

Chapitre 3

Nature et autres caractéristiques des incapacités

Céline Gosselin

Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Pierre Patry

Direction du programme de santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Robert Allie

Bureau régional de l'Outaouais
Office des personnes handicapées du Québec

Introduction

Les changements épidémiologiques des dernières décennies, marqués par la diminution des maladies infectieuses et l'augmentation des problèmes de santé chroniques, ont contribué à attirer l'attention sur les conséquences durables des maladies et des traumatismes et sur les façons les plus adéquates d'y faire face. La nomenclature de la *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*¹ (INSERM, 1988) introduit à cet égard une distinction entre les conséquences organiques (déficiences), fonctionnelles (incapacités) et sociales (désavantages) des maladies et des traumatismes. Ce chapitre s'intéresse à l'incapacité, plus particulièrement à sa nature, ses causes et ses origines, dans la population québécoise vivant en ménage privé.

La problématique de l'incapacité chez les enfants est particulièrement préoccupante étant donné les retards de développement – sur les plans physique, psychologique, social et intellectuel – qui y sont parfois associés et les limitations d'activités qui sont susceptibles d'en découler (Avard, 1992). Ainsi, il a été suggéré que les incapacités qui apparaissent tôt dans la vie (*lifelong disabilities*) – parce qu'elles peuvent contribuer à restreindre l'accès à l'éducation et à limiter les perspectives d'emploi – pourraient avoir des

conséquences plus étendues que les incapacités qui apparaissent à un âge avancé (*late-life disabilities*) (Shaar et McCarthy, 1994; Verbrugge et Jetté, 1994). Conséquemment, il apparaît extrêmement important de disposer d'informations précises sur la nature de l'incapacité chez les enfants afin de pouvoir y apporter, en temps opportun, les réponses les plus appropriées.

Les données les plus récentes sur la nature de l'incapacité chez les enfants proviennent des enquêtes canadiennes sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 et 1991. Ces données indiquent que les troubles d'apprentissage et les troubles d'ordre émotif et psychologique sont parmi les plus prévalents dans cette population (Avard, 1992; Hanvey et autres, 1994; Oderkirk, 1993; Statistique Canada, 1992). Elles montrent également que les garçons sont plus susceptibles que les filles d'éprouver des troubles de cette nature (Hanvey et autres, 1994; Oderkirk, 1993). *L'Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA) permet d'examiner l'évolution récente de la situation à cet égard. Ces données viennent compléter les informations actuellement disponibles, au Québec et au Canada, sur la santé des enfants et des adolescents (Breton et autres, 1993; Camirand, 1996; Kidder et autres, 2000; Statistique Canada, 1996).

En ce qui concerne la population de 15 ans et plus, les données des enquêtes canadiennes sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 et 1991 indiquent que les incapacités les plus répandues sont celles liées

¹ Cette classification (de même que la nomenclature qui l'accompagne) est actuellement en processus de révision (voir l'introduction générale de ce rapport).

à la mobilité et à l'agilité (Saucier, 1992; Saucier et Lafontaine, 1991; Statistique Canada, 1992). Ces données montrent une augmentation significative de la prévalence de l'incapacité avec l'âge, et ce, peu importe la nature de l'incapacité. Une comparaison des données des enquêtes de 1986 et 1991 (Laroche et Morin, 1994) révèle par ailleurs un accroissement des taux pour tous les types d'incapacité, à l'exception de la vision. Les changements observés au cours de cette période sont principalement concentrés dans les groupes plus jeunes (15-34 et 35-54 ans), les taux demeurant généralement stables dans les groupes plus âgés sauf pour l'audition, où une augmentation est notée dans le groupe de 55 à 64 ans. L'EQLA permet de disposer d'informations récentes sur la nature des incapacités et ainsi d'en suivre l'évolution sur une période plus longue.

Le présent chapitre vise à estimer la prévalence des différents types d'incapacité dans la population québécoise vivant en ménage privé, selon l'âge et le sexe. La gravité, l'âge d'apparition, les causes et les origines de l'incapacité sont également rapportés. Dans le but de suivre l'évolution des différents types d'incapacité dans le temps, des comparaisons avec les données de l'ESLA de 1986 et celle de 1991 sont faites. Comme les critères utilisés dans l'enquête pour identifier la population avec incapacité sont différents pour les enfants et pour les adultes, les résultats concernant ces deux groupes sont rapportés dans des sections distinctes.

3.1 Aspects méthodologiques

Les sections qui suivent présentent les questions et indicateurs qui servent à décrire la nature de l'incapacité chez les enfants (0 à 14 ans) et chez les adultes (15 ans et plus).

3.1.1 Nature de l'incapacité chez les enfants

Dans l'EQLA, les enfants ayant une incapacité sont identifiés à partir de certains critères de sélection. Ces critères reposent sur une approche générale visant à

repérer non seulement la présence d'une incapacité, mais aussi de certains troubles ou problèmes de santé généralement associés à la présence d'une incapacité (voir chapitre 2).

La nature de l'incapacité chez les enfants est définie à partir de sept indicateurs : les troubles de la vue, les troubles de l'audition, les troubles de la parole, les problèmes de santé physique chroniques, les troubles émotifs ou de comportement et la déficience intellectuelle, les troubles d'apprentissage et les autres troubles dont la nature n'est pas précisée. Dans le questionnaire de sélection de l'EQLA, les troubles de la vue (QS-E4), de l'audition (QS-E5) et de la parole (QS-E6) sont mesurés chacun par une question. Les problèmes de santé physique chroniques regroupent une variété d'affections chroniques sérieuses (maladie du rein, fibrose kystique, maladies du poumon à l'exclusion de l'asthme, de la bronchite ou des allergies, spina-bifida, dystrophie musculaire, paralysie de tout genre, membre manquant ou difforme, cancer, diabète, épilepsie, paralysie cérébrale, arthrite ou rhumatisme, hypertension, maladie du cœur ou autre problème sérieux) (QS-E8a à E8g, E8k à E8q et E9a choix 4). Les troubles émotifs ou de comportement et la déficience intellectuelle sont identifiés à partir d'une question générale sur les limitations d'activités dues à un problème émotif, psychologique ou mental ou à une déficience intellectuelle (QS-E7) et de deux autres questions portant plus spécifiquement sur la présence de troubles émotifs ou de comportement (QS-E8h), ou d'une déficience intellectuelle ou d'un retard mental (QS-E8i). Les troubles d'apprentissage sont pour leur part mesurés par une seule question (QS-E8j). Enfin, la catégorie « autres troubles » regroupe les enfants qui ont été sélectionnés à partir des critères de sélection mais qui ne présentent aucun des troubles précités (soit les enfants qui utilisent une aide technique [QS-E1], reçoivent un enseignement spécialisé [QS-E3] ou ont des limitations d'activités consécutives à un problème de santé chronique [QS-E2] sans présenter aucun des troubles susmentionnés).

Comme il est possible qu'un enfant présente plus d'un trouble à la fois, un indicateur (nature exclusive de l'incapacité) a été créé dans le but de regrouper les différents troubles dans des catégories mutuellement exclusives : les troubles affectant la communication seulement (audition, vue, parole), les problèmes de santé physique chroniques seulement, les troubles émotifs ou de comportement ou la déficience intellectuelle seulement, les troubles d'apprentissage seulement, les troubles multiples qui regroupent au moins deux des catégories précédentes et finalement, les autres troubles.

L'information relative à la présence d'un trouble chez les enfants repose essentiellement sur la déclaration du répondant. Cela peut poser des difficultés d'interprétation, particulièrement pour les problèmes émotifs ou de comportement et pour les troubles d'apprentissage où la distinction entre un comportement normal et anormal n'est pas nette et peut varier selon les contextes (Avard, 1992; Poliquin-Verville et Royer, 1992). Pour cette raison, des questions ont été incluses dans le questionnaire de l'EQLA afin de vérifier la validité de cette information. Les données recueillies indiquent que dans 84 % des cas, la présence d'un trouble émotif ou de comportement chez l'enfant est corroborée par un professionnel (comme un médecin ou un psychologue). Dans le cas des troubles d'apprentissage, ce pourcentage est de 90 %; en ce qui a trait aux troubles d'audition ou de la parole, il est respectivement de 74 % et de 95 %.

Dans le cas des enfants, la comparaison des données de l'EQLA avec celles des enquêtes précédentes comporte certaines restrictions. En effet, il existe des différences appréciables entre le questionnaire de sélection des enfants de l'ESLA de 1986, d'une part, et ceux de l'ESLA de 1991 et de l'EQLA de 1998, d'autre part, ces derniers étant presque identiques. Le questionnaire de 1986 ne comportait pas de question sur la présence des troubles émotifs ou de comportement (QS-E8h). De plus, la question sur les

limitations d'activités en raison d'un problème émotif, psychologique ou mental ou d'une déficience intellectuelle (QS-E7) n'était utilisée comme critère de sélection que chez les enfants de 5 ans et plus, alors qu'en 1991 et 1998 elle s'applique aux enfants de tous âges. Par ailleurs, dans l'enquête de 1986, les troubles de la parole ne constituaient pas un critère de sélection. Ces différences suggèrent que ces troubles pourraient être sous-évalués dans l'enquête de 1986 comparativement à celles de 1991 et 1998 qui couvrent un plus large éventail de problèmes. Pour cette raison, les données sur la prévalence des troubles de la parole et des troubles émotifs ou de comportement ou de la déficience intellectuelle sont comparées de préférence à celles de 1991.

3.1.2 Nature de l'incapacité chez les adultes

Dans la population de 15 ans et plus, la nature de l'incapacité est définie selon sept types (voir encadré). Ces types d'incapacité sont les mêmes que ceux utilisés dans les enquêtes précédentes (ESLA de 1986 et de 1991) bien que le nom de certains d'entre eux ait été modifié afin de mieux les qualifier. Ainsi, les incapacités regroupées dans la catégorie « autre » par Statistique Canada sont désignées par « incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale »² alors que le terme « incapacité physique de nature non précisée »³ remplace la catégorie « inconnue » de Statistique Canada (1994).

Comme c'était le cas dans les enquêtes précédentes, l'évaluation de l'incapacité des répondants repose sur leur perception et est donc de nature subjective. Elle tient également compte de la compensation des déficiences par les aides techniques. Ainsi, un adulte qui utilise une aide technique lui permettant de surmonter ses limitations n'est pas considéré comme ayant une incapacité (voir chapitre 2, section 2.1). De plus, l'incapacité doit durer depuis au moins six mois.

² Terme désigné par « intellect/santé mentale » dans les tableaux et figures.

³ Terme désigné par « autre » dans les tableaux et figures.

Audition : difficulté à entendre une conversation avec une autre personne (QS-A1) ou dans un groupe d'au moins trois autres personnes (QS-A2);

Vision : difficulté à voir les caractères d'un journal (QS-A3) ou à voir clairement le visage de quelqu'un à quatre mètres de soi (QS-A4), même avec des lunettes ou des verres de contact;

Parole : difficulté à parler ou à se faire comprendre (QS-A5);

Mobilité : difficulté à marcher sur une distance de 400 mètres sans se reposer (QS-A6), à monter et descendre un escalier (QS-A7), à transporter un objet de 5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres (QS-A8), à se tenir debout pendant plus de 20 minutes (QS-A9) ou à se déplacer d'une pièce à l'autre (QA-36);

Agilité : difficulté à se mettre au lit et à en sortir (QS-A10), à s'habiller ou se déshabiller (QA-49), à se pencher et ramasser un objet (QS-A11), à se couper les ongles d'orteils (QS-A12), à saisir ou manier un objet avec les doigts (QS-A13), à tendre les bras dans toutes les directions (QS-A14) ou à couper ses aliments (QA-70);

Activités intellectuelles/santé mentale : problèmes permanents de mémoire (QS-A16), troubles d'apprentissage ou de perception, difficultés d'attention ou hyperactivité (QS-A17), déficience intellectuelle (QS-A18) ou limitation en raison d'un problème de santé mentale de plus de six mois ou d'une déficience intellectuelle (QS-A19);

Incapacité physique de nature non précisée : personne ayant déclaré être limitée dans le genre ou la quantité d'activités qu'elle peut faire à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique dont la durée est de plus de six mois (QS-A15) et qui ne se retrouve dans aucun des types d'incapacité susmentionnés.

Les différents types d'incapacité susmentionnés ne sont pas mutuellement exclusifs : il est possible qu'une personne cumule plusieurs incapacités de nature différente (à l'exception du type « incapacité physique de nature non précisée » qui par définition exclut la présence des autres types d'incapacité). Deux indicateurs, le nombre d'incapacités et la nature exclusive de l'incapacité ont été créés dans le but de décrire ce phénomène. Le premier indicateur représente la somme des types d'incapacité rapportés par les répondants. Le second indicateur repose sur un regroupement des types d'incapacité dans des catégories mutuellement exclusives, soit les incapacités liées à la communication *seulement* (audition, vision, parole), les incapacités motrices *seulement* (mobilité, agilité, autre incapacité physique de nature non précisée⁴), l'incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale *seulement* et les différentes combinaisons issues de ces trois regroupements.

Le questionnaire de suivi donne des informations sur l'âge d'apparition de l'incapacité (QA-1, 3, etc.), le

⁴ Une analyse des causes des incapacités physiques de nature non précisée (section 3.2.2.4) suggère leur regroupement dans cette catégorie.

principal problème de santé ayant causé l'incapacité (QA-5, 12, etc.) et l'origine de ce problème (ex. : à la naissance, vieillesse, accident de travail, etc.) (QA-6, 13, etc.). Ces informations sont obtenues pour chacune des difficultés rencontrées (activités pour lesquelles la personne déclare une incapacité, aux questions de sélection principalement). Ainsi, plusieurs âges d'apparition, plusieurs causes et plusieurs origines peuvent être identifiés pour un même type d'incapacité. Pour les fins d'analyse, l'âge d'apparition pour un type d'incapacité donné est considéré comme étant celui où est apparue la première difficulté en lien avec ce type d'incapacité. Par contre, toutes les causes et les origines rapportées pour un type d'incapacité donné sont présentées ici. En fait, il y a un peu plus d'un problème ou origine (1,1 en moyenne) par type d'incapacité. Les problèmes de santé ont été codifiés et regroupés à partir des catégories de la Classification internationale des maladies (CIM-9) (OMS, 1977).

Il est à noter que l'âge d'apparition, la cause et l'origine de l'incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale ne sont pas disponibles pour tous les répondants. En effet, le questionnaire n'interrogeait pas les répondants sur l'âge d'apparition, la cause ou l'origine de la déficience intellectuelle (QA-A18) ou des

troubles d'apprentissage ou de perception (QA-A17). Ainsi, l'information présentée sur ces trois indicateurs exclut 13 % des personnes ayant une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale. Il s'agit surtout (10 %) de personnes ayant des troubles d'apprentissage ou de perception, ou des difficultés d'attention (QS-A17).

Par ailleurs, les réponses concernant l'âge d'apparition de l'incapacité ont fait l'objet d'une validation particulière. Il est en effet apparu que dans certains cas (environ 16 % chez les 15 ans et plus) la durée du problème de santé avait été déclarée plutôt que l'âge d'apparition. La validation des réponses a été basée entre autres sur l'âge du répondant, la nature des difficultés, la cause et l'origine de l'incapacité. La correction a été effectuée avec le souci de minimiser les biais et d'améliorer la validité des réponses.

Certains indicateurs présentés dans ce chapitre ont des taux de non-réponse partielle supérieurs à 5 % : ce sont l'âge d'apparition de l'incapacité tous types d'incapacité confondus (10 %), l'âge d'apparition des incapacités liées à l'audition (7 %), à la mobilité (5 %), à l'agilité (6 %) et aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (11 %). Cependant, seuls les non-répondants à deux de ces indicateurs se distinguent. Les non-répondants à l'âge d'apparition de l'incapacité sont caractérisés par la présence d'incapacités multiples et d'une incapacité modérée ou grave. Les non-répondants à l'âge d'apparition de l'incapacité liée à l'audition sont surtout âgés entre 15 et 54 ans. Le biais sur les estimations est toutefois négligeable.

Afin de suivre l'évolution des incapacités, des comparaisons avec les données de l'ESLA de 1986 et celle de 1991 sont effectuées pour les différents types d'incapacité. Toutefois, en ce qui concerne l'incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale, les comparaisons sont faites avec l'ESLA de 1991 uniquement, le questionnaire de l'ESLA de 1986 comportant moins de questions sur les troubles mentaux et aucune question sur la déficience intellectuelle, ce qui rend cet indicateur non comparable.

3.2 Résultats

3.2.1 Nature de l'incapacité chez les enfants

3.2.1.1 Prévalence de l'incapacité selon la nature et certaines caractéristiques sociodémographiques

Le tableau 3.1 montre la prévalence de l'incapacité chez les enfants québécois en 1998 selon la nature de l'incapacité. Les troubles les plus prévalents sont les troubles émotifs ou de comportement ou la déficience intellectuelle regroupés (3,1 %) – en raison principalement de la prévalence des troubles émotifs ou de comportement – et les troubles d'apprentissage (2,6 %). Les problèmes de santé physique chroniques (1,8 %), les troubles de la parole (1,5 %), les troubles de la vue (0,8 %), les troubles d'audition (0,7 %) et les autres troubles de nature non précisée (1,6 %) sont moins fréquents.

La prévalence des différents types de troubles varie selon l'âge (tableau 3.1). Ainsi, les troubles émotifs ou de comportement ou la déficience intellectuelle sont plus fréquents chez les enfants de 5-14 ans que chez les enfants de 0-4 ans (3,9 % c. 1,4 %), en raison notamment d'une plus forte prévalence de problèmes émotifs ou de comportement parmi les enfants en âge de fréquenter l'école (5-14 ans) (3,0 %). La proportion d'enfants chez qui des troubles d'apprentissage sont rapportés est également plus importante parmi les enfants de 5-14 ans (3,5 %) que parmi ceux de 0-4 ans (0,7 %). Les troubles d'audition varient aussi de façon significative selon l'âge, la prévalence étant d'environ 1,0 % chez les 5-14 ans comparativement à 0,2 % chez les 0-4 ans.

Les garçons sont plus susceptibles que les filles d'éprouver certains types de troubles (tableau 3.2). C'est le cas notamment pour les troubles émotifs ou de comportement ou la déficience intellectuelle (3,9 % c. 2,3 %), et plus spécifiquement pour les troubles émotifs ou de comportement (3,0 % c. 1,6 %), pour les troubles d'apprentissage (3,2 % c. 2,0 %) et les troubles d'audition (1,1 % c. 0,4 %).

Tableau 3.1

Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité¹ et l'âge, population de 0 à 14 ans, Québec, 1998

	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	5-14 ans	Total
	%				
Troubles de la vue	0,5 **	1,1 **	0,8 **	1,0 **	0,8 *
Troubles de l'audition	0,2 **	1,3 **	0,6 **	1,0 **	0,7 *
Troubles de la parole	1,6 **	1,8 *	1,2 **	1,5 *	1,5 *
Problèmes de santé physique chroniques	1,3 **	2,0 *	2,1 *	2,1 *	1,8
Troubles émotifs/déficiência intellectuelle	1,4 **	4,1 *	3,7 *	3,9	3,1
Déficiência intellectuelle	0,7 **	1,3 **	1,2 **	1,3 *	1,1 *
Troubles émotifs ou de comportement	0,9 **	3,0 *	2,9 *	3,0	2,3
Limitation due à un problème psychologique ou une déficiência intellectuelle	0,8 **	1,8 *	1,8 **	1,8 *	1,5 *
Troubles d'apprentissage	0,7 **	3,4 *	3,6 *	3,5	2,6
Autres troubles	0,9 **	1,7 *	2,1 *	1,9 *	1,6 *

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau 3.2

Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité¹ et le sexe, population de 0 à 14 ans, Québec, 1998

	Garçons	Filles	Total	Pe
	%		%	'000
Troubles de la vue	0,9 **	0,8 **	0,8 *	10,9
Troubles de l'audition	1,1 **	0,4 **	0,7 *	9,8
Troubles de la parole	1,7 **	1,4 *	1,5 *	20,7
Problèmes de santé physique chroniques	2,2 *	1,4 *	1,8	24,3
Troubles émotifs/déficiência intellectuelle	3,9	2,3 *	3,1	41,4
Déficiência intellectuelle	1,2 *	0,9 **	1,1 *	14,6
Troubles émotifs ou de comportement	3,0 *	1,6 *	2,3	30,9
Limitation due à un problème psychologique ou une déficiência intellectuelle	2,1 *	0,8 **	1,5 *	19,7
Troubles d'apprentissage	3,2	2,0 *	2,6	34,9
Autres troubles	1,9 *	1,2 *	1,6 *	21,1

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Comparaison avec les enquêtes de 1986 et 1991

La comparaison des données de l'EQLA avec celles des enquêtes précédentes indique une augmentation significative de la prévalence de l'incapacité chez les enfants québécois, celle-ci passant de 4,8 % en 1986 à 5,6 % en 1991 et à 8,6 % en 1998 (tableau 3.3). L'examen des différents types de troubles indique une augmentation de la prévalence des troubles

d'apprentissage entre 1986 (0,9 %), 1991 (1,5 %) et 1998 (2,6 %). Les troubles émotifs ou de comportement et la déficiência intellectuelle pris dans leur ensemble semblent également en croissance au cours de cette période. Pour des raisons de comparabilité et de disponibilité des données, les comparaisons dans le temps pour ce type de troubles sont effectuées uniquement à partir des différentes questions qui

entrent dans la composition de l'indicateur. À cet égard, les données indiquent une augmentation significative des problèmes émotifs ou de comportement entre 1991 (0,6 %) et 1998 (2,3 %).

Par ailleurs, les données ne permettent pas de noter de différence significative entre les enquêtes en ce qui a trait à la déficience intellectuelle, aux troubles de la vue, de l'audition, de la parole, aux problèmes de santé physique chroniques ou aux autres troubles.

3.2.1.2 Mode de présentation des incapacités

Parmi les enfants ayant une incapacité, 22 % présentent des troubles affectant la communication *seulement*, 13 % des problèmes de santé physique

chroniques *seulement*, 15 % des troubles émotifs ou de comportement ou une déficience intellectuelle *seulement*, 10 % des troubles d'apprentissage *seulement* et 18 % d'autres troubles de nature non précisée. Enfin, près d'un enfant sur quatre (23 %) présente des troubles multiples (figure 3.1). Le tableau complémentaire C.3.1 donne une description détaillée des modes de présentation des incapacités chez les enfants, en particulier pour les troubles multiples. Il indique notamment une cooccurrence des troubles émotifs ou de comportement ou de la déficience intellectuelle, et des troubles d'apprentissage, chez 19 % des enfants ayant une incapacité. La figure C.3.1 illustre de façon plus spécifique la cooccurrence de ces problèmes.

Tableau 3.3

Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité¹, population de 0 à 14 ans, Québec, 1986, 1991 et 1998

	1986	1991	1998
	%		
Troubles de la vue	0,5 **	0,7	0,8 *
Troubles de l'audition	1,0 **	0,6	0,7 *
Troubles de la parole	1,6 **2	1,0	1,5 *
Problèmes de santé physique chroniques	1,6	..	1,8
Troubles émotifs/déficience intellectuelle	0,7 **2	..	3,1
Déficience intellectuelle	0,4 **	0,6	1,1 *
Troubles émotifs ou de comportement	..	0,6	2,3
Limitation due à un problème psychologique ou une déficience intellectuelle	0,6 **2	0,9	1,5 *
Troubles d'apprentissage	0,9 **	1,5	2,6
Autres troubles	1,5 **	..	1,6 *
Total	4,8	5,6	8,6

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

2. Les données recueillies en 1986 sur ces troubles ne sont pas strictement comparables à celles de 1991 ou 1998. Fournies à titre indicatif seulement.

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

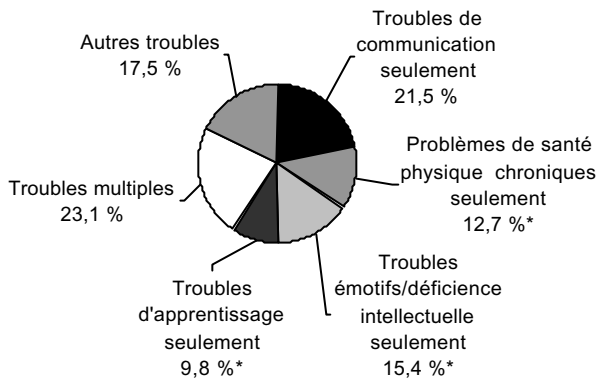
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986*.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Figure 3.1
Nature exclusive de l'incapacité, population de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998



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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

3.2.1.3 Gravité de l'incapacité selon la nature

La gravité de l'incapacité chez les enfants est liée à la présence de certains troubles (tableau 3.4). Ainsi, parmi les enfants qui présentent des troubles de la parole, environ quatre enfants sur dix (39 %) ont une incapacité modérée ou grave, alors que la proportion est de 5 % chez les enfants n'ayant pas ce type de troubles. La proportion d'enfants ayant une incapacité modérée ou grave est également plus élevée parmi ceux qui présentent des troubles d'apprentissage (32 %), des problèmes de santé physique chroniques (32 %) ou des troubles émotionnels ou de comportement ou une déficience intellectuelle (28 %) que parmi ceux qui ne présentent pas ces troubles (1,6 %, 5,4 % et 1,1 % respectivement).

Tableau 3.4
Gravité de l'incapacité selon la nature de l'incapacité¹, population de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998

	Légère	Modérée ou grave
	%	
Troubles de la vue		
Oui	90,1	9,9 *
Non	89,4	10,6 *
Troubles de l'audition		
Oui	89,1	10,9 **
Non	89,5	10,5 *
Troubles de la parole		
Oui	61,1	38,9 *
Non	94,6	5,5 **
Problèmes de santé physique chroniques		
Oui	68,4	31,6 *
Non	94,6	5,4 **
Troubles émotionnels/déficience intellectuelle		
Oui	72,1	28,0 *
Non	98,9	1,1 **
Troubles d'apprentissage		
Oui	68,1	31,9 *
Non	98,4	1,6 **
Autres troubles		
Oui	100,0	—
Non	86,9	13,1 *

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Comme l'indice de gravité utilisé dans l'enquête est un indice général portant sur l'ensemble des incapacités, et non pas un indice spécifique à chaque type d'incapacité (voir chapitre 2), l'association observée entre la gravité de l'incapacité et la présence de certains troubles peut s'expliquer, en partie du moins, par le fait que les enfants présentant ces troubles cumulent souvent plusieurs incapacités. Ainsi, plus de la moitié (54 %) des enfants ayant un trouble de la parole, environ le tiers des enfants ayant des troubles d'apprentissage (31 %), 29 % de ceux qui présentent un problème de santé physique chronique et 27 % de ceux qui présentent des troubles émotifs ou de comportement ou une déficience intellectuelle cumulent trois incapacités ou plus (tableau 3.5).

3.2.2 Nature de l'incapacité chez les adultes

3.2.2.1 Prévalence de l'incapacité selon la nature et certaines caractéristiques sociodémographiques

Dans la population de 15 ans et plus, les incapacités liées à la mobilité (9 %), à l'agilité (8 %), à l'audition (4,2 %) et aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (4,1 %) sont les plus prévalentes en 1998. L'incapacité liée à la vision (1,8 %), l'incapacité physique de nature non précisée (1,7 %) et l'incapacité liée à la parole (0,9 %) sont moins fréquentes (tableau 3.6).

Tableau 3.5

Nombre d'incapacités selon la nature de l'incapacité¹, population de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998

	Une	Deux	Trois et plus
	%		
Troubles de la vue			
Oui	87,2	4,3 **	8,6 **
Non	75,6	14,6 *	9,8 *
Troubles de l'audition			
Oui	83,2	7,4 **	9,5 **
Non	76,3	14,0 *	9,7 **
Troubles de la parole			
Oui	37,3 *	8,9 **	53,8 *
Non	83,9	14,3 *	1,8 **
Problèmes de santé physique chroniques			
Oui	61,6	9,2 **	29,2 *
Non	82,2	15,9 *	1,9 **
Troubles émotifs/déficience intellectuelle			
Oui	42,6	30,9 *	26,5 *
Non	96,3	3,6 **	0,1 **
Troubles d'apprentissage			
Oui	32,0 *	37,5	30,5 *
Non	96,7	2,9 **	0,4 **
Autres troubles			
Oui	100,0	—	—
Non	71,9	16,4 *	11,7 *
Total	76,8	13,5 *	9,7 *

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau 3.6

Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité¹, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

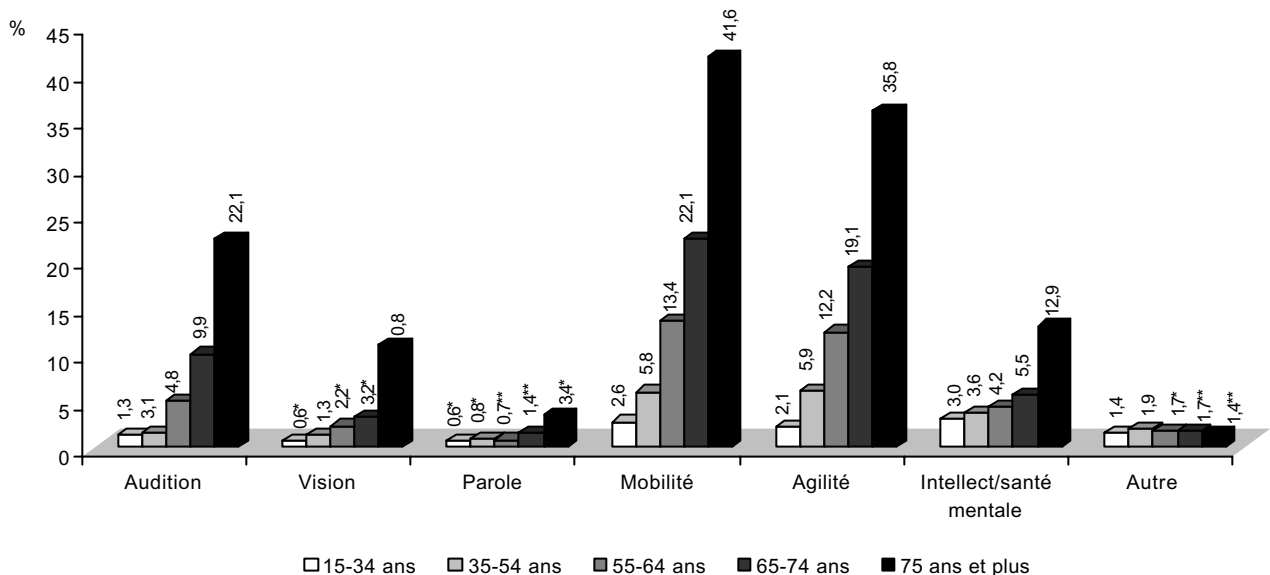
	%	Pe '000
Audition	4,2	247,2
Vision	1,8	107,5
Parole	0,9	53,2
Mobilité	8,8	514,1
Agilité	8,0	466,2
Intellect/santé mentale	4,1	238,6
Autre	1,7	96,8
Total	16,7	970,4

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

La prévalence de tous les types d'incapacité augmente avec l'âge, à l'exception de celle de l'incapacité physique de nature non précisée (figure 3.2). Pour la mobilité, l'agilité et l'audition, une progression en escalier est observée, les taux d'incapacité augmentant de façon importante à chaque groupe d'âge pour atteindre respectivement 42 % (mobilité), 36 % (agilité) et 22 % (audition) chez les personnes de 75 ans et plus. Une augmentation selon l'âge est également notée pour les incapacités liées à la vision, à la parole et pour celle liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale; toutefois, les différences observées entre les groupes d'âge avant l'âge de 75 ans sont généralement plus faibles et pas toujours significatives.

Figure 3.2

Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité¹ et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

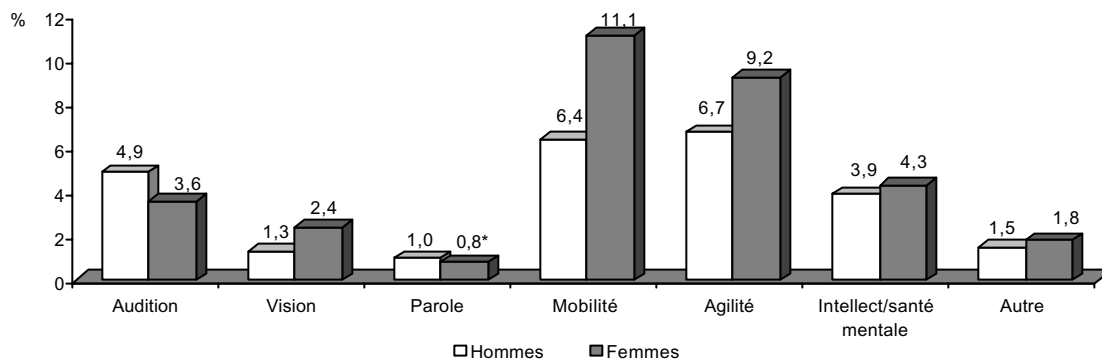
La prévalence des différents types d'incapacité varie également selon le sexe (figure 3.3). Ainsi, une proportion significativement plus forte de femmes que d'hommes présentent des incapacités liées à la mobilité (11 % c. 6 %), à l'agilité (9 % c. 7 %) et à la vision (2,4 % c. 1,3 %). À l'opposé, l'incapacité liée à l'audition est plus prévalente chez les hommes (4,9 %) que chez les femmes (3,6 %). Les données ne montrent par ailleurs aucune association significative entre le sexe et l'incapacité liée à la parole, l'incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale et l'incapacité physique de nature non précisée.

Comparaison avec les enquêtes de 1986 et 1991

La comparaison des données de l'EQLA avec celles des enquêtes de 1986 et 1991 indique une augmentation significative de certains types d'incapacité (tableau 3.7). C'est le cas notamment de l'incapacité liée à l'agilité qui passe de 7 % en 1986 à 8 % en 1998, de l'incapacité liée à l'audition qui va de

3,1 % à 4,2 % entre 1991 et 1998 et de l'incapacité physique de nature non précisée qui passe de 0,6 % en 1986 à 0,8 % en 1991 et à 1,7 % en 1998. L'examen de cette évolution selon l'âge révèle que les augmentations observées au cours de cette période se concentrent principalement dans le groupe des 15-64 ans. Des augmentations significatives sont en effet notées dans ce groupe d'âge pour l'incapacité liée à l'audition entre 1991 (1,7 %) et 1998 (2,6 %), et pour l'incapacité physique de nature non précisée entre 1986 (0,5 %), 1991 (0,8 %) et 1998 (1,7 %). Dans le groupe des 65 ans et plus, aucune augmentation significative n'est observée pour les divers types d'incapacité au cours de cette période. Les données indiquent par contre une diminution significative de l'incapacité liée à la vision qui passe de 9 % en 1986 à 10 % en 1991 et à 6 % en 1998.

Figure 3.3
Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité¹ et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1998



1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau 3.7

Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité¹ et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1986, 1991 et 1998

	1986	1991	1998	
	%		%	Pe '000
Audition	3,4	3,1	4,2	247,2
15-64 ans	2,0	1,7	2,6	130,9
65 ans et plus	14,0	12,1*	14,2	116,3
Vision	2,0	2,0	1,9	107,5
15-64 ans	1,2*	0,9*	1,2	59,3
65 ans et plus	8,5	9,6*	5,9	48,2
Parole	0,8*	1,0*	0,9	53,2
15-64 ans	0,7*	0,9*	0,7	35,9
65 ans et plus	1,9**	1,5**	2,1*	17,3
Mobilité	7,9	7,7	8,8	514,1
15-64 ans	5,6	4,7	5,5	277,3
65 ans et plus	25,0	28,1	29,0	236,8
Agilité	6,8	7,0	8,0	466,2
15-64 ans	4,8	4,7	5,2	261,9
65 ans et plus	21,5	22,8	25,0	204,3
Intellect/santé mentale	..	3,8	4,1	238,6
15-64 ans	..	3,2	3,4	172,0
65 ans et plus	..	8,1*	8,2	66,6
Autre	0,6*	0,8*	1,7	96,8
15-64 ans	0,5**	0,8*	1,7	84,0
65 ans et plus	1,1**	0,9**	1,6*	12,8

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

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

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986*.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

3.2.2.2 Mode de présentation des incapacités

Les différents types d'incapacité (audition, vision, parole, mobilité, etc.) n'étant pas exclusifs, il est possible qu'une personne présente plusieurs types d'incapacité. De fait, 48 % des personnes de 15 ans et plus avec incapacité présentent deux incapacités ou plus. Le nombre d'incapacités varie selon le type d'incapacité (tableau 3.8). Ainsi, 41 % des personnes ayant une incapacité liée à l'audition ne présentent aucune autre incapacité, alors que près de neuf fois sur

dix, l'incapacité liée à la parole s'accompagne d'une ou même de plusieurs incapacités.

Le nombre d'incapacités est étroitement associé à l'âge (tableau 3.9). Alors que 70 % des individus de 15-34 ans présentent une seule incapacité, cette proportion est de 59 % chez les 35-54 ans, de 49 % chez les 55-64 ans et de 38 % chez les 65 ans et plus. Dans ce dernier groupe, un peu plus d'une personne sur dix (12 %) présente quatre incapacités ou plus.

Tableau 3.8

Nombre d'incapacités selon la nature de l'incapacité¹, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Une	Deux	Trois	Quatre et plus
	%			
Audition				
Oui	41,2	19,3	18,9	20,5
Non	55,9	31,7	10,1	2,3 *
Vision				
Oui	23,3	17,5 *	22,3	37,0
Non	55,7	29,9	11,1	3,3
Parole				
Oui	11,1 **	21,6 *	21,4 *	45,9
Non	54,4	29,0	11,8	4,8
Mobilité				
Oui	23,2	43,4	21,1	12,4
Non	84,5	12,0	2,6 *	0,9 **
Agilité				
Oui	18,9	44,6	22,6	13,8
Non	82,8	13,8	2,8 *	0,6 **
Intellect/santé mentale				
Oui	31,2	19,7	26,8	22,2
Non	59,1	31,5	7,5	1,9 *
Autre				
Oui	100,0	...	...	...
Non	47,2	31,6	13,6	7,7
Total	52,2	28,6	12,3	6,9

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau 3.9

Nombre d'incapacités selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	15-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	65 ans et plus	Total
	%				
Une	70,3	59,0	49,5	38,2	52,2
Deux	20,3	24,8	31,8	34,7	28,6
Trois	5,7 *	12,0	13,9	15,1	12,3
Quatre et plus	3,6 **	4,3 *	4,9 **	12,0	6,9

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

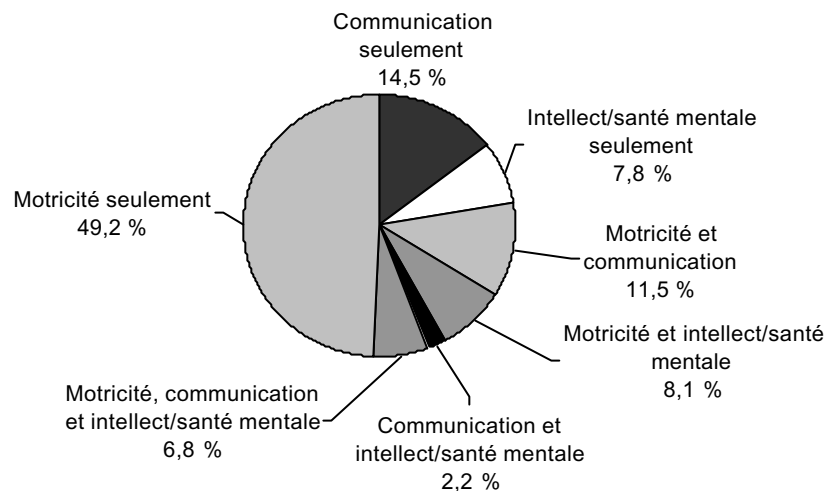
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Le cumul des incapacités entraîne une grande diversité dans les modes de présentation des incapacités, comme en fait foi le tableau complémentaire C.3.2. La figure 3.4 résume cette information à partir du regroupement des incapacités dans des catégories mutuellement exclusives. Elle montre que 49 % des personnes ayant une incapacité présentent des incapacités motrices seulement, 14 % des incapacités liées à la communication *seulement* et 8 % une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé

mentale *seulement*. Le reste, soit un peu moins du tiers, présente des incapacités dans au moins deux de ces domaines, soit à la fois des incapacités motrices et des incapacités liées à la communication (12 %), des incapacités motrices et une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (8 %), des incapacités liées à la communication et aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (2,2 %) ou encore des incapacités touchant tous ces domaines à la fois (7 %).

Figure 3.4
Nature exclusive de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998



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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*

Tableau 3.10
Nature exclusive de l'incapacité selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	15-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	65 ans et plus
	%			
Motricité seulement	45,9	48,0	56,0	48,5
Communication seulement	14,1	18,0	12,6 *	12,1
Intellect/santé mentale seulement	20,5	9,6	4,5 **	1,3 **
Motricité et communication	1,9 **	7,9	12,0 *	19,5
Motricité et intellect/santé mentale	8,2 *	8,8	9,0 *	7,0
Communication et intellect/santé mentale	4,4 **	2,0 **	1,3 **	1,7 **
Motricité, communication et intellect/santé mentale	5,0 **	5,9 *	4,7 **	9,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Il existe une association significative entre la nature exclusive de l'incapacité et l'âge (tableau 3.10). Ainsi, les personnes qui présentent des incapacités liées à la communication seulement sont proportionnellement plus nombreuses dans le groupe des 35-54 ans (18 %) que dans le groupe des 65 ans et plus (12 %). Par ailleurs, la proportion de personnes présentant une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale seulement est plus élevée parmi les personnes de 15-34 ans (21 %) que parmi celles de 35-54 ans (10 %), de 55-64 ans (4,5 %) ou de 65 ans et plus (1,3 %). Par contre, la présence simultanée d'incapacités liées à la communication et d'incapacités motrices est une situation plus fréquente chez les personnes de 65 ans et plus (19 %) que dans les autres groupes d'âge (1,9 %, 8 % et 12 % respectivement).

3.2.2.3 Gravité de l'incapacité selon la nature

Cette section examine la relation entre la gravité de l'incapacité, d'une part, et les types non exclusifs d'incapacité (audition, vision, parole, mobilité, etc.), le nombre d'incapacités et la nature exclusive de l'incapacité, d'autre part.

Les données du tableau 3.11 permettent de comparer la gravité de l'incapacité des personnes qui présentent un type d'incapacité donné (type non exclusif) à celle des personnes n'ayant pas ce type d'incapacité. Tous les types d'incapacité sont associés à la gravité de l'incapacité. Les données indiquent notamment que 45 % des personnes qui ont une incapacité liée à la parole présentent une incapacité grave alors que ce pourcentage est de 12 % seulement chez celles qui ne présentent pas ce type d'incapacité. Elles indiquent également que 25 % des personnes ayant une incapacité liée à la mobilité ont une incapacité grave comparativement à 0,7 % de celles qui n'ont pas de problème de mobilité. Une situation semblable est observée pour l'incapacité liée à l'agilité.

Tableau 3.11
Gravité de l'incapacité selon la nature de l'incapacité¹, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Légère	Modérée	Grave
	%		
Audition			
Oui	56,3	24,6	19,1
Non	62,4	25,6	12,0
Vision			
Oui	34,9	33,2	31,9
Non	64,0	24,4	11,6
Parole			
Oui	22,3	33,0	44,8
Non	62,9	25,0	12,1
Mobilité			
Oui	33,8	40,7	25,5
Non	91,0	8,3	0,7 **
Agilité			
Oui	34,0	38,0	28,0
Non	85,7	13,5	0,8 **
Intellect/santé mentale			
Oui	43,1	28,8	28,1
Non	66,6	24,3	9,2
Autre			
Oui	100,0	—	—
Non	56,6	28,1	15,3

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
 ** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Comme l'indice de gravité utilisé dans l'EQLA n'est pas un indice spécifique à chacun des types d'incapacité, mais un indice général qui tient compte à la fois de l'étendue et de l'intensité des incapacités, les résultats rapportés au tableau 3.11 peuvent s'expliquer tant par la gravité d'une incapacité que par la cooccurrence d'autres incapacités, ou par les deux à la fois. Les données du tableau complémentaire C.3.3 montrent à cet effet l'association étroite qui existe entre le nombre d'incapacités et la gravité de l'incapacité. Ainsi, 94 % des individus qui rapportent une seule incapacité présentent une incapacité légère, alors qu'à l'opposé, 71 % des individus qui rapportent quatre incapacités ou plus ont une incapacité grave.

L'indicateur portant sur la nature exclusive de l'incapacité permet d'examiner la gravité de l'incapacité sous l'angle de la diversité des fonctions atteintes (motrices seulement, communication seulement, mentales seulement, etc.). À cet égard, les données indiquent que les personnes qui rapportent des incapacités dans plusieurs domaines à la fois présentent de façon générale une incapacité plus grave que celles qui rapportent des incapacités dans un domaine seulement (tableau 3.12). De façon plus précise, trois groupes de personnes se distinguent. Celles qui présentent les incapacités les moins graves sont celles qui rapportent des incapacités liées à la communication seulement ou une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale seulement

(incapacité légère : 95 % et 96 % respectivement). Le second groupe comprend les personnes ayant des incapacités motrices seulement (incapacité légère : 67 %) et celles qui ont à la fois des incapacités liées à la communication et une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (incapacité légère : 54 %). Le troisième groupe comprend les personnes ayant d'autres incapacités multiples, soit des incapacités motrices et des incapacités liées à la communication ou des incapacités motrices et une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale. C'est dans ce troisième groupe que l'on observe les plus fortes proportions de personnes ayant une incapacité modérée ou grave.

Tableau 3.12

Gravité de l'incapacité selon la nature exclusive de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Légère	Modérée	Grave
	%		
Motricité seulement	66,9	25,0	8,2
Communication seulement	94,7	5,2 **	0,1 **
Intellect/santé mentale seulement	95,9	4,1 **	—
Motricité et communication	30,3	44,8	24,9
Motricité et intellect/santé mentale	23,5	43,4	33,1
Communication et intellect/santé mentale	54,0	41,5 *	4,5 **
Motricité, communication, intellect/santé mentale	2,9 **	35,7	61,4

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

3.2.2.4 Âge d'apparition, cause et origine de l'incapacité

Dans la majorité des cas (85 %), l'incapacité apparaît à l'âge adulte (15-64 ans), particulièrement entre 35 et 54 ans (tableau 3.13). La période de 65 ans et plus est également propice à l'apparition de l'incapacité. L'incapacité liée à la parole constitue cependant une exception, celle-ci survenant au cours de l'enfance (0-14 ans) dans une proportion importante des cas (46 %).

Les principales causes de l'incapacité sont présentées à la figure 3.5. L'incapacité liée à l'audition est attribuable à différentes maladies de l'oreille et de la mastoïde (57 %), parmi lesquelles figurent les effets du bruit sur l'oreille interne (11 %) et la surdité (23 %). Dans 13 % des cas, l'incapacité liée à l'audition est associée à des symptômes mal définis, le plus souvent à la vieillesse. Enfin, dans 15 % des cas, les causes demeurent inconnues.

L'incapacité liée à la vision est, pour sa part, surtout causée par les maladies de l'œil (60 %), principalement

les vices de réfraction ou de l'accommodation (14 %⁵), les cataractes (12 %⁵), les affections de la rétine (9 %⁵), le glaucome (3 %⁶) et le strabisme (2 %⁶). Les maladies endocriniennes, plus particulièrement le diabète, sont également en cause dans 5 %⁶ des cas. Dans 9 % des cas, l'incapacité visuelle est associée à des symptômes mal définis, telle la vieillesse.

L'incapacité liée à la parole est le plus souvent due à des troubles mentaux (18 %), notamment le retard mental, aux maladies du système nerveux (18 %) – tels l'hémiplégie et les autres syndromes paralytiques (6 %⁶) ou les maladies dégénératives comme la maladie d'Alzheimer (4 %⁶) – et aux maladies des organes des sens (15 %), principalement la surdité. Les maladies cérébro-vasculaires (10 %) et les anomalies congénitales (7,4 %), dont le Syndrome de Down (4 %⁶), sont également en cause.

⁵ Cette proportion a un coefficient de variation entre 15 % et 25 % et doit être interprétée avec prudence.

⁶ Cette proportion a un coefficient de variation supérieur à 25 % et est une estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Tableau 3.13

Âge d'apparition de l'incapacité selon la nature de l'incapacité¹, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Audition	Vision	Parole	Mobilité	Agilité	Intellect/ santé mentale ²	Autre	Total
	%							
0-14 ans	19,6	15,4*	45,8	7,7	6,7	22,0	8,8	15,3
Avant 1 an	4,5*	5,6**	26,3*	2,3*	2,3*	8,5*	3,0*	4,1
1-14 ans	15,1	9,8*	19,4*	5,4	4,4*	13,6	5,8	11,2
15-64 ans	80,4	84,6	54,3	92,2	93,4	78,0	93,2	84,7
15-34 ans	19,1	14,2*	8,1**	17,3	17,7	21,9	22,2	24,4
35-54 ans	22,9	23,7	20,9*	28,5	30,3	23,5	32,4	27,0
55-64 ans	11,7	11,5*	7,0**	15,0	15,2	9,3*	14,5	13,6
65 ans et plus	26,7	35,2	18,3*	31,4	30,2	23,3	22,2	19,7

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

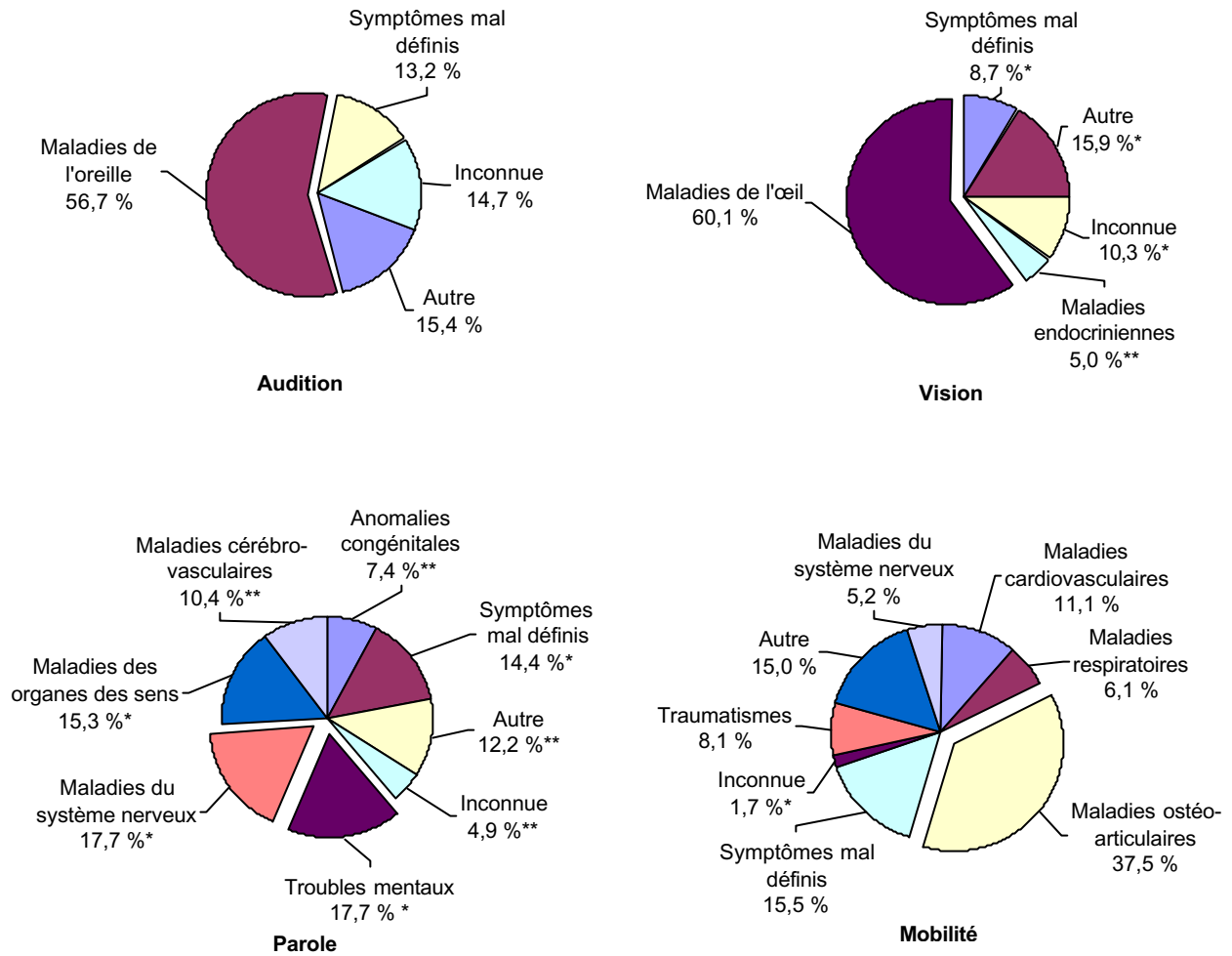
2. Environ 13 % des personnes ayant ce type d'incapacité sont exclues ici. Il s'agit de personnes ayant des troubles d'apprentissage, de perception ou d'attention.

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

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

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Figure 3.5
Causes de l'incapacité selon la nature de l'incapacité¹ chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998



1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

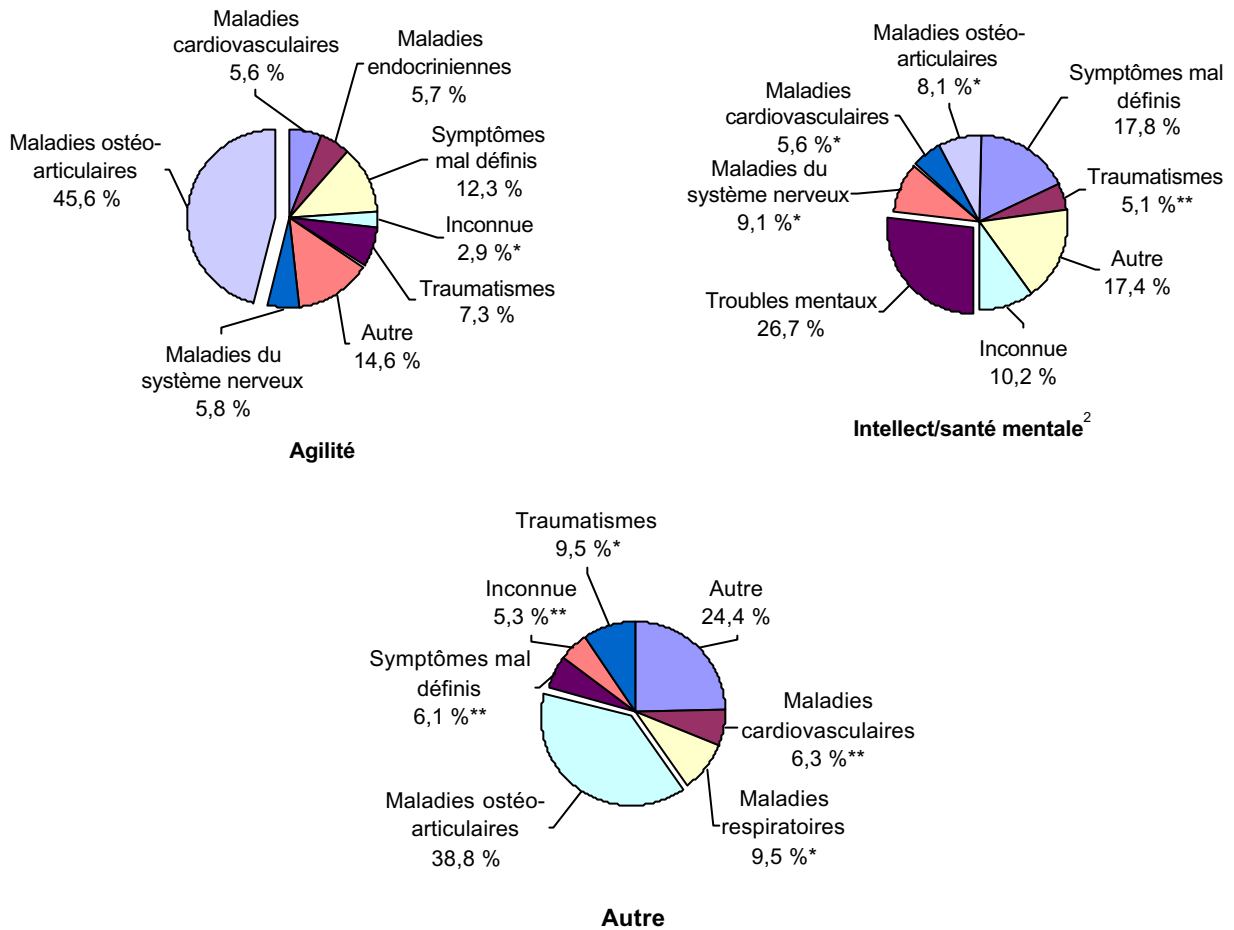
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Figure 3.5 (suite)

Causes de l'incapacité selon la nature¹ de l'incapacité chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998



1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

2. Environ 13 % des personnes ayant ce type d'incapacité sont exclues ici. Il s'agit de personnes ayant des troubles d'apprentissage, de perception ou d'attention.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

En ce qui concerne les incapacités liées à la mobilité et à l'agilité, les causes sont très semblables. Les maladies ostéo-articulaires – incluant les différentes formes d'arthrite et d'arthrose de même que les maux de dos – viennent au premier rang, suivies des maladies cardiovasculaires, des traumatismes, des maladies endocriniennes (dont l'obésité), des maladies respiratoires (dont l'asthme) et des maladies du système nerveux. Dans 12 % à 15 % des cas, les problèmes de mobilité et d'agilité sont associés à des symptômes mal définis telles la fatigue ou la vieillesse.

Les troubles mentaux (27 %) – incluant les troubles névrotiques, les troubles dépressifs et le retard mental – sont identifiés comme la principale cause de l'incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale. Viennent ensuite les maladies du système nerveux (9 %), dont la maladie d'Alzheimer

(2 %⁷), les maladies ostéo-articulaires (8 %), les maladies cardiovasculaires (6 %) et les traumatismes (5 %). Il est à supposer, dans le cas des maladies ostéo-articulaires et des traumatismes, que ce type d'incapacité est davantage une conséquence secondaire de ces maladies.

Enfin, les principales causes de l'incapacité physique de nature non précisée sont les maladies ostéo-articulaires (39 %), les traumatismes (10 %), les maladies respiratoires (10 %) et les maladies cardiovasculaires (6 %).

Le tableau 3.14 présente l'origine des problèmes de santé ayant causé les incapacités. La maladie, la vieillesse et les accidents sont les origines les plus souvent mentionnées sauf en ce qui concerne l'incapacité liée à la parole qui, la plupart du temps, découle d'un problème présent à la naissance.

⁷ Cette proportion a un coefficient de variation supérieur à 25 % et est une estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Tableau 3.14

Origine de l'incapacité selon la nature de l'incapacité¹, chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Audition	Vision	Parole	Mobilité	Agilité	Intellect/ santé mentale ²	Autre
	%						
De naissance	10,2*	18,4 *	39,2	6,5	6,0	16,3	10,9 *
Maladie	22,2	25,6	29,1*	33,0	28,0	30,2	32,2
Vieillesse	28,7	34,9	6,8**	23,6	23,7	17,4	5,7 **
Accident de travail	0,8**	0,2 **	1,7**	7,7	9,9	2,9**	7,5 **
Bruit au travail	21,6	...	...	...	...	...	...
Autre cause liée au travail	2,0**	1,9 **	0,4**	4,0*	4,6	6,3*	6,9 **
Accident (maison, route, etc.)	4,2*	11,7 *	15,0*	19,5	21,2	18,4	25,4
Obésité	–	4,6 **	1,3**	1,5**	1,3**	1,7**	2,0 **
Autre	10,4	2,7 **	6,5**	4,3	5,2	6,9*	9,3 *

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

2. Environ 13 % des personnes ayant ce type d'incapacité sont exclues ici. Il s'agit de personnes ayant des troubles d'apprentissage, de perception ou d'attention.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

L'EQLA s'inscrit dans la suite des enquêtes canadiennes sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 et de 1991. Elle fournit des données permettant de suivre l'évolution de divers types d'incapacité dans la population québécoise vivant en ménage privé.

En ce qui concerne les enfants de 0 à 14 ans, l'enquête révèle que les troubles les plus prévalents sont les troubles émotifs ou de comportement ou la déficience intellectuelle (regroupés), et les troubles d'apprentissage. À cet égard, les données indiquent :

- une prévalence plus élevée de ces troubles chez les garçons que chez les filles;
- une prévalence plus élevée de ces troubles chez les enfants d'âge scolaire (5-14 ans) que chez les enfants de 0 à 4 ans;
- une augmentation significative des troubles d'apprentissage entre les enquêtes de 1986, de 1991 et de 1998, ainsi qu'une augmentation significative des troubles émotifs ou de comportement entre 1991 et 1998.

L'augmentation de la prévalence des troubles émotifs ou de comportement et des troubles d'apprentissage chez les enfants est un des résultats importants de l'EQLA. Ces résultats sont consistants avec les données provenant d'autres sources (Conseil supérieur de l'éducation, 2001; Kidder et autres, 2000; MEQ, 1999a, 1999b; Offord et Lipman, 1996; Poliquin-Verville et Royer, 1992), qui indiquent une prévalence élevée de ces troubles parmi les enfants – les garçons surtout – bien que les taux puissent varier selon la source consultée et la définition adoptée. Ainsi, selon des données rapportées par le Conseil supérieur de l'éducation (2001), la proportion d'élèves en difficulté de comportement à l'école primaire aurait triplé dans les écoles québécoises au cours des 15 dernières années, passant de 0,8 % en 1984-1985 à 2,5 % en 1999-2000.

D'autre part, des données administratives montrent que les enfants ayant des troubles de conduite ou de comportement présentent fréquemment des difficultés d'apprentissage (MEQ, 1997; Poliquin-Verville et Royer, 1992), un résultat également observé dans l'EQLA.

La prévalence plus élevée des troubles émotifs ou de comportement et des troubles d'apprentissage chez les garçons est un résultat qui suscite de nombreux questionnements et qui a donné lieu à différentes interprétations. Ainsi, il a été suggéré que les filles auraient tendance à adopter des comportements de retrait ou d'isolement qui, bien que moins dérangeants que les comportements ouvertement agressifs ou les comportements d'opposition manifestés par les garçons, n'en traduiraient pas moins une certaine souffrance et une difficulté d'adaptation (Conseil supérieur de l'éducation, 2001). Cette hypothèse trouve un certain appui dans les résultats de l'*Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992* qui indiquent une prévalence plus élevée des troubles extériorisés chez les garçons et parallèlement, une prévalence plus élevée des troubles intériorisés chez les filles (Breton et autres, 1993; Camirand, 1996).

Les données présentées dans ce chapitre fournissent des informations sur la prévalence des troubles émotifs ou de comportement et des troubles d'apprentissage selon l'âge et le sexe. Le jumelage des données de l'EQLA et celles de l'*Enquête sociale et de santé 1998* pourrait permettre d'identifier les facteurs (revenu familial, structure familiale, etc.) associés à la présence de ces troubles chez les enfants. Toutefois, la faible précision des données sur l'incapacité dans la population des enfants de 0 à 14 ans limite grandement les possibilités d'analyse; advenant la répétition de l'enquête, il serait souhaitable d'augmenter la taille de l'échantillon afin de permettre une utilisation optimale des données d'enquête.

En ce qui concerne la population adulte (15 ans et plus), les données de l'EQLA indiquent que les incapacités les plus répandues sont celles liées à la

mobilité, à l'agilité, à l'audition et aux activités intellectuelles ou à la santé mentale. Les données montrent également :

- une augmentation de la prévalence des divers types d'incapacité avec l'âge (à l'exception de l'incapacité physique de nature non précisée) avec un saut significatif après 74 ans (à l'exception de l'incapacité liée à la parole);
- une prévalence plus élevée des incapacités liées à la mobilité, à l'agilité et à la vision chez les femmes et, à l'inverse, une prévalence plus élevée de l'incapacité auditive chez les hommes;
- une augmentation entre les enquêtes de 1986, 1991 et 1998 de la prévalence de certains types d'incapacité, soit les incapacités liées à l'agilité et à l'audition, et l'incapacité physique de nature non précisée. Plus précisément, on observe une augmentation significative de l'incapacité liée à l'audition et de l'incapacité physique de nature non précisée chez les 15-64 ans; parallèlement, une diminution de la prévalence de l'incapacité visuelle est notée chez les 65 ans et plus;
- une cooccurrence de divers types d'incapacité pour près de la moitié de la population adulte avec incapacité. Ce résultat est à considérer dans l'interprétation des analyses qui sont faites dans ce rapport concernant la nature de l'incapacité.

En ce qui concerne la diminution de l'incapacité visuelle dans la population âgée de 65 ans et plus, Freedman et Martin (1998) ont rapporté des résultats similaires à partir d'une enquête réalisée aux États-Unis entre 1984 et 1993 et utilisant une mesure de l'incapacité visuelle semblable à celle de l'EQLA. Dans l'étude de Freedman et Martin toutefois, la diminution des incapacités visuelles s'accompagne d'une diminution de l'ensemble des indicateurs utilisés dans l'enquête, alors que dans l'EQLA, la diminution de la prévalence de l'incapacité visuelle chez les 65 ans et plus se situe

dans le contexte d'une augmentation globale du taux d'incapacité entre 1986 et 1998 dans ce groupe d'âge, bien qu'on n'observe pas de variation significative pour la période plus récente, soit de 1991 à 1998 (voir chapitre 2). Ces résultats peuvent être mis en lien avec ceux des enquêtes récentes réalisées au Canada (Shields et Chen, 1999) et ailleurs dans le monde (Waidmann et Manton, 1998) qui indiquent une réduction ou, à tout le moins, une stabilité de l'incapacité chez les personnes de 65 ans et plus, et ce, en dépit du vieillissement interne de cette population (soit de la proportion croissante de personnes de 75 ans et plus parmi celle-ci). Dans ces dernières enquêtes toutefois, la mesure de l'incapacité n'est pas strictement comparable à celle utilisée dans l'EQLA; les comparaisons avec les données de l'EQLA doivent donc être considérées à titre indicatif seulement.

La hausse de l'incapacité liée à l'audition et de l'incapacité physique de nature non précisée dans le groupe des 15-64 ans confirme une tendance déjà observée entre les enquêtes de 1986 et de 1991 (Laroche et Morin, 1994). Différentes hypothèses peuvent être envisagées pour expliquer cette évolution. La possibilité d'une augmentation de la déclaration des incapacités (Laroche et Morin, 1994) et celle d'une modification dans la composition de la population de 15 ans et plus (sur les plans de l'âge, de la scolarité, du revenu, etc.) sont à considérer. Cette dernière hypothèse pourrait faire l'objet d'une analyse ultérieure des données. D'autres pistes de recherche pourraient également être explorées :

- La baisse de l'incapacité visuelle dans le groupe des 65 ans et plus entre 1991 et 1998 est un résultat particulièrement intéressant de l'EQLA. L'hypothèse d'une plus grande accessibilité aux aides visuelles (lentilles, lunettes) ou aux interventions chirurgicales (notamment la chirurgie de la cataracte) permettant la correction et le traitement des problèmes qui sont à l'origine de cette incapacité peut être formulée pour rendre compte de ce résultat. Cette hypothèse pourrait

être explorée dans le cadre d'études plus larges faisant appel à des données provenant d'autres sources.

- Le développement et la validation d'indices de gravité spécifiques à chaque type d'incapacité pourrait permettre d'accroître les possibilités d'analyse. Les travaux de Schein (1992), dans le domaine de l'incapacité liée à l'audition, sont un exemple à suivre à cet égard.
- Une meilleure différenciation des incapacités regroupées sous le terme «incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale» serait souhaitable. Une telle démarche pourrait s'inspirer des travaux développés par Langlet (1994).
- L'analyse des facteurs associés à la présence d'incapacités multiples est une piste de recherche à explorer étant donné la relation observée entre le nombre d'incapacités et les restrictions d'activités (voir chapitre 4).

Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

La prévalence élevée des troubles émotifs ou de comportement et des troubles d'apprentissage chez les enfants est un résultat particulièrement troublant et qui commande une intervention rapide. En effet, les jeunes en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage ont tendance à «décrocher» plus facilement de l'école (Kidder et autres, 2000; MEQ, 1999a; Conseil supérieur de l'éducation, 2001); ils ont un taux de diplomation inférieur à celui des jeunes sans incapacité (15 % pour les élèves ayant un trouble du comportement et 13 % pour les élèves ayant une difficulté grave d'apprentissage c. 83 % pour les jeunes sans incapacité) et même à celui des jeunes ayant d'autres types d'incapacité (par exemple, le taux de diplomation des jeunes ayant une incapacité visuelle ou auditive est de 44 %) (MEQ, 1999a). De plus, ils sont susceptibles de présenter, à l'adolescence et à l'âge adulte, des

difficultés d'insertion professionnelle (MEQ, 1999a) et des problèmes de criminalité plus importants (Offord et Lipman, 1996).

Il semble actuellement y avoir un consensus, dans les différents milieux concernés, sur la nécessité de mettre en place des interventions de promotion⁸, de prévention et de dépistage des élèves en difficulté, afin de reconnaître ces troubles dès leurs premières manifestations et d'intervenir rapidement. Dans ce cas, une action concertée entre les acteurs du milieu scolaire, la famille, les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et les différents partenaires de la communauté apparaît indispensable afin d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions auprès de ces jeunes en difficulté (Conseil supérieur de l'éducation, 2001; MEQ, 1999a, 1999b; Offord, 2000; Poliquin-Verville et Royer, 1992). La mise en œuvre de telles mesures apparaît particulièrement urgente à la lumière des résultats de l'EQLA.

En ce qui concerne les incapacités chez les personnes de 15 ans et plus, les données de l'EQLA suggèrent certaines pistes d'intervention. Ainsi, le bruit au travail et les traumatismes sont des exemples de causes évitables pour lesquelles des moyens efficaces de prévention pourraient contribuer à réduire l'incapacité. Par ailleurs, étant donné la place importante des maladies ostéo-articulaires dans l'étiologie de l'incapacité – notamment les incapacités liées à la mobilité et à l'agilité qui sont les plus prévalentes – tout progrès dans ces domaines, sur le plan de la prévention ou du traitement, est susceptible d'avoir un impact significatif sur la prévalence de l'incapacité. De façon plus générale, l'amélioration des conditions de vie et l'intensification des interventions de promotion et de prévention sont susceptibles de contribuer à la réduction des incapacités fonctionnelles de toute nature chez les individus de tous les groupes d'âge (DSP-

⁸ Tels le développement des compétences liées à la socialisation qui sont ciblées dans le curriculum d'études du MEQ (1997) ou le programme d'éducation à la citoyenneté proposé par le Conseil supérieur de l'éducation (2001).

Montréal-Centre, 1999; Freedman et Martin, 1998). Ces interventions devront néanmoins s'accompagner d'actions visant à réduire les obstacles à la participation et de mesures compensatoires adéquates – peu importe la nature ou l'origine des incapacités – afin d'éviter que celles-ci n'entraînent des limitations d'activités et une réduction de la qualité de vie des personnes qui en sont affectées (Doré, 1999; MSSS, 1992).

Bibliographie

AVARD, D. (1992). *Les enfants et les jeunes ayant une incapacité au Canada*, Ottawa, Statistique Canada.

BRETON, J.-J., L. BERGERON et J.-P. VALLA (1993). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes : faits saillants*, Montréal, Santé Québec et Hôpital Rivières-des-Prairies, 132 p.

CAMIRAND, J. (1996). *Un profil des enfants et des adolescents québécois*, Monographie n° 3, Enquête sociale et de santé 1992-1993, Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 194 p.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ÉDUCATION (2001). *Les élèves en difficulté de comportement à l'école primaire : comprendre, prévenir, intervenir*, Avis au Ministre de l'Éducation, Québec, Conseil supérieur de l'éducation.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE (1999). *Prévenir, guérir, soigner : les défis d'une société vieillissante*, Montréal, Direction de la santé publique et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

DORÉ, S. (1999). *L'intégration sociale des personnes handicapées : orientations et voies de solution pour l'avenir*, Drummondville, OPHQ.

FREEDMAN, V. A., et L. G. MARTIN (1998). « Understanding Trends in Functional Limitations Among Older », *American Journal of Public Health*, vol. 88, p. 1457-1462.

HANVEY, L., D. AVARD, I. GRAHAM, K. UNDERWOOD, J. CAMPBELL et C. KELLY (1994). *La santé des enfants du Canada*, 2^e édition, Institut canadien de la santé infantile.

INSERM (1988). *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*, Paris, CTNERHI-INSERM, 203 p.

KIDDER, K., J. STEIN et J. FRASER (2000). *La santé des enfants du Canada*, 3^e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.

LANGLET, E. (1994). « Une application de l'analyse discriminante à la classification des incapacités du psychisme », *Actes du Colloque sur les méthodes et domaines d'application de la statistique*, Québec, Bureau de la statistique du Québec, p. 317-329.

LAROCHE, S., et J.-P. MORIN (1994). *Étude des variations entre les taux d'incapacité de l'ESLA de 1986 et 1991*, Ottawa, Statistique Canada, Division des méthodes d'enquêtes sociales, 27 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (1999a). *Une école adaptée à tous ses élèves : prendre le virage du succès*, Politique de l'adaptation scolaire, Québec, Ministère de l'Éducation du Québec.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (1999b). *Une école adaptée à tous ses élèves. Prendre le virage du succès*, Plan d'action en matière d'adaptation scolaire, Québec, Ministère de l'Éducation du Québec.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (1997). *Réaffirmer l'école : Prendre le virage du succès, rapport du Groupe de travail sur la réforme du curriculum*, Québec.

ODERKIRK, J. (1993). « Les enfants ayant une incapacité », *Tendances sociales canadiennes*, hiver 1993, n° 31, p. 22-25.

OFFORD, D. R. (2000). « La santé mentale des enfants et des jeunes » dans K. KIDDER, J. STEIN et J. FRASER. *La santé des enfants du Canada*, 3^e édition, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, p.225-226

OFFORD, D. R. et L. E. LIPMAN (1996). « Problèmes affectifs et comportementaux » dans *Grandir au Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, Statistique Canada, p. 135-144.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977). *Manuel de classification statistique internationale des maladies et causes de décès*, vol.1, 9^e révision, Genève, 783 p.

POLYQUIN-VERVILLE, H., et E. ROYER (1992). *École et comportement, les troubles du comportement : état des connaissances et perspectives d'intervention*, Québec, Ministère de l'Éducation du Québec.

SAUCIER, A. (1992). *Le portrait des personnes ayant des incapacités au Québec en 1986*, Québec, Planification-Évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 63 p.

SAUCIER, A., et P. LAFONTAINE (1991). *Nature et gravité des incapacités au Québec en 1986 : un portrait statistique des adultes à domicile et en établissement selon l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 66 p.

SHAAR, K., et M. MCCARTHY (1994). « Definitions and determinants of handicap in people with disabilities », *Epidemiological Review*, vol. 16, p. 228-242.

SCHEIN, J. D. (1992). *La déficience auditive au Canada*, Ottawa, Statistique Canada.

SHIELDS, M., et J. CHEN (1999). « L'état de santé des personnes âgées », *Rapport sur la santé* (numéro spécial sur la santé de la population canadienne), vol. 11, p. 53-69.

STATISTIQUE CANADA (1992). « Enquête de 1991 sur la santé et les limitations d'activités », *Le Quotidien*, 13 octobre, 15 p.

STATISTIQUE CANADA (1994). *Caractéristiques choisies des personnes ayant une incapacité et vivant dans un ménage, Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 82-555, 408 p.

STATISTIQUE CANADA (1996). *Grandir au Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, Statistique Canada.

VERBRUGGE, L. M., et A. M. JETTÉ (1994). « The disablement process », *Social Science and Medicine*, vol. 38, p. 1-14.

WAIDMANN, T. A., et K. G. MANTON (1998). *International Evidence on Disability Trends among the Elderly* [En ligne].

<http://aspe.os.dhhs.gov/daltcp/reports/trends.htm>

Tableaux complémentaires

Tableau C.3.1

Mode de présentation des incapacités, population de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998

	%
Troubles de communication seulement	21,5
Troubles de l'audition	6,6 *
Troubles de la vue	9,0 *
Troubles de la parole	5,7 **
Troubles de l'audition et de la parole	0,2 **
Problèmes de santé physique chroniques seulement	12,7 *
Troubles émotifs ou déficience intellectuelle seulement	15,4 *
Troubles d'apprentissage seulement	9,8 *
Troubles multiples	23,1
Troubles de communication et troubles émotifs/déficience intellectuelle	0,2 **
Troubles de communication et problèmes de santé physique chroniques	0,3 **
Troubles de communication et troubles d'apprentissage	1,5 **
Troubles de communication et troubles émotifs/déficience intellectuelle et problèmes de santé physique chroniques	0,3 **
Troubles de communication et troubles émotifs/déficience intellectuelle et troubles d'apprentissage	3,6 **
Problèmes de santé physique chroniques et troubles émotifs/déficience intellectuelle	1,2 **
Problèmes de santé physique chroniques et troubles d'apprentissage	0,4 **
Problèmes de santé physique chroniques et troubles émotifs/déficience intellectuelle et troubles d'apprentissage	0,9 **
Troubles émotifs/déficience intellectuelle et troubles d'apprentissage	9,8 *
Troubles de communication et troubles émotifs/déficience intellectuelle et problèmes de santé physique chroniques et troubles d'apprentissage	4,9 **
Autres troubles	17,5
Total	100,0

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau C.3.2

Mode de présentation des incapacités, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	%
Motricité seulement	49,2
Mobilité, agilité	18,3
Mobilité	12,3
Agilité	9,1
Autre	9,5
Communication seulement	14,5
Audition	10,5
Vision	2,5
Parole	0,6 **
Audition, vision	0,5 **
Audition, parole	0,4 **
Intellect/santé mentale seulement	7,8
Motricité et communication	11,5
Mobilité, agilité, audition	3,2
Mobilité, agilité, vision	1,7 *
Agilité, audition	1,6 *
Mobilité, audition	1,5 *
Mobilité, agilité, audition, vision	1,2 *
Mobilité, vision	0,8 **
Agilité, vision	0,4 **
Mobilité, agilité, parole	0,3 **
Agilité, audition, parole	0,2 **
Mobilité, agilité, audition, parole	0,2 **
Mobilité, audition, parole	0,1 **
Agilité, audition, vision	0,1 **
Mobilité, audition, vision	0,1 **
Mobilité, agilité, audition, vision, parole	0,1 **
Motricité et intellect/santé mentale	8,1
Mobilité, agilité, intellect/santé mentale	4,9
Mobilité, intellect/santé mentale	2,2 *
Agilité, intellect/santé mentale	1,0 *
Communication et intellect/santé mentale	2,2
Audition, intellect/santé mentale	0,8 **
Parole, intellect/santé mentale	0,7 **
Vision, intellect/santé mentale	0,2 **
Audition, parole, intellect/santé mentale	0,2 **
Audition, vision, intellect/santé mentale	0,2 **
Audition, vision, parole, intellect/santé mentale	0,1 **

	%
Motricité, communication et intellect/santé mentale	6,8
Mobilité, agilité, audition, intellect/santé mentale	1,4 *
Mobilité, agilité, vision, intellect/santé mentale	0,9 *
Mobilité, agilité, vision, audition, intellect/santé mentale	0,9 *
Mobilité, agilité, parole, intellect/santé mentale	0,5 **
Mobilité, audition, intellect/santé mentale	0,5 **
Mobilité, agilité, audition, parole, intellect/santé mentale	0,5 **
Mobilité, agilité, audition, vision, parole, intellect/santé mentale	0,4 **
Agilité, parole, intellect/santé mentale	0,2 **
Mobilité, vision, intellect/santé mentale	0,2 **
Mobilité, agilité, vision, parole, intellect/santé mentale	0,2 **
Agilité, audition, intellect/santé mentale	0,2 **
Agilité, audition, parole, intellect/santé mentale	0,2 **
Mobilité, parole, intellect/santé mentale	0,1 **
Agilité, vision, intellect/santé mentale	0,1 **
Mobilité, vision, parole, intellect/santé mentale	0,1 **
Mobilité, audition, parole, intellect/santé mentale	0,1 **
Agilité, audition, parole, intellect/santé mentale	0,2 **
Total	100,0

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau C.3.3
**Gravité de l'incapacité selon le nombre d'incapacités,
 population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec,
 1998**

	Légère	Modérée	Grave
	%		
Une	93,8	6,1	0,2 **
Deux	38,5	47,4	14,1
Trois	7,3*	53,5	39,2
Quatre et plus	0,3**	28,7	71,0

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

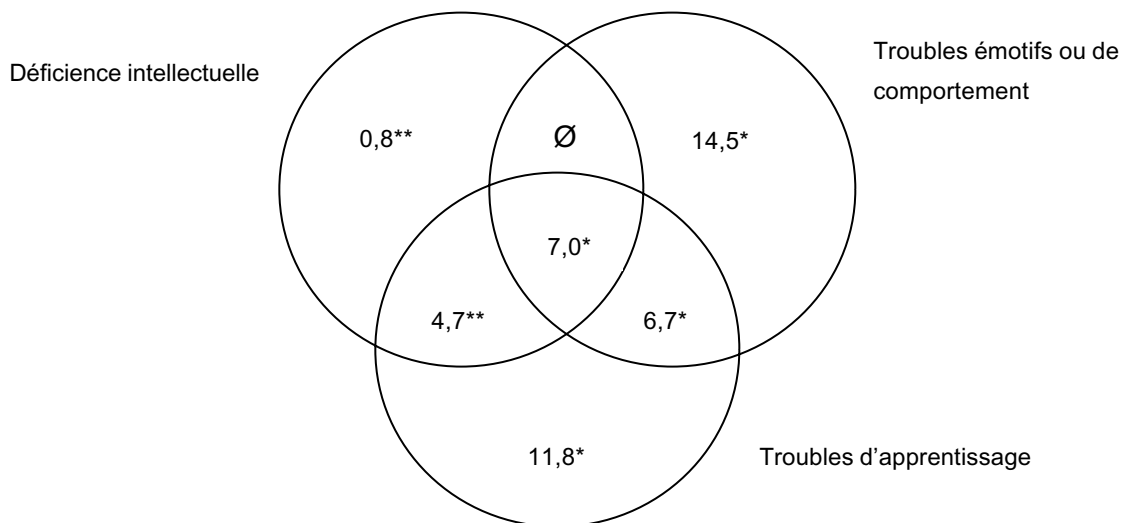
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Figure complémentaire

Figure C.3.1

Cooccurrence des troubles émotifs ou de comportement, de la déficience intellectuelle et des troubles d'apprentissage, population de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998



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

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

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Chapitre 4

Désavantage lié à l'incapacité

Céline Gosselin

Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Robert Choinière

Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
Institut national de santé publique du Québec

Russell Wilkins

Groupe d'analyse et de modélisation de la santé
Division des études sociales et économiques, Statistique Canada

Introduction

Le présent chapitre examine l'impact de l'incapacité sur la réalisation des activités quotidiennes et sur l'exercice des rôles sociaux. À la différence des chapitres précédents, l'intérêt ne porte plus sur les conséquences fonctionnelles de la maladie (soit l'incapacité, sa nature et sa gravité) mais sur ses conséquences sociales, c'est-à-dire sur le désavantage¹. Le concept de désavantage présente un intérêt particulier étant donné que les conséquences sociales de la maladie entraînent souvent une plus grande détresse que la maladie elle-même ou que les limitations fonctionnelles qui y sont associées (Locker, 1989; Susman, 1994). De plus, comme les conditions défavorables dans lesquelles se retrouvent souvent les individus désavantagés (pauvreté, isolement, etc.) (Fawcett, 1996) constituent de puissants déterminants de la santé (Evans et autres, 1994; Feinstein, 1993), il est à craindre que celles-ci n'entraînent, par un effet de rétroaction, une détérioration encore plus marquée de la santé de ces personnes. Enfin, la question des désavantages rejoint une préoccupation fondamentale des mouvements de défense des droits des personnes ayant une incapacité qui, traditionnellement, ont placé

l'égalité des chances et la participation sociale au cœur de leurs revendications (Bolduc, 1994; OPHQ, 1984).

Dans le cadre de référence de la *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages* (OMS, 1988), le désavantage est défini comme :

« ... le préjudice qui résulte de la déficience ou de l'incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels. » (OMS, 1988, p.179)

Les révisions ultérieures du cadre conceptuel de l'OMS (1988) ont permis de clarifier le rôle de l'environnement dans la genèse du handicap (Badley, 1987, 1993, 1995; Fougeyrollas, 1994, 1995; Fougeyrollas et autres, 1998; WHO, 1998). Ainsi, les modèles les plus récents présentent le désavantage comme le résultat d'une interaction entre les caractéristiques des individus – notamment leurs incapacités – et les caractéristiques de l'environnement physique, culturel et social lesquelles peuvent faciliter ou, au contraire, limiter la

¹ Selon la traduction proposée par l'OMS (1988) pour le terme *handicap*.

participation sociale des individus qui ont une incapacité².

L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998 (EQLA)* procure des informations sur différentes catégories de désavantages, dont les désavantages liés à l'indépendance physique et aux déplacements, à l'occupation et aux autres activités tels les sports et les loisirs. Ce chapitre vise à estimer la prévalence des désavantages liés à l'incapacité dans la population québécoise de 15 ans et plus vivant en ménage privé à partir d'un nouvel indice synthétique – l'indice de désavantage lié à l'incapacité – et à comparer son évolution entre les enquêtes de 1986 et de 1991 et celle de 1998. En complément d'information, des estimations de prévalence du désavantage dans la population de 15 ans et plus, incluant, en plus des personnes vivant en ménage privé, celles vivant en ménage collectif, sont également présentées. La distribution de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité est examinée en fonction des caractéristiques démographiques et socio-économiques et selon la gravité, le nombre et la nature des incapacités. L'association avec certains indicateurs de santé et de soutien social est également décrite. La connaissance des désavantages liés à l'incapacité constitue un élément important pour la planification et le suivi des politiques et des programmes visant à réduire les conséquences de l'incapacité et à accroître la participation sociale des personnes ayant une incapacité. Cette information permet également le calcul de l'espérance de vie avec et sans désavantage. Il s'agit d'une information complémentaire à celle de l'espérance de vie avec et sans incapacité (voir chapitre 16).

² Voir également l'introduction générale du présent rapport pour plus de détails à ce sujet.

4.1 Aspects méthodologiques

Les analyses présentées dans ce chapitre s'appuient sur une mesure synthétique du désavantage, l'indice de désavantage lié à l'incapacité. Il s'agit d'un nouvel indice exploratoire, spécialement créé pour l'EQLA. Ce nouvel indice représente un développement de l'indice de dépendance élaboré à partir des données de *l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA)* par Wilkins et Chen (1995).

La principale limite de l'indice de dépendance de Wilkins et Chen (1995) vient du fait que sa construction repose uniquement sur les désavantages d'indépendance physique ou de mobilité alors que d'autres désavantages, notamment les désavantages liés à l'occupation, ne sont pas considérés. Étant donné que l'intégration scolaire et au travail constitue la pierre angulaire des politiques d'intégration sociale des personnes ayant une incapacité (Bolduc, 1994; MSSS, 1992), l'utilité de l'indice pour rendre compte des conséquences sociales de la maladie et des traumatismes s'en trouve ainsi diminuée. D'autre part, des demandes répétées ont été faites à l'effet d'étendre la taxonomie des désavantages à des domaines d'activités moins restreints et non obligatoires (Fougeyrollas, 1994; Verbrugge et Jetté, 1994) – tels les loisirs et les sports – qui constituent néanmoins des mécanismes d'intégration sociale importants pour les individus de tout âge. Une analyse préliminaire des données de l'EQLA ayant révélé qu'une majorité de personnes avec incapacité ne présentent aucun désavantage d'indépendance physique ou de mobilité, la prise en considération des désavantages d'occupation et de ceux reliés à d'autres secteurs d'activités, tels les loisirs et les sports, pourrait permettre d'accroître le pouvoir discriminant de l'indice.

Sur le plan conceptuel, l'indice de désavantage lié à l'incapacité utilisé dans ce chapitre s'apparente à l'indice d'autonomie fonctionnelle créé pour *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993* par Wilkins, Rochon et

Lafontaine (1995), qui prend lui aussi en considération les désavantages d'indépendance physique ou de mobilité de même que ceux liés à l'occupation principale et à d'autres activités, tels les loisirs et les sports. Toutefois, l'indice employé ici présente l'intérêt de tenir compte d'un plus grand nombre de renseignements relativement aux différents domaines d'activités concernés.

4.1.1 Opérationnalisation du désavantage lié à l'incapacité

Cette section et la suivante (4.1.2) décrivent de façon succincte les différentes étapes de l'opérationnalisation du désavantage lié à l'incapacité. Le tableau C.4.1 qui les accompagne identifie les questions retenues comme indicateurs de désavantage dans les différents domaines d'activités de même que les catégories utilisées pour le classement des individus selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité.

4.1.1.1 Désavantage d'indépendance physique ou de mobilité

Les individus sont considérés comme ayant un désavantage d'indépendance physique ou de mobilité s'ils déclarent recevoir de l'aide pour les activités quotidiennes ou domestiques ou pour se déplacer, en raison de leur état ou de leur problème de santé. Le *besoin* d'aide exprimé pour les mêmes raisons n'est pas pris en compte dans la détermination du désavantage. Cette définition du désavantage d'indépendance physique ou de mobilité correspond à celle utilisée pour l'indice de dépendance de Wilkins et Chen (Wilkins et Chen, 1995; Chen, Wilkins et Ng, 1996).

4.1.1.2 Désavantage d'occupation

Le désavantage d'occupation peut refléter une limitation à l'école, au travail ou à la maison. Les désavantages à l'école sont considérés comme des désavantages d'occupation, tant pour les individus qui fréquentent

actuellement un établissement scolaire que pour ceux qui ne sont plus inscrits à l'école. En effet, la continuité entre le parcours scolaire des individus et la position occupée plus tard dans la structure professionnelle incite à considérer cette question sous l'angle du transfert ou du cumul des désavantages, de l'école au milieu de travail (Shaar et McCarthy, 1994; West, 1991).

L'investigation sur les désavantages au travail concerne les personnes « occupées », « en chômage » et celles « ne faisant pas partie de la population active ». Les questions retenues ont une formulation presque identique pour les trois groupes (actifs, chômeurs, inactifs), ce qui permet de minimiser les biais dus à la compréhension des questions. Les limitations actuelles de même que les ajustements effectués pour des raisons de santé (changement d'emploi ou de genre de travail, réduction de la quantité de travail) sont également considérés. Enfin, les questions retenues permettent de tenir compte des désavantages découlant de l'incapacité et de ceux qui résultent des attitudes de discrimination manifestées à l'égard des personnes ayant une incapacité.

Les individus de 15-64 ans dont l'activité principale déclarée (définie par le statut d'activité habituel) est « tient maison » sont également considérés comme ayant un désavantage d'occupation s'ils rapportent être limités dans le genre ou la quantité d'activités qu'ils peuvent faire à la maison pour des raisons de santé. Pour les autres répondants de 15-64 ans dont l'activité principale n'est pas de tenir maison, les limitations à la maison sont incluses dans les « autres désavantages » (voir 4.1.1.3).

L'occupation principale est un concept plus difficile à cerner chez les personnes de 65 ans et plus qui sont majoritairement exclues des sphères d'activité que sont le travail et l'école. De plus, dans l'EQLA, les questions portant sur la scolarité et le travail ne sont pas administrées aux individus de 65 ans et plus.

L'attribution, par défaut, de l'activité principale «tient maison » à toutes les personnes de ce groupe d'âge semble par ailleurs réductrice et peu conforme à la réalité de plusieurs d'entre elles. Étant donné les difficultés à définir l'activité principale chez les personnes de ce groupe d'âge, les désavantages d'occupation sont considérés dans ce chapitre comme s'appliquant à la population de 15-64 ans uniquement. Chez les individus de 65 ans et plus, les limitations à la maison sont considérées au même titre que les limitations dans les autres activités (voir 4.1.1.3).

4.1.1.3 Autres désavantages

Les limitations dans les loisirs, les sports ou à la maison – pour ceux dont l'activité « tient maison » ne constitue pas l'activité principale – de même que le besoin d'aide pour effectuer des déplacements sur de longs trajets sont inclus dans les « autres désavantages ». En ce qui concerne les limitations dans les loisirs et les sports, seuls les items faisant référence à une limitation en raison d'un problème de santé sont retenus comme indicateurs de désavantage.

4.1.2 Indice de désavantage lié à l'incapacité

Les individus ayant une incapacité peuvent cumuler des désavantages dans plusieurs domaines d'activités à la fois. L'indice de désavantage lié à l'incapacité permet de résumer cette information dans un indice synthétique aux catégories mutuellement exclusives. Le principe de classification des individus dans les différentes catégories de l'indice de désavantage lié à l'incapacité est le même que pour l'indice de dépendance de Wilkins et Chen (1995), c'est-à-dire que les individus sont classés dans la première catégorie applicable. Les catégories de l'indice sont les suivantes :

1. *Dépendance forte* : personnes dépendantes des autres pour les soins personnels (comme pour se laver, pour faire sa toilette, pour s'habiller ou pour manger) ou pour se déplacer dans la maison;

2. *Dépendance modérée* : personnes n'appartenant pas à la catégorie précédente mais dépendantes des autres pour les sorties (courts trajets), pour l'exécution des tâches ménagères quotidiennes (le ménage, l'époussetage) ou pour la préparation des repas;

3. *Dépendance légère* : personnes n'appartenant pas aux catégories précédentes mais dépendantes (totalement ou partiellement) des autres pour les travaux ménagers lourds ou pour faire les courses, ou partiellement dépendantes pour les tâches ménagères quotidiennes ou la préparation des repas;

4. Limitations des activités sans dépendance

Limitations dans l'activité principale sans dépendance (pour les personnes de 15 à 64 ans uniquement) : personnes n'appartenant pas aux catégories précédentes mais incapables de faire l'activité principale (à l'école, au travail ou à la maison) ou restreintes dans celle-ci;

ou

Limitations dans d'autres activités sans dépendance: personnes n'appartenant pas aux catégories précédentes mais incapables de faire d'autres activités (loisirs, les sports, à la maison ou dans les déplacements sur de longs trajets) ou restreintes dans celles-ci;

5. *Sans désavantage* (avec incapacité) : personnes ayant une incapacité mais ne présentant pas de limitations ou de dépendance dans les domaines susmentionnés.

L'indice hiérarchique s'interprète comme un indice de gravité du désavantage lié à l'incapacité, la première catégorie représentant le niveau le plus grave. Par sa construction, l'indice de désavantage lié à l'incapacité

accorde une importance plus grande aux désavantages d'indépendance physique ou de mobilité, puis aux désavantages d'occupation et aux autres désavantages. Des analyses visant à examiner la validité de l'indice montrent que cette procédure se justifie étant donné l'existence d'une structure d'imbrication entre les différentes catégories de l'indice et la présence d'une association étroite entre, d'une part, le nombre et la gravité des incapacités et, d'autre part, l'indice de désavantage lié à l'incapacité (document à paraître). Les analyses montrent également une bonne validité de l'indice à six catégories (les catégories « limitations dans l'activité principale sans dépendance » et « limitations dans d'autres activités sans dépendance » séparées) dans la population de 15-64 ans. Comme les analyses effectuées dans ce chapitre concernent la population de 15 ans et plus, l'indice de désavantage lié à l'incapacité à cinq catégories est utilisé (tableau C.4.1).

Le taux de non-réponse partielle à l'indice est faible (1,2 %). Cependant, les non-répondants étant tous caractérisés par la présence d'une incapacité, un biais non négligeable était induit dans les estimations. Une imputation des données manquantes a permis de corriger ce problème.

4.1.3 Estimations de la prévalence chez la population vivant en ménage privé et en ménage collectif

Des estimations de la prévalence du désavantage lié à l'incapacité sont également présentées pour la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé et en ménage collectif, incluant les personnes en institution. Ces estimations sont obtenues en se basant sur les données du recensement de 1996 et en faisant l'hypothèse que toutes les personnes vivant dans les institutions de santé et dans les résidences pour

personnes âgées³ sont modérément ou fortement dépendantes, et que les autres personnes faisant partie des ménages collectifs⁴ présentent les mêmes niveaux de désavantage que la population vivant en ménage privé.

4.1.4 Comparabilité avec les enquêtes antérieures

L'indice de désavantage lié à l'incapacité est un nouvel indice spécialement conçu pour l'EQLA. Il est néanmoins possible de recréer cet indice à partir des données de l'*Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991* (ESLA de 1991), les questions étant suffisamment comparables entre les deux enquêtes. Les différences entre l'EQLA 1998 et l'*Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986* (ESLA de 1986) sont plus marquées, certaines questions utilisées dans la construction de l'indice étant formulées différemment ou encore carrément absentes du questionnaire de l'ESLA de 1986. Toutefois, des vérifications ont permis d'établir que ces différences avaient un impact négligeable sur le calcul de l'indice de désavantage.

³ Selon la classification de Statistique Canada, ces institutions regroupent les hôpitaux généraux et psychiatriques, les hôpitaux pour malades chroniques, les établissements pour handicapés physiques, les centres de soins spéciaux pour personnes âgées et les maisons de repos.

⁴ Les personnes qui vivent dans les établissements religieux, les prisons, les hôtels, les maisons de chambres, etc.

4.2 Résultats

4.2.1 Prévalence du désavantage lié à l'incapacité

L'EQLA de 1998 permet d'obtenir une estimation de la prévalence des différents niveaux de désavantage lié à l'incapacité dans la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé. Les résultats obtenus indiquent qu'environ 0,8 % des personnes de 15 ans et plus vivant en ménage privé sont fortement dépendantes, 2,7 % modérément dépendantes, 3,9 % légèrement dépendantes, 6 % non dépendantes mais limitées dans les activités et 3,4 % ne sont pas désavantagées malgré la présence d'une incapacité (tableau 4.1). Ces données peuvent être utilisées pour recréer différents sous-ensembles parmi les personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité et vivant en ménage privé (17 %), tels que les personnes présentant un désavantage lié à l'incapacité⁵ (13 %, soit environ 774 200 individus au Québec), les personnes dépendantes⁶ (7 %, soit environ 435 100 individus) ou celles ayant une incapacité sans dépendance⁷ (9 %, soit environ 535 300 individus).

⁵ Les personnes fortement, modérément, légèrement dépendantes et les personnes limitées dans les activités sans être dépendantes sont regroupées.

⁶ Les personnes fortement, modérément et légèrement dépendantes sont regroupées.

⁷ Les personnes limitées dans les activités sans dépendance et les personnes ayant une incapacité sans désavantage sont regroupées.

Tableau 4.1
Indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%	Pe '000
Dépendance forte	0,8	48,7
Dépendance modérée	2,7	158,1
Dépendance légère	3,9	228,3
Limitations des activités sans dépendance	5,8	339,1
Sans désavantage	3,4	196,2
Total avec incapacité	16,7	970,4
Sans incapacité	83,3	4 854,4
Total	100,0	5 824,8

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Ces données concernent la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé. La prévalence du désavantage peut aussi être estimée pour d'autres univers de population tels que la population vivant en ménage privé et en ménage collectif, incluant les personnes en institution, ou la population dans les ménages privés ayant une incapacité (tableau 4.2).

Ainsi, à partir de certaines hypothèses, on estime que près de 18 % des personnes de 15 ans et plus vivant en ménage privé et en ménage collectif présentent une incapacité et qu'environ 5 % se situent dans la catégorie « dépendance forte ou modérée » de l'indice de désavantage⁸. En ce qui concerne la population vivant en ménage privé, ces proportions sont respectivement de 17 % et de 3,6 % tel que présenté précédemment. Enfin, la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé ayant une incapacité se distribue comme suit : 21 % a une dépendance modérée ou forte, 24 % une dépendance légère, 35 % est limitée dans ses activités sans être dépendante et 20 % a une incapacité sans être désavantagée.

⁸ Le tableau C.4.2, en annexe, présente la répartition de l'indice de désavantage selon l'âge pour la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé et en ménage collectif.

Tableau 4.2

Indice de désavantage lié à l'incapacité selon l'univers de la population, population de 15 ans et plus en ménage privé et en ménage collectif, Québec, 1998

	Population en ménage privé et en ménage collectif ¹	Population en ménage privé	Population en ménage privé avec incapacité
	%		
Dépendance modérée ou forte	5,0	...	...
En institution	1,5	...	...
En ménage privé	3,5	3,6	21,3
Dépendance légère	3,9	3,9	23,5
Limitations des activités sans dépendance	5,7	5,8	34,9
Sans désavantage	3,3	3,4	20,2
Total avec incapacité	17,9	16,7	100,0
Sans incapacité	82,1	83,3	...
Total	100,0	100,0	...

1. La catégorie « en institution » comprend la population dans les institutions de santé et dans les résidences pour personnes âgées; la catégorie « en ménage privé » comprend (ici seulement) la population vivant en ménage collectif autre que les institutions de santé et les résidences pour personnes âgées.

Sources : Statistique Canada, *Recensement de 1996*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

4.2.2 Désavantage lié à l'incapacité selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Le tableau 4.3 présente, pour la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé (avec et sans incapacité), la répartition de l'indice de désavantage en fonction de l'âge, du sexe, de la scolarité relative et du niveau de revenu du ménage. Pour ces analyses, les catégories « dépendance forte » et « dépendance modérée » ont été regroupées afin d'améliorer la précision des estimations.

L'analyse des données selon l'âge montre que le quart des personnes de 75 ans et plus vivant en ménage privé sont modérément ou fortement dépendantes. À l'opposé, dans le groupe des 15-34 ans, moins de 1 % des individus présentent une dépendance modérée ou forte. Une proportion plus élevée de personnes légèrement dépendantes parmi les 75 ans et plus que dans les groupes de moins de 65 ans est également

observée (14 % chez les 75 ans et plus c. 7 % chez les 55-64 ans, 2,7 % chez les 35-54 ans et 1,2 % chez les 15-34 ans). Les prévalences plus élevées de personnes fortement, modérément ou légèrement dépendantes parmi les 75 ans et plus, comparativement aux autres groupes d'âge, s'expliquent en partie par un taux d'incapacité plus élevé dans le groupe plus âgé (55 %) mais aussi par le fait que la présence d'une incapacité s'y traduit le plus souvent – soit près de trois fois sur quatre – par une dépendance. À l'opposé, les personnes de 15-34 ans présentent le taux d'incapacité le moins élevé (8 %) et également une proportion plus faible de dépendance liée à l'incapacité – soit environ une fois sur quatre. Dans ce groupe d'âge, le désavantage lié à l'incapacité se manifeste, en effet, le plus souvent par des limitations dans les activités sans dépendance (4,6 %).

Tableau 4.3

Indice de désavantage lié à l'incapacité selon l'âge, le sexe, la scolarité relative et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Dépendance modérée ou forte	Dépendance légère	Limitations des activités sans dépendance	Sans désavantage	Total avec incapacité	Sans incapacité
	%					
Âge						
15-34 ans	0,7 *	1,2 *	4,6	1,7	8,1	91,9
35-54 ans	2,1	2,7	6,1	2,6	13,6	86,4
55-64 ans	4,2	7,0	7,7	3,5 *	22,4	77,6
65-74 ans	8,1	9,9	7,1	8,9	34,0	66,0
75 ans et plus	25,0	14,4	5,5 *	10,5	55,3	44,7
Sexe						
Hommes	2,6	2,5	6,2	3,5	14,8	85,2
15-64 ans	1,4	1,8	5,8	2,5	11,5	88,5
65 ans et plus	11,4	7,6	9,3	10,9	39,1	60,9
Femmes	4,5	5,3	5,5	3,2	18,4	81,6
15-64 ans	2,3	3,5	5,7	2,2	13,7	86,3
65 ans et plus	16,0	14,5	4,5 *	8,5	43,4	56,6
Scolarité relative						
Plus faible	6,6	5,6	8,3	3,8	24,2	75,8
Faible	2,7	3,8	5,7	3,2	15,4	84,6
Moyenne	2,6	4,2	6,8	3,8	17,4	82,6
Élevée	2,6	3,3	5,5	3,7	15,0	85,0
Plus élevée	2,2 *	2,6	4,6	3,0	12,4	87,6
Niveau de revenu						
Très pauvre	6,7	6,2 *	13,1	2,8 *	28,7	71,3
Pauvre	7,4	6,3	8,1	4,7	26,4	73,6
Moyen inférieur	4,1	4,5	5,6	3,7	18,0	82,0
Moyen supérieur	1,9	2,9	4,2	3,1	12,1	87,9
Supérieur	1,7 *	1,9 *	4,9	2,5 *	11,0	89,0
Total	3,6	3,9	5,8	3,4	16,7	83,3

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

La proportion de personnes dépendantes (fortement, modérément ou légèrement) est également plus élevée chez les femmes (10 %) que chez les hommes (5 %). Cette différence s'observe dans les deux grands groupes d'âge. Par ailleurs, la distribution de la population selon le niveau de désavantage varie peu en fonction de la scolarité relative. Toutefois, dans la catégorie de scolarité la plus faible, les proportions de personnes dépendantes (environ 7 % fortement ou modérément dépendantes et 6 % légèrement dépendantes) ou limitées dans les activités sans dépendance (8 %) sont significativement plus élevées

que dans les catégories supérieures de scolarité (« élevée » et « plus élevée ») où les proportions varient entre 2 % et 3 % pour les personnes dépendantes et sont inférieures à 6 % pour les personnes limitées dans les activités sans dépendance. Une relation est aussi observée entre le niveau de désavantage et le niveau de revenu du ménage. Parmi les personnes de ménages pauvres ou très pauvres, les proportions de personnes dépendantes (environ 7 % de personnes modérément ou fortement dépendantes et 6 % légèrement dépendantes) ou limitées dans les activités sans dépendance (13 % chez

les très pauvres et 8 % chez les pauvres) sont significativement plus élevées que parmi celles se situant dans les catégories de revenu « moyen supérieur » ou « supérieur » (proportions inférieures à 5 %).

Les données sur l'âge, le sexe, la scolarité relative et le niveau de revenu du ménage peuvent aussi être utilisées pour donner un portrait des personnes de 15 ans et plus présentant différents états de désavantage. Le lecteur intéressé par ces données est invité à consulter les tableaux complémentaires présentés en fin de chapitre (C.4.3 à C.4.6).

4.2.2.1 Évolution du désavantage : 1986, 1991 et 1998

Les comparaisons des données de l'EQLA avec celles des enquêtes précédentes sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 et de 1991 portent sur la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé. Le tableau 4.4 montre que la hausse du taux d'incapacité observée dans la population de 15 ans et

plus entre les enquêtes de 1986 (12 %) et de 1991 (13 %) et celle de 1998 (17 %) se répercute essentiellement dans les catégories les plus légères de désavantage, soit dans les catégories « dépendance légère » (de 1,8 % en 1986 et 2,9 % en 1991 à 3,9 % en 1998) et « limitations des activités sans dépendance » (de 3,9 % en 1991 à 6 % en 1998) et dans la catégorie « sans désavantage » (de 1,6 % en 1986 et 1991 à 3,4 % en 1998) où des augmentations significatives sont notées. Les données analysées ne permettent pas d'observer de différence significative entre les enquêtes pour la « dépendance modérée » alors que pour la catégorie « dépendance forte », la proportion observée en 1998 (0,8 %) est significativement plus faible que celle de 1991 (1,2 %) et semblable à celle de 1986 (0,9 %). Aussi, l'augmentation de la prévalence du désavantage, tous niveaux de désavantage confondus (dépendance forte, modérée ou légère, ou limitations des activités sans dépendance), entre les enquêtes de 1986 (10 %) et de 1991 (11 %) et celle de 1998 (13 %) doit-elle être relativisée en fonction du niveau de désavantage.

Tableau 4.4

Indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1986, 1991 et 1998

	1986		1991		1998	
	%	Pe '000	%	Pe '000	%	Pe '000
Dépendance forte	0,9 *	47,5	1,2 *	64,1	0,8	48,7
Dépendance modérée	2,1	108,4	3,0	160,2	2,7	158,1
Dépendance légère	1,8	90,7	2,9	156,8	3,9	228,3
Limitations des activités sans dépendance	5,3	265,9	3,9	210,0	5,8	339,1
Sans désavantage	1,6	82,1	1,6 *	83,8	3,4	196,2
Total avec incapacité	11,7	594,6	12,6	674,9	16,7	970,4
Sans incapacité	88,3	4 474,6	87,4	4 700,0	83,3	4 854,4

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

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986*.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Les analyses effectuées par grand groupe d'âge (15-64 ans; 65 ans et plus) confirment généralement ce qui est observé chez les personnes de 15 ans et plus quant à l'évolution du désavantage, bien que la faiblesse des effectifs restreigne la possibilité de noter des différences significatives dans quelques cas. À ce portrait général, les personnes limitées dans leurs activités sans être dépendantes font exception. En effet, alors que chez les 15 ans et plus la proportion de personnes limitées sans dépendance reste stable entre 1986 et 1998 (5 % c. 6 %), elle augmente chez le groupe des 15-64 ans (4,6 % c. 6 %), et elle diminue chez les 65 ans et plus (10 % c. 7 %) (données non présentées).

4.2.3 Désavantage lié à l'incapacité selon la gravité, le nombre et la nature des incapacités

Chez les personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité et vivant en ménage privé, l'analyse des données révèle une association positive entre, d'une part, le niveau de désavantage et, d'autre part, la

gravité et le nombre d'incapacités (tableau 4.5). Ainsi, les personnes qui ont une incapacité légère se retrouvent en proportions plus élevées dans les catégories « sans désavantage » (31 %) et « limitations des activités sans dépendance » (42 %), celles dont l'incapacité est modérée dans les catégories « dépendance modérée ou forte » (29 %), « dépendance légère » (36 %) et « limitations des activités sans dépendance » (31 %) et enfin celles ayant une incapacité grave dans la catégorie « dépendance modérée ou forte » (68 %). De même, pour le nombre d'incapacités, les personnes ayant quatre incapacités et plus montrent le plus haut pourcentage de personnes modérément ou fortement dépendantes (62 %) alors qu'à l'inverse, les personnes ayant une seule incapacité sont proportionnellement plus nombreuses parmi les personnes limitées dans les activités sans dépendance (42 %) et parmi celles qui sont non désavantagées malgré la présence d'une incapacité (31 %). La proportion de personnes modérément ou fortement dépendantes augmente avec la gravité ainsi qu'avec le nombre d'incapacités.

Tableau 4.5

Indice de désavantage lié à l'incapacité selon la gravité et le nombre d'incapacités, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Dépendance modérée ou forte	Dépendance légère	Limitations des activités sans dépendance	Sans désavantage
	%			
Gravité				
Légère	7,3	19,2	42,0	31,5
Modérée	29,1	35,5	31,0	4,3 *
Grave	68,4	20,6	11,0 *	—
Nombre d'incapacités				
Une	9,1	18,0	42,4	30,5
Deux	24,9	32,5	29,9	12,7
Trois	41,4	31,1	22,5	5,0 **
Quatre et plus	61,6	14,7 *	19,5 *	4,2 **
Total	21,3	23,5	34,9	20,2

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Les tableaux 4.6 et 4.7 comparent la répartition de la population de 15 ans et plus ayant une incapacité selon le niveau de désavantage en fonction de la nature de l'incapacité. Une première série de croisements est effectuée à partir des sept différents types d'incapacité qui ne sont pas mutuellement exclusifs, puisqu'une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité. Un autre croisement, basé sur un regroupement des incapacités en quatre catégories mutuellement exclusives (la nature exclusive de l'incapacité), est ensuite effectué.

La première série de croisements permet de comparer les personnes ayant un type d'incapacité donné avec les personnes ayant une incapacité d'une nature différente (tableau 4.6). Les résultats indiquent à cet

égard une proportion plus élevée de personnes non désavantagées (40 %) parmi les personnes ayant une incapacité liée à l'audition que parmi celles présentant une incapacité d'une autre nature (13 %). À l'opposé, une proportion plus grande de personnes modérément ou fortement dépendantes est observée parmi les personnes qui ont une incapacité liée à la parole (53 %) comparativement à celles ne présentant pas ce type d'incapacité (20 %). Des résultats similaires sont obtenus pour les personnes ayant une incapacité liée à la vision (39 % c. 19 %). Par ailleurs, une proportion plus faible de personnes non désavantagées s'observe lorsqu'il y a présence d'une incapacité liée à la mobilité plutôt que d'autres types d'incapacité (10 % c. 31 %); il en va de même pour l'incapacité liée à l'agilité (13 % c. 27 %).

Tableau 4.6

Indice de désavantage lié à l'incapacité selon la nature de l'incapacité¹, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Dépendance modérée ou forte	Dépendance légère	Limitations des activités sans dépendance	Sans désavantage
	%			
Audition				
Oui	20,7	14,3	24,6	40,4
Non	21,4	26,8	38,5	13,4
Vision				
Oui	39,0	17,8*	23,0	19,2
Non	19,2	24,3	36,3	20,3
Parole				
Oui	52,7	12,6**	29,3*	5,4**
Non	19,6	24,1	35,3	21,0
Mobilité				
Oui	33,1	31,2	25,3	10,4
Non	8,1	14,8	45,7	31,4
Agilité				
Oui	30,5	30,0	26,8	12,7
Non	12,8	17,6	42,4	27,2
Intellect/santé mentale				
Oui	34,9	15,9	42,2	7,1*
Non	16,9	26,0	32,3	24,8
Autre				
Oui	5,0**	26,8	68,2	—
Non	23,0	23,2	31,4	22,4
Total	21,3	23,5	34,9	20,2

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Ces résultats sont toutefois à interpréter avec précaution étant donné qu'une personne peut présenter plusieurs types d'incapacité à la fois. Il est alors difficile de savoir si le désavantage observé est attribuable à une incapacité en particulier ou au mode de présentation de cette dernière, c'est-à-dire au fait qu'elle soit associée à d'autres types d'incapacité.

Les données sur la nature exclusive de l'incapacité apportent un certain éclairage à cet égard (tableau 4.7). Ces données indiquent que c'est la population avec des incapacités multiples qui enregistre le plus haut pourcentage de personnes modérément ou fortement dépendantes (40 %). À l'autre extrémité de la hiérarchie des désavantages, 64 % des personnes ayant une incapacité liée à la communication seulement (audition, vision ou parole) ne sont pas désavantagées. Le fait que plus de la moitié (53 %) des personnes ayant une incapacité liée à la parole soient modérément ou fortement dépendantes, alors que moins de 5 % des individus ayant une incapacité liée à la communication seulement se retrouvent dans cette catégorie, peut être interprété à la lumière des résultats du chapitre précédent qui montrent que les personnes ayant une incapacité liée à la parole présentent dans la majorité des cas d'autres incapacités qui ne relèvent pas de la communication (voir chapitre 3). D'autres facteurs sont aussi en cause, dont le faible poids que représentent les

personnes ayant une incapacité liée à la parole au sein des personnes ayant une incapacité liée à la communication seulement.

4.2.4 Caractéristiques sanitaires selon les niveaux de désavantage lié à l'incapacité

Les figures 4.1 et 4.2 permettent d'examiner la relation entre le niveau de désavantage, d'une part, et la perception de l'état de santé, la consultation d'un professionnel de la santé, le niveau à l'indice de détresse psychologique et la satisfaction quant à la vie sociale, d'autre part. Elles permettent également de comparer, à cet égard, les groupes ayant différents niveaux de désavantage lié à l'incapacité et la population sans incapacité. Dans l'ensemble de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé, la proportion de personnes percevant leur état de santé comme moyen ou mauvais s'élève à 11 % (donnée non présentée). Cette proportion est de 6 % chez les personnes sans incapacité, ce qui est inférieur aux 10 % des personnes avec incapacité mais non désavantagées; la proportion de personnes percevant leur état de santé comme moyen ou mauvais augmente ensuite avec le niveau de désavantage pour atteindre près de 63 % chez les personnes modérément ou fortement dépendantes (figure 4.1). Parmi les personnes avec incapacité (toutes catégories de désavantage confondues), cette proportion atteint 36 % (voir chapitre 13).

Tableau 4.7

Indice de désavantage lié à l'incapacité selon la nature exclusive de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Dépendance modérée ou forte	Dépendance légère	Limitations des activités sans dépendance	Sans désavantage
	%			
Motricité seulement	17,1	31,5	37,2	14,3
Communication seulement	4,3**	6,4*	25,3	64,1
Intellect/santé mentale seulement	10,2*	9,6**	66,2	14,1*
Incapacités multiples	39,8	22,5	27,0	10,7
Total	21,3	23,5	34,9	20,2

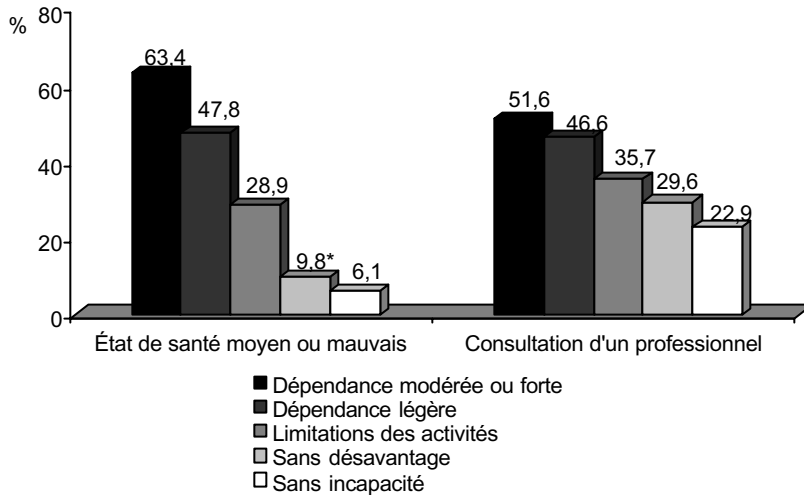
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Figure 4.1

Personnes percevant leur état de santé comme moyen ou mauvais et personnes ayant consulté un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998



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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

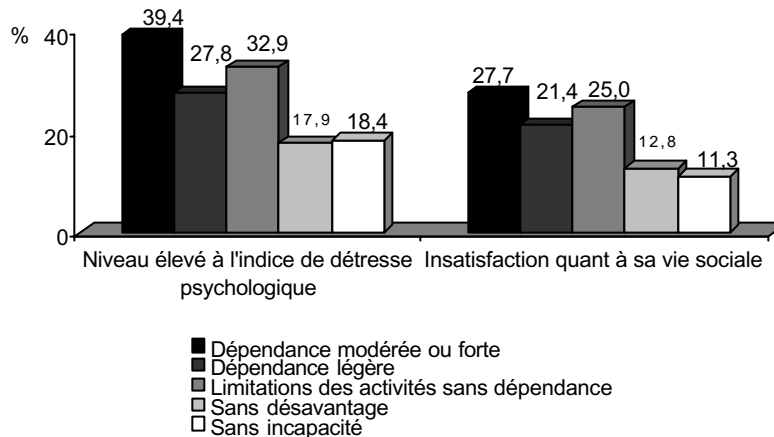
La proportion de la population ayant consulté un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines varie également selon le niveau de désavantage. Elle passe de 23 % chez les personnes sans incapacité à 30 % chez les personnes ayant une incapacité sans désavantage et à 36 % chez les personnes limitées dans leurs activités sans dépendance, la différence entre ces deux derniers pourcentages n'étant toutefois pas significative sur le plan statistique. Les personnes ayant une dépendance légère ainsi que celles dont la dépendance est modérée ou forte consultent dans une proportion plus élevée (47 % et 52 % respectivement) que les autres (figure 4.1).

Les personnes avec incapacité mais non désavantagées se comparent à celles sans incapacité quant à la proportion de personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (18 % dans les deux

cas) alors qu'elles se démarquent des trois autres groupes de personnes désavantagées (figure 4.2). En effet, ces trois groupes affichent des proportions plus élevées, sans toutefois se différencier statistiquement entre eux sur ce plan (entre 28 % et 35 %). Globalement, le pourcentage de personnes caractérisées par un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique est plus grand (28 %, voir chapitre 14) chez les personnes avec incapacité (toutes catégories de désavantage confondues) que chez celles sans incapacité (18 %). Le même phénomène s'observe pour la satisfaction quant à la vie sociale où les proportions les plus élevées de personnes insatisfaites se retrouvent dans les catégories les plus lourdes de désavantage sans être significativement différentes les unes des autres (entre 21 % et 28 %) alors que les personnes avec incapacité mais non désavantagées (13 %) se comparent à celles sans incapacité (11 %) (figure 4.2).

Figure 4.2

Personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique et personnes insatisfaites de leur vie sociale selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Les données de l'EQLA indiquent une prévalence plus élevée de l'incapacité ainsi que des désavantages (toutes catégories où il y a présence de désavantage confondues) en 1998 comparativement à 1986 et 1991. Cette augmentation touche les catégories les plus légères de désavantage, soit les personnes légèrement dépendantes et les personnes limitées dans les activités sans dépendance, ainsi que les personnes avec incapacité mais sans désavantage. En revanche, la proportion de personnes modérément dépendantes est demeurée stable entre les enquêtes alors que la proportion de personnes fortement dépendantes a diminué entre 1991 et 1998. Ces résultats montrent une évolution semblable à celle observée entre l'*Enquête Santé Québec 1987* et l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, laquelle indiquait une diminution de la prévalence des formes les plus lourdes de perte d'autonomie fonctionnelle et une prévalence accrue pour les formes les moins graves (Wilkins et autres, 1995). Ils rejoignent également en cela les tendances

observées ailleurs dans les pays industrialisés (Waidmann et Manton, 1998).

Les données de l'EQLA montrent que les personnes les plus touchées par les catégories plus lourdes du désavantage lié à l'incapacité (« dépendance modérée ou forte ») sont celles de 75 ans et plus, les femmes, les personnes les moins scolarisées, ainsi que celles ayant une incapacité grave ou cumulant plusieurs incapacités. Ces variables sont corrélées entre elles et opèrent souvent en même temps de sorte qu'il est difficile de dissocier l'effet propre à chacune d'elles. De surcroît, des interactions avec les facteurs de l'environnement sont souvent présentes, ce qui rend l'interprétation des données encore plus difficile. Par exemple, il a été proposé que le taux de dépendance plus élevé rapporté par les femmes pourrait être en partie attribuable à leur implication plus grande dans les activités domestiques (Rochon et autres, 1993). Cela suggère une influence des facteurs socioculturels dans la production des désavantages. D'autres études ont par ailleurs montré qu'un environnement physique mal adapté pouvait contribuer à accroître la dépendance et, de façon plus générale, à limiter la participation sociale

des personnes ayant une incapacité (McDonough et autres, 1995). L'environnement social est également à considérer sous cet aspect (Susman, 1994). L'importance de la recherche pour permettre de mieux cerner le rôle de l'environnement dans la production des désavantages mérite donc une fois de plus d'être soulignée (Fougeyrollas, 1995).

Il est par ailleurs intéressant de constater que les personnes ayant une incapacité mais ne présentant pas de désavantage se comparent aux personnes sans incapacité en ce qui concerne le niveau à l'indice de détresse psychologique et la satisfaction quant à la vie sociale. Ces résultats semblent indiquer que la présence d'un désavantage a un impact plus important sur ces facteurs que la seule présence d'une incapacité.

Les analyses effectuées dans ce chapitre révèlent une certaine spécificité du désavantage selon l'âge. En effet, chez les personnes âgées vivant en ménage privé, particulièrement celles de 75 ans et plus, la présence d'une incapacité se conjugue à une dépendance dans la plupart des cas. Chez les plus jeunes (15-34 ans), le désavantage se manifeste plus souvent par une limitation dans les activités sans dépendance. Des analyses plus poussées chez les 15-64 ans et les 65 ans et plus permettraient de mieux documenter les situations de désavantage dans chacun de ces groupes. Compte tenu de l'importance de l'école et du travail chez les 15-64 ans, les analyses effectuées dans ce groupe pourraient être réalisées en séparant les niveaux « limitations dans l'activité principale sans dépendance » et « limitations dans d'autres activités sans dépendance » de l'indice de désavantage.

L'indice de désavantage lié à l'incapacité est un indice exploratoire spécialement conçu pour l'EQLA. Les résultats présentés soutiennent sa validité de même que sa pertinence. Certains développements pourraient néanmoins être envisagés. Ainsi, l'indice présenté

mesure la dépendance en référence à l'aide reçue pour des raisons de santé et non pas en fonction de l'aide dont les individus déclarent avoir besoin. Des analyses réalisées à partir des données des enquêtes précédentes (ESLA) (Carrière et Légaré, 2000; Chen et Wilkins, 1998) suggèrent la pertinence de considérer les informations sur l'aide reçue et le besoin d'aide de façon complémentaire. Il serait possible en effet d'envisager deux mesures distinctes du désavantage lié à l'incapacité, l'une basée sur l'aide effectivement reçue (comme l'indice utilisé dans ce chapitre) et l'autre tenant compte également du besoin d'aide non comblé (ces informations sont disponibles dans l'EQLA⁹). Compte tenu de la demande croissante pour les services de soutien à domicile, l'écart entre ces deux mesures pourrait fournir une indication du degré d'adéquation des services pour les personnes présentant différents niveaux de dépendance.

Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

Les comparaisons dans le temps permettent d'enregistrer une hausse de la prévalence des désavantages au cours des dernières années dans les niveaux les moins graves. À cet égard, les données révèlent que bien que les personnes présentant un niveau moins grave de désavantage (soit des limitations dans les activités sans dépendance) consultent les professionnels de la santé dans une plus faible proportion que les personnes présentant un désavantage plus grave (dépendance légère, modérée ou forte), elles se comparent néanmoins à ces dernières quant à la présence d'un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique ou d'une insatisfaction quant à la vie sociale.

Les données recueillies dans l'EQLA donnent des informations susceptibles d'orienter les interventions

⁹ À ce propos, les données de l'EQLA montrent qu'environ 90 % des personnes avec incapacité indiquant avoir besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique en reçoivent (voir chapitre 8).

auprès de ce groupe, plus particulièrement auprès de la population limitée dans les activités sans être dépendante qui compte près de 339 100 personnes au Québec. Les données indiquent notamment que les 15-54 ans représentent plus des deux tiers (69 %) de ces personnes, que quatre personnes sur dix ont un niveau de scolarité faible ou plus faible, et que trois personnes sur dix vivent dans la pauvreté (tableaux C.4.3, C.4.5 et C.4.6). Ces caractéristiques sont susceptibles d'accroître le risque de marginalisation et d'exclusion sociale de ces personnes et montrent l'importance d'intervenir afin de favoriser leur pleine participation dans les différentes sphères de la vie sociale. À cet égard, il est suggéré que les interventions visant à prévenir ou réduire les situations de désavantage exigent des actions diversifiées, de nature multisectorielle (logement, transport, politiques d'embauche, etc.), qui interpellent l'ensemble de la collectivité (Fougeyrollas et autres, 1998; Kennedy et Minkler, 1999; Renaud, 1994; WHO, 1998). Ces interventions se situent pour la plupart à l'extérieur du système de soins. Les actions proposées dans la politique du MSSS (1992) pour diminuer les situations de handicap (objectif 19) vont dans ce sens. Le suivi des indicateurs de désavantage devrait permettre d'en mesurer le niveau de réalisation.

Les données de l'EQLA montrent que les personnes de 75 ans et plus sont celles qui présentent dans une plus grande proportion les niveaux de désavantage les plus graves (« dépendance modérée ou forte »). À partir des données de l'EQLA de 1998, on peut tenter d'estimer l'impact du vieillissement de la population sur l'évolution du désavantage. En supposant que les pourcentages selon l'âge et les niveaux de désavantage observés en 1998 demeurent constants, ces pourcentages peuvent être appliqués à la structure par âge projetée en 2016 et en 2041¹⁰, afin d'obtenir des prévalences estimées pour ces deux années. Ainsi, dans la population vivant

en ménage privé et en ménage collectif (incluant les personnes en institution), la proportion de personnes modérément ou fortement dépendantes passerait de 5 % en 1998 à 7 % en 2016 et à 11 % en 2041 (tableau C.4.7). Le pourcentage de personnes dépendantes (fortement, modérément ou légèrement) passerait de 9 % en 1998 à 12 % en 2016 et à 17 % en 2041, celui des personnes désavantagées de 15 % en 1998 à 18 % en 2016 et à 23 % en 2041, et le pourcentage de personnes ayant une incapacité, de 18 % à 21 % et à 27 %.

Ces projections supposent l'action du seul facteur démographique, tous les autres facteurs demeurant invariants. Ce scénario comporte des limites importantes et exige une certaine prudence dans l'interprétation afin d'éviter de donner une vision fataliste et apocalyptique du vieillissement de la population (Kennedy et Minkler, 1999). L'évolution récente des désavantages dans les niveaux les plus graves illustre bien l'absence de déterminisme démographique. Dans une perspective de planification, ces projections laissent néanmoins entrevoir l'importance grandissante des politiques et des services de soutien à domicile pour permettre de compenser adéquatement le désavantage lié à l'incapacité et favoriser le maintien dans la communauté des personnes dépendantes dans des conditions optimales.

¹⁰ C'est en 2041 que le milieu de la génération du baby-boom (1946-1966) atteindra 85 ans et que la prévalence totale de l'incapacité devrait être à son sommet.

Bibliographie

BADLEY, E. M. (1987). « The ICIDH: format, application in different settings, and distinction between disability and handicap », *International Disability Studies*, vol. 9, p. 122-125.

BADLEY, E. M. (1993). « An introduction to the concepts and classifications of the international classification of impairments, disabilities, and handicaps », *Disability and Rehabilitation*, vol. 15, p. 161-178.

BADLEY, E. M. (1995). « The genesis of handicap: definition, models of disablement, and the role of external factors », *Disability and Rehabilitation*, vol. 17, p. 53-62.

BOLDUC, M. (1994). « Pour un projet de société axé sur l'égalité des chances et la participation sociale » dans Office des personnes handicapées du Québec (éd.). *Élargir les horizons. Perspectives scientifiques sur l'intégration sociale*, Québec, Éditions MultiMondes, p. 243-250.

CARRIÈRE, Y., et J. LÉGARÉ (2000). « Unmet needs for assistance with ADLs and IADLs: a measure of healthy life expectancy », *Social Indicators Research*, vol. 51, n°1, p. 107-123.

CHEN, J., R. WILKINS et E. NG (1996). « Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991 », *Rapports sur la santé*, vol. 8, p. 31-38.

CHEN, J., et R. WILKINS (1998). « Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle », *Rapports sur la santé*, vol. 10, p. 41-53.

EVANS, R. G., M. L. BARER et T. R. MARMOR (1994). *Why are some people healthy and others not?: the determinants of health of population*, New York, Adline De Gruyer.

FAWCETT, G. (1996). *Vivre avec une incapacité au Canada : un portrait économique*, Hull, Développement des ressources humaines Canada, Bureau de la condition des personnes handicapées.

FEINSTEIN, J. S. (1993). « The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature », *The Milbank Quarterly*, vol. 71, p. 279-322.

FOUGEYROLLAS, P. (1994). « Les modèles explicatifs des conséquences des maladies et traumatismes : le processus de production des handicaps » dans Office des personnes handicapées du Québec (éd.). *Élargir les horizons. Perspectives scientifiques sur l'intégration sociale*, Québec, Éditions MultiMondes, p. 45-57.

FOUGEYROLLAS, P. (1995). « Documenting environmental factors for preventing the handicap creation process: Quebec contributions relating to ICIDH and social participation of people with functional differences », *Disability and Rehabilitation*, vol. 17, p. 145-153.

FOUGEYROLLAS, P., R. CLOUTIER, H. BERGERON, J. COTÉ et G. ST-MICHEL (1998). *Classification québécoise : processus de production du handicap*, Québec, RIPPH/SCCIDIH.

KENNEDY, J., et M. MINKLER (1999). « Disability theory and public policy: implications for critical gerontology » dans MINKLER, M., et C. L. ESTES (éd.). *Critical gerontology: perspectives from political and moral economy*, New York, Baywood Publishing Company Inc, p. 91-108.

LOCKER, D. (1989). «Coping with disability» dans PATRICK, D. L., et H. PEACH (éd.). *Disablement in the community*, Oxford, Oxford University Press, p. 176-196.

MCDONOUGH, P. A., E. M. BADLEY et A. TENNANT (1995). « Disability, resources, role demands and mobility handicap », *Disability and Rehabilitation*, vol. 17, p. 159-168.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (1984). *À part... égale. Proposition de politique de prévention et d'intégration sociale des personnes handicapées*, Québec, Les Publications du Québec.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1988). *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantage*, Paris, CTNERHI-INSERM.

RENAUD, M. (1994). « Le handicap comme enjeu de société : une problématique en quête de chercheurs » dans Office des personnes handicapées du Québec (éd.). *Élargir les horizons. Perspectives scientifiques sur l'intégration sociale*, Québec, Éditions MultiMondes, p. 9-15.

ROCHON, M., A. SAUCIER et Y. BRUNELLE (1993). « Illustration des distorsions occasionnées par l'environnement sur l'état de santé observé » dans Union internationale pour l'étude scientifique de la population (éd.). *Congrès international de la population, Montréal, 1993, 24 août au 1^{er} septembre*, Liège, UIESP, vol. 11, p 537-552.

SHAAR, K., et M. MCCARTHY (1994). «Definitions and determinants of handicap in people with

disabilities », *Epidemiological Review*, vol. 16, p. 228-242.

SUSMAN, J. (1994). « Disability, stigma and deviance », *Social Science and Medicine*, vol. 38, n° 1, p. 15-22.

WAIMMANN, T. A., et K. G. MANTON (1998). *International Evidence on Disability Trends among the Elderly* [en ligne], <http://aspe.os.dhhs.gov/daltcp/reports/trends.htm>.

WEST, P. (1991). «Rethinking the health selection explanation for health inequalities », *Social Science and Medicine*, vol. 32, n° 4, p. 373-384.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998). *ICIDH-2, International Classification of Impairments, Activities and Participation*, Geneva, [en ligne], <http://www.who.int/msa/mnh/icidh/>.

WILKINS, R., et J. CHEN (1995). « Measures of health expectancy based on physical independence handicap: demographic, regional and social dimensions for Canada in 1986 and 1991 », *Eighth Meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES)*, Chicago, 5-7 Oct.

WILKINS, R., M. ROCHON et P. LAFONTAINE (1995). « Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé » dans SANTÉ QUÉBEC. BELLEROSE, C., C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 1, p. 279-311.

Tableaux complémentaires

Tableau C.4.1
Opérationnalisation du désavantage lié à l'incapacité

DÉSAVANTAGES	DOMAINES D'ACTIVITÉS	QUESTIONS ¹	INDICE DE DÉSAVANTAGE LIÉ À L'INCAPACITÉ ² (catégories de l'indice hiérarchique selon la population de référence)		
			15-64 ans	65 ans et plus	15 ans et plus
• Indépendance physique ou de mobilité	• Activités quotidiennes (incluant mobilité intérieure)	QA : 145 ; 150 (2,3,4)	• Dépendance forte	• Dépendance forte	• Dépendance forte
	• Activités domestiques (incluant mobilité extérieure)	QA : 115 (3) ; 116 ; 127(3) ; 128 ; 212 ; 214	• Dépendance modérée	• Dépendance modérée	• Dépendance modérée
		QA : 115(2) ; 116 ; 127(2) ; 128 ; 121 (2,3) ; 122 ; 133 (2,3) ; 134	• Dépendance légère	• Dépendance légère	• Dépendance légère
• Occupation	<ul style="list-style-type: none"> • Travail <ul style="list-style-type: none"> - Actifs - Chômeurs - Inactifs • École • Tenir maison² 	QS-A : 15c ; 19c QA : 180a - 180c ; 181 ; 187a - 187d QA : 189 ; 196a - 196d QA : 198 ; 199 ; 209a - 209d QA : 168 ; 169a - 169k ; 170 ; QS-A : 15b ; 19b QS-A : 15a ; 19a	• Limitations dans l'activité principale sans dépendance	...	• Limitations des activités sans dépendance
• Autres activités	<ul style="list-style-type: none"> • Loisirs • Sports • À la maison³ • Longs trajets • Autre 	QA : 261a ; 261d ; 261f ; 261g QA : 258a ; 258d ; 258f ; 258g QS-A : 15a ; 19a QA : 234 ; 236 QS-A : 15d ; 19d	• Limitations dans d'autres activités sans dépendance	• Limitations dans d'autres activités sans dépendance	
• Aucun	• Aucun	Aucune des questions précédentes mais ayant répondu <i>oui</i> à une question de sélection de l'EQLA : QS-A : 1 - 14 ; 16 - 18	• Sans désavantage	• Sans désavantage	• Sans désavantage

1. Les chiffres entre () réfèrent aux choix de réponse qui déterminent l'appartenance à la catégorie en question.
2. L'indice de désavantage est un indice hiérarchique; les individus sont classés dans la première catégorie applicable.
3. Pour ceux dont « tient maison » constitue le statut d'activité habituel.
4. Pour ceux dont « tient maison » ne constitue pas le statut d'activité habituel.

Tableau C.4.2

Indice de désavantage lié à l'incapacité selon l'âge, population de 15 ans et plus, en ménage privé et en ménage collectif, Québec, 1998

	15-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	Total
	%						
Dépendance modérée ou forte	0,9	2,5	5,0	10,4	29,9	67,1	5,0
En institution ¹	0,2	0,4	0,8	2,5	11,3	37,3	1,5
En ménage privé ²	0,7 *	2,1	4,1	7,9	18,5	29,8	3,5
Dépendance légère	1,2*	2,7	6,9	9,7	13,1	7,7**	3,9
Limitations des activités sans dépendance	4,6	6,1	7,7	6,9	5,1*	2,6**	5,7
Sans désavantage	1,7	2,6	3,5 *	8,7	9,6	5,4**	3,3
Total avec incapacité	8,3	13,9	23,1	35,6	57,7	82,7	17,9
Sans incapacité	91,7	86,1	76,9	64,3	42,3	17,3*	82,1

1. Cette catégorie comprend la population dans les institutions de santé et dans les résidences pour personnes âgées.

2. Cette catégorie comprend la population vivant en ménage collectif autre que les institutions de santé et les résidences pour personnes âgées.

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

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

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.
Statistique Canada, *Recensement de 1996*.

Tableau C.4.3

Répartition par âge selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	15-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75 ans et plus
	%				
Dépendance modérée ou forte	6,9*	23,9	13,6	20,6	34,9
Dépendance légère	10,3	27,7	20,8	22,9	18,3
Limitations des activités sans dépendance	27,1	41,7	15,4	11,0	4,7*
Sans désavantage	17,1	31,2	12,2	24,0	15,5
Total avec incapacité	16,8	32,5	15,7	18,5	16,5
Sans incapacité	38,1	41,3	10,8	7,2	2,7
Total	34,5	39,8	11,6	9,0	5,0

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau C.4.4

Répartition par sexe selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Hommes	Femmes
	%	
Dépendance modérée ou forte	35,9	64,1
Dépendance légère	31,8	68,2
Limitations des activités sans dépendance	52,3	47,7
Sans désavantage	51,2	48,8
Total avec incapacité	43,7	56,3
Sans incapacité	50,2	49,8
Total	49,1	50,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau C.4.5

Scolarité relative selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Plus faible	Faible	Moyenne	Élevée	Plus élevée
	%				
Dépendance modérée ou forte	38,2	16,6	16,4	15,3	13,5
Dépendance légère	27,5	19,8	22,3	16,9	13,5
Limitations des activités sans dépendance	25,7	18,6	22,8	17,7	15,2
Sans désavantage	20,8	18,5	22,4	20,9	17,4
Total avec incapacité	27,5	18,5	21,3	17,7	14,9
Sans incapacité	17,4	20,5	20,5	20,2	21,4
Total	19,1	20,1	20,6	19,8	20,3

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau C.4.6

Niveau de revenu du ménage selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Très pauvre	Pauvre	Moyen inférieur	Moyen supérieur	Supérieur
	%				
Dépendance modérée ou forte	13,3	23,7	37,5	20,0	5,6*
Dépendance légère	11,1*	18,1	37,1	28,0	5,7*
Limitations des activités sans dépendance	15,9	15,7	31,2	27,5	9,7
Sans désavantage	5,8*	15,7	35,7	34,2	8,6*
Total avec incapacité	12,2	18,0	34,9	27,4	7,6
Sans incapacité	6,0	10,0	31,7	39,8	12,4
Total	7,1	11,3	32,3	37,8	11,6

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau C.4.7

Estimation¹ de la répartition de la population selon l'indice de désavantage, population de 15 ans et plus en ménage privé et en ménage collectif, Québec, 2016 et 2041

	2016		2041	
	Population en ménage privé et en ménage collectif ²	Population en ménage privé	Population en ménage privé et en ménage collectif ²	Population en ménage privé
	%			
Dépendance modérée ou forte	6,9	...	11,4	...
En institution	2,3	...	4,5	...
En ménage privé	4,6	5,2	6,8	8,3
Dépendance légère	4,7	4,9	5,6	6,1
Limitations des activités sans dépendance	5,9	5,9	5,7	5,7
Sans désavantage (avec incapacité)	3,8	3,9	4,4	4,8
Total avec incapacité	21,3	20,0	27,1	25,2
Sans incapacité	78,7	80,0	72,9	74,8

1. Estimation faite en appliquant les pourcentages observés selon le niveau de désavantage lié à l'incapacité et l'âge en 1998 à la structure par âge projetée par l'ISQ en 2016 et en 2041.
2. La catégorie « en institution » comprend la population dans les institutions de santé et dans les résidences pour personnes âgées; la catégorie « en ménage privé » comprend (ici seulement) la population vivant en ménage collectif autre que les institutions de santé et les résidences pour personnes âgées.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.
 Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec, 1996 à 2041*, scénario A de référence, édition 1999.
 Statistique Canada, *Recensement de 1996*.