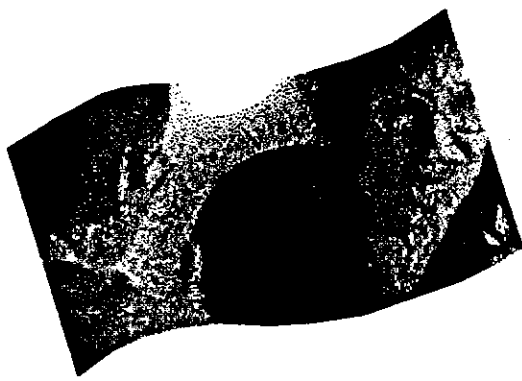


**Interprétation  
des enquêtes de santé**



# ÉTUDES ET RECHERCHES

Michèle Gervais

Janvier 1992

R-057

RAPPORT



**IRSST**  
Institut de recherche  
en santé et en sécurité  
du travail du Québec

## La recherche, pour mieux comprendre

L'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST) est un organisme de recherche scientifique voué à l'identification et à l'élimination à la source des dangers professionnels, et à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes. Financé par la CSST, l'Institut réalise et finance, par subvention ou contrats, des recherches qui visent à réduire les coûts humains et financiers occasionnés par les accidents de travail et les maladies professionnelles.

Pour tout connaître de l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par la CSST et l'Institut.

Les résultats des travaux de l'Institut sont présentés dans une série de publications, disponibles sur demande à la Direction des communications.

Il est possible de se procurer le catalogue des publications de l'Institut et de s'abonner à *Prévention au travail* en écrivant à l'adresse au bas de cette page.

### ATTENTION

Cette version numérique vous est offerte à titre d'information seulement. Bien que tout ait été mis en œuvre pour préserver la qualité des documents lors du transfert numérique, il se peut que certains caractères aient été omis, altérés ou effacés. Les données contenues dans les tableaux et graphiques doivent être vérifiées à l'aide de la version papier avant utilisation.

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec

IRSST - Direction des communications  
505, boul. de Maisonneuve Ouest  
Montréal (Québec)  
H3A 3C2  
Téléphone : (514) 288-1 551  
Télécopieur: (514) 288-7636  
Site internet : [www.irsst.qc.ca](http://www.irsst.qc.ca)  
© Institut de recherche en santé  
et en sécurité du travail du Québec,

# **Interprétation des enquêtes de santé**

**Michèle Gervais**  
Programme organisation du travail, IRSST

**ÉTUDES ET  
RECHERCHES**

**RAPPORT**

Cette étude a été financée par l'IRSST. Les conclusions et recommandations sont celles de l'auteur.

© Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, janvier 1992.

1<sup>er</sup> trimestre 1992.

## SOMMAIRE

### Interprétation des enquêtes de santé

Cette étude porte sur la méthode de collecte selon laquelle un seul répondant fournit des informations sur la santé des personnes avec lesquelles il forme ménage. Elle montre l'existence d'une morbidité plus importante pour les personnes interviewées directement, qui se révèlent systématiquement plus malades que les personnes au nom de qui elles répondent, indépendamment de leur sexe, de leur statut d'activité ou de leur catégorie professionnelle.

Compte tenu de la très forte participation des femmes aux interviews dans les enquêtes auprès des ménages, la surmorbidity des femmes, observée dans plusieurs enquêtes de santé, pourrait s'expliquer partiellement par cet effet.

Les différences de morbidité enregistrées entre les catégories professionnelles pourraient résulter de l'effet sélectif de la santé sur l'exercice de certains métiers, ainsi que des modèles de perception et de représentation de la santé, très variables selon le milieu social. Ces représentations déterminent en partie la façon dont la morbidité est ressentie, puis exprimée dans un enquête par interview.

Ces effets ont vraisemblablement entraîné une sous-estimation de la morbidité des travailleurs en général, notamment ceux de sexe masculin.

Cette étude ne met pas en cause l'utilité des enquêtes de santé, mais veut plutôt attirer l'attention sur les effets de l'usage des modes de collecte et des concepts auxquels elles font implicitement appel, et mettre en garde les utilisateurs contre des interprétations peu nuancées.

## **REMERCIEMENTS**

Nous remercions le Ministère de la santé et des services sociaux qui nous a fourni les données de l'enquête Santé Québec, et tout spécialement Madame Louise Guyon, coordonnatrice à la direction de Santé Québec, pour sa collaboration au développement du projet.

Sans l'appui des instances de l'IRSST et de nos collègues de travail, cette étude n'aurait pas été possible. Merci en particulier au directeur du Programme Organisation du travail, Serge Bouchard, ainsi qu'à Lina Forcier et Claude Bariteau, dont les avis et commentaires pertinents ont été fort appréciés. Merci également à Thierry Petitjean-Roget et à Paul Massicotte pour le soutien informatique et technique ainsi qu'à Danielle Garcia pour le traitement de texte.

**TABLE DES MATIÈRES**

SOMMAIRE .....	i
REMERCIEMENTS .....	iii
TABLE DES MATIÈRES .....	v
LISTE DES TABLEAUX .....	ix
LEXIQUE .....	xiii
PRÉAMBULE .....	xv
1. INTRODUCTION .....	1
2. PROBLÉMATIQUE .....	3
2.1 Les sources de données sur la santé .....	3
2.2 Définitions de la morbidité .....	5
2.3 La morbidité ressentie et exprimée .....	7
2.4 Les répondants interviewés .....	9
3. OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	11
4. BILAN DES CONNAISSANCES .....	13
4.1 Différences de mortalité et de morbidité selon le sexe .....	14
4.2 Comment expliquer ces différences ? .....	16
4.2.1 Facteurs biologiques et génétiques .....	16
4.2.2 Facteurs socio-culturels .....	19

## TABLE DES MATIÈRES (suite)

4.3	Mortalité et morbidité différentielles selon la catégorie professionnelle . . . . .	22
4.3.1	Utilisation de la catégorie professionnelle comme approximation de la classe sociale . . . . .	22
4.3.2	La mortalité des catégories professionnelles . . . . .	23
4.3.3	La morbidité des catégories professionnelles . . . . .	24
4.3.4	Facteurs culturels de différenciation . . . . .	26
4.3.4.1	Variations individuelles . . . . .	26
4.3.4.2	Facteurs sociaux . . . . .	27
4.3.4.3	L'appartenance culturelle . . . . .	27
4.4	Conclusion . . . . .	30

### UN EXEMPLE: L'ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC 1987

5.	SOURCES ET METHODES . . . . .	31
5.1	L'enquête Santé Québec . . . . .	31
5.2	Aspects techniques de l'enquête . . . . .	32
5.3	Les données analysées . . . . .	32
5.3.1	Les variables . . . . .	33
5.3.2	Les indicateurs . . . . .	34
6.	L'INFLUENCE DU RÉPONDANT . . . . .	37
6.1	La technique de collecte . . . . .	37
6.2	Les écarts de morbidité entre les sexes selon le statut d'activité . . . . .	41

**TABLE DES MATIÈRES (suite)**

6.3	Les personnes interviewées sont-elles plus malades que les autres? . . . . .	41
6.4	Discussion . . . . .	43
6.5	Conclusion . . . . .	46
7.	<b>L'APPARTENANCE PROFESSIONNELLE ET LA DÉCLARATION DE LA MALADIE. . . . .</b>	<b>49</b>
7.1	Différences de morbidité chez les travailleurs . . . . .	51
7.1.1	Selon la catégorie professionnelle . . . . .	51
7.1.2	selon le sexe . . . . .	53
7.1.3	Selon le statut de répondant . . . . .	54
7.2.	Discussion . . . . .	55
8.	<b>SOMMAIRE ET CONCLUSIONS . . . . .</b>	<b>57</b>
8.1	Sommaire . . . . .	57
8.2	Que faire pour améliorer la qualité des données d'enquête? . . . . .	61
	<b>BIBLIOGRAPHIE . . . . .</b>	<b>65</b>
	Annexe A: Le schéma de l'enquête Santé Québec 1987 . . . . .	73
	Annexe B: L'indice de santé globale et les questions retenues . . . . .	77
	Annexe C: Tableaux complémentaires . . . . .	85



**LISTE DES TABLEAUX**

<b>TABLEAU 6.1</b>	<b>Répartition (%) des répondants interviewés, selon le sexe et le statut d'activité, Enquête Santé Québec 1987 . . . . .</b>	<b>37</b>
<b>TABLEAU 6.2</b>	<b>Morbidité comparée des travailleurs et travailleuses de 15 à 64 ans, selon quelques indicateurs, Enquête Santé Québec 1987 . . . . .</b>	<b>40</b>
<b>TABLEAU 6.3</b>	<b>Morbidité comparée des inactifs de 15 à 64 ans selon le sexe et quelques indicateurs, Enquête Santé Québec 1987 . . . . .</b>	<b>40</b>
<b>TABLEAU 6.4</b>	<b>Rapports de surmorbidité des répondants selon le sexe et le statut d'activité, Enquête Santé Québec 1987 . . . . .</b>	<b>42</b>
<b>TABLEAU 6.5</b>	<b>Indice de santé globale suivant le statut de répondant, le sexe et le groupe d'âge, population totale, Enquête Santé Québec 1987 . . . . .</b>	<b>42</b>
<b>TABLEAU 7.1</b>	<b>Morbidité des travailleurs par catégorie professionnelle (4), selon quelques indicateurs, Enquête Santé Québec 87 . . . . .</b>	<b>50</b>
<b>TABLEAU 7.2</b>	<b>Morbidité des travailleurs par catégorie professionnelle (12), selon quelques indicateurs, Enquête Santé Québec 1987 . . . . .</b>	<b>50</b>
<b>TABLEAU 7.3</b>	<b>Rapports de surmorbidité féminine, par catégorie professionnelle (4), selon quelques indicateurs, Enquête Santé Québec 1987 . . . . .</b>	<b>52</b>

**LISTE DES TABLEAUX (suite)**

<b>TABLEAU 7.4</b>	<b>Taux de participation aux entrevues, selon le sexe et la catégorie professionnelle (4), Enquête Santé Québec 1987 . . . . .</b>	<b>52</b>
<b>TABLEAU 7.5</b>	<b>Rapports de surmorbidity des répondants interviewés, par catégorie professionnelle (4), selon quelques indicateurs, Enquête Santé Québec 1987 . . . . .</b>	<b>54</b>

**LISTE DES TABLEAUX COMPLEMENTAIRES  
EN ANNEXE**

<b>TABLEAU A-1</b>	<b>Population de l'échantillon, selon le sexe, l'âge (15-64 ans) et le statut d'activité, Enquête Santé Québec 1987 . . . . .</b>	<b>87</b>
<b>TABLEAU A-2</b>	<b>Répartition des répondants qui n'ont pas été interviewés, selon le sexe, le groupe d'âge et le statut d'activité, Enquête Santé Québec 1987 . . . . .</b>	<b>87</b>
<b>TABLEAU A-3</b>	<b>Surmorbidity des inactifs par rapport à celle des travailleurs, par sexe et groupe d'âge, d'après l'indice de santé globale (ISG), Enquête Santé Québec 1987 . . . . .</b>	<b>88</b>
<b>TABLEAU A-4</b>	<b>Morbidity comparée des répondants selon le sexe et le statut d'activité, Enquête Santé Québec 1987 . . . . .</b>	<b>88</b>
<b>TABLEAU A-5</b>	<b>Travailleurs de 15 à 64 ans, par sexe et catégorie professionnelle (12), échantillon de l'Enquête Santé Québec 1987 . . . . .</b>	<b>89</b>
<b>TABLEAU A-6</b>	<b>Morbidity des travailleurs par sexe et catégorie professionnelle (4), selon quelques indicateurs, Enquête Santé Québec 1987 . . . . .</b>	<b>89</b>
<b>TABLEAU A-7</b>	<b>Morbidity des répondants suivant la catégorie professionnelle (4) et quelques indicateurs, Enquête Santé Québec 1987 . . . . .</b>	<b>90</b>

<b>TABLEAU A-8</b>	<b>Travailleurs de 15 à 64 ans, par sexe et catégorie professionnelle (13)</b> échantillon de l'enquête Santé Québec 1987 . . . . .	<b>90</b>
<b>TABLEAU A-9</b>	<b>Morbidité des travailleurs par sexe et catégorie professionnelle (4)</b> selon quelques indicateurs, Enquête Santé Québec 1987 . . . . .	<b>91</b>
<b>TABLEAU A-10</b>	<b>Morbidité des répondants suivant la catégorie professionnelle (4)</b> et quelques indicateurs, Enquête Santé Québec 1987 . . . . .	<b>91</b>
<b>TABLEAU A-11</b>	<b>Taux de participation aux entrevues, selon le statut d'activité,</b> le sexe et le groupe d'âge, Enquête Santé Québec 1987 . . . . .	<b>92</b>

## LEXIQUE

- BSQ:** Bureau de la statistique du Québec
- CCDP:** Classification canadienne descriptive des professions, utilisée par l'enquête Santé Québec
- CSST:** Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
- Enquête Santé Canada:** Enquête de santé générale menée auprès de la population canadienne en 1978/79, par Santé Bien-être social Canada et Statistique Canada
- Ménage:** Ensemble des personnes vivant sous le même toit, indépendamment des liens de parenté
- MSSS:** Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
- NCHS:** National Center for Health Studies, organisme chargé de l'exécution des enquêtes de santé générale aux Etats-Unis, comme le National Health interview Survey
- NHIS:** National Health Interview Survey (U.S.A.)
- OMS:** Organisation mondiale de la santé
- QAA:** Questionnaire auto-administré, laissé sur place par l'interviewer, et rempli par chaque membre du ménage âgé de 15 ans et plus, enquête Santé-Québec 1987
- QRI:** Questionnaire rempli par l'interviewer, en entrevue avec un membre par ménage, enquête Santé-Québec 1987

IRSST - R-057

Rapport de recherche

**Répondant:** Toute personne comprise dans l'échantillon et qui a participé à l'enquête, directement ou non

**Répondant interviewé:** Répondant qui a été interrogé personnellement pour l'enquête Santé Québec et qui a répondu au premier questionnaire en son nom et au nom des autres membres du ménage

**Répondant non interviewé:** Tout répondant qui n'a pas communiqué personnellement à l'interviewer les informations concernant son état de santé

**Surmorbidity:** Niveau de morbidité plus élevé enregistré dans un groupe par rapport à un autre. Ne pas confondre avec une surestimation de la morbidité

## PRÉAMBULE

Ce rapport constitue la première partie d'une analyse des données sur la santé des travailleurs, provenant de l'enquête Santé Québec 1987.

Il porte essentiellement sur les conséquences potentielles de deux aspects de la méthodologie d'enquête sur l'interprétation des données recueillies: le mode de collecte des données et la nature de la morbidité ressentie et exprimée lors d'une enquête par interview. Un second rapport suivra.

On y trouvera, entre autres, un bilan de santé général des travailleurs, les maladies qui les caractérisent, l'importance des incapacités et des maladies chroniques, le stress perçu et quelques indicateurs, selon un regroupement des catégories professionnelles.

## 1. INTRODUCTION

En 1987, Santé Québec menait une enquête de santé générale auprès d'un gros échantillon de la population québécoise, avec l'appui du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) et du Bureau de la statistique du Québec (BSQ). La nature des informations recueillies sur la santé, était nouvelle par rapport aux sources de données plus traditionnelles.

Même si l'enquête Santé Québec ne s'est pas spécifiquement adressée aux problèmes des travailleurs, près des deux tiers de l'échantillon de la population de 15 à 64 ans, faisaient partie de la population active. Une masse importante d'informations nouvelles et originales sur les habitudes de vie et la santé des travailleurs étaient disponibles. C'est cet ensemble de données que nous avons entrepris d'exploiter, sous divers aspects, compte tenu de l'intérêt que suscite ce genre de matériel par rapport aux sources habituelles de données sur la santé.

Les premières analyses ont donné des résultats assez inattendus, et même contraires à ce qui est déjà connu en santé et sécurité du travail. Les aspects méthodologiques de l'enquête, les modes d'échantillonnage, la collecte, et le traitement des données ont fait l'objet d'un examen. Manifestement, les différentes étapes s'étaient déroulées avec un maximum de précautions pour assurer la qualité des données qui furent ensuite validées selon les règles. Nous avons dû chercher ailleurs que dans les aspects purement techniques de l'enquête, l'origine de ces résultats étonnants. La consultation d'autres enquêtes de santé et de la littérature afférente, nous a permis de nuancer les niveaux d'interprétation qui peuvent être abordés à partir de données sur la santé collectées par questionnaire et nous a sensibilisée à différents aspects de la déclaration de la morbidité.



Les enquêtes de santé font appel à des univers à la fois objectifs et subjectifs en s'intéressant à l'opinion des gens sur leur santé et à divers aspects de leur vie (habitudes de vie, bien-être psychologique, stress perçu, relations avec les autres, etc). Face à cette particularité des données et aux méthodes et outils de collecte qui les caractérisent, nous avons examiné de plus près le mode de collecte des données et ses implications sur la déclaration de la morbidité; c'est le résultat de cette analyse qui est livré ici dans un premier rapport. Un second rapport suivra dans lequel on trouvera la somme des observations et analyses que l'enquête Santé Québec nous a permis de faire, en ce qui concerne les travailleurs, essentiellement.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

Jusqu'à il y a quelques années, parler de l'état de santé des individus ou des populations consistait à parler de la nature et de la gravité des maladies ou de la mortalité par cause. La santé était essentiellement perçue à travers l'éventail des causes médicales de morbidité ou mortalité; on parlait donc de la mauvaise santé des gens.

A la fin des années 1950, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) proposait une nouvelle définition de la santé, celle-ci n'étant plus définie seulement par l'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi comme un état de bien-être général, physique, mental et même social. Cette vision plus positive, plus globale que l'approche traditionnelle, ouvrait la porte à l'analyse des divers facteurs sociaux et économiques qui influent plus ou moins directement sur la bonne ou mauvaise santé des gens.

Définir la santé à travers la mesure du bien-être, impliquait un élément tout à fait nouveau: la prise en compte de la subjectivité individuelle dans l'appréciation de l'état de santé, cette subjectivité étant fonction d'une multitude de facteurs, pas toujours faciles à démêler ou à apprécier, allant des attitudes et comportements individuels aux valeurs plus ou moins conscientes des divers groupes sociaux, en matière de santé ou de maladie. En d'autres mots, avec cette définition, le bien-être ou la santé ne dépend plus que de l'évaluation médicale, mais tient aussi compte de la façon forcément subjective et personnelle, dont chacun ressent la santé ou la maladie.

### **2.1 Les sources de données sur la santé**

Aux deux grandes approches de la santé qui ont prévalu jusqu'à maintenant sont associées deux catégories de sources de données: d'une part, celles provenant des fichiers gérés par des organismes gouvernementaux à des fins administratives (fichiers des hôpitaux, des actes médicaux, des indemnisations, etc), et d'études épidémiologiques menées assez souvent à

partir des recensements nationaux et des registres d'état civil, sources principales des statistiques officielles de santé et de mortalité; d'autre part, celles tirées des enquêtes menées auprès de grands échantillons de population, enquêtes qui font appel à des concepts et des modes de collecte très différents de ceux des fichiers administratifs.

Essayons de préciser sommairement ce qui les différencient. Une première distinction porte sur la nature des variables qui composent chacun des fichiers et sur les populations couvertes.

#### a) Fichiers administratifs

Dans les fichiers administratifs, la collecte des données, concerne des gens a priori malades et qui se jugent assez malades pour entreprendre une action, que ce soit une consultation, un traitement en clinique ou à l'hôpital, une réclamation, une hospitalisation, etc. C'est la nature, la cause ou le résultat de ces actions qui sont enregistrés dans les fichiers. L'évaluation de la morbidité est ici faite à partir des problèmes de santé reconnus et diagnostiqués par le corps médical.

Ces données qui permettent de suivre l'évolution de l'incidence ou de la prévalence des maladies dans la population, livrent, cependant, assez peu d'informations sur les caractéristiques individuelles des malades hormis l'âge et le sexe qui sont dans le domaine de la santé deux variables critiques. C'est en bonne partie en raison de ces lacunes que des études longitudinales de jumelage entre les recensements et d'autres fichiers sont parfois entreprises (c'est le cas de quelques pays européens) dans le but de mieux connaître la santé dans les différentes couches de la société ou les divers milieux de travail.

#### b) Enquêtes de santé

Dans le cas des enquêtes de santé, les données proviennent des informations transmises par un groupe de personnes, choisies au hasard et non pas en fonction de leur mauvais état de santé, un groupe qui est défini comme représentatif de l'ensemble d'une population

(généralement à l'exception de celles qui vivent dans des établissements collectifs). Contrairement à ce qui se passe pour les fichiers administratifs où des données de source médicale servent de base à l'analyse de l'état de santé des groupes, dans le cas des enquêtes, ce sont les perceptions et les interprétations que font les individus de leur propre santé qui sont communiquées aux interviewers et constituent la matière première des analyses.

Ici, les informations concernant les personnes et leur milieu (habitudes de vie, bien-être psychologique, conditions de travail, métier, secteur d'activité, scolarité, revenu) occupent une place importante. Combinées aux données sur l'état de santé physique et mental des individus, elles permettent d'analyser pour l'ensemble d'une population le phénomène de la santé dans ses dimensions sociale et économique. D'où l'intérêt et la multiplication de ces enquêtes pour l'évaluation de la santé et ses tendances d'évolution (Santé Québec se répétera; l'Ontario vient de lancer, en 1990, une enquête semblable; Santé Canada prévoit donner une suite à son enquête de 1978/79; Statistique Canada a introduit une section sur la santé des travailleurs dans son Enquête sociale générale).

## 2.2 Définitions de la morbidité

Une deuxième distinction fondamentale concerne les concepts de morbidité implicites aux modes de collecte de chaque source, distinction qui affecte le sens des informations recueillies.

Certains auteurs dont Lévy (1975) et Sullivan (1966) ont proposé une catégorisation des divers concepts de morbidité, catégories qui ont été reprises entre autres par Goldberg (1979) et Surault (1983). Ces catégories sont les suivantes:

a) La morbidité objective: Elle a été définie comme "tout codage de l'état de santé à but purement cognitif qui tend à faire abstraction de la représentation de l'intéressé et de toute demande de réparation ou d'aide" (Surault, p.197). Il s'agit ici d'une évaluation ou d'une connaissance de l'état de santé réel d'un individu (ou d'une population), indépendamment

des interprétations faites par l'individu, son entourage, son médecin. En principe, seuls des tests ou examens médicaux présumés objectifs, pourraient la mesurer. Mais elle est dépendante de la nature des tests, des choix qui sont faits. Contrairement à la mortalité qui constitue un événement incontestable, l'estimation de la morbidité peut sans cesse être réévaluée.

b) la morbidité diagnostiquée: elle correspond à l'observation que font de la maladie les professionnels de la santé. C'est ce qu'on trouve généralement dans les fichiers administratifs. Ces observations sont partielles parce qu' "effectuées par référence à un certain système de connaissances" (Surault, p.196); elles peuvent être biaisées par l'appréciation générale que fait le médecin de la personnalité de son patient, de sa propension à fabriquer ou interpréter les symptômes dont il se plaint, de l'évaluation qu'il fait de sa santé mentale, etc. On sait du reste que différents médecins peuvent arriver à des diagnostics divergents devant un même malade (Dingle 1973).

c) la morbidité ressentie: il s'agit ici de la perception que les individus ont de leur propre état de santé. Cette perception varie en fonction de facteurs personnels (la nature et la gravité "réels" des malaises et symptômes qui affectent l'individu de même que leur impact sur la vie quotidienne) et est influencée par divers éléments plus ou moins conscients comme la conception de la santé, la représentation du corps, l'importance accordée à la vigueur physique, le seuil de la douleur, etc. (Boltanski, 1971).

d) la morbidité déclarée est celle à laquelle les enquêtes de santé nous donnent accès. Elle constitue en fait la part de la morbidité ressentie qui est exprimée par les individus, celle qui a été perçue puis jugée suffisamment importante pour faire l'objet d'une déclaration, d'une prise de médicaments, d'une modification du rythme ou de la nature des activités courantes, d'une consultation, etc.

e) la morbidité "comportementale" est une forme de la morbidité ressentie qui s'exprime par l'abus de la consommation de soins ou de médicaments, l'absentéisme au travail, l'alcoolisme ou autres comportements "compensatoires" en réponse aux inconforts physique

ou psychologique qu'engendre la maladie. Elle correspond de ce fait à l'expression de la morbidité à laquelle les entreprises, les pouvoirs publics, sont généralement les plus sensibles, en raison des coûts sociaux et économiques qu'elle implique.

Chacune des définitions présentées correspond à des mesures de la morbidité, mais comme le fait remarquer Goldberg, "dans chaque cas, on n'a qu'une vision partielle des phénomènes... on ne mesure pas la même chose suivant que l'observateur est le patient, un médecin, un système complexe de bilan de santé ou un organisme administratif " (1979, p. 62).

En somme, on peut parler de la morbidité réelle et de la morbidité diagnostiquée comme de catégories à caractère "plutôt objectif", l'objectivité étant ici reliée à une appréciation externe de la maladie, laquelle reste sujette à une marge d'erreur. On qualifie généralement les autres catégories de "subjectives" même si elles reposent sur des faits, car elles sont influencées par les interprétations et perceptions des individus.

### 2.3 La morbidité ressentie et exprimée

On admet généralement que la santé est un fait à la fois individuel et collectif. Ainsi, le bagage culturel et social de chaque individu joue sur ses perceptions et comportements. La représentation sociale que chaque individu se fait de la santé ou de la maladie est le produit des valeurs transmises par ses milieux d'origine ou de vie et conditionne partiellement la façon dont la morbidité sera ressentie et exprimée.

Bien que la façon dont les gens perçoivent et décrivent leur état de santé soit en partie inconsciente, la déclaration de la maladie est aussi dépendante d'un ensemble de circonstances et de facteurs individuels comme le désir de collaborer à l'enquête, les connaissances médicales du répondant, sa capacité d'exprimer ses malaises physiques ou psychologiques en termes suffisamment clairs pour qu'ils soient ensuite traduits en langage médical, de même que sa capacité d'interpréter correctement les informations communiquées

par un médecin et de les transmettre ultérieurement à une autre personne. Elle est également tributaire de la qualité ou du degré de communication établi entre la personne qui interroge et celle qui est interrogée.

Finalement, les aspects de la morbidité qui seront saisis au cours d'une enquête dépendent en dernier ressort, de la capacité et des limites du questionnaire à appréhender la réalité recherchée.

On peut alors se demander quelles sortes de conséquences tous ces facteurs peuvent avoir sur les déclarations des gens dans une enquête de santé, en particulier en ce qui a trait à la nature et à l'intensité de la morbidité exprimée par les divers groupes d'individus.

Plusieurs études ont attiré l'attention sur le fait que la morbidité des femmes est plus élevée que celle des hommes, contrairement à ce qui est observé pour la mortalité. Le même paradoxe a été observé chez les travailleurs: la hiérarchie ou le classement des catégories socio-professionnelles se renverse selon que l'on examine les données de morbidité ou de mortalité. On est confronté à des données apparemment contradictoires, les unes provenant d'une source dite "objective" en raison de son caractère définitif (la mort) et les autres obtenues par les déclarations d'individus, qui se sont prononcés sur la réalité qu'ils ressentent et vivent, données forcément empreintes de subjectivité.

Les chercheurs qui se sont intéressés aux causes de la surmorbidity féminine et à celle de certains groupes sociaux, n'ont pas réussi à déterminer avec un peu de certitude si elle était réelle, ou plutôt le produit de conduites sociales différentes, ou encore une conjugaison des deux.

Dans le cadre des opérations de contrôle de qualité menées aux Etats-Unis, la comparaison des données collectées dans les enquêtes annuelles de santé (National Health Interview Survey, NHIS) avec des fichiers médicaux (là où des vérifications étaient possibles: maladies chroniques, hospitalisations et consultations médicales), fait état d'une sous-déclaration systématique des problèmes de santé dans toutes les couches de la société. Certains groupes

déclarent moins que d'autres, mais tous présentent un taux plus ou moins élevé de sous-déclaration.

Ainsi, quand il est question de surmorbidity féminine, le problème n'est pas celui d'une surdéclaration des femmes mais celui d'une sous-estimation inégale de la morbidité selon chaque sexe; le problème en est un de comparaison. Et ceci vaut pour tous les groupes.

Le même problème de santé objectif pouvant être déclaré avec une fréquence ou une intensité variables suivant les individus ou groupes d'individus, il devient extrêmement important d'essayer de décoder, ou tout au moins d'être conscient des différents "biais" qui peuvent se glisser dans les réponses des personnes enquêtées, sans quoi on risque d'émettre de fausses conclusions.

#### 2.4 Les répondants interviewés

Les enquêtes de santé effectuées auprès d'échantillons de ménages utilisent souvent un répondant pour recueillir des données sur l'ensemble des personnes composant le ménage. Très souvent les répondants qui font l'entrevue, sont les personnes à la maison, ou les mères de famille, généralement jugées les mieux informées sur l'état de santé de chacun des membres de la famille.

Si des différences dans la déclaration de la maladie sont susceptibles d'exister entre les groupes, ne peut-on penser qu'elles se retrouvent aussi entre les individus d'un même ménage? et plus précisément, entre les personnes interviewées qui répondent pour elles-mêmes et les proches pour lesquels elles répondent?

Dans cet esprit, une des particularités du mode de collecte des enquêtes de santé canadiennes et américaines, l'utilisation d'un répondant par ménage, mérite d'être examinée de plus près. Les données de l'enquête Santé Québec nous permettent de tester la validité de cet outil de collecte et d'évaluer ses implications sur l'interprétation des données. Nous chercherons à



détecter des différences de déclaration entre groupes d'individus qui peuvent être associées au sexe, au statut de répondant et à la catégorie professionnelle.

Ces questions sont d'autant plus pertinentes que les enquêtes de santé gagnent beaucoup de faveur dans nos sociétés comme moyen d'approfondir et de nuancer nos connaissances sur l'état de santé des populations. Il importe donc d'apprécier, autant que faire se peut, leur validité.

### **3. OBJECTIFS DE L'ETUDE**

Cette étude est principalement méthodologique.

L'objectif est de sensibiliser les utilisateurs des enquêtes de santé aux difficultés d'interprétation des données et de remettre en question la tendance générale à considérer les enquêtes de santé par répondant comme un bon baromètre de l'état de santé d'une population. Nous essaierons de montrer qu'elles ne rendent pas compte de la morbidité "réelle" des populations enquêtées et qu'elles représentent mieux celle de certains groupes de population, comme les personnes qui répondent au nom des autres membres du ménage, les femmes en général et certaines catégories professionnelles. Nous chercherons à identifier quelques sources potentielles de distorsion des données en relation avec le mode de collecte.

Plus précisément, les objectifs spécifiques de cette étude sont les suivants:

- 1- Vérifier, en utilisant les données de l'enquête Santé Québec, que la technique de collecte par interview d'un répondant parlant en son nom et au nom de ses proches, biaise les résultats en faveur des personnes interviewées.
- 2- Démontrer que ce genre d'enquête, parce qu'il s'intéresse à la morbidité ressentie et exprimée par la population, a tendance à favoriser les groupes qui s'expriment plus facilement comme les femmes et les individus les mieux situés dans la hiérarchie des catégories socio-professionnelles.

#### **Hypothèses**

Les hypothèses qui sont implicites aux objectifs énoncés sont les suivantes:

- 1- La personne interviewée en révèle davantage sur sa propre santé que sur celle de ses proches.

2- La conception de la santé et de la maladie varie suivant le sexe et la catégorie professionnelle. Ces différences se retrouvent dans les déclarations des enquêtés et viennent perturber les portraits d'ensemble de la santé des populations que nous livrent les enquêtes de santé.

3- La santé des travailleurs de sexe masculin, serait moins bien documentée par ces enquêtes que celle des travailleuses, en partie en raison de la répartition différente des sexes entre les catégories professionnelles.

### Organisation de l'étude

L'étude comporte 3 parties:

1- Un bilan des connaissances sur les écarts de mortalité et de morbidité entre les sexes et entre les catégories professionnelles, ainsi que les interprétations possibles de ces différences. Ce bilan se veut un cadre pour mettre en perspective les données de l'enquête Santé Québec sur la morbidité des travailleurs québécois.

2- Une analyse des écarts de morbidité observés dans l'enquête Santé Québec entre les répondants selon qu'ils aient été ou non interviewés. Cette analyse se fera principalement pour deux sous-ensembles de la population enquêtée: les femmes et les hommes puis plus brièvement, pour les travailleurs ventilés par catégorie professionnelle.

3- Une conclusion centrée sur les précautions à prendre pour l'analyse et l'interprétation des données d'enquêtes sur la santé, suivie de suggestions pour une meilleure utilisation des enquêtes de santé.

#### **4. BILAN DES CONNAISSANCES**

La santé a été longtemps définie de façon négative par la présence de maladie. En se référant presque exclusivement à la nature et à la gravité des problèmes identifiés et diagnostiqués par la médecine pour mesurer l'état de santé d'une population, on se limitait à la compréhension médicale des causes de morbidité et de mortalité.

Bien que ces données nous aient été fort utiles pour suivre l'évolution des maladies dans la société, de façon générale et aussi dans certaines classes d'âge et sexe, elles se sont avérées d'une utilité modérée sur le plan de la prévention sociale des maladies. En effet, le peu d'informations non médicales dont on disposait réduisait la possibilité de faire le lien entre la maladie et son étiologie sociale.

Dans la suite des études épidémiologiques, les enquêtes de santé ont tenté combler cette lacune, en s'intéressant non seulement à l'aspect médical de la santé mais aussi à quelques aspects des modes de vie, et à quelques-unes des caractéristiques sociales ou professionnelles des individus enquêtés.

Elles ont ainsi permis de comprendre que la distribution de la maladie ou de la santé dans une population n'est pas que le fait de l'héritage génétique ou biologique de chacun, mais résulte aussi d'une combinaison de facteurs sociaux qui viennent soit aggraver, soit prévenir l'apparition des maladies.

La comparaison des données des enquêtes avec celles des fichiers médicaux a montré qu'il existait des écarts significatifs dans les informations que l'un et l'autre types de banques de données nous livraient, en particulier pour ce qui est de la nature et de la prévalence des problèmes de santé que chacun met en évidence. En dépit des explications méthodologiques qui peuvent être avancées pour expliquer les différences entre les deux types de fichiers, d'autres facteurs - non méthodologiques - entrent ici en jeu. Avant d'y arriver, regardons quelques statistiques.

Pour ce qui est des études, peu nombreuses, que nous avons pu consulter sur les techniques d'enquête, nous en parlerons au chapitre d'analyse.

#### 4.1 Différences de mortalité et morbidité selon le sexe

Les données sur la santé, malgré la variété des méthodes ou des concepts, se rejoignent toutes assez exceptionnellement sur un plan: les taux de morbidité sont plus élevés chez les femmes, mais la mortalité est plus forte chez les hommes. Les femmes fréquentent davantage le médecin, réduisent plus souvent que les hommes leurs activités pour des raisons de santé et passent en moyenne plus de jours alitées pour cause de maladie. Les taux d'admission dans les hôpitaux et la consommation de médicaments sont aussi plus élevés pour les femmes, et cela indépendamment des soins entourant la grossesse.

##### a) espérance de vie

Il y a eu une augmentation importante de l'espérance de vie au cours de 20e siècle et cette augmentation a été beaucoup plus marquée pour les femmes que pour les hommes. Au Canada, en France, aux Etats-Unis par exemple, les femmes vivent en moyenne 7 à 8 ans de plus que les hommes (environ 3 ans au début du siècle). Bien que la mortalité infantile (0 à 1 ans) des garçons joue un rôle proportionnellement important dans cette différence (un quart d'année), l'essentiel de l'écart de vie moyenne entre les sexes est dû à la surmortalité masculine entre 45 et 80 ans (Vallin 1983).

D'après S. Dillard (1984), l'espérance de vie à la naissance des Québécois est un peu plus courte que celle des autres Canadiens, mais, en contrepartie, ils sont ceux qui vivent le plus longtemps en bonne santé, c'est-à-dire sans obstacle majeur à l'exercice des activités coutumières.

L'espérance de vie en bonne santé est comparable entre les sexes: 59 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes. Au Québec, l'espérance de vie à la naissance étant de 70 ans pour les hommes et de 78 ans pour les femmes, le nombre d'années vécues avec des restrictions d'activité est de 11 et 18 ans respectivement (Dillard 1984).

#### b) Restrictions d'activité

La restriction d'activité se définit comme une limitation plus ou moins étendue des activités à la suite d'une incapacité ou d'une maladie chronique. La comparaison des taux de restriction par sexe indique que les hommes sont plus limités dans leurs activités principales que les femmes. On peut penser que cet écart s'explique, en partie, par les rôles de chacun: l'homme qui ne peut aller travailler a tendance à se considérer en restriction totale d'activités, alors que dans la même situation, une femme réorganisera son travail ou modifiera ses activités courantes, et se déclarera plus volontiers en restriction partielle de ses activités (Dillard 1984). Cependant, les hommes ont été traditionnellement plus exposés que les femmes à des conditions de travail dangereuses et difficiles pouvant expliquer une usure prématurée et des niveaux d'incapacité plus élevés.

#### c) Recours aux soins

L'enquête Santé Canada indique que les femmes recourent plus que les hommes à la consultation du médecin et utilisent davantage les services hospitaliers. Ces informations sont corroborées par d'autres sources, comme celles de la Régie d'assurance maladie du Québec ou les fichiers des hôpitaux. Les écarts de consommation médicale sont particulièrement élevés entre les sexes, aux âges correspondant au cycle de vie reproductive des femmes - 46% des journées d'hospitalisation des femmes de 25 à 44 ans y sont liées (Dillard 1984).

Plusieurs auteurs constatent que les femmes recourent davantage aux soins que les hommes pour des problèmes de santé bénins ou d'ordre psychologique (Gove et Hughes 1979; Dillard 1984; Surault 1983). Plus de femmes que d'hommes sont traitées pour des

symptômes psychiatriques et des maladies psychosomatiques (Gore et Turner 1973). Mais le nombre de journées d'hospitalisation pour troubles mentaux est comparable entre les sexes (Statistique Canada 1983)<sup>1</sup>.

#### d) Consommation de médicaments

Les femmes sont également plus grandes consommatrices de médicaments que les hommes. Certains auteurs avancent que l'attitude des médecins face aux femmes diffère de celle qu'ils ont avec l'autre sexe; une des caractéristiques de cette différence étant qu'ils prescrivent volontiers aux premières plus de médicaments. La profession de médecin comptant plus de femmes aujourd'hui, ces faits sont peut-être plus difficiles à vérifier.

### 4.2 Comment expliquer ces différences?

Quelques chercheurs se sont intéressés au paradoxe de la surmortalité masculine et de la surmorbidity féminine. Les hypothèses d'explication qu'ils ont proposées sont variées, et leurs résultats parfois contradictoires. Deux catégories d'hypothèses sont généralement avancées: biologiques et socio-culturelles.

#### 4.2.1 Facteurs biologiques ou génétiques

##### a) Facteurs génétiques

Wingard (1982) suggère que les femmes vivent plus longtemps que les hommes parce qu'elles sont biologiquement mieux adaptées (*more fit*) et qu'elles bénéficient également d'une protection génétique contre la mort et aussi contre certaines maladies. Elle s'appuie sur le fait que là où des statistiques sont disponibles, le taux de survie des garçons est inférieur à celui des filles dès la naissance et durant la première année de vie (Stolnitz

---

<sup>1</sup> Signalons que les troubles mentaux constituent la 3e cause d'hospitalisation pour les 15 - 44 ans (après les accouchements et les accidents) et que leur prévalence est plus élevée aux âges correspondant à la vie active: 15 à 64 ans.

1956). La mortalité intra-utérine est plus élevée pour les garçons. Pour la majorité des causes de décès, les taux de mortalité infantile des garçons sont régulièrement supérieurs à ceux des filles. La mortalité des jeunes garçons est également plus forte que celle des filles, entre autres parce que leur taux d'accidents est élevé (Hammond 1965).

Quant à la morbidité selon le sexe, les garçons (jusqu'à 10 ans) déclarent plus de maladies que les filles, visitent plus souvent le médecin, et passent plus de temps en restriction d'activité (NHIS 1971). En outre les taux de fréquence des maladies infectieuses sont plus faibles pour les femmes que pour les hommes (Goble et Konopka 1973; Waldron 1976).

#### b) Causes de mortalité et de morbidité

Certaines études proposent que les écarts de morbidité (et de mortalité) entre les sexes, s'expliquent surtout par la nature des maladies qui frappent l'un et l'autre sexe (ce qui peut impliquer des avantages génétiquement transmis). D'après Gove et Hughes (1979), les femmes souffrent de troubles moins graves que les hommes, qui sont davantage victimes de maladies invalidantes ou même mortelles. Ainsi, les hommes meurent plus que les femmes de maladies cardiovasculaires, respiratoires, de cancers, et d'accidents (Cox et Mackay 1982). Les femmes seraient plutôt la cible de maladies chroniques entraînant des restrictions d'activité mais non la mort, ainsi que de maladies aiguës (*acute*). Les maladies aiguës étant plus fréquentes que les maladies chroniques, elles feraient hausser les taux de morbidité féminine.

Pour leur part, Cleary et ses collaborateurs (1982) dans une étude de quelques régions rurales américaines, ont trouvé que les femmes sont les principales victimes des maladies chroniques, cancer inclus. Pour ce qui est des maladies cardiovasculaires et respiratoires, les écarts entre les sexes dans leur étude ne sont pas significatifs. Leurs résultats seraient confirmés par quelques études épidémiologiques menées par le National Center for Health Statistics des USA, ainsi que par les travaux de Trussell et Elinson (1959)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> La nature des maladies définies comme chroniques n'est pas précisée et peut varier d'une étude à l'autre. On ne connaît pas le mode de collecte des données, ni s'il y a eu diagnostic médical. Tout ceci limite les comparaisons.



c) Les différences de morbidité entre hommes et femmes sont-elles réelles?

Bénéficiant d'appuis théoriques et empiriques nombreux, Gove et Hughes (1979) ont émis l'hypothèse que la surmorbidité féminine est réelle et largement la conséquence d'une plus forte prévalence de détresse psychologique chez les femmes. Plusieurs études confirment que des facteurs psychologiques, en particulier la mauvaise santé mentale (névrotique), jouent un rôle important dans l'étiologie des problèmes de santé physique qui ne sont pas habituellement considérés comme psychosomatiques (Thurlow 1967; Dodge et Martin 1970; Hinkle et col. 1960). Plusieurs études ont également démontré que les taux élevés de morbidité féminine sont souvent associés à des maladies bénignes ou peu graves; or la détresse psychologique est elle-même associée à la présence de petits ennuis de santé physique (qui peuvent éventuellement être les précurseurs de problèmes plus sérieux).

Gove et Hughes (1979) ont analysé les liens entre la détresse psychologique et les caractéristiques des divers rôles et obligations des individus. Un élément majeur de leur hypothèse est que, dans nos sociétés industrialisées, le rôle de conjoint (*marital role*) est particulièrement exigeant pour les femmes et qu'il explique une bonne partie de la morbidité entre les sexes. Les femmes, particulièrement les femmes mariées, consacrent beaucoup de temps aux demandes des membres de la famille, et disposent de peu de temps pour s'occuper de leur propre santé physique et psychologique. En annulant l'influence de l'état matrimonial, du mode de vie, des symptômes psychiatriques et des responsabilités familiales, les différences de niveaux de morbidité entre hommes et femmes, disparaissent<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Dans le cas précis de l'étude de Gove et Hughes, basée sur les réponses à un questionnaire par interview auprès d'un échantillon de 2 000 personnes de la région de Chicago, signalons que l'utilisation comme variable-clé dans l'analyse, de la détresse psychologique déclarée au cours d'entrevues, nous paraît un peu délicate. Il est généralement admis que les femmes parlent plus volontiers que les hommes de leurs difficultés, de quelques ordres qu'elles soient. Sans nier que les rôles familiaux des femmes leur pèsent surtout quand ils sont conjugués à d'autres responsabilités et qu'ils peuvent être à l'origine de diverses formes de détresse psychologique, l'approche adoptée par Gove et Hughes nous paraît prêter flanc à la critique en raison même de l'importance accordée à cette variable qui est influencée par des facteurs socio-culturels. Cependant, les liens qu'ils font entre détresse psychologique et mauvaise santé physique sont appuyés par plusieurs auteurs.

#### 4.2.2 Facteurs socio-culturels

La comparaison des statistiques de mortalité entre pays, montre que la surmortalité des hommes bien que très répandue n'est pas universelle. Une surmortalité des femmes a été enregistrée dans certains pays non-industrialisés (Waldron 1976). Ces observations appuient l'hypothèse du rôle des facteurs socio-culturels dans les variations de la mortalité entre les sexes, parmi lesquels on compte les comportements face à la santé ou à la prévention, les habitudes de vie, les risques associés aux différents emplois. Les conditions d'hygiène rencontrées dans ces pays peuvent cependant contribuer à hausser le taux de mortalité des femmes lié aux grossesses.

##### a) Causes de mortalité et comportements

L'analyse des statistiques des causes de décès survenus aux Etats-Unis en 1967, a démontré que les trois quarts de la surmortalité masculine "s'expliquait" par des taux de 2 à 6 fois plus élevés chez les hommes pour les 6 causes de décès suivantes: suicide, accident, cirrhose du foie, cancer du poumon, emphysème et maladies cardiovasculaires (Waldron 1976; Wingard 1982). Waldron suggère que chacune de ces causes de décès est associée, au moins partiellement, à des modes ou habitudes de vie et à des comportements qui sont socialement acceptés, encouragés ou même attendus chez les hommes: alcoolisme, tabagisme, exercice de métiers dangereux, agressivité.

Entre autres, les maladies cardio-vasculaires seraient significativement associées au tabagisme et à la personnalité de type A caractérisée par l'esprit de compétition, l'agressivité, l'impatience. Des études ont établi que les individus, hommes ou femmes, possédant une telle personnalité étaient deux fois plus susceptibles de souffrir de maladie coronarienne, appuyant l'hypothèse selon laquelle le comportement est plus déterminant que le sexe en soi dans l'apparition de cette maladie (Kenigsberg et col. 1974).

Le stress, qui accompagne assez souvent ce type de personnalité, serait insuffisant pour provoquer la maladie mais capable d'en accélérer le processus en particulier dans le cas

maladies cardiovasculaires (Dillard 1984). L'auteur mentionne l'impact du stress chronique sur l'hypertension comme sur les habitudes de vie. Mais, si on peut lier le stress aux attentes pesant sur les gens ou aux problèmes occasionnés par le besoin d'y répondre, il reste difficile de dire qui de l'homme ou la femme est plus stressé (Nathanson 1977).

Quoique l'agressivité puisse être partiellement déterminée par des facteurs génétiques, elle dépendrait aussi de l'éducation des enfants et des milieux socio-culturels. L'hypothèse de l'origine sociale des personnalités de type A trouve un certain appui dans le fait qu'elles se retrouvent moins fréquemment dans plusieurs sociétés non-industrielles (Rosenman 1974). La présence dans des pays de cultures fort diverses, de taux de décès reliés à l'artériosclérose systématiquement plus élevés pour les hommes, suggère que les facteurs génétiques contribuent aussi à la différence de mortalité entre les sexes (Waldron 1976). Par ailleurs, on sait que les hormones féminines jouent un rôle protecteur contre cette maladie.

Quant aux maladies pulmonaires, elles sont associées dans une certaine mesure au tabagisme, plus fréquent chez les hommes; ses effets peuvent être aggravés par l'exposition à des produits nocifs liés à certaines activités professionnelles plus souvent exercées par des hommes.

Une remarque intéressante de Waldron concerne le suicide: alors que trois fois plus d'hommes que de femmes se suicident, il y a deux fois plus de femmes qui échouent dans leur tentative. Même en contrôlant pour les différentes méthodes utilisées (plus ou moins radicales selon le sexe), la plus grande efficacité des hommes reste. Les tentatives de suicide des femmes correspondraient davantage un appel à l'aide qu'à une véritable volonté de mourir; alors que les hommes trouveraient plus difficile, compte tenu de la perception qu'ils ont de leur force ou de leur puissance, de chercher de l'aide (Maccoby 1974).

En ce qui concerne le comportement vis-à-vis du recours aux soins et ses effets sur les différences de morbidité, plusieurs auteurs ont émis l'hypothèse que les hommes ont tendance à ignorer les petits désordres de santé, et ne recourent aux soins que lorsque des problèmes sérieux apparaissent: cette négligence face à leur santé pourrait être responsable

de leur plus forte mortalité. Par contre, si les femmes déclarent plus de symptômes et consultent plus, c'est qu'elles s'intéressent à la santé et ont plus de connaissances en ce domaine que les hommes. En prenant davantage soin de leur santé et en adoptant des attitudes préventives face à la maladie, les femmes évitent de hauts taux de mortalité, tout au moins pour les causes influencées par les comportements individuels (Waldron 1976; Cleary et col. 1982).

#### b) Perception de la maladie

Les différences de comportement face au recours aux soins résulteraient de la perception de la maladie et des réactions qu'elle suscite. Ainsi Cleary et ses collaborateurs ont fait l'hypothèse qu'il existe différentes étapes qui font qu'un individu demande de l'aide lorsqu'il est malade:

- l'apparition d'un symptôme
- la perception du symptôme
- l'interprétation du symptôme comme étant un problème de santé
- la décision de recourir aux soins
- le fait d'effectivement recourir aux soins
- le respect des recommandations du médecin

La thèse des auteurs est que la pression sociale (*social strain*) commande plus ou moins consciemment, pour chaque individu, la façon dont ces différentes étapes se réalisent; parce qu'elles font partie d'un processus psychosocial complexe et que l'interrelation de ces facteurs psychosociaux avec les sensations physiques, est très difficile à démêler. En outre, la façon dont les gens définissent leurs symptômes est souvent conditionnée par leurs expériences passées.

Kessler (1981) suggère que la question fondamentale est la façon différente dont les hommes et les femmes reconnaissent et interprètent les symptômes d'ordre physique. Car, une fois que les symptômes ont été perçus, il ne semble pas y avoir de différence significative entre

les sexes, pour ce qui est de la volonté à consulter le médecin (Waldron 1976; Cleary et col. 1982).

Tous ces résultats supposent à des degrés divers, la reconnaissance plus ou moins implicite qu'il existe des représentations différentes de la santé ou de la maladie suivant les sexes; on y reviendra plus loin.

#### 4.3 Mortalité et morbidité différentielles selon la catégorie professionnelle

##### 4.3.1 Utilisation de la catégorie professionnelle comme approximation de la classe sociale

Des pays comme la Grande-Bretagne et la France (et plus récemment les Etats-Unis), s'intéressent depuis longtemps aux écarts de mortalité entre les différentes couches de la société. Une des difficultés méthodologiques rencontrées a été de définir ce qu'est une classe sociale. Les critères de définition des différentes classes, dans les études de santé, relèvent des domaines économique, social ou culturel. Aucun de ces champs d'expertise ne peut représenter à lui seul toute la gamme des éléments qui devraient être pris en compte dans la définition de classe.

La Grande-Bretagne a une longue tradition dans l'utilisation de la catégorie professionnelle comme unique critère de répartition des individus en différentes classes sociales, la catégorie professionnelle du mari servant à classer l'épouse et les enfants. Si le choix de la profession comme base de découpage social s'est maintenu jusqu'à aujourd'hui, malgré ses limites sur le plan théorique, c'est que les résultats obtenus ont constitué au long des années une sorte de confirmation du rôle central de la catégorie professionnelle comme critère de différenciation entre groupes sociaux. Elle renseigne de façon significative sur les niveaux d'instruction ou de formation, de revenu, ainsi que sur certains aspects des modes de vie.

Les Etats-Unis ont eu tendance à travailler avec plusieurs classifications parallèles des individus: selon l'instruction, la profession, le revenu, l'instruction étant généralement

préférée en raison de sa stabilité dans le temps: la mauvaise santé ne modifie pas le niveau d'instruction mais peut entraîner un changement de profession ou une diminution de revenu.

La France a préféré adopter une classification en catégories dites socio-professionnelles, basées à la fois sur la profession, le statut hiérarchique dans la profession et le secteur d'activité économique.

#### 4.3.2 La mortalité des catégories professionnelles

Les informations qui sont présentées ici ne sont pas directement comparables car les concepts et classifications présidant à la définition et au contenu des catégories utilisées de même que les groupes de référence peuvent être parfois très différents. En dépit de ces différences, les études consultées suggèrent de nets écarts de mortalité entre groupes de professions.

##### a) En France

Les travaux de Desplanques (1984) sont encore largement cités comme un exemple marquant des différences de mortalité entre occupations: "pour la période 1975-80, ce sont les cadres supérieurs et les professeurs qui ont la plus faible mortalité, tandis que les manoeuvres et les salariés agricoles restent les plus défavorisés" (p.29). En d'autres mots, les manoeuvres ont une espérance de vie à 35 ans de 9 ans inférieure à celle des professeurs. La mortalité des ouvriers s'est moins réduite entre 1954 et 1980 que celle des cols blancs et des agriculteurs: les inégalités se sont accrues.

##### b) Aux Etats-Unis

Leurs statistiques rejoignent celles de la France: en haut de l'échelle on retrouve les cadres et professions libérales, et au bas, les ouvriers et les manoeuvres; cependant les écarts d'indices de mortalité enregistrés entre les groupes sont beaucoup moins importants. La mortalité des manoeuvres est de 28% supérieure à celle de l'ensemble des professions, alors que celle des cols blancs y est de 8% inférieure.

### c) En Grande Bretagne

Des travailleurs des professions libérales aux travailleurs non spécialisés, les écarts de mortalité, pour la période 1970-72, sont à peu près comparables à ce qui a été observé aux Etats-Unis: 14% moins de décès que la moyenne nationale (travailleurs et inactifs) pour les travailleurs non manuels, et 12% plus de décès chez les manuels. Des études comparatives des données françaises et britanniques confirment que les inégalités sociales de mortalité sont plus faibles en Grande-Bretagne qu'en France (Leclerc et col. 1984).

### d) Au Canada

L'indice de la mortalité masculine (15 à 64 ans) était, en 1974, de 25% inférieur à l'ensemble des professions pour les cadres et professionnels, alors que la catégorie des ouvriers non spécialisés, cultivateurs et journaliers, présentait un risque de 45% supérieur à la moyenne des travailleurs canadiens (Billette et Hill, 1978).

## 4.3.3 La morbidité des catégories professionnelles

### a) En France

Reprenant les résultats de Magdelaine, Surault (1979) mentionne que, par comparaison à un indice moyen de 100, la morbidité déclarée des non-manuels est de 130, celle des manuels de 113 et celle des agriculteurs de 80. Cette hiérarchie correspond également à celle établie suivant la consommation médicale : à âge égal, l'indice varie de 132 pour les cadres supérieurs et membres des professions libérales, à 69 pour les salariés agricoles, un rapport du simple au double. La consommation médicale varie donc dans le même sens que la morbidité déclarée et à peu près exactement à l'inverse de ce qu'on observe pour la mortalité.

Mormiche (1986) a étudié, d'une part, la consommation médicale liée aux consultations et aux médicaments, et d'autre part, les hospitalisations. Il fait remarquer que si la fréquence de la consommation médicale n'est plus comme autrefois dépendante du revenu familial ou de l'accessibilité aux soins, elle varie encore cependant selon le groupe social. Pour les

hospitalisations, le rapport est différent: "les agriculteurs et surtout les ouvriers sont plus fréquemment hospitalisés que les cadres ou les employés, sans doute en raison de leurs conditions de vie et de travail" (p.19). Cependant les durées moyennes de séjour sont plus courtes pour les cadres que pour les ouvriers (Surault 1983)

#### b) En Grande Bretagne

Les données que nous avons pu consulter proviennent du General Household Survey (Marmot 1987) et ne portent que sur les maladies dites à long terme, qui peuvent être rapprochées des maladies chroniques. Tant chez les hommes que chez les femmes, les plus fortes prévalences se retrouvent dans les catégories professionnelles des travailleurs manuels semi ou non qualifiés, alors que les groupes de cadres et de professionnels présentent les indices les plus bas.

#### c) Aux Etats-Unis

D'après les enquêtes américaines sur la morbidité par occupation (NCHS 1989) pour les années 1983-85), les travailleurs des services sont ceux qui présentent les plus fortes incidences de maladies aiguës; ils sont suivis des cols blancs, des cols bleus et des travailleurs agricoles. La même information présentée selon l'industrie, indique que ce sont les travailleurs de bureau (*office based*) qui viennent en tête de liste alors que les travailleurs de l'agriculture, de la forêt et des pêcheries sont ceux qui déclarent le moins de maladies aiguës.

Le portrait est à peu près inversé pour ce qui est des limitations d'activité dues à des maladies chroniques: les cols blancs - de même que les travailleurs de bureau - en déclarent deux fois moins que les travailleurs agricoles ou forestiers.

#### d) Au Canada

Les travaux de Dillard (1984) à partir des données de l'enquête Santé Canada de 1978/79 nous apportent quelques informations sur la prévalence de l'incapacité chez les travailleurs québécois âgés de 45 à 64 ans: 1,8% chez les directeurs, administrateurs et gérants



d'entreprises, 3,5% chez les professionnels, enseignants, médecins; 4,9% chez les employés de bureau; 14% chez les ouvriers; 39% chez les agriculteurs, pêcheurs et bûcherons.

#### 4.3.4 Facteurs possibles de différenciation

##### 4.3.4.1 Variations individuelles

###### a) Sélection

Vallin (1980) évoque les processus de sélection naturelle comme première explication des différences observées dans la santé des groupes sociaux. Les individus de santé précaire sont moins susceptibles que d'autres de se qualifier professionnellement, ce qui les destine davantage à des métiers peu spécialisés où les expositions nocives pour la santé et les accidents sont plus fréquents. Cette explication est cependant atténuée par le fait que certains métiers à risque élevé requièrent au contraire force physique et bonne santé.

###### b) Usure physique

Si les hommes meurent davantage que les femmes, on a souvent suggéré que c'était parce que leurs difficiles conditions de travail constituaient une cause d'usure prématurée. Les exigences du travail et la nature parfois nocive des expositions associées aux environnements physiques de travail, pourraient jouer un rôle dans la diminution de la résistance individuelle à la maladie. Ceci rejoint toute la question du vieillissement différentiel chez les travailleurs.

Mais les données existantes dans ce domaine sont fragmentaires, sinon absentes. Bien que la recherche épidémiologique sur les liens entre l'activité professionnelle et l'usure reste encore à faire, les résultats partiels dans le sens d'une relation causale sont assez nombreux.

#### 4.3.4.2 Facteurs sociaux

On sait que le niveau d'instruction est lié positivement à la santé et que le revenu est un prédicteur de la mortalité. Ces deux variables sont étroitement corrélées à l'activité professionnelle et toutes trois conditionnent les modes de vie et les comportements face à la santé.

Une information insuffisante peut retarder l'identification des symptômes morbides ou reporter le recours aux soins; une formation professionnelle réduite peut conduire à l'exercice d'emplois dangereux ou peu qualifiés et plus ou moins bien rémunérés. Les écarts de rémunération ont à leur tour des conséquences sur les habitudes de vie (logement, alimentation inadéquats), dont certaines (alcoolisme, tabagisme) sont des exutoires à des conditions de vie ou de travail difficiles.

#### 4.3.4.3 L'appartenance culturelle

Les éléments qui peuvent déterminer la perception de la maladie varient selon les individus et les groupes. Parmi eux figurent les représentations du corps, de la maladie et de la santé qui caractérisent les différents milieux culturels.

"Concept inventé par Durkheim, la représentation se situe de plain-pied dans le rapport entre la pensée collective et la pensée individuelle. C'est le sujet qui construit le réel par la représentation, mais cette construction est profondément liée aux conditions objectives dans lesquelles vit cet individu. Ainsi suivant la place occupée dans la hiérarchie des classes sociales, des ethnies, des sexes, l'individu va accumuler un stock particulier de connaissances sur l'objet de la représentation" (Dorvil 1985, p.307).

Ces représentations font de la maladie un fait social et déterminent la façon dont les symptômes morbides sont perçus. Surault (1979) relie ces perceptions à l'utilisation qui est faite du corps: chez les travailleurs manuels, les fortes sensations physiques qui résultent de

l'effort de travail gênent la sélection et l'identification des sensations morbides; identification qui n'est, de toutes manières, pas souhaitée car la maladie pourrait conduire à une réduction ou un arrêt de l'activité professionnelle. Par contre, les travailleurs non manuels, en particulier les plus privilégiés, redoutent moins l'inactivité professionnelle (autres activités possibles, protection financière) et accordent plus de soins et de temps à l'entretien du corps (exercice, esthétique, etc) ce qui facilite une identification précoce de troubles ou dérèglements physiologiques possibles.

Orientée par la perception et l'interprétation des signaux morbides qui varient suivant le milieu social, la maladie va se manifester différemment:

"Pour les membres des classes populaires qui ne prêtent pas volontiers attention à leur corps, qui l'utilisent d'abord comme un outil et qui lui demandent avant toute chose de fonctionner, la maladie se manifestera brutalement parce qu'on n'en a pas perçu les signes avant-coureurs ou qu'on s'est refusé à les percevoir et sera saisie, le plus souvent, sur le modèle de l'accident imprévisible et soudain. A l'inverse, les membres des classes supérieures qui prêtent attention à leur corps et ont une perception aiguisée des messages qu'ils en reçoivent, n'établissent pas une différence aussi tranchée entre l'état de santé et l'état de maladie, si bien qu'ils ont tendance à voir dans la maladie une sorte de dégradation longue et insidieuse de la santé (...) les membres des classes supérieures adoptent à l'égard de la maladie une attitude de prévision, soit qu'ils cherchent dans le présent les signes avant-coureurs de maladies qui ne se sont pas encore manifestées brutalement, soit qu'ils se soumettent à un certain nombre de règles qui visent à les préserver de l'atteinte de la maladie " (Boltanski 1971, p. 221).

De la même façon que le corps, la maladie est sujette aux représentations sociales, et la comparaison de groupes de cultures différentes permet de l'illustrer. Les travaux de Zborowski (1952) ont mis en évidence des différences marquées de réaction à la douleur selon le groupe ethnique d'origine, ce qui suggère que les réponses sont culturellement apprises. Des différences existent aussi dans la façon dont les groupes ethniques adoptent le rôle de malade ou se tournent vers la consultation médicale (Renaud 1985).

Pour sa part, Saunders (1970) affirme que ce qui est reconnu comme maladie est en partie affaire de convention culturelle et que certains états biologiques donnés peuvent être ou non reconnus comme morbides selon le groupe culturel dans lequel ils se manifestent.

En parlant du lien existant entre le vécu et l'imaginaire de la maladie, Dorvil ajoute qu'il peut y avoir des disproportions importantes entre la façon dont un individu perçoit et vit sa maladie, et le diagnostic posé par un médecin. "Alors que la maladie apparaît au médecin comme une entité identifiable avec des signes généraux et objectifs, pour le patient il s'agit d'une expérience ou interviennent sa socialisation, ses valeurs et ses habitudes de vie" (1985, p. 306).

Les représentations de la maladie qui distinguent les groupes d'individus ne caractérisent pas que les classes sociales ou les groupes ethniques, mais se retrouvent aussi entre les hommes et les femmes de même appartenance. "Le rôle de gestionnaire de la santé [assumé par les femmes] a marqué, dès l'enfance, le conditionnement social en ce qui concerne le droit à se plaindre et à chercher aide et réconfort, le rapport privilégié avec le corps pour des raisons physiologiques et sociales (puberté, menstruations, grossesses, ménopause, normes esthétiques), des stéréotypes sexistes (intériorisés le plus souvent par les médecins) concernant la "faiblesse émotionnelle" féminine, la plus grande susceptibilité sociale du rôle de malade, une plus grande conformité aux normes sociales dominantes en matière de santé et notamment la prévention, etc. (Aiach, Leclercq et Philippe, cités par Surault 1983, p. 219).

Ainsi, toutes ces représentations qu'élabore un individu au cours de sa vie, à travers une multitude d'influences plus ou moins conscientes qui reflètent les valeurs et les normes caractéristiques des groupes d'appartenance, vont se conjuguer pour orienter les attitudes et les comportements individuels face à la maladie et à sa déclaration.

#### 4.4 Conclusion

Jusqu'à maintenant les écarts observés entre les sexes et les catégories professionnelles, mettent en évidence l'importance des comportements des individus face à leur santé.

On a vu que les femmes consultent plus que les hommes parce qu'elles perçoivent plus rapidement la présence de symptômes morbides, et peut-être aussi parce qu'elles croient davantage à la prévention. Cette attitude leur est commune quelle que soit leur appartenance culturelle, bien qu'on observe des variations d'un groupe à l'autre. Elle serait influencée par les rôles traditionnels qui accordaient à la femme, dispensatrice des soins, la responsabilité de la bonne santé dans la famille.

Les individus appartenant aux classes sociales supérieures se sentent plus rapidement malades et consultent davantage le médecin, que ceux des classes moins favorisées. On note aussi que les comportements des hommes et des femmes face à la prévention ou la perception des symptômes, tendent à se rapprocher à mesure qu'on monte dans l'échelle sociale, i.e. là où l'information médicale a le plus de chances d'être mieux diffusée et mieux reçue.

Ces disparités résultent, d'après plusieurs auteurs, de différences individuelles de perception et représentation de la santé dominées en bonne partie par des courants culturels qui s'expriment à travers les comportements et les attitudes face au corps et à la maladie. Ces comportements reflètent ce qui est appris et admis dans les divers milieux et constituent "une sorte de code des bonnes manières d'être avec son corps, profondément intériorisé et commun à tous les membres d'un groupe social déterminé" (Boltanski 1971, p. 217).

Ainsi, la déclaration de la morbidité, en plus des conditions objectives et des expériences de chacun, est plus ou moins consciemment déterminée par des facteurs socio-culturels spécifiques aux différents groupes sociaux.

## 2e PARTIE:

### UN EXEMPLE: L'ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC 1987

#### 5. SOURCES ET METHODES

Santé Québec a été fondée pour mener une enquête de santé auprès de l'ensemble de la population québécoise en 1987<sup>1</sup>. L'organisme était responsable de la mise sur pied de l'enquête, de son exécution, ainsi que de la coordination d'une première analyse sommaire des données. Cette analyse a donné lieu à une publication, Et la santé, ça va? (1988) qui brosse le portrait de l'état de santé des Québécois, de quelques facteurs et de leurs effets.

##### 5.1 L'enquête Santé Québec

C'est une enquête générale de santé qui a été beaucoup axée sur la notion de santé globale. Ce type d'enquête est largement pratiqué aux États-unis qui font une enquête de ce genre tous les ans depuis plusieurs années. Le Ministère Santé et Bien être Social Canada s'en est d'ailleurs inspiré pour concevoir son enquête de 1978/79.

---

<sup>1</sup> Les principaux mandats de Santé Québec sont la coordination de toutes les enquêtes de santé se faisant au Québec et financées en tout ou en partie par les fonds gouvernementaux et l'organisation, tous les 5 ans, d'enquêtes générales de santé auprès de l'ensemble de la population dans la suite de l'enquête de 1987. L'enquête 1987 a été financée par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Les Départements de santé communautaire (DSC) ont fourni la majeure partie des cerveaux pour l'analyse et continuent présentement l'exploitation des données à l'échelle de leurs territoires respectifs.

## 5.2 Aspects techniques de l'enquête

L'enquête s'est faite auprès d'un échantillon de 11 000 ménages privés, représentant l'ensemble des ménages québécois à l'exception de ceux du Nouveau Québec et des réserves indiennes, soit quelque 32 000 personnes. L'échantillon tiré par le Bureau de la statistique du Québec, à partir d'une liste d'adresses, était représentatif de la répartition par âge et par sexe de la population québécoise.

L'enquête a été menée en 8 périodes successives de collecte, toutes échelonnées sur l'année civile 1987; ainsi on tenait compte de la saisonnalité des problèmes de santé.

Deux questionnaires ont servi à recueillir les données: le premier, le QRI qui s'adressait à l'ensemble des personnes d'un ménage, était l'objet d'une entrevue avec une personne par ménage qui répondait au nom de tous. Le choix de ce répondant se portait théoriquement sur la personne la plus compétente pour renseigner sur l'état de santé de chacun; en pratique ce fut souvent la mère de famille ou la personne qui était à la maison au moment de la visite de l'interviewer. Ce questionnaire couvrait l'ensemble des problèmes de santé, le recours aux soins médicaux, la consommation de médicaments, les incapacités temporaires ou prolongées. Le deuxième questionnaire, le QAA était laissé sur place par l'interviewer, afin que toutes les personnes âgées de 15 ans et plus y répondent personnellement. Il portait, entre autres, sur les habitudes de vie, la santé psychologique, quelques conditions de travail, et quelques perceptions. Les taux de réponse ont été de 83% pour le QAA et de 85% pour le QRI.

## 5.3 Les données analysées

Il y avait 3 séries de questions dans l'enquête: les facteurs déterminant l'état de santé, l'état de santé, et les conséquences de problèmes de santé. Dans le cadre de ce rapport qui porte sur un aspect de la méthodologie d'enquête, les données retenues sont les suivantes:

Parmi les facteurs déterminant l'état de santé: l'âge, le sexe, le statut de travail c'est-à-dire le fait de travailler ou non, et la catégorie professionnelle. Pour l'état de santé: un indicateur synthétique, le Ridits ou indice de santé globale (ISG),<sup>1</sup> les problèmes chroniques. Pour les conséquences: les restrictions temporaires et prolongées d'activité.

### 5.3.1 Les variables

#### a) l'âge

Les données ont été regroupées en 3 grands groupes d'âge: 15-29 ans, 30-44 ans et 45-64 ans.

#### b) le sexe

On sait que le sexe a une forte influence sur la nature et la fréquence des problèmes de santé. Il teinte les perceptions et attitudes face à la santé. Il est aussi lié à la composition professionnelle.

#### c) le statut de travail

Les travailleurs sont les individus de 15 à 64 ans qui au moment de l'enquête ont déclaré avoir un emploi rémunéré et ont identifié leur profession.

Tous les autres individus de 15 à 64 ans qui ont déclaré ne pas détenir d'emploi au moment de l'enquête, -ce qui inclut les chômeurs- sont appelés ici inactifs par opposition aux travailleurs.

#### d) la catégorie professionnelle

La profession a été classifiée à l'aide de la CCDP (Classification canadienne descriptive des professions); on a retenu ici essentiellement 4 grandes catégories professionnelles, et occasionnellement 12.

---

<sup>1</sup> Voir la définition de l'indice et des questions en annexe.



## Répartition des profession en 4 et 12 catégories

<u>4 catégories</u>	<u>12 catégories</u>	<u>Codes CCDP</u>
Cols blancs:	Cadres et professionnels, universitaires et personnel médical	11, 21, 23, 271, 311, 315/6, 33, 37
	Enseignants (primaire et secondaire) et personnel infirmier	273, 279, 313
	Travailleurs de bureau	41
	Travailleurs de la vente	51
Travailleurs des services	Trav. de la restauration	612
	Autres services: protection logement, serv. personnels, entretien et divers (concierges)	611, 613, 614, 616, 619
Travailleurs du primaire	Travailleurs de l'agriculture	71
	Travailleurs des mines, de la forêt, de la pêche	73, 75, 77
Cols bleus	Ouvriers des industries de transformation, usinage, fabrication, réparation	81/82, 83, 85
	Travailleurs de la construction	87
	Travailleurs du transport	91
	Manutentionnaires et ouvriers qualifiés non classés ailleurs	93, 95, 99

5.3.2 Les indicateurs

Nous avons retenu quatre indicateurs tirés de l'enquête: les deux premiers, l'indice de santé globale et le nombre moyen de maladies chroniques, sont susceptibles d'être plus sensibles aux variations individuelles de déclaration parce qu'ils concernent la morbidité ressentie et exprimée. Les deux autres, les interruptions récentes d'activité et les incapacités prolongées, reposent sur des faits observables et sont peut-être moins sujets aux interprétations personnelles; le répondant peut oublier de les déclarer cependant.

a) l'indice de santé globale (ISG):

Il a été calculé par Santé Québec. L'indice moyen qui est présenté ici donne une mesure synthétique de l'état de santé d'un groupe, et permet les comparaisons. Les scores sont établis relativement à la moyenne de l'état de santé déclaré par l'ensemble de la population étudiée, moyenne qui est arbitrairement fixée à 0,500. Plus l'indice est faible, plus forte est la probabilité que l'état de santé soit meilleur que celui de l'ensemble de la population; et réciproquement.

b) le nombre moyen de maladies chroniques:

Il résulte de la somme des maladies chroniques (réponses positives aux 28 sous-questions de la question 45 ; annexe B), divisée par le nombre de personnes enquêtées, pour un groupe donné.

c) le nombre annuel moyen de jours de restriction temporaire d'activité:

Il s'agit de l'extrapolation sur une année entière du nombre total de jours de cessation ou de restriction des activités principales dans les deux semaines précédant l'enquête, divisé par le nombre d'individus concernés (voir annexe B, questions 10-11-12).

d) la prévalence de l'incapacité prolongée:

Elle correspond à la fraction des individus qui, dans un groupe donné, étaient limités plus ou moins sérieusement dans la nature ou la quantité des activités qu'ils pouvaient exercer quotidiennement, et ce depuis au moins 6 mois (annexe B, question 34). Il ne s'agit pas nécessairement d'une incapacité permanente, mais tout au moins d'une restriction ou incapacité sérieuse, ne serait-ce que par sa durée.

Pour la démonstration, les indicateurs seront ventilés suivant: l'âge, le sexe et le statut de répondant. Puis, dans un deuxième temps, ils seront aussi croisés avec la catégorie professionnelle.

## 6. L'INFLUENCE DU RÉPONDANT

### 6.1 La technique de collecte

Ce sont uniquement les données recueillies avec le premier questionnaire (QRI) qui sont examinées ici.

45% des personnes enquêtées de 15 à 64 ans (10 150/22 380), ont servi de répondant pour d'autres membres de leur ménage. Parmi elles, on comptait 70% de femmes (tableau 6.1).

**Tableau 6.1: Répartition (%) des répondants interviewés, selon le sexe et le statut d'activité, Enquête Santé Québec 1987**

		Travailleurs	Inactifs	Total
Hommes	Effectifs	2 189	810	2 999
	% du total	21,5 %	7,9 %	29,5 %
Femmes	Effectifs	3 615	3 534	7 149
	% du total	35,6 %	34,8 %	70,4 %
Sexes réunis	Effectifs	5 804	4 344	10 148
	% du total	57,1 %	42,8 %	100 %

Parmi les personnes qui n'ont pas été directement interrogées (12 230) on trouve deux fois plus d'hommes que de femmes (tableau A-2, en annexe): c'est-à-dire que plus des deux tiers des femmes de l'échantillon ont pu parler de leurs problèmes de santé sans passer par un intermédiaire. Chez les hommes cette proportion est d'à peine 30%.

Cette technique d'interview avec un répondant par ménage, est utilisée entre autres, aux États-unis (National Health Interview Survey - NHIS), en Grande Bretagne (General Household Survey), et au Canada (Enquête Santé Canada 1978/79).

Le rapport de cette dernière enquête précise que: "les questions concernant les problèmes de santé et les comportements qui en découlent semblent suffisamment claires et objectives pour qu'on admette la validité des réponses fournies par une tierce personne appartenant à la même famille. Cette assertion est confirmée par les études de véracité de l'information, faites aux États-unis à l'occasion des enquêtes annuelles sur la santé qui ont inspiré dans une large mesure la formulation du questionnaire employé pour l'entrevue à domicile" (p.114)<sup>1</sup>. En disant que c'est confirmé, les auteurs sont à notre avis, plutôt indulgents.

Les enquêtes de qualité de l'information menées par le NCHS (portant sur des faits vérifiables comme les maladies chroniques, les hospitalisations et les consultations médicales, et sur la sous-déclaration en relation avec les liens de parenté unissant les interviewés et les autres répondants), font état de différences de déclaration entre les personnes directement interviewées et les autres enquêtés; elles concluent que des recherches sont nécessaires pour mieux comprendre les phénomènes qui influencent la qualité de la déclaration de la maladie (NCHS 1977, 1973, 1971).

En dehors des études du NCHS, il semble n'y avoir que fort peu d'évaluations de cette technique de collecte et de ses conséquences sur la nature ou la qualité des données. Dans un article datant de 1956 et portant sur les maladies chroniques seulement, D.E. Krueger affirme que le gain en information que représente l'interview de tous les membres d'un ménage par rapport à celui d'un seul répondant, est trop faible pour justifier l'accroissement des coûts engendrés par l'opération. Plus récemment, Gove et Hughes (1979) rapportent que certains chercheurs ont observé des différences de niveaux de morbidité entre les répondants présents aux entrevues et ceux qui ne répondent pas personnellement, sans pourtant y accorder beaucoup d'importance.

---

<sup>1</sup> La Santé des canadiens, Santé et Bien être Social Canada, Ottawa, 1981. Aux États-Unis, la méthode diffère un peu puisqu'on insiste pour que le plus grand nombre de personnes de la famille soit présent lors de l'entrevue.

Cette question nous intéresse dans la mesure où les données de l'enquête Santé Québec nous ont paru donner une image faussée de la santé des travailleurs par rapport à celle que nous tirions de l'analyse des fichiers de la CSST sur les accidents et maladies professionnelles.

Compte tenu de la répartition très différente de l'emploi entre les sexes - et des conditions de travail qui y sont associées-, on peut s'étonner de trouver un écart important entre l'état de santé des travailleuses et celui des travailleurs.

Par exemple, l'ensemble des travailleuses apparaissent en moins bonne santé que les travailleurs de sexe masculin alors que près de la moitié de ceux-ci -par opposition à une travailleuse sur 10- exercent des métiers manuels dans les secteurs primaires, manufacturiers, de la construction ou du transport, où les risques liés à la santé et à la sécurité comptent parmi les plus élevés.

De plus, l'enquête nous apprend que les travailleurs des secteurs primaires et secondaires sont en meilleure santé déclarée que ceux du tertiaire. C'est une observation étonnante qui, si elle reflète la réalité, doit résulter du "healthy worker effect", cet effet de sélection par lequel des travaux physiquement exigeants sont choisis et exécutés par des travailleurs en excellente santé, les autres n'y ayant pas accès ou étant progressivement éliminés au fur et à mesure que l'usure les gagne.

La majorité des personnes interviewées personnellement étant des femmes, on peut se demander si ce fait n'a pas influencé l'ensemble du portrait de la santé des Québécois que nous livre Santé Québec? En supposant que la morbidité féminine dans l'enquête soit fidèlement rendue, est-il possible que les problèmes de santé des hommes soient sous-estimés, compte tenu de leur faible représentation parmi les interviewés? L'écart de morbidité observé entre les sexes résulte-t-il d'un artefact de la collecte ou d'une sous-estimation de la morbidité masculine?

Devant ces questions, il nous a semblé nécessaire d'examiner les données d'un peu plus près.

**Tableau 6.2: Morbidité comparée des travailleurs et travailleuses de 15 à 64 ans, selon quelques indicateurs, Enquête Santé Québec 1987**

Indicateurs	Hommes (H)	Femmes (F)	Total	F/H
Indice santé globale	0,457	0,534	0,489	1,17
Nombre moyen de problèmes chroniques	0,52	0,83	0,65	1,60
Jours de restriction temporaire d'activité	9,4	12,0	10,5	1,28
Taux d'incapacité prolongée	3,0%	3,6%	3,3%	1,20

N.B. Données standardisées pour l'âge

**Tableau 6.3: Morbidité comparée des inactifs de 15 à 64 ans selon le sexe et quelques indicateurs, Enquête Santé Québec 1987**

Indicateurs	Hommes (H)	Femmes (F)	Total	F/H
Indice santé globale	0,533	0,555	0,547	1,04
Nombre moyen de problèmes chroniques	0,79	0,94	0,89	1,19
Jours de restriction temporaire d'activité	30,0	20,0	22,8	0,67
Taux d'incapacité prolongée	15,2%	8,6%	10,9%	0,57

N.B. Données standardisées pour l'âge

## **6.2 Les écarts de morbidité entre les sexes, selon le statut d'activité.**

Les écarts de morbidité entre les sexes varient suivant la source de données et l'indicateur retenu; mais de façon assez régulière on observe une surmorbidity des femmes par rapport au hommes. Ainsi, dans l'Enquête Santé Canada, le nombre de femmes ayant déclaré au moins un problème de santé, était de 23% supérieur à celui des hommes; dans l'Enquête Santé Québec, le même rapport est de 27%.

L'indice de santé globale utilisé par Santé Québec montre une surmorbidity féminine de 15% pour l'ensemble de la population de 15 à 64 ans, ou de 17% chez les travailleurs (tableau 6.2).

Parmi les travailleurs, la surmorbidity féminine, constante pour les quatre indicateurs (t. 6.2), est particulièrement importante pour les maladies chroniques (60% de plus que les hommes). Par contre, chez les inactifs, les rapports varient selon l'indicateur; la restriction temporaire d'activité et l'incapacité prolongée en particulier, sont très élevés chez les hommes, ce qui confirme le lien plus étroit chez les hommes que chez les femmes, entre mauvaise santé et inactivité professionnelle (t. 6.3).

## **6.3 Les personnes interviewées sont-elles plus malades que les autres?**

Le tableau 6.4 qui présente sous forme de ratio, la morbidité des personnes interviewées directement par rapport à celle des autres enquêtés permet de voir que les personnes interviewées sont, ou se sont déclarées, plus malades que les autres, ceci se vérifiant auprès des travailleurs comme des inactifs, à une exception près.

Le tableau 6.5 présente les rapports de surmorbidity suivant l'âge en se limitant à un seul indicateur, l'indice de santé globale.

**Tableau 6.4: Rapports de surmorbidity des répondants\*  
selon le sexe et le statut d'activité  
Enquête Santé Québec 1987**

	Travailleurs		Inactifs	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Indice santé globale	1,17	1,19	1,12	1,15
Problèmes chroniques	1,43	1,69	1,51	1,54
Restriction temporaire	1,50	1,52	1,48	1,52
Incapacité prolongée	1,84	2,42	1,31	1,00

\*Il s'agit du rapport entre, au numérateur, les taux observés pour les répondants interviewés et, au dénominateur, les taux observés pour les répondants non interviewés.

Source: Tableau A-4, en annexe

**Tableau 6.5: Indice de santé globale suivant le statut de répondant,  
le sexe et le groupe d'âge, population totale,  
Enquête Santé Québec 1987**

Sexe	Groupe d'âges	Statut de répondant		Ratio I/NI
		Interviewé (I)	Non interviewé (NI)	Rapport de surmorbidity des int.
Hommes (H)	15-29	.507	.410	1,24
	30-44	.527	.442	1,19
	45-64	.584	.552	1,12
	Total standardisé	.535	.453	1,18
Femmes (F)	15-29	.569	.446	1,28
	30-44	.555	.482	1,15
	45-64	.623	.581	1,07
	Total standardisé	.577	.496	1,16
Ratio F/H (Rapport de surmorbidity féminine)	15-29	1,12	1,09	
	30-44	1,05	1,09	
	45-64	1,07	1,11	
	Total	1,08	1,10	



On y observe 3 choses essentiellement:

1- La comparaison de la morbidité des deux catégories de répondants (ratio I/NI: Interviewé/Non Interviewé, colonne de droite), confirme la surmorbidité générale et systématique des personnes interviewées pour chaque sexe et groupe d'âge: surmorbidité qui est de l'ordre de 17%, sexes réunis. Elle apparaît indépendante du sexe du répondant. S'agit-il d'une surmorbidité réelle, d'une conséquence du mode de collecte, ou d'une combinaison des deux?

2- La partie inférieure du tableau 6.5 présente pour les deux catégories de répondants, la surmorbidité des femmes par rapport à celle des hommes (ratio F/H): il existe à tous les âges une surmorbidité féminine qui n'est pas liée au fait d'avoir été interviewé directement ou non.

3- La surmorbidité des femmes par rapport aux hommes, et la surmorbidité des personnes interviewées par rapport aux personnes non interviewées (ce que nous appelons l'effet du répondant), sont manifestement deux phénomènes bien distincts. Les écarts de morbidité entre les sexes sont près de deux fois inférieurs (8-10%) à ceux enregistrés entre les deux catégories de répondants (16-18%)<sup>1</sup>.

#### 6.4 Discussion

En supposant que les interviewés présentent un état de santé comparable à celui du reste de la population de même âge et sexe, on est amené à croire que les niveaux élevés de morbidité féminine mesurés dans l'Enquête Santé Québec résultent de deux phénomènes: une morbidité

---

<sup>1</sup> Des différences analogues ont été observées avec les autres indicateurs: les tableaux A-5, A-6 et A-7 présentent, en annexe, les mêmes calculs pour les 3 autres indicateurs. Malgré la variation des valeurs obtenues pour les différents indicateurs, la surmorbidité des interviewés est en général confirmée quel que soit le sexe. Quant à la surmorbidité des femmes, elle est constante dans le groupe des répondants non interviewés seulement. Parmi les interviewés, les hommes se sont déclarés plus souvent que les femmes en état d'incapacité prolongée ou de restriction d'activité. Ceci suggère qu'un certain nombre d'entre eux ont joué le rôle de répondant principal du ménage parce qu'ils étaient malades et à la maison. Même si le nombre de personnes concernées est limité, ces résultats soulèvent la question de la définition de l'incapacité ou de la restriction d'activité selon le sexe, comme en a discuté S. Dillard à partir des données de l'enquête Santé Canada (1984).

réelle plus élevée pour les femmes et surtout, une morbidité déclarée plus élevée pour les répondants interviewés, dont la grande majorité était des femmes.

Par conséquent, la sous-représentation d'un groupe parmi les personnes interviewées, entraînerait une sous-estimation de la morbidité du groupe en question. Ce serait le cas des hommes en général.

Dans l'hypothèse où les personnes interviewées sont en moins bonne santé que le reste de la population, on doit se préoccuper des effets potentiels d'une telle situation sur la nature et la qualité des déclarations: la perception de ses propres malaises par rapport à ceux des autres ne suit pas les mêmes voies selon que l'on est en bonne ou en mauvaise santé et influence vraisemblablement les déclarations faites en son nom et au nom des autres.

#### L'âge et l'inactivité des répondants ont-ils un effet sur la déclaration de la maladie?

En dehors de la forte représentation des femmes dont on a déjà parlé, on observe une variation sensible des taux de participation aux entrevues selon l'âge et le statut d'activité (Tableau A-11 en annexe).

Tant chez les hommes que chez les femmes, les taux de participation aux entrevues les plus élevés se trouvent chez les inactifs âgés de 30 ans et plus. Les plus jeunes, ont été, à une exception près, le groupe d'âge le moins interviewé. Les rapports de surmorbidity diminuant avec l'âge, selon le statut de répondant ou le sexe, on peut se demander si l'âge a un rôle à jouer dans la déclaration de la maladie, et si la représentation non proportionnelle des personnes interrogées par rapport à l'ensemble de l'échantillon a pu biaiser les données?

Les personnes âgées et malades ne se jugent pas nécessairement en mauvaise santé quand elles se comparent à d'autres. C'est la conclusion de S. Wright (1985) qui cite l'étude de Browr et col. (1981) auprès d'un groupe de patients porteurs d'implants cardiaques: ces patients avaient tendance à se percevoir en meilleure santé que la moyenne des gens de leur âge, ce qui suggère

d'après lui, que des changements importants de l'état de santé ont tendance à être accompagnés de modifications dans la façon de percevoir les caractéristiques des groupes de référence.

La subjectivité des individus qui parlent de leur santé est aussi rappelée par Fienberg, Loftus et Tanur (1985): "judgments of overall health are no doubt influenced by objective conditions but the influence may be limited (e.g., respondents who have successfully adjusted to long-term conditions may discount them in evaluating their health) and perceptions of objective conditions may be as much influenced by the overall judgment as the reverse. Research on underreporting of conditions demonstrates the impact of the overall evaluation on the reporting of conditions: underreporting is greater for respondents who see themselves as healthy"(p.561).

D'autres suggèrent qu'avec l'âge un grand nombre d'individus en viennent à considérer les ennuis de santé comme "normaux" ou faisant partie d'un processus naturel de vieillissement.

Mais alors, comment expliquer la forte surmorbidity des jeunes répondants interviewés? Se trouve-t-on devant un phénomène de surestimation de leur morbidité? ou bien s'agit-il plutôt de sous-estimation de la morbidité des jeunes non interviewés par les personnes qui ont répondu en leur nom? Avec les informations dont on dispose, nous ne pouvons répondre à ces questions.

Si la perception de la santé peut varier selon l'âge et l'état de santé objectif, pourquoi, compte tenu de la valorisation sociale associée au travail, l'inactivité professionnelle ne pourrait-elle aussi influencer la perception de la santé, que ce soit ou non un mauvais état de santé qui empêche de travailler? On a vu que les hommes inactifs de plus de 30 ans ont été interviewés relativement plus souvent que les travailleurs de même âge et qu'ils sont généralement en moins bonne santé que les femmes inactives.

Indépendamment de l'âge, il se pourrait que la perception qu'a de la maladie une personne malade, diffère de celle qu'a une personne qui est ou qui se croit en bonne santé et capable de se livrer à ses activités courantes. Cela dépend entre autres de la façon dont la maladie est envisagée ou acceptée, de sa durée, de la façon dont l'inactivité est également perçue: repos ou entrave à l'activité, de la façon dont elle est associée dans l'esprit du malade à un état désirable ou non. (Herzlich 1969)

Dans certains cas elle pourra signifier la fin de l'activité professionnelle, réalité qui sera perçue différemment selon les conditions de vie, les valeurs et les intérêts de chaque travailleur, facteurs tous influencés par l'appartenance socio-professionnelle.

En somme, à travers la diversité des contextes individuels, il y a des niveaux plus ou moins graves d'invalidité, des durées plus ou moins longues d'arrêt de travail, des perspectives financières plus ou moins rassurantes, qui peuvent tous intervenir pour façonner une vision plus ou moins dramatique de la maladie et de ses conséquences.

Dans ces circonstances, on peut aisément déduire que les informations recueillies auprès de personnes inactives pour des raisons de santé, seront teintées de toutes les nuances possibles d'interprétation, de vision personnelle. De plus, la maladie étant généralement vue comme indésirable par nos sociétés, le malade se sentant parfois en devoir de justifier son état auprès des autres, il est possible que certains individus, lors d'interviews, se soient exprimés avec plus d'abondance sur leur propre cas tout en amenuisant les malaises ou problèmes de santé des autres membres de leur ménage qui peuvent continuer à travailler ou à exercer leurs occupations habituelles.

## 6.5 Conclusion

L'analyse nous a appris essentiellement ceci: il y a un effet du répondant qui est indépendant du sexe et il existe une surmorbidity féminine par rapport aux hommes.

### a) l'effet du répondant

Les personnes interrogées personnellement dans l'enquête Santé Québec présentent une morbidité supérieure à celle des autres enquêtés. On ne peut pas vérifier si les répondants interviewés sont effectivement plus malades que ceux qui n'ont pas été interviewés. Mais il se pourrait que ce soit là un effet du mode de collecte.

On a vu que la surreprésentation d'un groupe parmi les répondants interviewés, les femmes en l'occurrence, a pour effet de grossir la part des problèmes des femmes dans le bilan général de santé de l'ensemble de la population. Ceci vaudrait pour tous les groupes surreprésentés.

Par conséquent, la morbidité des groupes sous-représentés dans le portrait de santé d'ensemble, risque d'être sous-estimée. Ces groupes dont on sait qu'ils ont été sous-représentés, toute proportion gardée, sont les hommes en général, les jeunes par rapport aux plus âgés, les travailleurs par rapport aux inactifs.

#### b) La surmorbidity des femmes

Abstraction faite de la surmorbidity reliée à la fonction de répondant interviewé, il reste à peu près 10% de surmorbidity chez les femmes par rapport aux hommes. Est-ce le produit d'attitudes et comportements différents face à la santé ou est-ce que cela correspond vraiment à un moins bon état de santé?

Plusieurs chercheurs se sont intéressés à cette question et n'ont pu s'entendre sur la nature des composantes de la surmorbidity féminine. La plupart cependant reconnaissent que, en général, les sensibilités des femmes face à la santé et à la maladie sont différentes de celles des hommes; elles identifient plus rapidement les symptômes de maladie et recourent plus volontiers à la prévention ou à la consultation médicale.

Il reste que des différences de perception et de représentation de la santé existent entre tous les individus, indépendamment de leur état de santé et qu'elles conditionnent le contenu des informations collectées, dans des sens donnés et, à la limite, prévisibles si, comme on l'a vu, les personnes interviewées forment un groupe bien particulier de la population étudiée. Il importe d'en tenir compte dans l'interprétation des données, - à défaut de pouvoir le faire dans

la conception des enquêtes - sans quoi, des conclusions erronées ou trop affirmatives peuvent être tirées<sup>1</sup>.

On ne peut absolument pas mesurer l'ampleur des sous-estimations de la morbidité; il reste que les enquêtes de santé par répondant unique auprès d'un ménage, en n'exigeant pas qu'il y ait une répartition proportionnelle (à l'ensemble des enquêtés) des répondants interviewés, recueillent des données qui ne représentent pas également tous les sous-groupes de population échantillonnée, ce qui est contraire à leur objectif.

Ces quelques observations incitent fortement à nuancer sinon à remettre en question la façon d'interpréter les données des enquêtes de santé procédant comme Santé Québec pour la collecte de l'information.

---

<sup>1</sup> Il est intéressant de signaler un cas, qui est peut-être particulier, celui de l'hypertension déclarée lors d'une entrevue, et ensuite mesurée lors d'un examen. Aux États-unis (NHIS) comme au Canada (Santé Canada), la comparaison des données a montré que les femmes ont déclaré, près de deux fois plus souvent que les hommes, souffrir d'hypertension. Les prises de tension artérielle qui ont suivi ont pour leur part montré que deux fois plus d'hommes que de femmes souffraient d'hypertension; mais surtout que l'hypertension des hommes n'avait été déclarée que dans le quart des cas, alors que celle des femmes l'avait été dans la moitié des cas. Est-ce le résultat de perceptions différentes de la maladie, ou est-ce là une illustration de l'effet du répondant interviewé, ou les deux? Beaucoup plus de femmes que d'hommes se sont dites atteintes d'hypertension sans l'être; l'interprétation que les individus font du terme "hypertension" est un autre facteur de variation.

## 7. L'APPARTENANCE SOCIO-PROFESSIONNELLE ET LA DÉCLARATION DE LA MALADIE

Nous examinerons rapidement ici les variations d'intensité de la morbidité suivant les catégories professionnelles.

Les travailleurs se répartissent inégalement selon les professions. Plus des deux tiers d'entre eux, 69%, oeuvrent dans les activités tertiaires (cols blancs et travailleurs des services). La répartition selon le sexe est très inégale aussi comme on le voit au tableau suivant:

	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>	<u>Total</u>
Cols blancs	44,2%	75,1%	57,0%
Trav. des services	10,3%	14,0%	11,8%
Trav. du primaire	4,1%	0,7%	2,7%
Cols bleus	41,4%	10,2%	28,4%
	-----	-----	-----
	100,0%	100,0%	100,0%

89% des femmes actives travaillent dans les activités tertiaires, contre 54% des hommes. Ceux-ci occupent pratiquement tous les emplois des secteurs primaires et secondaires, exception faite d'une relativement petite fraction de femmes cols bleus (10% des travailleuses) (voir tableau A-8 pour les 12 catégories professionnelles).

**Tableau 7.1 : Morbidité des travailleurs par catégorie professionnelle (4)  
selon quelques indicateurs, Enquête Santé Québec 1987**

Catégorie professionnelle	Indicateurs			
	Indice de santé globale	Problèmes chroniques (nbre moyen)	Restriction d'activité (jours)	Incapacité prolongée (%)
Cols blancs	0,507	0,709	10,0	3,6
Travailleurs des services	0,508	0,775	10,1	4,0
Travailleurs du primaire	0,417	0,414	7,9	2,0
Cols bleus	0,455	0,511	11,7	2,5
Total:	0,489	0,651	10,5	3,3

Source: Tableau A-9

**Tableau 7.2 : Morbidité des travailleurs par catégorie professionnelle (12)  
selon quelques indicateurs, Enquête Santé Québec 1987**

Catégorie professionnelle	Indicateurs			
	Indice de santé globale	Problèmes chroniques (nbre moyen)	Restriction temporaire (jours)	Incapacité prolongée (%)
Cadres et professionnels	0,494	0,635	8,5	2,4
Enseignants, pers. infirmier	0,520	0,718	11,3	3,9
Travailleurs de bureau	0,525	0,824	10,3	4,6
Travailleurs de la vente	0,485	0,652	10,3	4,0
Travailleurs de la restauration	0,502	0,753	10,9	4,4
Autres trav. des services	0,510	0,790	9,7	3,6
Travailleurs de l'agriculture	0,409	0,395	9,8	2,3
Autres trav. du primaire	0,430	0,448	3,4	1,4
Ouvriers	0,456	0,514	10,5	2,3
Trav. de la construction	0,434	0,444	9,0	2,9
Trav. du transport	0,474	0,574	22,8	3,0
Manutentionnaires et autres ouvriers qual. NCA	0,462	0,559	8,0	3,1
Total:	0,489	0,651	10,5	3,3

N.B. Données standardisées pour l'âge.



## 7.1 Différences de morbidité chez les travailleurs

### 7.1.1 Selon la catégorie professionnelle

Plusieurs pays ont enregistré des écarts importants de morbidité entre les catégories socio-professionnelles, écarts qui varient en sens inverse de la mortalité. Dans l'enquête Santé Québec, les tendances sont les mêmes qu'ailleurs: les cols blancs et travailleurs des services ressortent comme ayant les plus forts niveaux de morbidité pour tous les indicateurs, sauf le nombre de jours de restriction d'activité. À l'opposé, les travailleurs du primaire et les cols bleus, apparaissent en meilleure santé (tableau 7.1). L'indicateur de restriction d'activité qui fait exception pour les cols bleus, est cependant le plus faible chez les travailleurs du primaire.

Les oppositions entre groupes plus et moins favorisés sur le plan professionnel, sont moins tranchées quand on regarde 12 catégories de professions plutôt que 4. Le groupe qui enregistre les plus forts niveaux de morbidité (3 indicateurs sur 4) est celui des travailleurs de bureau; ils sont suivis selon l'indicateur, soit des enseignants et du personnel infirmier, soit des travailleurs de la restauration, soit des autres travailleurs des services (tableau 7.2). Ces métiers de cols blancs occupent une main-d'oeuvre majoritairement féminine.

Parmi les groupes à plus faible morbidité déclarée, on trouve, tout à fait au bas de l'échelle, les travailleurs de l'agriculture et des autres secteurs primaires (forêt, mine, pêche), puis viennent les ouvriers, les travailleurs de la construction, les manutentionnaires, des métiers majoritairement occupés par des hommes (tableau 7.2). On peut supposer que l'exercice de ces métiers requiert une bonne santé et que c'est peut-être là l'explication de la faible morbidité enregistrée; par ailleurs, on sait que ces travailleurs présentent les taux d'accidents du travail et de maladies professionnelles, ainsi que les quotients de mortalité les plus élevés, et qu'ils sont plus vulnérables que d'autres travailleurs face à l'usure physique de l'organisme.

**Tableau 7.3: Rapports de surmorbidity féminine\*, par catégorie professionnelle (4),  
Enquête Santé Québec 1987**

Catégorie professionnelle	Indicateurs			
	Indice de santé globale	Problèmes chroniques	Restriction temporaire	Incapacité prolongée
Cols blancs	1,13	1,46	1,87	1,32
Travailleurs des services	1,14	1,64	0,83	0,58
Cols bleus	1,17	1,66	0,73	0,67
Total**:	1,17	1,62	1,28	1,23

\* Il s'agit du rapport entre, au numérateur, l'indicateur féminin et, au dénominateur, l'indicateur masculin.

\*\* Le total inclut tous les travailleurs, y compris ceux du primaire. Les rapports de surmorbidity féminine pour les travailleurs du primaire n'ont pas été calculés, le nombre de travailleuses étant trop faible.

Source: Tableau A-9

**Tableau 7.4 : Taux de participation aux entrevues\*  
selon le sexe et la catégorie professionnelle (4),  
Enquête Santé Québec 1987**

Catégorie professionnelle	Hommes	Femmes	Total
Cols blancs	31%	64%	49%
Travailleurs des services	33%	63%	48%
Travailleurs du primaire	17%	64%	23%
Cols bleus	23%	58%	28%
Total des travailleurs	27%	63%	42%

\* Les taux résultent de la division du nombre de personnes interviewées dans chaque catégorie de sexe et de profession, par le nombre total de répondants dans l'échantillon, pour les mêmes catégories.

### 7.1.2 Selon le sexe

La surmorbidity féminine présentée au chapitre 6, se retrouve globalement dans les quatre catégories professionnelles (tableau 7.3). Constante dans toutes les catégories, pour les deux premiers indicateurs, elle fait exception chez les travailleurs des services et les cols bleus pour les indicateurs de restriction temporaire des activités ou d'incapacité prolongée.

Ce sont les hommes travaillant dans les services qui de tous les groupes, présentent la plus forte prévalence d'incapacité prolongée et les moins bons indicateurs de santé globale et de chronicité (tableau A-9). Précisons que près du tiers des travailleurs des services est formé de concierges, souvent des travailleurs "recyclés" pour qui l'exercice de l'activité professionnelle habituelle n'est plus possible, en raison justement d'incapacités diverses<sup>1</sup>. Un autre tiers des travailleurs des services est dans la restauration, un quart dans les services de protection (policiers, gardiens, etc.). Pour leur part, les travailleuses des services, qui sont plus jeunes, oeuvrent surtout dans la restauration et les services personnels (coiffeuses, gardiennes d'enfants, blanchisseuses, etc.).

Chez les cols bleus, le nombre élevé de jours de restriction temporaire d'activité confirme les forts taux d'accidents du travail qui caractérisent ces travailleurs. Cependant, les prévalences d'incapacité prolongée chez les cols bleus de sexe masculin sont, toutes proportions gardées, plutôt faibles (2,7%, moins que les cols blancs et que la moyenne des travailleurs) ainsi que chez les travailleuses (1,8%, deux fois moins que la moyenne des travailleuses; tableau A-9).

---

<sup>1</sup> La différence de répartition par âge entre travailleurs et travailleuses des services n'intervient pas ici car les données sont standardisées.

### 7.1.3 Selon le statut de répondant

Le tableau 7.4 indique que les travailleurs du primaire et les cols bleus de sexe masculin ont moins souvent participé aux entrevues: une partie des différences de morbidité enregistrées entre les travailleurs du tertiaire et les autres, pourrait provenir de l'inégalité de la représentation des diverses catégories parmi les travailleurs interviewés. On peut noter aussi que la surmorbidité des personnes interviewées par rapport aux autres enquêtés, est plus forte dans toutes les catégories professionnelles (t. 7.5).

Tableau 7.5: Rapports de surmorbidité des répondants interviewés\*, par catégorie professionnelle (4), selon quelques indicateurs, Enquête Santé Québec 1987

Catégorie professionnelle	Indicateurs			
	Indice de santé globale	Problèmes chroniques (nbre moyen)	Restriction temporaire (jours)	Incapacité prolongée (%)
Cols blancs	1,24	1,77	2,89	2,13
Travailleurs des services	1,20	1,65	0,86	1,18
Travailleurs du primaire	1,19	1,47	0,53	0,75
Cols bleus	1,13	1,41	1,03	2,05
Total:	1,22	1,73	1,56	2,00

\* Il s'agit du rapport entre, au numérateur, l'indicateur des répondants interviewés et, au dénominateur, celui des répondants non interviewés. Données brutes.

Source: Tableau A-10

## 7.2 Discussion

L'indice de santé globale et le nombre moyen de problèmes chroniques, deux indices reliés à la perception de la maladie, présentent une dichotomie assez constante entre d'une part, les travailleurs du tertiaire, et d'autre part, les travailleurs du primaire et du secondaire. Cependant, les indicateurs qui traduisent des situations de fait (présumées plus "objectives"), comme l'arrêt temporaire du travail (ou restriction d'activités) et la présence d'incapacités, donnent une image moins nette.

Curieusement, l'incapacité prolongée semble plus prévalente dans les métiers du tertiaire, sauf parmi les cadres et professionnels, ce qui peut résulter du fait que ces secteurs constituent pour les personnes présentant certains handicaps, la principale issue pour s'intégrer au marché du travail, les exigences physiques y étant moins élevées que dans les autres secteurs d'activité.

On peut se demander pourquoi les femmes cols bleus sont de toutes les femmes (et pour une même composition par âge) celles qui enregistrent la plus faible prévalence d'incapacité, alors que les tâches et les conditions de travail qui leur sont particulières en industrie, ont été identifiées par plusieurs chercheurs comme des sources réelles de problèmes de santé, sinon d'usure prématurée. Notons aussi que les 4 indicateurs présentés pour les femmes de cette catégorie, sont au-dessous de la moyenne observée pour l'ensemble des travailleuses (tableau A-9). Il est difficile de se convaincre que ces femmes sont en meilleure santé que les autres travailleuses et on pourrait voir ici le jeu de deux phénomènes: premièrement, l'effet de sélection par lequel seuls les travailleurs en excellente santé survivent à de difficiles conditions de travail ("healthy worker effect"), et deuxièmement, l'effet des différences de représentation de la maladie ou de la santé selon l'appartenance culturelle (voir les thèses de Boltanski 1971, et de Surault 1979, 1983).

Ces explications pourraient valoir aussi pour les métiers des secteurs primaires (auxquels sont associés beaucoup de demandes d'indemnisation pour lésion professionnelle), qui présentent dans Santé Québec des indicateurs largement au-dessous de ceux des cols bleus,

alors qu'on pourrait s'attendre à ce qu'ils se situent à peu près au même niveau, compte tenu des risques connus de leurs métiers.

Quant à la surmorbidity systématique des cols blancs interviewés (t. 7.5), quel que soit l'indicateur, elle est à première vue différente de la surmorbidity des cols blancs par rapport aux cols bleus (t. 7.1). Mais il n'est pas impossible que la propension des personnes interviewées à décrire plus longuement leur état de santé soit plus marquée chez certaines catégories de travailleurs, en l'occurrence les cols blancs, si l'on se réfère aux différences de perception du corps et de la maladie entre les catégories professionnelles. Cette propension pourrait résulter aussi d'une plus grande connaissance des problèmes de santé en général ainsi que d'une certaine facilité à en parler (intérêt, vocabulaire approprié).

Nous n'avons pu déterminer les caractéristiques (âge, sexe, statut d'activité et catégorie professionnelle) des interviewés en relation avec celles des personnes pour lesquelles ils ont servi d'intermédiaire. Le jeu de ces relations a probablement influencé la déclaration de la morbidité ainsi que les écarts de morbidité enregistrés entre les interviewés et leurs proches. On ne sait pas qui a fourni, dans chaque catégorie professionnelle, les données sur les travailleurs: d'autres travailleurs ou des inactifs?

On a vu que dans les enquêtes de santé, la morbidité déclarée par les travailleurs varie en sens inverse de ce qui est attendu compte tenu de ce que l'on sait des risques associés aux différents métiers et de la mortalité par profession. Mais, au-delà des différences de représentation du corps et de la maladie qui peuvent expliquer une partie des écarts de morbidité, les réalités objectives, propres aux divers milieux de travail, influencent elles aussi la déclaration de la maladie. Pour y voir plus clair, il ne faut plus regarder que les indicateurs globaux de morbidité, mais bien examiner la nature des maladies déclarées par les différentes catégories professionnelles. C'est à travers la nature et la gravité des problèmes, la fréquence des symptômes ou malaises déclarés que l'on pourra mieux se faire une idée des différences réelles de morbidité entre groupes professionnels. Ce sera l'objet de notre prochaine étude.

## 8. SOMMAIRE ET CONCLUSIONS

### 8.1 Sommaire

Deux questions sont à l'origine de cette étude: d'une part, la forte surmorbidity des travailleuses par rapport aux hommes observée dans les enquêtes de santé, en l'occurrence dans Santé Québec 1987, alors que leurs conditions de travail ne sont généralement pas aussi pénibles physiquement, et d'autre part, comment expliquer la faible morbidité des travailleurs des secteurs secondaires et primaires, ceux-là mêmes qui constituent une bonne partie de la clientèle de la CSST?

Les deux questions s'imposaient dans la mesure où les résultats de l'enquête Santé Québec contredisaient les résultats d'autres études. Aussi, avons-nous cherché à vérifier la validité d'un des outils qui ont conduit à ces résultats, la collecte de données sur la santé des ménages par le biais d'un seul répondant, car il n'était pas possible de tester ces résultats par une autre enquête. Nous l'avons fait en comparant les données obtenues des répondants interviewés directement ou non, et puis selon les catégories professionnelles afin de vérifier si ces deux facteurs avaient pu affecter les résultats.

Rapidement, notre attention a porté sur deux effets ou "biais" principaux qui affectent les données, effets qui découlent directement du mode et des outils de collecte :

#### a) l'effet du répondant

La morbidité déclarée des personnes qui ont répondu aux interviewers, est significativement plus élevée que celle des autres personnes des mêmes ménages: près de 20% supérieure (mesure basée sur l'indicateur de santé globale). Cette situation est générale, quel que soit l'âge ou le sexe du répondant interviewé, son statut d'activité ou sa catégorie professionnelle.

Il est possible que les personnes interviewées soient plus malades que les autres - ce que nous ne pouvons vérifier, - mais il est aussi probable que les écarts de morbidité observés, résultent du fait que les personnes interviewées décrivent mieux leur propre état de santé que celui de leurs proches.

#### b) l'effet de la catégorie professionnelle

De façon générale, on a constaté que les catégories professionnelles de statut élevé, enregistrent une plus forte morbidité ou une meilleure déclaration de la maladie. La morbidité déclarée des cols blancs est de près de 20% supérieure à celle des travailleurs du primaire selon l'indice de santé globale.

Cet effet de la catégorie professionnelle a au moins deux sources: la sélection des travailleurs et la perception de la santé.

L'effet de sélection, ou "healthy worker effect", peut expliquer la faible morbidité des travailleurs, en ce sens que seuls les travailleurs en bonne santé se maintiennent au travail. Les métiers des secteurs secondaires et primaires étant physiquement exigeants pour l'organisme, les travailleurs qui ne rencontrent pas ou plus les exigences requises doivent soit trouver un emploi dans un autre secteur (souvent tertiaire), soit quitter la vie active. La définition de travailleur que nous avons tirée de Santé Québec (personne détenant un emploi au moment de l'enquête) traduit d'ailleurs cet effet de sélection, tous ceux qui ne travaillent plus pour des raisons de santé étant exclus. Cette exclusion concerne un plus grand nombre d'hommes que de femmes, et plus de cols bleus que de cols blancs.

Nous ne pouvons distinguer cet effet de sélection de celui de la perception de la santé qui influence l'expression de la morbidité, laquelle varie significativement d'un milieu social à l'autre. Ici, le milieu social a été approché indirectement à travers les catégories professionnelles.



Parce que les perceptions et les représentations de la santé ou de la maladie sont le produit d'influences sociales et de facteurs individuels, il en résulte que le statut d'activité, l'âge, le sexe, ou la profession de la personne interviewée, influencent fortement la déclaration de la maladie qui la concerne personnellement, comme celle qui concerne les autres.

De ce qui précède, on peut dire qu'une surreprésentation d'un des sexes et d'une catégorie professionnelle parmi les répondants interviewés, risque fort de fausser le bilan de santé de l'ensemble de la population enquêtée.

A notre avis, l'enquête Santé Québec, à cause de la forte participation des femmes aux interviews, véhiculait ce genre de biais. En ce sens, l'abandon du mode de collecte par répondant unique auprès d'un ménage, aurait pour effet de réduire de moitié environ les écarts de morbidité déclarée entre les sexes et de présenter un tableau où la surmorbidity féminine est une constante dans tous les groupes d'individus, travailleurs ou inactifs, répondants interviewés ou non interviewés, jeunes ou vieux, et dans les différentes catégories professionnelles de travailleurs, la seule exception étant l'incapacité prolongée déclarée pour les hommes.

Il en a découlé une sous-estimation de la morbidité des travailleurs en général, notamment ceux de sexe masculin. Cette sous-estimation provient entre autres du fait que les hommes ont eu moins l'occasion de transmettre personnellement aux interviewers l'information les concernant. Parmi eux, les ouvriers et les cols bleus ont été encore plus objet de sous-estimation à cause des modèles de perception de la maladie observés dans leurs milieux.

Nous n'avons examiné que les données de Santé Québec, mais nos observations peuvent être extrapolées à d'autres enquêtes de santé qui utilisent les mêmes méthodes de collecte, ce qui est souvent le cas.

Ces observations ne mettent pas en cause l'utilité des enquêtes de santé, mais attirent l'attention seulement sur les effets de l'usage des procédures d'enquête ou de concepts

auxquels elles font implicitement appel, et mettent en garde contre des interprétations peu nuancées.

De façon indirecte, nos résultats rappellent aussi l'importance de la relation entre la personne qui interroge et celle qui est interrogée, relation qui a un effet déterminant sur la nature et la quantité des informations recueillies. La mise en présence d'individus appartenant à des univers socio-culturels distincts, peut influencer la capacité de l'interviewer à obtenir l'information désirée de même qu'à interpréter fidèlement les informations qui lui sont transmises.

Dans l'enquête Santé Québec, nous ne connaissons pas les caractéristiques personnelles des interviewers, leur sexe, leur appartenance sociale, leurs attitudes et leur intérêt face à l'interview et à la santé, le type d'entrevue qu'ils pratiquent. Si ces éléments ont joué sur les personnes interrogées, comment ne pas penser qu'ils aient eu des incidences sur les interviewers, comme sur les relations entre interviewés et interviewers.

Aux Etats-Unis, tous les interviewers de la National Health Interview Survey sont des femmes, ce qui crée d'emblée une relation différente selon que la personne interrogée soit un homme ou une femme. Mais le sexe des personnes en présence n'est pas tout. Des enquêtes de qualité ont fait valoir que les interviewers préfèrent en général interroger des personnes qui leur ressemblent: même sexe, même âge et même milieu social (NCHS 1977, 1968).

Il existe une multitude de combinaisons possibles entre les caractéristiques socio-démographiques des interviewers et celles des interviewés. On peut imaginer aussi une multitude d'effets.

## 8.2 Que faire pour améliorer la qualité des données d'enquête?

Toutes les enquêtes de santé sont soumises aux différences de représentation sociale de la santé, et il est sans doute illusoire de penser pouvoir cerner tous les facteurs qui agissent sur la déclaration de la maladie. Il faut composer avec des effets qu'on ne peut pas toujours contrôler, rarement mesurer ou qu'on connaît mal; mais il importe d'être conscient de leur existence de manière à interpréter les données d'enquêtes avec toutes les réserves nécessaires.

Dans le cadre précis de l'étude qui vient d'être faite, les deux effets qu'on a évoqués limitent sensiblement les possibilités d'association des données. L'analyse des enquêtes de santé comme Santé Québec, est possible à condition d'être vigilant et critique dans le choix et le découpage des données qui sont retenues pour les comparaisons.

De préférence, les données de ces enquêtes devraient être analysées en combinaison avec d'autres sources de données, pour nuancer ou compléter la lecture qu'elles donnent de la réalité.

On peut envisager 2 types d'améliorations: celles qui concernent le mode de collecte des données, et celles qui concernent une adaptation des questionnaires pour mieux cerner les différents univers de perception de la santé. Voici, livrées en vrac quelques suggestions, inspirées en partie de la pratique d'autres pays, ou de lectures.

### Les techniques de collecte

a) Aux Etats-Unis, on insiste pour que le nombre maximum d'adultes soient présents lors de l'entrevue. On n'accepte pas qu'un adulte réponde au nom d'un membre absent du ménage, s'il n'y a pas de lien de parenté étroit entre eux.

b) La relation personnelle entre l'interviewer et l'interviewé ayant été identifiée comme la variable la plus significativement corrélée à une bonne qualité de réponses, la formation des interviewers devient essentielle, non seulement sur le plan technique mais aussi sur leurs motivations et sur les implications de leur comportement face aux interviewés.

c) En Grande Bretagne, les interviewers sont de même sexe que la personne interviewée.

d) Il serait préférable que chaque personne soit interrogée individuellement. Il faut peut-être choisir entre d'une part, une meilleure information recueillie auprès d'échantillons limités, et d'autre part, une information inégale et de qualité difficile à évaluer, auprès de gros échantillons. Tout dépend des objectifs poursuivis.

e) Si on conserve le mode de collecte par répondant unique, il serait souhaitable de s'assurer de la représentation proportionnelle des répondants par rapport à l'ensemble de la population. Ce qui peut être assez complexe à réaliser.

f) On pourrait introduire un plus grand nombre de mesures objectives de la santé dans la collecte des données.

g) Les entrevues gagneraient à être précédées d'une période informelle où chaque personne pourrait décrire ses problèmes de santé dans ses propres mots, dans le but de favoriser une meilleure transmission et organisation de l'information à recueillir, et d'améliorer la déclaration de certains types de problèmes comme ceux qui sont gênants, ou plus faciles à oublier (Fienberg 1985).

h) Les techniques de collecte pourraient varier selon que les renseignements recherchés s'adressent à l'enquêté lui-même ou à une personne de son entourage (Fienberg 1985).

### Les questionnaires

Les outils d'enquête et d'analyse dont nous disposons, avec leurs limites méthodologiques et conceptuelles, et le sujet infiniment complexe sur lequel nous travaillons, l'individu, incitent à faire preuve de beaucoup de prudence dans l'interprétation et l'usage des données recueillies lors d'enquêtes, en particulier lorsqu'elles portent sur la santé.

On a vu que plusieurs phénomènes peuvent influencer la déclaration de la maladie et que tous les individus perçoivent et interprètent les signaux ou la présence de la maladie différemment en fonction de leurs expériences passées, de leurs habitudes de vie, de leurs valeurs, celles-ci étant à la fois source et résultat de leurs relations avec un groupe socio-culturel donné.

Toutes ces nuances ne sont pas simples à saisir, et encore moins lors d'enquêtes par interview de relativement courte durée. Mais on peut au moins tenter d'améliorer et de raffiner les outils, comme les méthodes de cueillette et de mesure de l'information, de sorte qu'ils s'ajustent un peu mieux à la complexité de l'univers de la santé.

Dans le même esprit, il faudrait peut-être se pencher sur l'outil qu'est le questionnaire de santé, particulièrement quand la santé est placée dans un contexte global où les variables abordées sont nombreuses et font appel à des notions souvent mal définies. La formulation des questions et les concepts qui sont implicitement mis de l'avant sont susceptibles d'être livrés à autant d'interprétations qu'il y a d'individus enquêtés et d'interviewers.

Idéalement, ce qui permettrait de soutenir une telle démarche, serait un programme continu de recherche sur les aspects socio-culturels de la santé et de la maladie dans nos sociétés. Même s'il s'agit là d'une démarche ambitieuse et complexe, il semble qu'elle s'impose de plus en plus dans un milieu où toutes les personnes intéressées ou concernées par la santé ou les manifestations de la maladie se heurtent aux limites des statistiques.

**BIBLIOGRAPHIE**

ABLESON, J.; PADDON, P.; STROHMENGER, C., Perspectives sur la santé, Statistique Canada, 1983, cat. 82-540F, 117p.

BILLETTE, A; HILL, G.B., "Risque relatif de mortalité masculine et les classes sociales au Canada 1974", L'Union médicale du Canada, Tome 197, juin 1978: 583-590.

BOLTANSKI, L., "Les usages sociaux du corps", Annales Economies Sociétés Civilisations, 1971, 26(1): 205-233.

BOUVIER-COLLE, M.-H., "Mortalité et activité professionnelle chez les femmes", Population, 1983, vol 38(1):107-133.

BOZON, M., Par delà le quantitatif et le qualitatif. Pour une analyse des mécanismes de différenciation, texte présenté au IIIe Colloque international de l'Association internationale des démographes de langue française, Montréal, 1988.

CALNAN, M.; JOHNSON, B., "Health, health risks and inequalities: an exploratory study of women's perceptions", Sociology of Health and Illness, 1985, 7(1): 55-75.

CHANLAT, J.F., "Types de sociétés, types de morbidités: la socio-genèse des maladies", in Traité d'anthropologie médicale, sous la dir. de J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985: 293-304.

CHARRAUD, A.; DEVOUASSOUX, J.; MOREL, B., "Consommation médicale: évolution 1970-80 et disparités", INSEE, Données sociales, 1984: 359-387.

CLEARY, P.D.; MECHANIC, D.; GREENLEY, J.R., "Sex Differences in Medical Care Utilization: An Empirical Investigation", Journal of Health and Social Behavior, 23(June):106-119.

COLLINS, E.; KLEIN, R., "Equity and the NHS: self reported morbidity, access, and primary care", British Medical Journal, 1980, 281: 1111-1115.

COLLINS, G.; THORNBERRY, O.T., "Health Characteristics of Workers by Occupation and Sex: United States, 1983-85", U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics, Advance Data, 1989, 168.

COURTEMANCHE, R.; TARTE, F., Plan de sondage de l'enquête Santé Québec, Cahier technique 87-02, Santé Québec, 1987, 20 p.

COX, T.; MACKAY, C.J., "Psychosocial factors and psychophysiological mechanisms in the aetiology and development of cancers", Social Science and Medecine, 1982, 16: 371-396.

COX, T.; THIRLAWAY, M.; COX, S., "Occupational well being: sex differences at work", Ergonomics, 1984, vol 27(5): 499-510.

DESPLANQUES, G., "L'inégalité sociale devant la mort", Economie et Statistique, 1984, 162: 29-50.

DESPLANQUES, G., "A 35 ans, les instituteurs ont encore 41 ans à vivre, les manoeuvres 34 ans seulement", Economie et Statistique, octobre 1973, 49: 1-19.

DILLARD, S., Objectif: santé, Conseil des affaires sociales et de la famille, Québec, 1984, 217p.

DILLARD, S., L'espérance de vie en bonne santé, Conseil des affaires sociales et de la famille, 1982.

DINGLE, J.H., "The illnesses of man", in: Life and Death and Medicine, A Scientific American Book, Freeman & Co., San Francisco, 1973: 49-56.

DODGE, D; MARTIN, W., Social Stress and Chronic Illness: Mortality Patterns in Industrial Society, Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1970, cité Par Gove 1979.

DORVIL, H. "Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique: la maladie physique, la maladie mentale", in Traité d'anthropologie médicale, sous la dir. de J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985: 305-332.

FIENBERG, S.E.; LOFTUS, E. F.; TANUR, J.M., "Cognitive Aspects of Health Survey Methodology: An Overview", Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 1985, 63(3): 547-564.

FOX, J., "Occupational mortality 1970-72", Population Trends, Autumn 1977: 8-15.

FOX, A.J.; GOLDBLATT, P.O., Longitudinal Studies: sociodemographic mortality differentials (1971-75), Office of Population Censuses and Surveys, Series LS, no1, HMSO, London, 1982, 227 p.

GOBLE, F.C.; KONOPKA, E.A., "Sex as a factor in infectious disease", Trans. New York Academy of Science, 1973, 35: 325, cité par Waldron 1976.

GOLDBERG, M.; DAB, W.; CHAPERON, J.; FUHRER, R.; GRÉMY, F, "Indicateurs de santé et "sanométrie": les aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de



IRSST - R-057

Rapport de recherche

l'état de santé d'une population", Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1979, 27: 51-68, 133-152.

GOLDSTEIN, M.S.; SIEGEL, J.M.; BOYER, R., "Predicting Changes in Perceived Health Status", American Journal of Public Health, 1984, 74(6): 611-614.

GORE, W.R.; TURNER, J.F., "Adult sex roles and mental illness" in Changing women in a Changing Society, Ed. J. Huber, University of Chicago. Press, 1983.

GOVE, W.; HUGHES, M., "Possible Causes of the Apparent Sex Differences in Physical Health", American Sociological Review, 1979, vol 44 (1): 126-146.

HAMMOUD, E.I., "Studies in fetal and infant mortality" American Journal of Public Health, 1965, 55, 1411, cité par Waldron 1976.

HAYNES, S.G.; FEINLEIB, M., "Women, work and coronary heart disease: findings from the Framingham Heart Study", American Journal of Public Health, 1980, 70: 133-141.

HERZLICH, C., Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale, Mouton, Paris, 1969.

HINKLE, L.; REDMONT, R.; PLUMMER, N.; WOLFF, H., "An examination of the relation between symptoms, disability and serious illness in two homogeneous groups of men and women", American Journal of Public Health, 1960, 50: 1327-1336, cité par Gove 1979.

HUNT, S.M.; MCEWEN, J.; MCKENNA, S.P., "Perceived health: age and sex comparisons in a community", Journal of Epidemiology and Community Health, 1984, 38: 156-160.

KENIGSBERG, D.; ZYZANSKI, S.J.; JENKINS, C.D., "The coronary-prone behavior pattern in hospitalized patients with and without coronary heart disease", Psychosomatic Medicine, 1974, 36: 344, cité par Waldron 1976.

KESSLER, R.C.; BROWN, R.L.; BROMAN, C.L., "Sex differences in psychiatric help-seeking: Evidence from four large-scale surveys", Journal of Health and Social Behaviour, 1981, 22: 49-64.

KRUEGER, D.E., "Measurement of Prevalence of Chronic Disease by Household Interview and Clinical Evaluations", Proceedings of the 84th Meeting of the American Public Health Association, 1956: 953-960.

LECLERC, A.; AIACH, P.; PHILIPPE, A.; VENNIN, M.; CEBE, D., "Morbidity, mortality and social class. A bibliographic review on various aspects of the pathology, and discussion", Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 1979, 27: 331-358.

LECLERC, A.; LERT, F.; GOLDBERG, M., "Les inégalités sociales devant la mort en Grande-Bretagne et en France", Social Science and Medicine, 1984, 19(5): 479-487.

LÉVY, E.; BUNGENER, M.; DUMÉNIL, G.; FAGNANI, F., Economie du système de santé, Dunod, 1975, cité par Surault 1983 et Goldberg 1979.

MACCOBY, E.E.; JACKLIN, C.N., The Psychology of Sex Differences, Stanford University Press, Stanford, 1974, cité par Waldron 1976.

MASUY-STROOBANT, G., L'étude des différences: pourquoi et comment?, texte présenté au IIIe Colloque international de l'Association internationale des démographes de langue française, Montréal, 1988.

MARMOT, M.G.; KOGEVIANS, M.; ELSTON, M.A., "Social/Economic Status and Disease", American Review of Public Health, 1987, 8: 111-135.

IRSST - R-057

Rapport de recherche

MORMICHE, P. "Consommation médicale: les disparités sociales n'ont pas disparu", Economie et Statistique, juin 1986,189:19-38.

NATHANSON, C.A., "Sex, Illness, and Medical Care; A Review of Data, Theory and Method", Social Science & Medecine, 1977, 11: 13-25.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, Health Characteristics by Occupation and Industry of Longest Employment, Vital and Health Statistics, NHS Series 10, 1989, no 168, 105 p.

NCHS, A Summary of Studies of Interviewing Methodology, U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1977, Series 2, no 69.

NCHS, Net Differences in Interview Data on Chronic Conditions and Information Derived From Medical Records, U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1973, Series 2, no 57.

NCHS, Effect of Some Experimental Interviewing Techniques on Reporting in the Health Interview Survey, U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1971, Series 2, no 41.

NCHS, The Influence of Interviewer and Respondent Psychological and Behavioral Variables on the Reporting in Household Interviews, U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1968, Series 2, no 26.

NHIS, Current Estimates from Health Interview Survey: U.S. 1971, U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Vital and Health Statistics, 1973, Series 10, no 79.

OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS, General Household Survey, HMSO, London, 1982, cité par Marmot 1987.

RENAUD, M., "De la sociologie médicale à la sociologie de la santé: trente ans de recherche sur le malade et la maladie", in Traité d'anthropologie médicale, sous la dir. de J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985: 281-291.

ROSENBAUM, P.; BURSTEN, J., Etude spéciale sur les groupes qui composent la main oeuvre active, Série de rapports techniques, Enquête Promotion Santé Canada, Santé et Bien-être Social Canada, 1988.

ROSENMAN, R.H., "The role of behaviour patterns and neurogenic factors in the pathogenesis of coronary heart disease" in R.S. Eliot, Stress and the Heart, Futura Publ., Mount Kisco, N.Y., 1974: 123-141, cité par Waldron 1976

SANTÉ ET BIEN ÊTRE SOCIAL CANADA et STATISTIQUE CANADA, La santé des Canadiens, Rapport de l'Enquête Santé Canada, Ottawa, 1981, 243 p.

SANTÉ QUÉBEC, Et la santé, ça va?, rapport de l'Enquête Santé Québec 1987, Québec, 1988, 337 p.

SAUNDERS, L., "Méthodes de traitement dans le Sud-Ouest américain", in C. Herzlich, Médecine, maladie et société, Mouton, 1970, cité par Surault 1983.

STATISTIQUE CANADA, "Profession", Caractéristiques de la population et des logements. Recensement Canada 1986, Catalogue 93-112, Ottawa, 1989.

STOLNITZ, G.J., "A century of international mortality trends: II", Population Studies, 1956, 10(17), cité par Waldron 1976 et Wingard 1982.

SULLIVAN, D.F., Conceptual problems in developing an index of health, Public Health Service Pub. 1000, Vital and Health Statistics, Series 2, 17, National Center for Health Statistics, 1966, 1-18, cité par Golberg 1979.

SURAUULT, P., L'inégalité devant la mort, *Economica*, 1979, 140 p.

SURAUULT, P. "Les déterminants socio-culturels de la morbidité et de la mortalité", in Morbidité et mortalité aux âges adultes dans les pays développés, Chaire Quételet '82, Louvain la Neuve, Cabay, 1983: 193-241.

SURAUULT, P., Vers un accroissement des disparités sociales de mortalité, texte présenté au IIIe Colloque international de l'Association internationale des démographes de langue française, Montréal, 1988.

THURLOW, J., "General susceptibility to illness: a selective review", Canadian Medical Association Journal, 1967, 57: 840-847, cité Par Gove 1979.

VALLIN, J., "Socio-Economic Determinants of Mortality in Industrialized Countries", Population Bulletin of the United Nations, 1980, 13: 26-41.

VALLIN, J., "Tendances récentes de la mortalité française", Population, 1983, vol 38 (1): 77-105.

WALDRON, I., "Why do Women live longer than men", Social Science & Medecine, 1976,10, 349-362.

WARE, J.E., "Standards for validating health measures: definition and content", Journal of Chronical Diseases, 1987, 40(6):473-480.

WINGARD, D.L., "The Sex Differentials in Mortality Rates", American Journal of Epidemiology, 1982, 115(2): 205-216.

WRIGHT, S., "Subjective Evaluation of Health: a Theoretical Review", Social Indicators Research, 1985, vol 16(2): 169-179.

ANNEXE A

LE SCHEMA DE L'ENQUETE SANTÉ QUÉBEC

**Thèmes retenus pour l'enquête Santé Québec (1987) (\*)**

Déterminants	État de santé		Conséquences
habitudes de vie	physique	perçu/observé	consommation
antécédents	psychologique	positif/négatif	conséquences sur la fonctionnalité
environnement	social		
Sujets spécifiques			
Habitudes de vie	Santé physique		Consommation
• consommation d'alcool	• limitation d'activité		• professionnels rencontrés
• usage du tabac	• problèmes de courte durée		• lieu de consultation
• activités physiques	• problèmes chroniques		
• usage de véhicules-moteurs	• audition/vision		
• sommeil	• accidents/blessures		• usage de médicaments
• prévention féminine	• incapacités		
• usage des drogues	• perception générale		
Antécédents	Santé psychologique		Conséquences sur la fonctionnalité
• antécédents personnels	• suicide		• journée d'incapacité
• antécédents familiaux	• troubles psychologiques		• mobilité
	• santé mentale positive		• besoin d'aide
			• impact sur les rôles
Environnement	Santé sociale		
• travail	• problèmes sociaux		
• revenu			
• âge			
• sexe			
• scolarité			
• soutien social			
• événements stressants			

\* Cette liste s'inspire du modèle de l'Enquête Santé Canada

ANNEXE B  
L'INDICE DE SANTÉ GLOBALE  
ET  
LES QUESTIONS RETENUES



### Description des catégories composant l'indice d'état de santé globale et identification des questions ou variables correspondantes

Catégorie de l'indice d'état de santé globale	Questions ou variables
<p><b>1. Incapacité sévère</b></p> <p>Personne ayant des difficultés à manger, s'habiller, monter des escaliers, sortir à l'extérieur ou incapable de travailler ou d'étudier depuis six mois ou plus</p>	<p>Habituellement incapable de sortir de la maison sans aide Doit habituellement rester assise ou couchée Besoin d'aide pour prendre soin d'elle-même et se déplacer dans la maison Incapacité de faire les travaux ménagers quotidiens depuis 6 mois ou plus Incapacité de travailler hors du foyer depuis 6 mois ou plus Incapacité de poursuivre des études depuis 6 mois ou plus</p>
<p><b>2. Incapacité restreinte</b></p> <p>Personne ayant modifié le nombre d'heures ou le genre de travail, ayant cessé certaines activités ou incapable de travailler ou d'étudier depuis moins de six mois</p>	<p>Restriction des activités à la maison mais pas dans les travaux ménagers Restriction dans la capacité de travailler à l'extérieur ou de poursuivre des études sans en être incapable Restriction dans d'autres activités Incapacité de faire les travaux ménagers quotidiens depuis moins de 6 mois Incapacité de travailler hors du foyer depuis moins de 6 mois Incapacité de poursuivre des études depuis moins de 6 mois</p>
<p><b>3. Plusieurs conditions chroniques</b></p> <p>Personne sans incapacité mais présentant au cours des 12 mois précédant l'enquête, au moins deux problèmes ou conditions chroniques</p>	<p>Y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente un problème de: anémie, maladie de la peau ou autres allergies cutanées, autres allergies, rhume des foins, sérieux maux de dos ou de la colonne, arthrite ou rhumatisme, autres problèmes sérieux des os et des articulations, cancer, paralysie cérébrale, diabète, emphysème ou bronchite chronique ou toux persistante ou asthme, déficience mentale ou intellectuelle, dépression, épilepsie, hypertension, maladie de coeur, troubles urinaires ou maladie du rein, ulcères d'estomac, autres troubles digestifs, goitre ou troubles de la thyroïde, migraines ou maux de tête fréquents, incapacité ou handicap suite à la perte d'un membre, paralysie suite à un accident, paralysie suite à une attaque ou une hémorragie cérébrale, périodes de</p>
<p><b>4. Une condition chronique</b></p> <p>Personne sans incapacité mais présentant au cours des 12 mois précédant l'enquête, un problème ou une condition chronique</p>	

**Description des catégories composant l'indice d'état de santé globale  
et identification des questions ou variables correspondantes**

Catégorie de l'indice d'état de santé globale	Questions ou variables
5. Symptomatique	grande nervosité ou d'irritabilité, périodes de confusion ou de perte de mémoire fréquentes et importantes, incapacité ou handicap suite à l'obésité, période de 6 mois ou plus à avoir des visions ou penser que quelqu'un l'espionne »
Personne n'ayant aucune incapacité, problème ou condition chronique mais ayant présenté au cours des 12 mois précédant l'enquête, au moins un état symptomatique	Problèmes de santé rapportés qui n'ont pas entraîné d'incapacité ou de condition chronique
6. Aucune maladie	Aucune incapacité, condition chronique ou problème de santé
Personne n'ayant rapporté aucun problème de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête	

<p align="center"><b>SECTION I - INCAPACITÉ AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES</b></p> <p>Les questions qui suivent portent sur l'état de santé des membres de votre foyer au cours des 2 dernières semaines.</p> <p align="center"><b>POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE PERSONNE</b></p>	
<p>10a) Au cours des 2 dernières semaines, _____ a-t-il (elle) gardé le lit toute la journée ou presque (y compris les nuits passées à l'hôpital) pour des raisons de santé?</p> <p>1= oui 2= non (Passez à 11a)</p> <p>b) Pendant combien de jours? <span style="float:right">NOMBRE</span></p>	<p><input type="checkbox"/> 23</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 24-25</p>
<p align="center"><b>NE PAS LIRE LES BOUTS DE PHRASE ENTRE PARENTHÈSES S'ILS NE S'APPLIQUENT PAS</b></p> <p>11a) (Sans compter ce(s) jour(s) d'ailleurs...) Y a-t-il eu des (d'autres) jours au cours de ces 2 semaines où _____ a été incapable d'aller travailler, de tenir maison ou d'aller à l'école pour des raisons de santé?</p> <p>1= oui 2= non (Passez à 12a)</p> <p>b) Pendant combien de jours? <span style="float:right">NOMBRE</span></p>	<p><input type="checkbox"/> 26</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 27-28</p>
<p>12a) (Sans compter le(s) jour(s) déjà mentionné(s)) Y a-t-il eu des (d'autres) jours au cours de ces 2 semaines où _____ a dû <u>diminuer</u> ses activités habituelles pour des raisons de santé?</p> <p>1= oui 2= non (Passez à 13a)</p> <p>b) Pendant combien de jours? <span style="float:right">NOMBRE</span></p>	<p><input type="checkbox"/> 29</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 30-31</p>
<p>13a) Ça fait un total de _____ jours pendant les deux dernières semaines que _____ a dû limiter ses activités pour des raisons de santé.</p> <p align="center"><b>PRÉCISEZ LE NOMBRE DE JOURS SI 0 ÉCRIVEZ 00, ps 10a</b></p> <p>b) Quel était le principal problème de santé qui l'a obligé(e) à arrêter ou à modérer ses activités?</p> <p align="center"><b>PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE</b></p> <p>c) Ce problème était-il dû à un accident?</p> <p>1= oui 2= non (ps 10a)</p> <p>d) Quel genre de blessure _____ a-t-il (elle) eu?</p> <p align="center"><b>PRÉCISEZ LA BLESSURE ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 32-33</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 34-37</p> <p><input type="checkbox"/> 38</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 39-42</p>

**SECTION VII - PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES**

Les questions qui suivent portent sur les problèmes de santé de longue durée

ENCERCLEZ LE "1", "NON" OU "8". SI 1 OU 8, ÉCRIVEZ DANS LA CASE DE LA PERSONNE APPROPRIÉE. POUR CHAQUE PROBLÈME DE CHAQUE PERSONNE, INSCRIVEZ LE PROBLÈME ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION DANS LA ZONE

MONTREZ LA FICHE "G" ET DEMANDEZ.

45 Y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente un problème de:

a- Anémie .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	a <input type="checkbox"/> 14
b- Maladie de la peau ou autres allergies cutanées.	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	b <input type="checkbox"/> 15
c- Autres allergies .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	c <input type="checkbox"/> 16
d- Rhume des foies .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	d <input type="checkbox"/> 17
e- Sérieux maux de dos ou de la colonne .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	e <input type="checkbox"/> 18
f- Arthrite ou rhumatisme .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	f <input type="checkbox"/> 19
g- Autres problèmes sérieux des os et des articulations .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	g <input type="checkbox"/> 20
h- Cancer .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	h <input type="checkbox"/> 21
i- Paralyse cérébrale .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	i <input type="checkbox"/> 22
j- Diabète .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	j <input type="checkbox"/> 23
k- Emphysème ou bronchite chronique ou toux persistante ou asthme .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	k <input type="checkbox"/> 24
l- Déficience mentale ou intellectuelle .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	l <input type="checkbox"/> 25
m- Dépression .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	m <input type="checkbox"/> 26
n- Epilepsie .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	n <input type="checkbox"/> 27
o- Hypertension (haute pression) .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	o <input type="checkbox"/> 28
p- Maladie de cœur .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	p <input type="checkbox"/> 29
q- Troubles urinaires ou maladie du rein .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	q <input type="checkbox"/> 30
r- Ulcères d'estomac .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	r <input type="checkbox"/> 31
s- Autres troubles digestifs .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	s <input type="checkbox"/> 32
t- Goitre ou troubles de la thyroïde .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	t <input type="checkbox"/> 33
u- Migraines ou maux de tête fréquents .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	u <input type="checkbox"/> 34
v- Incapacité ou handicap suite à la perte d'un membre .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	v <input type="checkbox"/> 35
w- Paralyse suite à un accident .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	w <input type="checkbox"/> 36
x- Paralyse suite à une attaque ou une hémorragie cérébrale .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	x <input type="checkbox"/> 37
y- Périodes de grande nervosité ou d'irritabilité .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	y <input type="checkbox"/> 38
z- Périodes de confusion ou de perte de mémoire fréquentes et importantes .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	z <input type="checkbox"/> 39
aa- Incapacité ou handicap suite à l'obésité .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	aa <input type="checkbox"/> 40
bb- Période de 6 mois ou plus à avoir des visions, entendre des voix ou penser que quelqu'un l'espionne .....	1= oui (QUI?)	non	8= ne sait pas	bb <input type="checkbox"/> 41

116

3							
						0	8

POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE PERSONNE DE 15 ANS ET PLUS	
<p>34a) Comparativement à d'autres personnes du même âge en bonne santé, _____ est-il (elle) restreint(e) dans le genre ou la quantité d'activités qu'il(elle) peut faire, à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé?</p> <p>1= oui 2= non (Passer à 41a)</p>	<input type="checkbox"/> 22
<p>b) (Si oui) Depuis combien de temps _____ est-il(elle) restreint(e) dans ses activités?</p> <p>1= depuis la naissance 2= depuis _____ année(s) 3= depuis _____ mois 4= depuis moins d'un mois</p>	<input type="checkbox"/> 23  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 24-25
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">                     NOMBRE D'ANNÉES NOMBRE DE MOIS                 </div>	

ANNEXE C  
TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

**Tableau A-1**  
Répartition de l'échantillon, selon le sexe, l'âge (15-64 ans) et le statut d'activité  
Enquête Santé Québec 1987

Sexe	Statut d'activité	Groupe d'âges			
		15-29	30-44	45-64	Total
Hommes	Travailleurs	2 385	3 463	2 190	8 038
	Inactifs	1 592	507	918	3 017
	Total	3 977	3 969	3 108	11 054
Femmes	Travailleurs	2 065	2 400	1 242	5 707
	Inactifs	1 943	1 589	2 082	5 615
	Total	4 009	3 989	3 324	11 321
Sexes réunis	Travailleurs	4 450	5 863	3 432	13 744
	Inactifs	3 535	2 096	3 001	8 631
	Total	7 985	7 958	6 432	22 375

**Tableau A-2**  
Répartition des répondants qui n'ont pas été interviewés personnellement  
selon le sexe, le groupe d'âge et le statut d'activité  
Enquête Santé Québec 1987

Sexe	Statut d'activité	Groupe d'âges			
		15-29	30-44	45-64	15-64 ans
Hommes	Travailleurs	14,2	20,3	13,3	47,8
	Inactifs	11,3	2,6	4,2	18,1
	% du Total	25,4	22,9	17,5	65,9
Femmes	Travailleurs	8,5	5,6	3,0	17,1
	Inactifs	10,0	2,4	4,7	17,0
	% du Total	18,5	8,0	7,6	34,1
Sexes réunis	Travailleurs	22,7	26,0	16,3	64,9
	Inactifs	21,3	4,9	8,8	35,1
	% du Total	44,0	30,9	25,2	100,0

Tableau A-3: Surmorbidity des inactifs par rapport à celle des travailleurs\*, par sexe et groupe d'âge, d'après l'indice de santé globale (ISG), Enquête Santé Québec 1987

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
15-19	1,14	0,93	1,03
20-24	1,06	1,09	1,10
25-29	1,12	0,99	1,07
30-34	1,12	1,04	1,10
35-39	1,14	1,08	1,13
40-44	1,19	1,00	1,11
45-49	1,30	1,19	1,25
50-54	1,41	1,05	1,23
55-59	1,40	1,08	1,25
60-64	1,32	1,01	1,22
Total:	1,14	1,05	1,12

\* Il s'agit du rapport entre, au numérateur, l'ISG des inactifs et, au dénominateur, l'ISG des travailleurs. Plus le rapport est élevé, plus les écarts de morbidité entre travailleurs et inactifs est important (en défaveur des seconds).

Tableau A-4: Morbidité comparée des répondants selon le sexe et le statut d'activité Enquête Santé Québec 1987

	Statut de répondant*	TRAVAILLEURS		INACTIFS	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Indice de santé globale	I	0,511	0,565	0,578	0,583
	NI	0,438	0,473	0,516	0,507
Nombre moyen de problèmes chroniques	I	0,67	0,98	1,03	1,08
	NI	0,47	0,58	0,68	0,70
Jours de restriction d'activité (moyenne annuelle)	I	12,3	13,8	39,1	22,6
	NI	8,2	9,1	26,5	14,9
Taux d'incapacité prolongée (%)	I	4,6	4,6	18,2	9,0
	NI	2,5	1,9	13,9	9,0

\* I = répondant interrogé personnellement et qui a répondu pour ses proches;  
NI = répondant qui n'a pas été interrogé personnellement.

N.B. Données standardisées pour l'âge



Tableau A-5: Nombre moyen de problèmes chroniques, suivant le statut de répondant, le sexe et le groupe d'âge, population totale, Enquête Santé Québec 1987

Sexe	Groupe d'âges	Statut de répondant		Ratio I/NI
		Interviewé (I)	Non interviewé (NI)	Rapport de surmorbidity des int.
Hommes (H)	15-29	0,653	0,345	1,89
	30-44	0,739	0,481	1,54
	45-64	1,026	0,760	1,35
	Total standardisé	0,785	0,507	1,55
Femmes (F)	15-29	0,952	0,483	1,97
	30-44	0,922	0,612	1,51
	45-64	1,383	0,960	1,44
	Total standardisé	1,048	0,657	1,60
Ratio F/H (Rapport de surmorbidity féminine)	15-29	1,46	1,40	
	30-44	1,25	1,27	
	45-64	1,35	1,26	
	Total	1,34	1,30	

Tableau A-6: Nombre annuel moyen de jours de restriction temporaire d'activités selon le statut de répondant, le sexe et le groupe d'âge, population totale, Enquête Santé Québec 1987

Sexe	Groupe d'âges	Statut de répondant		Ratio I/NI
		Interviewé (I)	Non interviewé (NI)	Rapport de surmorbidity des int.
Hommes (H)	15-29	13,0	7,8	1,67
	30-44	17,5	9,6	1,82
	45-64	35,8	18,9	1,89
	Total standardisé	20,7	11,4	1,82
Femmes (F)	15-29	15,9	8,7	1,83
	30-44	16,6	11,0	1,51
	45-64	24,9	19,8	1,26
	Total standardisé	18,5	12,5	1,48
Ratio F/H (Rapport de surmorbidity féminine)	15-29	1,22	1,11	
	30-44	0,95	1,15	
	45-64	0,70	1,05	
	Total	0,89	1,10	

Tableau A-7: Prévalence de l'incapacité prolongée selon le statut de répondant, le sexe et le groupe d'âge, population totale, Enquête Santé Québec 1987

Sexe	Groupe d'âges	Statut de répondant		Ratio I/NI
		Interviewé (I)	Non interviewé (NI)	Rapport de surmorbidity des int.
Hommes (H)	15-29	4,6	2,2	2,09
	30-44	7,1	3,5	2,03
	45-64	17,1	9,6	1,78
	Total standardisé	8,8	4,6	1,91
Femmes (F)	15-29	5,3	2,5	2,12
	30-44	4,9	3,9	1,26
	45-64	12,5	10,6	1,18
	Total standardisé	6,9	5,1	1,35
Ratio F/H (Rapport de surmorbidity féminine)	15-29	1,15	1,14	
	30-44	0,69	1,11	
	45-64	0,73	1,10	
	Total	0,79	1,11	

Tableau A-8: Travailleurs de 15 à 64 ans, par sexe et catégorie professionnelle (13) échantillon de l'Enquête Santé Québec 1987

Catégorie professionnelle	Hommes		Femmes		TOTAL	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Cadres, professionnels	1 719	21,4	838	14,7	2557	18,6
Enseignants	261	3,2	401	7,0	662	4,8
Personnel infirmier	103	1,3	474	8,3	577	4,2
Trav. de bureau	563	7,0	1 973	34,6	2 536	18,5
Trav. de la vente	909	11,3	598	10,5	1 507	11,0
Trav. de la restauration	273	3,4	390	6,8	663	4,8
Autres Trav. des services	551	6,9	406	7,1	957	7,0
Trav. de l'agriculture	221	2,7	43	0,7	263	1,9
Autres trav. du primaire	111	1,4	2	0,0	113	0,8
Ouvriers	1 676	20,9	425	7,4	2 101	15,3
Trav. de la construction	748	9,3	9	0,2	756	5,5
Trav. du transport	469	5,8	24	0,4	493	3,6
Manutentionnaires et autres ouvriers qual. NCA	415	5,2	123	2,2	538	3,9
NCA	20	0,2	1	0,0	21	0,2
<b>Total travailleurs</b>	<b>8 038</b>	<b>100,0</b>	<b>5 706</b>	<b>100,0</b>	<b>13 744</b>	<b>100,0</b>

Tableau A-9: Morbidité des travailleurs par sexe et catégorie professionnelle (4)  
selon quelques indicateurs, Enquête Santé Québec 1987

Catégorie professionnelle	Sexe	Indicateurs			
		Indice de santé globale	Problèmes chroniques (nbre moyen)	Restriction temporaire (jours)	Incapacité prolongée (%)
Cols blancs	H	0,472	0,568	6,8	3,1
	F	0,535	0,830	12,7	4,1
	T	0,507	0,709	10,0	3,6
Trav. des services	H	0,475	0,592	11,0	5,0
	F	0,542	0,969	9,1	2,9
	T	0,508	0,775	10,1	4,0
Trav. du primaire*	H	0,404	0,394	5,0	1,9
	T	0,417	0,414	7,9	2,0
Cols bleus	H	0,444	0,468	12,3	2,7
	F	0,518	0,776	9,0	1,8
	T	0,455	0,511	11,7	2,5
Total:	H	0,457	0,519	9,4	3,0
	F	0,534	0,840	12,0	3,7
	T	0,489	0,651	10,5	3,3

N.B. Données standardisées pour l'âge

\* Les indicateurs concernant les travailleuses du primaire ne sont pas fiables en raison de trop faibles effectifs.

Tableau A-10: Morbidité des répondants suivant la catégorie professionnelle (4)  
et quelques indicateurs, Enquête Santé Québec 1987

Catégorie professionnelle	Statut de répondant	Indicateurs			
		Indice de santé globale	Problèmes chroniques (nbre moyen)	Restriction temporaire (jours)	Incapacité prolongée (%)
Cols blancs	Int.	0,560	0,910	15,6	4,9
	Non-int.	0,453	0,515	5,4	2,3
	Total	0,505	0,708	9,8	3,6
Trav. des services	Int.	0,550	0,941	8,6	4,0
	Non-int.	0,459	0,571	10,0	3,4
	Total	0,503	0,748	9,4	3,7
Trav. du primaire	Int.	0,485	0,596	5,5	1,8
	Non-int.	0,408	0,405	10,4	2,4
	Total	0,426	0,449	9,3	2,2
Cols bleus	Int.	0,496	0,652	10,8	4,1
	Non-int.	0,440	0,463	10,5	2,0
	Total	0,456	0,517	10,6	2,6
Total:	Int.	0,545	0,861	13,3	4,6
	Non-int.	0,447	0,499	8,5	2,3
	Total	0,489	0,651	10,5	3,3

N.B. Données brutes

**Tableau A-11: Taux de participation aux entrevues,\*  
selon le statut d'activité, le sexe et le groupe d'âge  
Enquête Santé Québec 1987**

Sexe	Groupe d'âges	Statut d'activité		Total
		Travailleurs	Inactifs	
Hommes	15-29	27,3%	13,4%	21,8%
	30-44	28,3%	37,7%	29,5%
	45-64	25,5%	44,1%	31,0%
	Total	27,2%	26,8%	27,1%
Femmes	15-29	49,6%	37,1%	43,5%
	30-44	71,3%	81,9%	75,5%
	45-64	70,9%	72,7%	72,0%
	Total	63,3%	62,9%	63,1%
Sexes réunis	Total	42,2%	50,3%	45,4%

\* Les taux résultent de la division du nombre de personnes interrogées dans chaque catégorie, sexe et statut d'activité, par le nombre total de répondants dans l'échantillon pour les mêmes catégories.