise à obtenir des mesures sur l'état de santé des Québécois et Québécoises. C'est le seul moyen disponible pour parvenir à établir une mesure consistante de l'état de santé. L'indicateur de santé, ou la mesure générale de l'état de santé, doit être tiré d'une combinaison de données provenant à la fois des statistiques existantes et des données d'enquête. De fait, l'enquête seule ne fournit pas *la mesure* de l'état de santé, mais elle est un élément essentiel.

Les thèmes retenus pour l'enquête sont ceux présentés au tableau 1. Ils s'appuient sur nos besoins de connaissances.

De plus, les questionnaires établis à partir de ces thèmes se sont largement inspirés de l'enquête « Santé-Canada » afin d'établir les différences essentielles entre le Canada et le Québec et entre 1978, année de l'enquête canadienne, et 1987.

Si l'instrument qu'est l'enquête a ses limites, il présente un potentiel certain dans la poursuite de notre objectif de santé. Avec des taux de mortalité infantile de 8,8 p. 1000 en 1982 au Québec et une espérance de vie de 78,2 ans pour les femmes et 70,3 ans pour les hommes, nos possibilités de gains futures sont forcément réduites.

Par contre, l'espérance de vie en bonne santé (EVBS), qui vient pondérer par une mesure d'incapacité l'indice de survie classique, nous présente un tout autre tableau, lequel peut orienter plus précisément les objectifs de santé.

Pour le Québec, l'espérance de vie en bonne santé, calculée à l'aide des données de l'enquête « Santé-Canada » (enquête de 78-79) était de 60,3 ans pour les femmes et de 59,0 ans pour les hommes.

Cette mesure nécessite des données d'enquête pour être évaluée. Au Canada, dans chacune des provinces, des systèmes d'informations sanitaires existent sur la clientèle hospitalisée, sur le coût et les ressources utilisées durant l'hospitalisation, sur les diagnostics...

Depuis des décennies, la statistique médicale et sanitaire rapporte l'ensemble des activités et des événements sans considération pour leurs effets sur la population. Les

TABLEAU 1.- THEMES RETENUS POUR L'ENQUETE "SANTE-QUEBEC" (1987)<sup>(1)</sup>

DETERMINANTS	ETAT DE SANTE		CONSEQUENCES
Habitudes de vie Antécédents Environnement	Physique Psychologique Social	perçu/observé positif/négatif	Consommation Conséquences sur la fonctionnalité
<b>SUJETS SPECIFIQUES</b>			
<b>HABITUDES DE VIE</b>	<b>SANTE PHYSIQUE</b>		<b>CONSOUMMATION</b>
- Consommation d'alcool - Usage du tabac - Activités physiques - Usage de véhicules -moteurs - Sommeil - Prévention féminine - Usage de drogues	- Limitation d'activité - Problèmes de courte durée - Problèmes chroniques - Audition/Vision - Accidents/Blessures - Incapacités - Perception générale		- Professionnels rencontrés - Lieu de consultation  - Usage de médicaments
<b>ANTECEDENTS</b>	<b>SANTE PSYCHOLOGIQUE</b>		<b>CONSEQUENCES SUR LA FONCTIONNALITE</b>
- Antécédents personnels - Antécédents familiaux	- Suicide - Troubles psychologiques - Santé mentale positive		- Journée d'incapacité - Mobilité - Besoin d'aide - Impact sur les rôles
<b>ENVIRONNEMENT</b>	<b>SANTE SOCIALE</b>		
- Travail - Revenu - Age - Sexe - Scolarité - Soutien social - Evénements stressants	- Problèmes sociaux		
<i>Thèmes non retenus dans l'enquête de 1987 et à examiner pour une enquête subséquente</i>			
- Etat de la santé mentale des enfants de moins de 15 ans - Mesures bio-médicales : cholestérol, glucose, pression artérielle, etc. - Alimentation - Comportements sexuels - Santé des travailleurs			
(1) Cette liste s'inspire du modèle de l'Enquête "Santé-Canada".			

données recueillies ne sont pas reliées aux individus et à la population d'où ils proviennent. Les calculs concernent les événements et non les individus.

Comme la santé pour tous en l'an 2000 ne peut plus signifier seulement une baisse des taux de mortalité ou un accroissement des ressources disponibles ou une amélioration

du ratio médecin/population, il faut envisager une batterie d'actions qui reposent sur une information pertinente.

Le défi que pose la santé pour tous en l'an 2000 exige des pays, même industrialisés, qu'ils révisent leurs systèmes de santé, essentiellement axés sur la maladie, pour les orienter vers la santé.

Pour y parvenir, une base d'information plus adéquate doit être implantée. Parmi les éléments de cette base, l'enquête sanitaire doit trouver sa place, car elle seule peut fournir les données dans certains champs d'intervention.

L'enquête permettra d'ajouter aux indicateurs classiques de mortalité et morbidité hospitalière des indicateurs provinciaux et régionaux comme :

- le nombre d'années d'espérance de vie sans incapacité;
- la proportion de personnes avec des maladies chroniques;
- la proportion de personnes présentant des scores élevés sur l'échelle de santé mentale;
- la proportion de personnes limitées dans leurs activités suite à un accident ou une maladie du système ostéo-articulaire;
- les caractéristiques socio-économiques des personnes présentant de fortes incapacités;
- la proportion de consommateurs de drogues illicites;
- l'indice de dépendance alcoolique;
- l'indice de santé des familles monoparentales;
- l'indice de support social...

Dans le domaine de la prévention, des indicateurs comme :

- la proportion de fumeurs selon le sexe et l'âge;
- l'indice de dépendance alcoolique;
- le port de la ceinture de sécurité;
- l'indice d'activité physique;
- l'indice de bonne hygiène de vie;
- l'utilisation des tests de dépistage...

peuvent être générés par l'enquête et seulement par l'enquête.

### Conclusion

Dans la mesure où une orientation démographique peut signifier l'étude des problèmes de population, les enquêtes dont l'objet est de caractériser une population dans l'une ou plusieurs de ses dimensions constituent sûrement pour la démographie des sources de données précieuses.

Les enquêtes de population qui visent à redéfinir le niveau de fécondité d'une communauté, son état de santé ou ses caractéristiques socio-économiques ont toutes un objet commun : une population.

Aucun fichier, aucune banque de données ne sont à l'usage propre d'une discipline. Les chercheurs, les démographes comme les autres, iront puiser dans toutes les sources d'informations disponibles pour arriver à saisir les multiples facettes des populations, leurs différences et leurs ressemblances. La connaissance des populations sera d'autant plus grande et notre compréhension plus large que les particularités des unes et des autres seront bien mesurées, permettant ainsi aux praticiens, aux planificateurs de prendre des décisions éclairées qui favoriseront l'harmonisation des communautés vers un dénominateur commun : le bien-être de chacune.

L'enquête « Santé-Québec » se veut un élément de plus dans ce cheminement vers une connaissance des différences entre des sous-groupes de population. Elle ne permet pas seulement de saisir les particularités des régions du Québec, mais aussi d'établir les différences entre le Québec et d'autres populations, comme celle du Canada et des Etats-Unis et de plusieurs communautés européennes ou autres qui considèrent l'enquête de santé nationale comme une source d'informations.

Dans la mesure où cette enquête rejoint, dans sa formulation et dans son processus, des enquêtes comparables, les résultats sont autant de données supplémentaires pour les autres communautés pour leur permettre d'établir leurs différences et de mieux saisir les dynamiques qui les animent.