

La perception de la santé à travers l'enquête Santé Québec Self-Assessment of Health: The Results of Quebec's Health Survey

La percepción de la salud a través de la encuesta Salud Québec

Louise Guyon

Volume 17, Number 2, Fall 1988

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/600639ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/600639ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (print)

1705-1495 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Guyon, L. (1988). La perception de la santé à travers l'enquête Santé Québec. *Cahiers québécois de démographie*, 17(2), 193–212.
<https://doi.org/10.7202/600639ar>

Article abstract

In order to estimate a population's health, would it be meaningful to look to the way people perceive their own health? On the basis of the results from a health survey made in Quebec in 1987 among about 20,000 individuals aged 15 years and over, one may conclude that health self-assessment is indeed closely linked to other health indicators, considered as more "objective". Conformity is particularly strong with respect to indicators of mental health. These first results suggest some new research avenues concerning the use of health self-assessment in health care planning.

La perception de la santé à travers l'enquête Santé Québec

Louise GUYON*

INTRODUCTION

L'enquête *Santé Québec* a été réalisée en 1987, dans toutes les régions du Québec. Elle a rejoint près de 32 000 personnes au cours d'entrevues directes auprès de ménages dont le logement a été choisi et par questionnaire auto-administré. Le bilan de santé est articulé autour de trois grands axes, soit les déterminants (habitudes de vie, environnement social), l'état de santé (physique et psychologique) et ses conséquences (incapacité, recours aux services, consommation de médicaments). Parmi les éléments recueillis dans le questionnaire auto-administré (qui s'adressait aux individus âgés de 15 ans et plus), on retrouve la notion de perception de la santé qui faisait déjà l'objet d'une section de l'enquête canadienne sur la *Promotion de la santé* de 1985.

La notion de santé perçue peut paraître une pure question de sémantique. Pour certains, tout ce qui vient d'une enquête sur le terrain appartient au domaine de la perception, que ce soit pour la définition globale de son état de santé, de problèmes particuliers ou d'actions posées en vue d'améliorer son état. Pour ceux-là, la seule notion «objective» de la santé, ou de la maladie, est celle qui vient d'un examen professionnel ou de mesures faites par des experts - elle équivaut à peu près au diagnostic médical; tout autre verdict, si intéressant soit-il, doit être utilisé avec prudence, voire circonspection. Une telle attitude est d'ailleurs un peu compréhensible, dans un

* Santé Québec, Montréal.

Ce texte a été préparé à partir d'une présentation des premiers résultats de l'enquête *Santé Québec*, lors de la 79e Conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique, à Québec, le 4 juillet 1988.

système comme le nôtre, où les catégories officielles définissent le devenir des individus, c'est-à-dire où l'accès aux soins et aux services doit franchir la barrière du diagnostic ou de la catégorie.

Dans une enquête de santé du type de celle de *Santé Québec*, la parole est redonnée à l'individu; il a en quelque sorte le pouvoir de contrôler l'information sur son propre état, de redéfinir le diagnostic, de déplacer à son gré le vecteur de la gravité ou de la lourdeur de ses symptômes.

La première question qui se pose alors est celle-ci : jusqu'à quel point possède-t-on ce pouvoir ? Jusqu'à quel point n'est-il pas lui-même encombré du langage professionnel auquel il a été soumis ? Et finalement, quelle digestion en a-t-il faite ?

Le chercheur qui utilise les données de l'enquête doit savoir alors que les problèmes rapportés par les personnes sont à la fois le produit de leurs expériences et de leurs perceptions, mais aussi de diagnostics professionnels que ces personnes se rappellent avoir reçus. Certains y verront une plus grande richesse d'information, d'autres une accentuation de l'imprécision de l'objet d'étude. Tout dépend aussi des objectifs poursuivis.

Dans l'étude des concepts de santé, comme de maladie, la nécessité d'une orientation centrée sur l'articulation de la personne et du système socio-culturel a depuis longtemps été démontrée. Si pour nous, il ne fait maintenant plus de doute que l'étude des facteurs sociaux dont dépendent la santé et la maladie et celle des institutions et des normes sociales qui les concernent doivent être menées de pair, nous devons également tenir compte de la perception que l'individu en élabore et du sens qu'ils prennent pour lui.

Il apparaissait intéressant, lors de la conception du questionnaire de l'enquête *Santé Québec*, d'aller chercher, à l'aide de questions directes, l'idée que les gens se faisaient de leur santé. La réponse devait éviter de refléter le processus de dégradation de la santé associée à l'avancement en âge. C'est pourquoi elle se lisait comme suit (figure 1) :

Figure 1
Question relative à la perception de la santé,
enquête Santé Québec

Question : Comparativement à d'autres personnes de votre âge,
diriez-vous que votre santé est, en général,

excellente
très bonne
bonne
moyenne
mauvaise

Notes : Situation : questionnaire auto-administré
Population : personnes âgées de 15 ans et plus
Nombre de répondants : 19 576
Taux de réponse : 99 %

La même question avait été posée à la population canadienne
lors de l'enquête sur la *Promotion de la santé*, en 1985 (Santé
et Bien-être social Canada, 1987), ce qui permet d'établir les
comparaisons suivantes :

Tableau 1
Perception de la santé dans la population âgée de 15 ans
et plus, Québec, 1985 et 1987

Perception	1985	1987
excellente ou très bonne	63,0 %	59,5 %
bonne	23,6 %	29,1 %
moyenne ou mauvaise	13,5 %	11,4 %

Sources : 1985 : Enquête sur la *Promotion de la santé*, 846
répondants

1987 : Enquête *Santé Québec*, 19 576 répondants

Santé Québec, à la suite de *Promotion de la santé*, rajoute trois autres questions qui tentent de cerner, chez la personne interrogée, sa satisfaction face à son état de santé, la qualification qu'elle fait de sa vie face au stress, et également face au bonheur. Au départ, l'évaluation dite subjective qui serait faite de ces thèmes viendrait compléter ou renforcer les autres indicateurs de santé.

La littérature nous apprend qu'un sujet qui répond à de telles questions ne fait pas que choisir une catégorie de réponses : il transmet aussi un message (Herzlich, 1960). Il faut être bien conscient qu'en face d'un autre enquêteur, ou dans d'autres circonstances, le message serait codé différemment. La même question posée par un courtier en assurance-vie recevrait peut-être une réponse un peu différente d'une certaine partie de la population.

L'étape suivante consiste à décoder les réponses. Si, à la suite des travaux de Herzlich (1964) et de Freidson (1970), on repose le problème des rapports entre les concepts de santé, de maladie et de valeurs, on retrouve les mêmes questions face à l'interprétation des comportements : est-ce que la santé se confond avec le bien ? la maladie est-elle le mal ? la santé est-elle une norme requise par la société ? la maladie est-elle perçue comme une conduite déviante ou comme un alibi ? Et qui a le droit ou la possibilité de se déclarer malade sans trop s'écarter des normes édictées par la société ? Les études sur la santé mentale montrent, par exemple, que les femmes semblent moins hésiter que les hommes à rapporter des symptômes (Phillips et Segal, 1969, et Cooperstock, 1971).

Plusieurs possibilités s'offrent alors à l'analyste :

- faire le portrait des différentes catégories de perception en fonction des variables socio-économiques;
- établir la correspondance avec des mesures plus précises de la santé, c'est-à-dire vérifier si l'idée que les personnes ont de leur santé correspond bien aux problèmes et aux symptômes qu'elles rapportent; ensuite on pourra chercher à connaître lesquels d'entre eux sont le plus souvent associés à une vision pessimiste de la santé;
- vérifier le lien entre la perception de la santé et le recours aux soins et aux services.

Par la suite, on sera plus en mesure d'évaluer la pertinence d'une telle approche au sein d'une enquête de santé : peut-on lui accorder une valeur prédictive, et à quelles conditions ? Mais déjà avec ces interrogations, nous avons dépassé le propos de cette présentation qui se veut plus descriptive. Nous avons seulement voulu souligner la possibilité d'analyses plus poussées qui pourront être faites ultérieurement.

Les résultats qui suivent sont essentiellement descriptifs. Ils sont intéressants en ce qu'ils présentent les grandes lignes et les grandes tendances de l'état de santé de la population québécoise telles qu'elles se présentaient en 1987, synthétisées autour d'un thème central qui appartient au domaine de la perception. L'objectif principal était de vérifier la congruence de la notion de perception de la santé avec l'état de santé obtenu à partir de plusieurs approches.

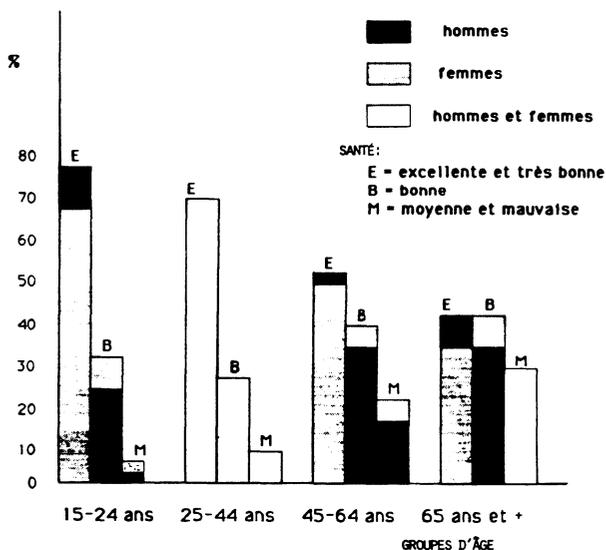
À QUI APPARTIENT LA SANTÉ ?

Tout comme dans *Promotion de la santé*, les personnes qui se déclarent en meilleure santé sont plus jeunes, plus scolarisées, bien nanties. Elles sont plus souvent mariées, ou bien ont toujours vécu seules, particulièrement si elles sont de sexe masculin, et ceci quel que soit leur âge. Enfin, les personnes dont la langue habituelle est l'anglais ont une meilleure perception de leur santé que les francophones; quant à celles qui utilisent une autre langue, elles sont deux fois plus nombreuses que la moyenne à se déclarer en moins bonne santé.

Comme le montre la figure 2, les hommes se perçoivent, dans l'ensemble, en meilleure santé que les femmes, sauf entre 25 et 44 ans, où ils semblent partager le même avis. La santé est jugée de moins en moins bonne à mesure que l'on avance en âge et, à partir de 65 ans une proportion égale d'hommes et de femmes (environ 30 %) s'accordent pour la définir carrément mauvaise.

Figure 2

Perception de la santé selon l'âge et le sexe,
population âgée de 15 ans et plus, Québec 1987



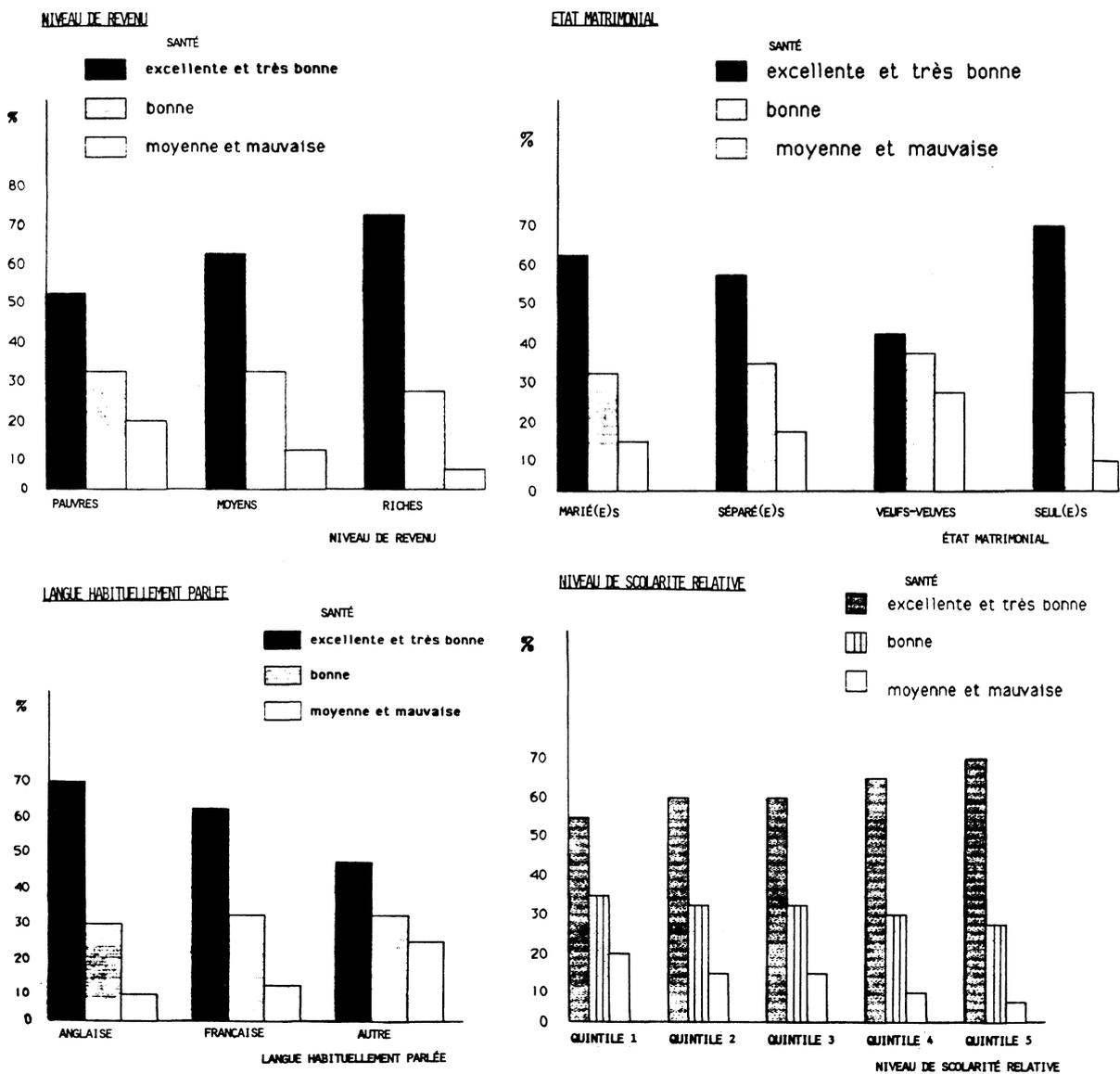
Note : Lorsque le pourcentage relatif aux hommes est supérieur à celui relatif aux femmes, la zone noircie est au-dessus de la zone en grisé; lorsqu'il lui est inférieur, la zone noircie est en dessous de la zone en grisé; lorsque les deux pourcentages sont égaux, l'ensemble reste blanc.

La figure 3 montre qu'à mesure que s'élève la scolarité¹, la perception de sa propre santé s'améliore; au niveau le plus élevé, plus de sept personnes sur dix se considèrent en excellente ou en très bonne santé. Soulignons que 20 % des moins scolarisés, indépendamment de l'âge, décrivent leur santé comme moyenne ou mauvaise. Les veufs et les veuves sont plus

1. Mesurée par le niveau de scolarité relative, soit le niveau de scolarité atteint par un individu relativement à la scolarité des personnes du même groupe d'âge et du même sexe; le premier quintile correspond à la plus faible scolarité.

Figure 3

Perception de la santé selon la scolarité relative, l'état matrimonial, la langue usuelle et le niveau de revenu, Québec, 1987



nombreux, proportionnellement, à se déclarer en moins bonne santé, et cette situation persiste même en contrôlant l'effet de l'âge. Toutefois, ils sont alors suivis de près par les personnes séparées et divorcées. Si plus de 70 % des bien nantis se déclarent en excellente ou très bonne santé, cette proportion passe à seulement 50 % chez les plus défavorisés économiquement. Ces derniers sont trois fois plus nombreux que les riches à qualifier leur santé de moyenne ou mauvaise².

Il s'agit là, répétons-le, d'une analyse sommaire, qui reste pour l'instant au pur niveau descriptif. Il faudra par la suite reprendre des catégories, qui ne sont pas toujours mutuellement exclusives, et départager leurs effets respectifs (par exemple, celui du niveau de revenu et de l'âge).

Ces résultats vont évidemment dans le sens de nos attentes : qu'une situation socio-économique supérieure s'accompagne d'une vision positive de sa santé, il n'y a pas là de quoi nous surprendre. La relation devient plus éloquente lorsqu'on poursuit l'analyse des données de l'enquête. Émond et Guyon (1988 : 44) nous apprennent, par exemple, que : «Les plus pauvres et les moins scolarisés... cumulent les plus mauvaises habitudes de vie, le plus grand nombre de problèmes de santé et les plus incapacitants, de même que la plus forte consommation de médicaments...». Le lien entre le niveau social et l'état de santé, qui ressort tout au long de l'analyse des données de l'enquête, apporte une dimension plus significative à la perception que les gens se font de leur santé : lorsqu'une personne à faible revenu se déclare en moins bonne santé que les autres personnes du même âge, il y a de bonnes chances qu'elle soit effectivement plus atteinte. Autrement dit, sa perception négative n'est pas le seul résultat de sa situation socio-économique.

LA SANTÉ SE GAGNE-T-ELLE ?

Les personnes qui consomment de l'alcool de façon régulière ou occasionnelle se perçoivent en aussi bonne santé, sinon en meilleure, que la moyenne de la population. À l'inverse, les anciens buveurs sont trois fois plus nombreux à se déclarer en

2. Le niveau de revenu est calculé à partir du revenu familial et du nombre de personnes par ménage; il importe de souligner que l'on retrouve une plus grande proportion de personnes pauvres et très pauvres dans la population plus âgée.

moins bonne santé. Ici, on peut poser l'hypothèse que leur état de santé peut être à l'origine de leur comportement face à l'alcool.

Quant aux abstinents, c'est-à-dire ceux qui n'ont jamais consommé d'alcool, leurs déclarations varient selon le sexe : les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à percevoir leur santé comme mauvaise. Ici, l'âge devient un facteur explicatif, puisqu'elles sont en moyenne plus âgées que leurs homologues masculins.

L'indice Cage³ qui rapporte les problèmes reliés à l'alcool ne montre, quant à lui, aucune relation entre la perception de la santé et un score plus ou moins élevé. Cela signifie que les personnes à risque se perçoivent comme le fait l'ensemble de la population.

La situation est quelque peu différente avec le tabagisme. Les fumeurs réguliers sont un peu moins portés à s'octroyer la meilleure santé; par contre, les anciens fumeurs ont un comportement identique à celui de l'ensemble de la population, contrairement aux anciens buveurs. Il serait intéressant de pousser l'analyse de ces deux types de comportement en fonction des problèmes de santé et des autres variables associées à la consommation.

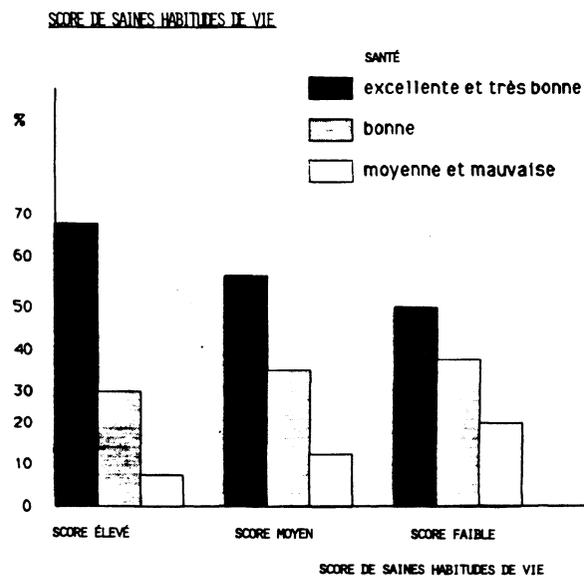
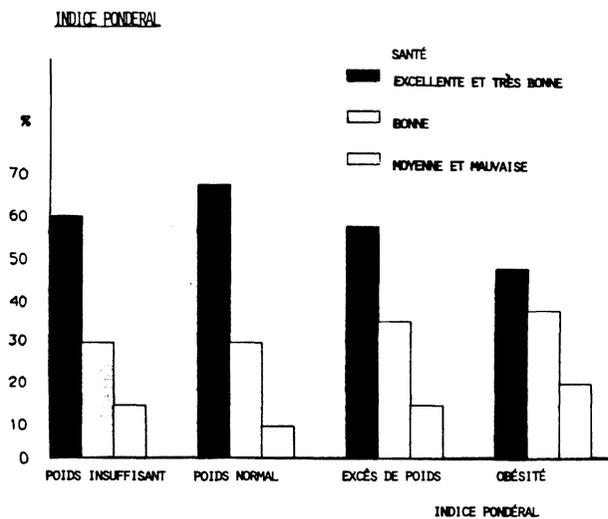
Les hommes qui n'ont jamais fumé se distinguent nettement des autres, puisque près des trois quarts se perçoivent en excellente ou très bonne santé. Cependant, il ne faut pas oublier qu'ils sont plus jeunes en moyenne que les fumeurs réguliers. On constate une association importante avec le nombre de cigarettes fumées quotidiennement : parmi les fumeurs, la meilleure santé est plus souvent du côté des «petits fumeurs», c'est-à-dire de ceux qui ne fument pas plus de dix cigarettes par jour.

Avec l'«indice pondéral», c'est-à-dire le rapport poids-taille, les différences sont plus marquées. La figure 4 montre que, parmi les personnes faisant de l'obésité, une sur cinq se perçoit en moins bonne santé, alors que près des deux tiers de celles qui ont un poids normal se trouvent en excellente ou très bonne santé. L'excès de poids, sans obésité, tout comme l'insuffisance de poids, ne se distingue pas de la moyenne.

3. L'indice Cage est composé à partir de quatre questions sur le comportement face à la consommation d'alcool, et il permet de définir les buveurs à risque (Levasseur, 1988).

Figure 4

Perception de la santé selon l'indice pondéral et le score de saines habitudes de vie, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

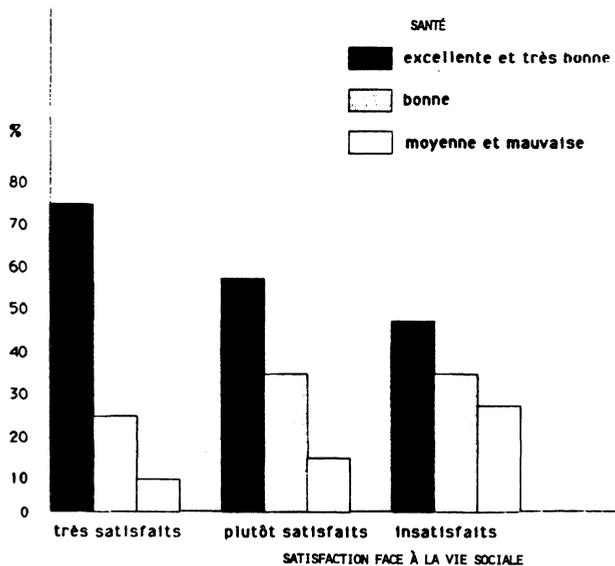


Si l'on regarde l'indice synthétique de «saines habitudes de vie»⁴, toujours à la figure 4, les différences se détachent tout aussi nettement : les personnes qui se retrouvent dans la catégorie «score faible» sont trois fois plus nombreuses que celles qui ont de «bonnes habitudes» à se percevoir en moins bonne santé (la relation demeure d'ailleurs après élimination de l'effet de l'âge et du sexe).

Comme le montre la figure 5, la perception qu'on a de sa vie sociale est fortement reliée à la perception qu'on a de sa santé. Les gens qui se disent très satisfaits de leur vie sociale sont significativement plus nombreux à se déclarer en excellente et très bonne santé. Ceux qui s'en disent insatisfaits sont quatre fois plus nombreux à déplorer une santé médiocre.

Figure 5

Perception de la santé selon le degré de satisfaction face à la vie sociale, population âgée de 15 ans et plus, Québec 1987



4. Cet indice est composé de cinq habitudes de vie : consommation de cigarettes, d'alcool, exercice physique, habitude de sommeil et indice pondéral.

L'ÉTAT DE SANTÉ

À présent, il convient d'aborder l'état de santé de la population. Peut-on raisonnablement poser l'hypothèse que la santé perçue et la santé vécue (à partir des déclarations des répondants des ménages) vont toutes les deux dans le même sens ?

Si l'on considère l'état de santé globale, défini à la fois par la présence ou l'absence d'incapacités ou de problèmes ou encore de symptômes, la correspondance est très forte⁵. Comme le montre le tableau 2, à mesure que l'état de santé se détériore (indice croissant), la perception que l'on en a devient plus pessimiste. Les personnes qui se déclarent en excellente santé ont vraiment un indice de santé globale meilleur que la moyenne de la population et, à l'inverse, les évaluations les plus basses sont le fait des personnes les plus atteintes. Des données non présentées ici montrent que ceci se vérifie quel que soit l'âge.

Tableau 2

Perception de la santé selon l'indice de santé globale, population âgée de 15 ans et plus, Québec 1987

Perception de la santé	Indice de santé globale		
	Hommes	Femmes	Total
excellente	.37	.40	.38
très bonne	.41	.48	.45
bonne	.51	.59	.56
moyenne/ mauvaise	.73	.77	.76

5. L'indice de santé globale est le niveau de santé obtenu à partir de réponses à différentes questions sur l'incapacité, la restriction d'activité, la présence ou l'absence de problèmes de santé physique ou mentale ainsi que celle de symptômes (Gouvernement du Québec, 1988).

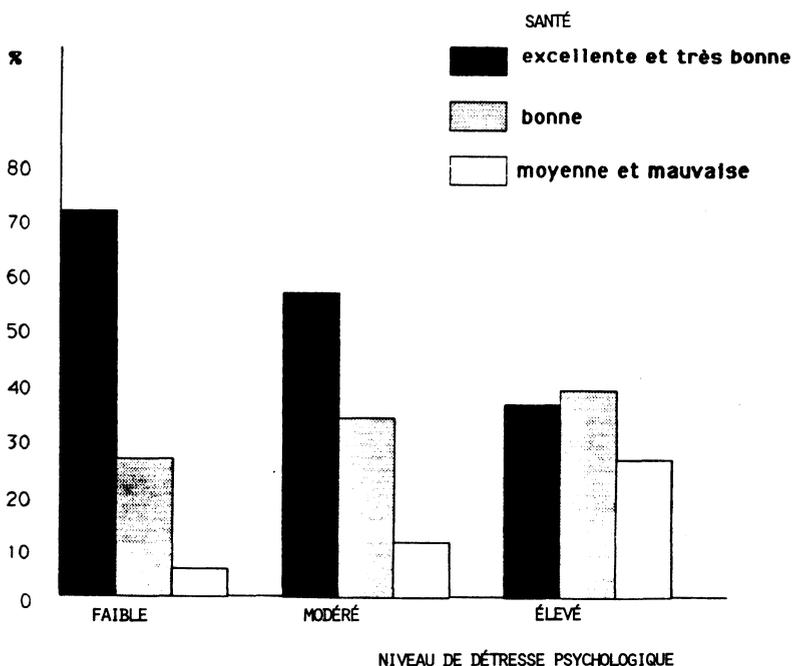
Les différences entre les hommes et les femmes sont intéressants au niveau des nuances. Si en moyenne les hommes se déclarent en meilleure santé que les femmes, lorsqu'ils se déclarent en «excellente santé», leur état global est nettement meilleur que celui des femmes qui font la même déclaration. Autrement dit, pour un état de santé comparable, les femmes ont une perception plus positive que leurs homologues masculins.

Quant à l'âge, on remarque que les plus jeunes ont tendance à être plus critiques face à leur état de santé, alors que leurs aînés semblent accepter plus souvent qu'une excellente santé cohabite avec un certain nombre de problèmes.

Donc, l'état de santé globale se compare très étroitement à l'idée que les gens se font de leur santé. Comme l'illustre la figure 6, cette situation est encore plus marquée si l'on considère la santé psychologique.

Figure 6

Perception de la santé selon le niveau de détresse psychologique, population âgée de 15 ans et plus, Québec 1987

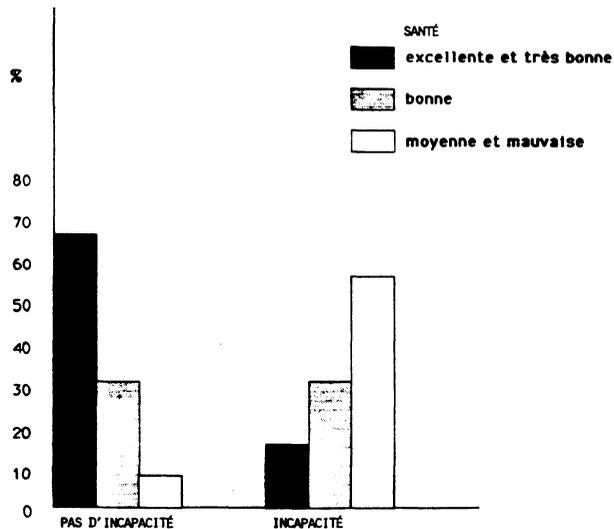


Les personnes dont le niveau de détresse psychologique⁷ est élevé se déclarent en mauvaise santé cinq fois plus souvent que celles dont le niveau est faible. La relation est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, mais elle est significative à tous les niveaux.

Mais c'est avec l'incapacité physique que la relation entre perception et état de santé est à son maximum. Comme le montre la figure 7, seulement 15 % des personnes affligées d'une incapacité, quelle qu'en soit la gravité, se déclarent en excellente ou très bonne santé, alors que c'est le cas de près de deux personnes sur trois ne souffrant pas d'incapacité. La relation reste très significative après élimination de l'effet de l'âge.

Figure 7

Perception de la santé selon la présence ou l'absence d'incapacité, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987



7. Le niveau de détresse psychologique est estimé par un indice à partir de réponses à une grille de questions développée par F.W. Ilfeld. Cet indice permet de définir des états dépressifs, des états anxieux et certains symptômes d'agressivité et de troubles cognitifs (Perrault, 1987). Un niveau «élevé» de détresse psychologique est caractérisé par une plus grande nombre de symptômes psychologiques ou physiques, que l'on pense être reliés à des désordres psychiatriques.

LE RECOURS AUX SOINS

On a l'habitude de considérer le recours aux soins et aux services de santé comme un indicateur de la gravité des problèmes ressentis. Dans l'optique d'une correspondance entre la perception de la santé et la situation vécue, on devrait s'attendre à ce que les personnes se disant les plus atteintes soient également les plus nombreuses à se prévaloir des soins.

De fait, on peut constater à la figure 8 que, tout en suivant le même modèle quant à l'âge, les personnes qui ont consulté se perçoivent en moins bonne santé que celles qui ne l'ont pas fait. Cette différence s'accroît avec l'âge et on remarque que parmi les personnes qui consultent, les hommes se déclarent plus souvent en moins bonne santé que les femmes.

Le motif de consultation apporte une information supplémentaire. En effet, si l'on se perçoit en moins bonne santé lorsque l'on fait partie globalement du groupe des consommateurs de soins, il en va différemment selon le motif de la consultation. Les résultats présentés dans le tableau 3 montrent que les personnes qui ont consulté pour «maladie cardiaque» se déclarent en mauvaise santé trois fois plus souvent que l'ensemble des «consultants»; par contre, souffrir de «malaises et de fatigue» ou de «troubles de l'audition» et consulter pour ces problèmes, va plus souvent de pair avec une excellente santé. Toutefois, aucun ne dépasse la moyenne générale qui se situe autour de 60 % (voir tableau 1).

Cependant, ces données mériteraient d'être raffinées, particulièrement en ce qui a trait à l'effet de l'âge, au nombre de consultations et au type de professionnel.

Figure 8

Perception de la santé selon la consultation auprès de professionnels, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

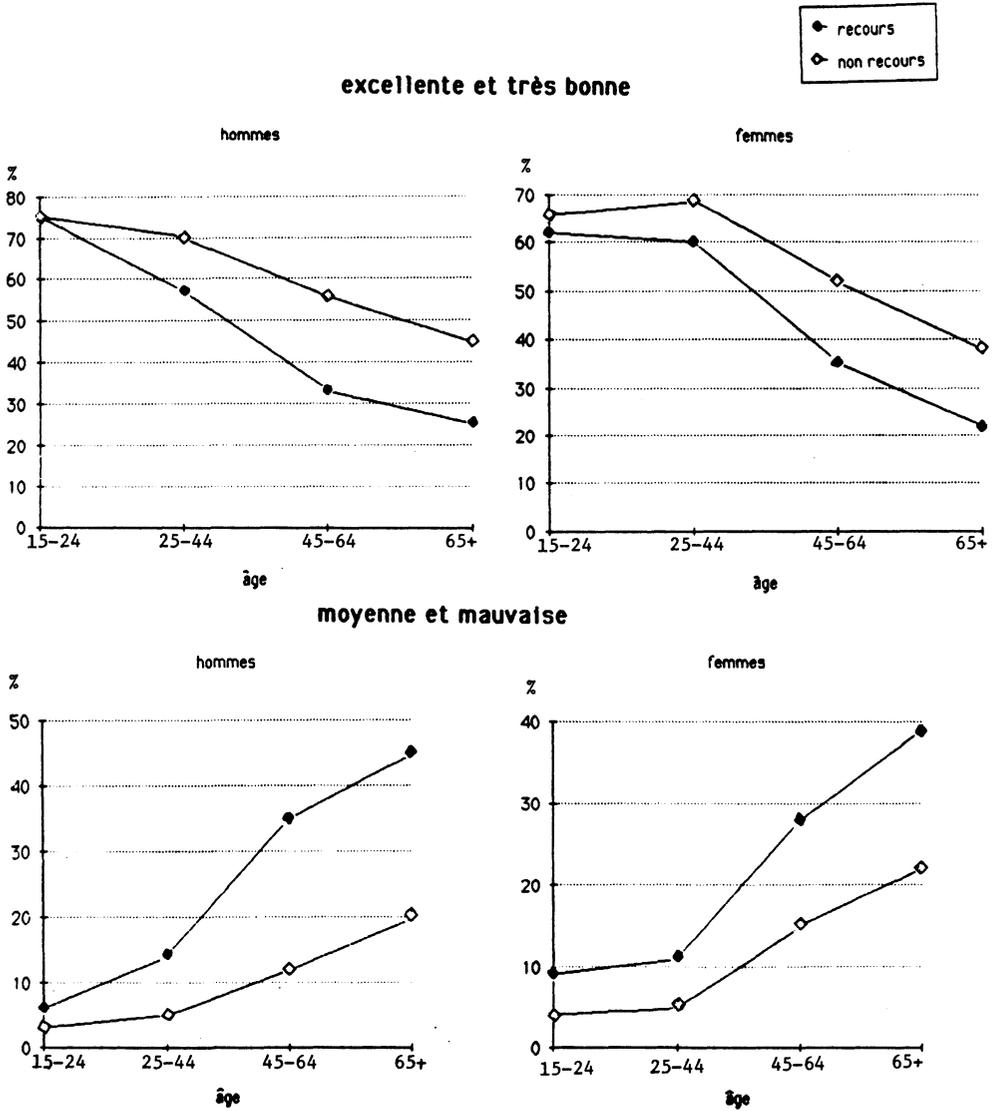


Tableau 3

Perception de la santé chez les personnes qui ont consulté, selon le motif de la consultation, population âgée de 15 ans et plus, Québec 1987

1. Catégories pour lesquelles on se déclare en mauvaise santé plus souvent que la moyenne

Motif de la consultation	Proportion se déclarant en mauvaise santé (%)
Maladie cardiaque	63,5
Bronchite et emphysème	55,5
Diabète	47,6
Troubles mentaux	38,5
Ensemble des consultations	21,4

2. Catégories pour lesquelles on se déclare en excellente ou très bonne santé plus souvent que la moyenne

Motif de la consultation	Proportion se déclarant en excellente ou très bonne santé (%)
Malaises et fatigue	59,2
Troubles de l'audition	59,1
Lésions accidentelles	54,5
Maux de tête	54,3
Ensemble des consultations	47,3

CONCLUSION

À ce tout premier stade d'analyse, les données sur la perception se révèlent intéressantes, particulièrement au niveau de l'analyse des facteurs socio-économiques et des indicateurs de l'état de santé physique et mentale. La correspondance étroite entre la santé perçue et l'état réel tel que déclaré par les individus eux-mêmes ou le répondant du ménage, est une bonne indication de la valeur d'un indice de perception de la santé.

Avec les habitudes de vie, les résultats sont moins homogènes, et il faudra sans aucun doute raffiner l'étude des indices afin d'établir quels liens sont significatifs. À ce niveau, l'utilisation d'études longitudinales permettra plus sûrement d'établir le sens des relations : on a vu, par exemple, dans le cas des anciens buveurs d'alcool, qu'il serait important de faire intervenir une troisième variable pour bien comprendre la signification des résultats. Par contre, les relations avec l'environnement social semblent extrêmement prometteuses et méritent d'être approfondies.

Il serait hautement souhaitable que les chercheurs continuent d'analyser les questions entourant la perception de la santé. Son lien, particulièrement avec la santé, l'incapacité et le recours aux soins, permettrait d'établir son utilité en tant qu'indicateur («proxy») de l'état de santé dans une enquête d'un autre ordre par exemple. En ceci, les résultats de *Santé Québec* se rapprochent des travaux de Maddox et Douglass (1973) qui, à partir d'études longitudinales, faisaient la démonstration que la perception que les gens ont de leur santé est une donnée subjective qui peut remplacer une mesure plus élaborée de la santé, lorsque nécessaire.

En général, on peut affirmer que les Québécois et les Québécoises sont d'excellents juges de leur santé. Ces résultats sont prometteurs pour la recherche d'indicateurs de santé plus adaptés aux réalités et aux besoins des personnes. La Commission Rochon mentionnait à cet effet : «...» Les nouveaux indicateurs se distingueraient principalement des indicateurs classiques par le fait qu'ils reflètent davantage le point de vue de l'utilisateur sur son propre état de santé et sur les conséquences que cela implique pour lui» (Commission Rochon, 1988 : 88).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- COMMISSION ROCHON, 1988. Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Les Publications du Québec, 803 p.
- COOPERSTOCK, R., 1971. «Sex Difference in the Use of Mood Modifying Drugs. An Explanatory Model». Journal of Health and Social Behavior, 12, 238-244.
- ÉMOND, Aline et GUYON, Louise, 1988. Faits saillants 1987 - L'enquête Santé Québec. Québec, Gouvernement du Québec, 45 p.
- FREIDSON, Elliot, 1970. Profession of medicine. New York, Harper and Row.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC, 1988. Et la santé, ça va ?. Rapport de l'enquête Santé Québec, tome 1.
- HERZLICH, Claudine, 1960. Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale. Paris, Mouton.
- HERZLICH, Claudine, 1964. «Quelques aspects de la représentation sociale de la santé et de la maladie». Revue de Psychologie française, IX, 1-14.
- LEVASSEUR, Madeleine, 1988. Sources et justifications des questions utilisées dans l'enquête Santé Québec. Québec, Santé Québec, Cahier technique 87-03.
- MADDOX, George L., and Elisabeth B. DOUGLASS, 1973. «Self-assessment of health : a longitudinal study of elderly subjects». Journal of Health and Social Behavior, 14, 87-93.
- PERRAULT, Chantal, 1987. Les mesures de santé mentale. Possibilités et limites de la méthodologie utilisée. Québec, Santé Québec, cahier technique 87-06.
- PHILIPPS, D. and B. SEGAL, 1969. «Sexual Status and Psychiatric Symptoms». American Journal of Sociology, 34, 54-72.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, 1987. Le rapport action-santé. Perspective à partir de l'enquête Promotion de la santé, Canada 1985. Ottawa, 47 p.

RÉSUMÉ - SUMMARY - RESUMEN

GUYON Louise - LA PERCEPTION DE LA SANTÉ À TRAVERS L'ENQUÊTE
SANTÉ QUÉBEC

La perception que les gens ont de leur propre santé peut-elle être considérée comme un indicateur valable de l'évaluation de la santé d'une population ? À partir des résultats de l'enquête Santé Québec où, en 1987, près de 20 000 personnes âgées de 15 ans et plus étaient invitées à qualifier leur santé, on peut vérifier que l'auto-évaluation de la santé se moule étroitement à d'autres indicateurs considérés plus «objectifs». La correspondance est particulièrement frappante avec les indicateurs de santé mentale. Ces premiers résultats suggèrent des pistes de recherche en vue de l'utilisation du concept de la perception de la santé en planification des soins et services.

GUYON Louise - SELF-ASSESSMENT OF HEALTH : THE RESULTS OF
QUEBEC'S HEALTH SURVEY

In order to estimate a population's health, would it be meaningful to look to the way people perceive their own health ? On the basis of the results from a health survey made in Quebec in 1987 among about 20 000 individuals aged 15 years and over, one may conclude that health self-assessment is indeed closely linked to other health indicators, considered as more «objective». Conformity is particularly strong with respect to indicators of mental health. These first results suggest some new research avenues concerning the use of health self-assessment in health care planning.

GUYON Louise - LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DE LA ENCUESTA
SALUD QUÉBEC

La percepción que la gente tiene de su propia salud puede ser considerada como un indicador válido de la evaluación de la salud de una población ? A partir de los resultados de la encuesta Salud Québec, donde en 1987 cerca de 20 000 personas de 15 años de edad y más fueron invitadas a dar una apreciación sobre su salud, podemos verificar que la auto-evaluación de la salud se amolda estrechamente con otros indicadores considerados más «objetivos». La correspondencia es aún más sorprendente con los indicadores de la salud mental. Estos primeros resultados sugieren pistas de investigación en vista de la utilización del concepto de la percepción de la salud en planificación de cuidados y servicios.