

## Perceptions de la santé

Notre conception de la santé a énormément changé au cours des 10 à 15 dernières années. Aujourd'hui, nous avons un concept beaucoup plus vaste de ce qu'est la santé. Être en bonne santé, ce n'est plus simplement ne pas être malade ni blessé, mais un état de bien-être physique, mental et social complet<sup>1</sup> qui est défini par un vaste éventail de facteurs sociaux, environnementaux et individuels<sup>2</sup>. Nous ne nous basons plus uniquement sur les diagnostics médicaux de maladies ou de conditions chroniques particulières donnés par les professionnels pour déterminer notre état de santé. La manière dont les gens considèrent leur propre santé est devenue un autre indicateur important de leur santé et de leur bien-être globaux.

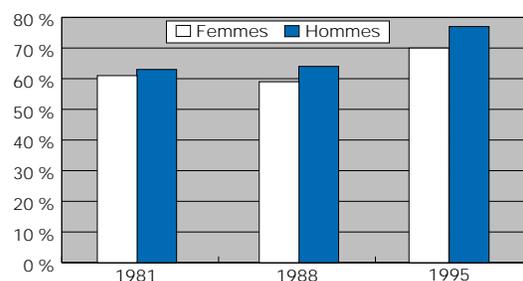
### Perceptions de la santé

Dans le cadre du Sondage indicateur de l'activité physique en 1995, on a demandé aux Canadiens et Canadiennes d'évaluer leur état de santé. Au total, 73 % l'ont jugé bon ou très bon, 22 %, moyen et 5 %, mauvais ou très mauvais. Ce résultat représente une hausse importante par rapport aux 62 % des personnes interrogées au Canada qui, en 1981, se pensaient en bonne ou en très bonne santé, ce qui laisse supposer un changement favorable dans la manière dont les Canadiens et Canadiennes perçoivent collectivement leur santé.

Comme l'indique la Figure 1, plus d'hommes que de femmes ont déclaré qu'ils étaient en bonne ou en très bonne santé. Ce résultat correspond aux résultats de l'Enquête condition physique Canada de 1981 et de l'Enquête

Figure 1

#### POURCENTAGE D'HOMMES ET DE FEMMES QUI SE JUGENT EN BONNE OU EN TRÈS BONNE SANTÉ



Sondage indicateur de l'activité physique en 1995, ICRCPMV

Campbell sur le mieux-être au Canada de 1988. En 1995, plus de 26% des femmes ont estimé avoir une santé moyenne, en comparaison de 18 % parmi les hommes. Il n'y avait pas de différences entre le nombre d'hommes et de femmes qui ont dit être en mauvaise ou en très mauvaise santé.

Dans l'ensemble, les Canadiens et Canadiennes âgés de 65 ans ou plus ont eu beaucoup moins tendance à se déclarer en bonne ou en très bonne santé — environ la moitié seulement des aînés ont évalué leur santé comme étant très bonne, par comparaison avec environ les trois quarts des personnes des autres groupes d'âge. Les aînées sont celles qui ont été les moins portées à dire qu'elles étaient en bonne ou en très bonne santé et qui ont eu le plus tendance à considérer leur état de santé comme étant seulement moyen. En général, dans tous les groupes d'âge, les femmes ont été plus portées que les hommes à évaluer leur santé comme étant moyenne.



## Différences socio-économiques

En comparaison des Canadiens et Canadiennes dont le niveau d'études est plus élevé, ceux qui n'ont pas fini leurs études secondaires ont eu moins tendance à se dire en bonne ou en très bonne santé. Malgré tout, 66 % des gens qui n'avaient pas un haut niveau d'études ont déclaré qu'ils étaient en bonne ou en très bonne santé. Cette différence pourrait être liée à l'âge puisque les personnes dont le niveau d'études est le plus bas ont aussi tendance à être les plus âgées.

Les gens dont le revenu du ménage était inférieur à 40 000 dollars ont été aussi moins susceptibles de se déclarer en bonne ou en très bonne santé que ceux qui avaient un revenu supérieur — environ les deux tiers par rapport à plus des trois quarts des personnes se situant dans une tranche de revenu supérieure.

Parmi les groupes d'occupation, les adultes qui travaillaient à temps plein et les étudiants sont les personnes qui ont le plus été portées à se dire en bonne ou en très bonne santé. Les retraités ont eu le moins tendance à le faire. Là encore, l'âge peut avoir concouru à l'existence de ces différences.

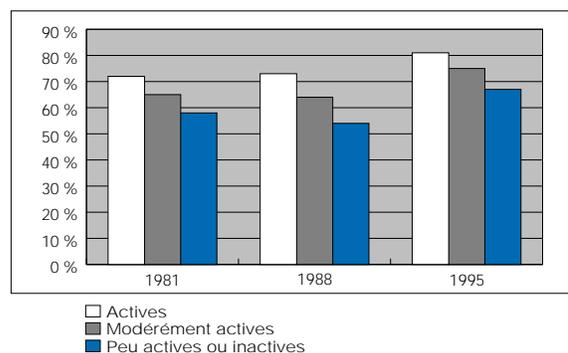
En ce qui a trait à la composition de la famille, les couples ayant des enfants de moins de 18 ans ont été les plus portés à se juger en bonne ou en très bonne santé. Les personnes veuves, divorcées ou séparées qui n'avaient pas d'enfants de moins de 18 ans vivant à domicile ont été les moins portées à se déclarer en bonne santé. Là aussi, la différence peut être au moins en partie attribuable aux âges respectifs des répondants des deux groupes, ceux du deuxième groupe étant en moyenne plus âgés que ceux du premier. Le pourcentage des adultes qui vivaient dans d'autres conditions maritales et familiales et qui se sont dits en bonne ou en très bonne santé varie peu, s'échelonnant de 70 à 73 %.

## Santé et activité physique

Comme les résultats de l'Enquête condition physique Canada de 1981 et de l'Enquête Campbell sur le mieux-être au Canada de 1988, ceux du sondage de 1995 ont démontré que les gens qui font le plus d'activité physique se jugent en meilleure santé que ceux qui en font le moins

Figure 2

### PERSONNES QUI SE JUGENT EN BONNE OU EN TRÈS BONNE SANTÉ selon le niveau d'activité



Sondage indicateur de l'activité physique en 1995, ICRCPMV

(Figure 2). En particulier, 80 % des personnes classées comme étant actives ont estimé être en bonne ou en très bonne santé, en comparaison de 66 % de celles qui sont considérées inactives en fonction du classement des dépenses énergétiques.

L'analyse de la fréquence de l'activité physique a produit des résultats semblables. Autrement dit, les personnes qui faisaient de l'activité physique au moins un jour sur deux ont eu plus tendance à se déclarer en bonne ou en très bonne santé que celles qui en faisaient moins de deux fois par semaine.

Il existe donc un lien favorable et important entre l'activité physique et la perception de la santé. Les personnes actives sont plus portées à dire qu'elles se sentent en bonne santé.

## Perception de la santé, capacité fonctionnelle et niveau d'activité

Aux changements survenus dans notre conception de la santé s'est ajoutée la reconnaissance croissante de l'importance de l'interrelation qui existe chez les gens entre l'évaluation subjective leur propre santé, leur capacité fonctionnelle et leur bien-être global. C'est dans ce contexte que sont nés des concepts tels que «la qualité de vie liée à la santé» (QVLS)<sup>3</sup>.

La QVLS a été définie comme étant «les caractéristiques auxquelles les gens attachent de l'importance, dont le confort ou la sensation de bien-

être, la mesure dans laquelle ils peuvent conserver des fonctions physiques, émotionnelles et intellectuelles raisonnables et le degré auquel ils peuvent continuer à participer à des activités importantes au sein de la famille, du milieu de travail et de la communauté<sup>4</sup>. Les dimensions principales de la QVLS comprennent le fonctionnement physique, le bien-être émotionnel, le fonctionnement social, la satisfaction de vivre et la perception de la santé<sup>5</sup>.

Ce n'est que depuis récemment que les chercheurs ont commencé à se pencher sur le rapport qui existe entre l'activité physique et la QVLS<sup>3</sup>, la QVLS comprenant l'évaluation subjective d'une personne de sa propre santé et la perception de sa capacité de bien accomplir ses tâches quotidiennes — en d'autres termes, sa capacité fonctionnelle.

## Capacité fonctionnelle

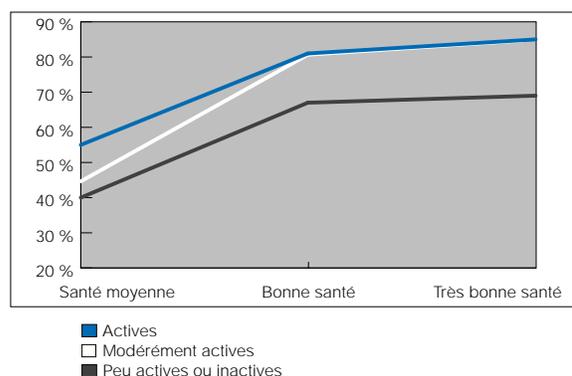
Bien que le sondage de 1995 démontre l'existence d'un lien important entre la pratique de l'activité physique et la perception de la santé, il n'a pas permis de mesurer la capacité fonctionnelle. Toutefois, dans le cadre de l'Enquête Campbell sur le mieux-être au Canada de 1988, on avait posé aux répondants âgés de 45 ans ou plus une série de questions portant sur leur capacité d'accomplir des tâches quotidiennes, en plus des questions habituelles ayant trait à leur santé et à la pratique de l'activité physique.

On a donc procédé récemment à une série de nouvelles analyses des données de 1988 pour examiner de plus près l'interrelation qui existe entre trois aspects importants de la QVLS : l'activité physique, la capacité fonctionnelle et la perception de la santé.

Ces nouvelles analyses ont révélé qu'il existe réellement un lien important entre le niveau d'activité, la capacité fonctionnelle et la perception de la santé, les personnes actives étant aussi celles qui ont été les plus portées à se juger en bonne santé et à dire qu'elles n'avaient pas de difficulté à s'acquitter des tâches quotidiennes essentielles (Figure 3). Réciproquement, celles qui se sont dites en bonne santé ont aussi eu plus tendance à déclarer qu'elles n'avaient pas de difficulté à accomplir leurs activités quotidiennes et qu'elles étaient physiquement actives.

Figure 3

### PERSONNES N'AYANT AUCUNE DIFFICULTÉ À ACCOMPLIR DES TÂCHES QUOTIDIENNES selon le niveau d'activité et la perception de la santé



Enquête Campbell sur le mieux-être au Canada de 1988, ICRCMPV

Il existe donc un lien systématique entre de hauts niveaux d'activité physique et une évaluation supérieure de la perception de la santé et de la capacité fonctionnelle. De fait, la pratique régulière d'une activité physique même modérée est liée à ces deux éléments importants de la QVLS. En outre, parmi les personnes qui jugeaient leur état de santé comme étant seulement moyen, les plus actives ont eu le moins tendance à dire qu'elles avaient du mal à accomplir des tâches quotidiennes. Par conséquent, les gens physiquement actifs sont plus portés que les autres à se sentir en bonne santé, à n'avoir aucune difficulté à s'acquitter de tâches quotidiennes, et vice versa.

Malgré leur grande valeur informative, ces résultats ne peuvent que démontrer l'existence de liens importants entre la santé, la capacité fonctionnelle et les niveaux d'activité physique. Ils ne permettent pas de déterminer si la pratique régulière de l'activité physique entraîne ou non une perception plus favorable de la santé ou une plus grande capacité fonctionnelle, ou bien si les gens qui se jugent en bonne santé sont plus enclins à faire régulièrement de l'activité physique. Seule la recherche longitudinale peut établir avec précision les rapports de cause à effet entre ces trois aspects de la QVLS.

Pour le moment, il semble que la pratique régulière de l'activité physique est liée à deux éléments importants de la QVLS : une plus grande capacité fonctionnelle et la perception d'être en meilleure santé.

## Pistes à suivre

En encourageant les gens à être physiquement plus actifs, il est important de mettre l'accent sur le vaste éventail d'avantages liés à l'augmentation de l'activité physique, dont le fait d'être en meilleure santé physique, de se sentir en meilleure santé et d'être plus en mesure d'accomplir des activités de la vie quotidienne à un certain âge et à un âge avancé. En particulier, il faudrait

- continuer à promouvoir les avantages traditionnels de l'activité physique — l'augmentation de l'espérance de vie, le moins grand risque de maladies chroniques telles que la coronaropathie, le diabète de type II et certains cancers;
- encourager les gens à s'adonner à une activité physique modérée pour se sentir en bonne santé, dynamiques et revigorés;
- promouvoir l'activité physique comme un moyen qui, en entretenant la capacité fonctionnelle, ralentit le vieillissement prématuré;
- en particulier auprès des aînés, promouvoir l'activité physique comme un moyen permettant d'accomplir leurs tâches quotidiennes.

Même à intensité modérée, la pratique régulière de l'activité physique vaut la peine d'être encouragée, puisqu'elle est associée à deux bienfaits mesurables dans le domaine de la santé : une plus grande capacité fonctionnelle et la perception d'être en meilleure santé.

Pour commander d'autres bulletins de cette série ou pour obtenir des tableaux détaillés sur le sujet présenté dans le présent bulletin, veuillez écrire à :

l'Institut canadien de la recherche sur  
la condition physique et le mode de vie  
185, rue Somerset ouest, bureau 201  
Ottawa (Ontario)  
K2P 0J2  
téléphone : (613) 233-5528  
télécopieur : (613) 233-5536  
info@icrcp.ca

Subventionné en partie par Santé Canada

---

## Références

- <sup>1</sup> Organisation mondiale de la santé.
- <sup>2</sup> Evans, R. & Stoddart, G.L. (1990). Producing health, consuming health care. *Social Science Medicine*, 31, 1347-1363.
- <sup>3</sup> Rejeski, W.J., Brawley, L.R., & Shumaker, S.A. (1996). Physical activity and health-related quality of life. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 24, 71-108.
- <sup>4</sup> Wenger, N.K. & Furberg, C.D. (1990). Cardiovascular disorders. Dans B. Spilker (Éditeur), *Quality of life assessments in clinical trials* (p. 335-345). New York : Raven Press.
- <sup>5</sup> Shumaker, S.A., Anderson, R.T., & Czajkowski, S.M. (1984). Psychological test and scales. Dans B. Spilker (Éditeur), *Quality of life assessments in clinical trials* (p. 95-113). New York : Raven Press.

Publié en juin 1997

# Perceptions de la santé

Sondage indicateur de l'activité physique en 1995

	% qui évaluent leur santé comme étant			
	Très bonne	Bonne	Moyenne	Mauvaise ou très mauvaise
<b>TOTAL, 18 ANS ET PLUS</b>	33 %	40 %	22 %	5 %
<i>femmes</i>	31	39	26	4
<i>hommes</i>	35	42	18	6
<b>18-24</b>	25	51	21	—
<i>femmes</i>	24	47	25	—
<i>hommes</i>	26	54	—	—
<b>25-44</b>	35	42	19	4
<i>femmes</i>	34	41	22	—
<i>hommes</i>	35	44	17	—
<b>45-64</b>	35	37	22	5
<i>femmes</i>	31	36	28	—
<i>hommes</i>	40	39	16	—
<b>65+</b>	29	27	35	9
<i>femmes</i>	25	28	40	—
<i>hommes</i>	33	26	28	—
<b>NIVEAU D'INSTRUCTION</b>				
<i>Inférieur au secondaire</i>	31	36	27	7
<i>Secondaire</i>	30	46	20	—
<i>Collégial</i>	32	42	21	5
<i>Universitaire</i>	37	38	22	—
<b>REVENU FAMILIAL</b>				
< 20 000 \$	31	34	27	8
20 000 \$ - 29 999 \$	25	43	26	—
30 000 \$ - 39 999 \$	30	36	28	—
40 000 \$ - 59 999 \$	30	47	19	—
60 000 \$ - 79 999 \$	38	44	14	—
80 000 \$ - 99 999 \$	42	41	—	—
≥ 100 000 \$	42	35	—	—
<b>SITUATION D'EMPLOI</b>				
<i>Employé à temps plein</i>	37	42	19	2
<i>Employé à temps partiel</i>	32	39	23	—
<i>Sans-emploi</i>	—	51	24	—
<i>Personne au foyer</i>	25	44	25	—
<i>Étudiant</i>	30	44	22	—
<i>Retraité</i>	30	27	33	10

— L'insuffisance de l'échantillon ne permet pas la publication de ces données.

**(suite)**

	% qui évaluent leur santé comme étant			
	Très bonne	Bonne	Moyenne	Mauvaise ou très mauvaise
<b>POPULATION DE LA LOCALITÉ</b>				
< 1 000	28 %	39 %	25 %	–
1 000 - 9 999	34	37	23	–
10 000 - 74 999	32	43	21	–
75 000 - 299 999	32	42	21	–
≥ 300 000	35	39	21	5
<b>COMPOSITION DE LA FAMILLE</b>				
Personne avec conjoint	34	40	22	4
avec enfants au foyer	34	44	18	–
sans enfants au foyer	34	36	25	5
... veuve, divorcée ou séparée	34	34	25	8
avec enfants au foyer	35	38	–	–
sans enfants au foyer	34	33	25	–
... jamais mariée	28	45	22	–
avec enfants au foyer	–	50	–	–
sans enfants au foyer	29	44	22	–
<b>DÉPENSE ÉNERGÉTIQUE</b>				
Actifs (≥3 KKJ <sup>1</sup> )	40	41	17	–
Modérément actifs (1,5-2,9 KKJ)	33	42	22	–
Peu actifs (0,5-1,4 KKJ)	26	43	27	–
Inactifs (<0,5 KKJ)	28	38	28	–
<b>FRÉQUENCE DE L'ACTIVITÉ</b>				
Au moins un jour sur deux	36	41	20	3
Au moins 2 fois par semaine	30	43	23	–
Moins de 2 fois par semaine	25	41	28	–

1 Kilocalories/kilogramme de poids/jour; une dépense énergétique de 3 KKJ correspond à une marche d'une heure chaque jour.

– L'insuffisance de l'échantillon ne permet pas la publication de ces données.

# Évolution des perceptions de la santé

Sondage indicateur de l'activité physique en 1995

	Personnes qui se jugent en bonne ou en très bonne santé		
	1995	1988 <sup>1</sup>	1981 <sup>2</sup>
<b>TOTAL, 18 ANS ET PLUS</b>	73 %	62 %	62 %
<i>femmes</i>	69	59	61
<i>hommes</i>	77	65	63
<b>18-24</b>	76	56	59
<i>femmes</i>	72	49	58
<i>hommes</i>	80	62	60
<b>25-44</b>	77	64	64
<i>femmes</i>	75	63	63
<i>hommes</i>	79	65	65
<b>45-64</b>	73	62	61
<i>femmes</i>	67	60	61
<i>hommes</i>	78	64	61
<b>65+</b>	56	63	63
<i>femmes</i>	54	59	61
<i>hommes</i>	59	68	65
<b>NIVEAU D'INSTRUCTION</b>			
<i>Inférieur au secondaire</i>	66	59	57
<i>Secondaire</i>	75	57	63
<i>Collégial</i>	74	61	65
<i>Universitaire</i>	75	73	71
<b>POPULATION DE LA LOCALITÉ</b>			
< 1 000	68	60	n/a
1 000 - 9 999	72	65	n/a
10 000 - 74 999	75	60	n/a
75 000 - 299 999	74	61	n/a
≥ 300 000	74	63	n/a
<b>COMPOSITION DE LA FAMILLE</b>			
<i>Personne avec conjoint</i>	74	63	64
<i>Personne veuve, divorcée ou séparée</i>	68	64	60
<i>Personne jamais mariée</i>	73	58	60

1 Enquête Campbell sur le mieux-être au Canada (1988).

2 Enquête condition physique Canada (1981).