

# Recours aux services sociaux et de santé et consommation de médicaments

Valois Boudreault

Direction de la santé publique et de l'évaluation  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

---

## Introduction

Les enquêtes sociales et de santé effectuées au Québec en 1987, 1992-1993 et 1998 par Santé Québec (1988, 1995) et l'Institut de la statistique du Québec (Daveluy et autres, 2000) ont permis de mieux comprendre les habitudes de consommation de services de la population québécoise et l'utilisation que celle-ci fait du système de distribution de soins et de services sociaux et de santé. Par ailleurs, les *Enquêtes sur la santé et les limitations d'activités* (ESLA) de 1986 et 1991 de Statistique Canada (1988, 1994) ont bien décrit les différentes incapacités, leur prévalence et leur distribution dans la population québécoise. La présente *Enquête québécoise sur les limitations d'activités* (EQLA) 1998, grâce à son lien à l'*Enquête sociale et de santé 1998*, permet de décrire pour la première fois les habitudes de consommation de services et de médicaments de la population québécoise avec incapacité et de les comparer à celles de la population sans incapacité.

La *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages* (CIH) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1988; 1999) permet de déterminer trois différents niveaux de conséquences des problèmes de santé. Ainsi, la présence de maladies, de traumatismes ou d'anomalies entraîne une *déficience* structurelle ou fonctionnelle, laquelle peut causer une *incapacité ou des limitations d'activités* (modification ou perte de la capacité de l'individu à accomplir des activités données). L'incapacité peut diminuer les aptitudes de la personne à remplir le rôle que l'on attend d'elle, ce qui entraîne un *désavantage* (situation de handicap ou de restriction de participation).

Ces trois niveaux de conséquences peuvent entraîner l'utilisation du système de soins et de services. La présente enquête a la particularité de lier les différents niveaux de conséquences à l'utilisation des services. L'utilisation du réseau de services par la population sans incapacité est habituellement attribuable à des maladies, à des traumatismes et à des déficiences ou, dans les cas des services préventifs, au désir d'éviter d'éventuels problèmes. Par contre, l'utilisation des services par la population ayant une incapacité, parfois liée à ces mêmes problèmes, est également définie par la situation d'incapacité, qui peut entraîner d'autres formes d'utilisation (ex. : les services de réadaptation, de réinsertion et de protection) ou une utilisation accrue des formes usuelles.

Cette grille analytique suggère que la consommation de services pourrait varier selon que les individus présentent ou non une incapacité et vivent ou non une situation de désavantage ou de restriction de participation. C'est en regard de ces groupes de population que seront analysés ici les habitudes de consultation de professionnels de la santé ou de services sociaux, le recours à l'hospitalisation et la consommation de médicaments. Ces trois catégories de recours aux services seront ventilées selon certains déterminants de la santé (âge, sexe, revenu, etc.) et certaines caractéristiques de bien-être et de santé (perception de l'état de santé, indice de détresse psychologique). Ces dernières analyses permettront de voir si les relations entre ces déterminants ou ces caractéristiques de santé et la consultation de professionnels (Fournier et Piché, 2000), l'hospitalisation (Trahan, Piché et Bégin, 2000) et la consommation de médicaments (Papillon et autres, 2000) observées dans l'ensemble de la population

demeurent significatives pour la population québécoise vivant des situations d'incapacité ou de désavantage.

## 15.1 Aspects méthodologiques

### 15.1.1 Indicateurs

Les données de recours aux services et de consommation de médicaments portent sur la population de tous âges et proviennent du questionnaire de l'*Enquête sociale et de santé 1998* rempli par l'intervieweur (QRI) qui s'adresse au répondant clé du ménage (questions 16 à 45 et 118 à 132). Les questions 16 à 29 visent à dresser l'éventail de la consultation par type de professionnels de la santé et de services sociaux (14 catégories dont une catégorie ouverte) au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Les questions 30 à 32 portent sur la dernière de ces consultations, soit le type de professionnel consulté et le lieu de la consultation. Le recours à l'hospitalisation au cours des 12 derniers mois est mesuré par la proportion de personnes qui ont passé au moins une nuit à l'hôpital. La question QRI-118 est libellée ainsi : « Au cours des 12 derniers mois, quelqu'un du foyer a-t-il été hospitalisé, c'est-à-dire, est-ce que quelqu'un a passé au moins une nuit à l'hôpital? »

Les questions QRI-33 à 45 concernent l'utilisation de substances médicamenteuses au cours des deux jours ayant précédé l'enquête. Celle-ci est évaluée par la proportion de personnes qui sont retenues aux questions suivantes: « Hier ou avant-hier, est-ce que quelqu'un du foyer a fait usage des produits suivants : analgésiques (médicaments contre la douleur) comme l'aspirine? Tranquillisants, sédatifs ou somnifères? Médicaments pour le cœur ou la tension artérielle (pression sanguine)? Antibiotiques? Remèdes ou médicaments pour l'estomac? Laxatifs? Remèdes contre la toux ou le rhume? Onguents pour la peau? Vitamines ou minéraux? Suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc.? Stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral? Pilule contraceptive (femmes de 12 ans et plus)? Tout autre médicament? ». Lors de l'entrevue, l'intervieweur devait

identifier le produit exact en recourant à l'étiquette au besoin.

Pour savoir si le médicament fait partie de la classe prescrite ou non, la question suivante a été posée : « Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste? »

### 15.1.2 Portée et limites des données

La mesure de l'utilisation des services de santé et des services sociaux au moyen d'enquêtes qui font appel à la mémoire des personnes conduit habituellement à une sous-estimation des taux d'utilisation (Camirand, Blais et Béland, 1994; Fournier et Contandriopoulos, 1997). Par ailleurs, les taux d'utilisation des services de santé ne tiennent pas compte de la nature et de l'intensité des services, lesquelles peuvent être très différentes pour les personnes avec incapacité et celles sans incapacité.

La présente enquête vise la population en ménage privé; elle exclut donc les personnes vivant en logements collectifs notamment dans des établissements de santé. Comme une grande majorité de ces dernières sont des personnes très âgées ayant un profil sociosanitaire très lourd en raison d'incapacités, certaines prévalences pour l'ensemble de la population aînée (en ménage privé et en ménage collectif) pourraient être plus élevées que celles présentées dans ce chapitre.

Le taux de non-réponse partielle à chacune des questions est inférieur à 5 % pour l'ensemble des variables et indices du présent chapitre. Par contre, les effectifs en cause pour la population de moins de 15 ans avec incapacité et pour certains taux d'hospitalisation offrent peu de puissance statistique et, de ce fait, les possibilités d'analyse de plusieurs variables demeurent restreintes.

## 15.2 Résultats

### 15.2.1 Consultation des professionnels de la santé

#### 15.2.1.1 Consultation de différents types de professionnels selon la présence et la gravité de l'incapacité

La consultation d'un professionnel au cours d'une période de deux semaines est présentée au tableau 15.1 pour les personnes de 15 ans et plus. La consultation des médecins et de la plupart des autres catégories de professionnels de la santé est liée à la présence et à la gravité de l'incapacité. Quarante pour cent (40 %) des personnes ayant une incapacité ont consulté au moins un professionnel. La présence d'une incapacité, même légère, fait varier de façon très importante le taux de consultation. Ce taux passe d'environ 23 % pour la population sans incapacité à quelque 37 % pour celle ayant une incapacité légère et à près de 47 % pour celle ayant une incapacité modérée ou grave. Ce profil de consultation se vérifie pour les médecins généralistes,

les médecins spécialistes et les infirmiers. Les personnes ayant une incapacité légère, modérée ou grave, sont plus nombreuses en proportion (23 % et 28 % respectivement) à avoir consulté un professionnel autre qu'un médecin, que ne le sont les personnes sans incapacité (14 %). Il en est de même pour la consultation de pharmaciens, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et de psychologues. Par exemple, 8 % des personnes ayant une incapacité légère et 12 % ayant une incapacité modérée ou grave ont consulté un pharmacien, par comparaison à 3,9 % des personnes sans incapacité. Par contre, on n'observe pas de différence significative dans la consultation de dentistes, d'optométristes ou opticiens, de chiropraticiens ou d'acupuncteurs. Pour ce qui est de la consultation d'autres types de professionnels (autres praticiens de médecine non traditionnelle, travailleurs sociaux, diététistes et « autres professionnels »), les différences observées opposent les personnes sans incapacité à celles ayant l'un ou l'autre des niveaux de gravité de l'incapacité.

Tableau 15.1

**Consultation d'un professionnel au cours d'une période de deux semaines selon le type de professionnel<sup>1</sup>, la présence et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Avec incapacité			Sans incapacité
	Légère	Modérée ou grave	Total	
	%			
<b>Médecin (généraliste ou spécialiste)</b>	<b>22,4</b>	<b>32,2</b>	<b>26,2</b>	<b>12,5</b>
Médecin généraliste	15,9	23,7	19,0	9,4
Médecin spécialiste	8,8	13,9	10,8	4,2
<b>Professionnel autre que médecin</b>	<b>22,7</b>	<b>27,7</b>	<b>24,7</b>	<b>14,1</b>
Dentiste	4,2	2,5*	3,5	4,2
Pharmacien	8,0	12,0	9,5	3,9
Optométriste ou opticien	1,9*	1,8**	1,8*	1,7
Infirmier	2,7*	7,2	4,4	1,1
Chiropraticien	2,0*	1,7**	1,8*	1,5
Acupuncteur	0,4**	0,4**	0,4**	0,3*
Autre praticien de médecine non traditionnelle	1,9*	1,3**	1,7*	0,9
Physiothérapeute ou ergothérapeute	2,3**	4,4*	3,1	0,7
Psychologue	1,9*	2,0**	2,0*	0,7
Travailleur social	1,3**	2,7*	1,8*	0,5
Diététiste	0,6**	1,0**	0,8**	0,3*
Autre professionnel	1,0**	1,7**	1,3*	0,5*
<b>Au moins un professionnel</b>	<b>36,5</b>	<b>46,6</b>	<b>40,5</b>	<b>22,9</b>

1. Chaque personne peut avoir consulté plus d'un type de professionnel.

\* 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 médecins généralistes (19 %) viennent au premier rang des professionnels consultés par les personnes ayant une incapacité, suivis des médecins spécialistes (11 %) et des pharmaciens (10 %). Dans la population sans incapacité, les médecins généralistes (9 %) occupent aussi le premier rang, suivis des médecins spécialistes (4,2 %), des dentistes (4,2 %) et des pharmaciens (3,9 %).

#### Nombre de types de professionnels consultés

Environ 40 % de l'ensemble de la population ayant une incapacité a consulté au moins un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines (tableau 15.2). Cette proportion varie peu selon l'âge, puisque 38 % des 0-14 ans, 39 % des 15-64 ans et 44 %

des personnes de 65 ans et plus ont consulté. Près de 12 % des enfants, 16 % des 15-64 ans et 14 % des 65 ans et plus ont consulté deux professionnels ou plus. À ce chapitre, le profil des personnes ayant une incapacité diffère significativement de la population sans incapacité. Chez cette dernière, la proportion de personnes ayant consulté deux types de professionnels ou plus est nettement plus faible (5 %) que celle observée dans la population avec incapacité (15 %). Cette observation s'avère autant chez les enfants que chez les 15-64 ans ou les 65 ans et plus. Des différences sont aussi observées pour la consultation d'un seul professionnel, dans tous les groupes d'âge.

Tableau 15.2

#### Nombre de types de professionnels consultés au cours d'une période de deux semaines selon l'âge et la présence d'une incapacité, Québec, 1998

	Aucun	Un	Deux ou plus	Au moins un
	%			
0-14 ans				
Avec incapacité	62,4	25,6	12,0*	<b>37,6</b>
Sans incapacité	79,1	17,0	3,9	<b>20,9</b>
15-64 ans				
Avec incapacité	60,9	22,9	16,3	<b>39,1</b>
Sans incapacité	77,7	16,9	5,4	<b>22,3</b>
65 ans et plus				
Avec incapacité	56,5	29,8	13,8	<b>43,5</b>
Sans incapacité	72,1	21,5	6,5	<b>27,9</b>
Total				
Avec incapacité	59,7	25,3	15,0	<b>40,4</b>
Sans incapacité	77,6	17,3	5,2	<b>22,5</b>

\* 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*.

15.2.1.2 Consultation selon certaines caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé

Le tableau 15.3 présente la consultation d'un professionnel, médecin ou autre, selon l'âge et la présence d'une incapacité. Dans la population avec incapacité, seule la consultation des médecins varie en fonction de l'âge, et c'est la consultation de généralistes qui est en cause. En effet, les aînés ayant une incapacité les ont consultés en plus grande proportion (24 %) que ne l'ont fait les 15-64 ans (17 %). Chez les personnes sans incapacité, le taux de consultation d'au moins un professionnel augmente avec l'âge; il en est de même pour le taux de consultation d'un médecin, d'un

généraliste ou d'un spécialiste, et d'un professionnel autre que médecin.

Une plus forte proportion de femmes (45 %) que d'hommes (35 %) ont déclaré avoir consulté au moins un professionnel de la santé, et ce, de façon significative chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité (tableau 15.4). Une différence s'observe également chez les personnes sans incapacité (28 % c. 18 %). L'état matrimonial est un autre facteur qui apparaît relié au recours aux services professionnels, mais seulement chez les personnes n'ayant pas d'incapacité. Le niveau de revenu du ménage est également associé au recours à au moins un professionnel, dans les deux populations.

Tableau 15.3  
**Consultation d'un professionnel, médecin ou autre<sup>1</sup>, au cours d'une période de deux semaines selon l'âge et la présence d'une incapacité, Québec, 1998**

	0-14 ans	15-64 ans	65 ans et plus	Total	Pe
	%			%	'000
Médecin (généraliste ou spécialiste)					
Avec incapacité	21,1	24,3	30,1	25,8	280,2
Sans incapacité	12,8	11,8	19,3	12,6	766,1
Médecin généraliste					
Avec incapacité	12,4 *	16,5	23,6	18,3	198,6
Sans incapacité	9,8	9,0	13,6	9,5	579,2
Médecin spécialiste					
Avec incapacité	9,6 *	11,5	10,0	10,9	117,9
Sans incapacité	3,7	3,8	7,9	4,1	248,2
Professionnel autre que médecin					
Avec incapacité	25,8	25,9	23,0	25,0	271,5
Sans incapacité	11,3	14,1	13,6	13,5	822,1
<b>Au moins un professionnel</b>					
<b>Avec incapacité</b>	<b>37,6</b>	<b>39,1</b>	<b>43,5</b>	<b>40,4</b>	<b>438,4</b>
<b>Sans incapacité</b>	<b>20,9</b>	<b>22,3</b>	<b>27,9</b>	<b>22,5</b>	<b>1 366,6</b>

1. Chaque personne peut avoir consulté plus d'un type de professionnel.

\* 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 15.4

**Consultation d'au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines selon le sexe, l'état matrimonial de fait, le niveau de revenu du ménage et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Sexe		
Hommes	34,6	18,3
Femmes	45,4	27,5
État matrimonial de fait		
Célibataire	36,6	18,9
Marié ou en union de fait	41,2	23,7
Veuf, séparé ou divorcé	44,0	29,0
Niveau de revenu		
Très pauvre	41,1	24,6
Pauvre	40,3	21,4
Moyen inférieur	40,4	21,3
Moyen supérieur	41,7	23,3
Supérieur	38,3	25,7

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

La consultation d'un professionnel est significativement reliée à la perception que les individus de 15 ans et plus ont de leur santé. Ainsi, parmi les personnes ayant une incapacité qui se considèrent en excellente ou très bonne santé, 28 % ont consulté au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines (tableau 15.5). Cette proportion augmente à 53 % chez les personnes jugeant leur état de santé moyen ou mauvais. Un profil semblable de consultation est observé chez les personnes sans incapacité mais à des taux moindres, allant de 21 % (excellent ou très bon) à 35 % (moyen ou mauvais). Enfin, le recours à ce type de services est aussi relié à l'indice de détresse psychologique, mais l'association est significative seulement chez les personnes sans incapacité. L'enquête ne permet pas de déceler de différence significative des taux de consultation d'un professionnel selon l'indice de soutien social, que ce soit pour les personnes avec ou sans incapacité.

Tableau 15.5

**Consultation d'au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines selon la perception de l'état de santé, l'indice de détresse psychologique et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Perception de l'état de santé		
Excellent ou très bon	28,0	20,9
Bon	38,1	24,4
Moyen ou mauvais	52,6	35,2
Indice de détresse psychologique		
Bas à moyen	40,1	21,9
Élevé	44,0	27,8

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

#### 15.2.1.3 Consultation selon la présence et la nature exclusive de l'incapacité, et selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité

Le taux de consultation d'un professionnel varie selon la présence et la nature exclusive de l'incapacité, chez les personnes de 15 ans et plus. De 23 % chez les personnes sans incapacité, ce taux passe à 40 % chez les personnes avec une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale seulement, à 41 % chez celles qui ont une incapacité motrice seulement, et à 46 % chez les personnes ayant de multiples incapacités (tableau 15.6). Cette relation avec la nature exclusive de l'incapacité est significative tant pour les consultations de médecins que celles d'autres professionnels. Les personnes ayant une incapacité liée à la communication seulement sont moins nombreuses, en proportion (28 %), à consulter au moins un professionnel que celles ayant une incapacité motrice (41 %) ou des incapacités multiples (46 %). Elles ne se distinguent pas des personnes sans incapacité à cet égard, ni à celui de la consultation de médecins ou d'autres professionnels.

Tableau 15.6

**Consultation d'un professionnel, médecin ou autre<sup>1</sup>, au cours d'une période de deux semaines selon la nature exclusive de l'incapacité et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Nature exclusive de l'incapacité				Sans incapacité
	Communication seulement	Motricité seulement	Intellect/santé mentale seulement	Incapacités multiples	
	%				
Médecin (généraliste ou spécialiste)	16,2	26,3	24,3	31,9	12,5
Professionnel autre que médecin	16,5	25,0	29,1	27,2	14,1
<b>Au moins un professionnel</b>	<b>28,0</b>	<b>41,3</b>	<b>40,1</b>	<b>45,7</b>	<b>22,9</b>

1. Chaque personne peut avoir consulté plus d'un type de professionnel.

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

Le tableau 15.7 illustre la relation entre la consultation d'un professionnel au cours d'une période de deux semaines et l'indice de désavantage lié à l'incapacité, chez les 15 ans et plus. Cette relation est significative tant pour les consultations d'un médecin que celles d'un autre professionnel. Même les personnes dans la catégorie «sans désavantage » sont significativement plus nombreuses, en proportion, à consulter au moins un professionnel (30 %) que les personnes sans incapacité (23 %). Cette affirmation s'avère également pour la consultation d'un médecin; cependant, lorsqu'on examine séparément la consultation d'un généraliste ou

d'un spécialiste, on n'observe pas de différence entre les personnes sans incapacité et celles avec incapacité mais sans désavantage. Par ailleurs, les personnes avec dépendance (légère, modérée ou forte) sont plus nombreuses, en proportion, à consulter au moins un professionnel, un médecin généraliste ou un médecin spécialiste, que les personnes sans désavantage ou avec limitations des activités sans dépendance. Les personnes avec dépendance forte ou modérée se distinguent des autres groupes quant à la consultation d'un professionnel autre qu'un médecin.

Tableau 15.7

**Consultation d'un professionnel, médecin ou autre<sup>1</sup>, au cours d'une période de deux semaines selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Avec incapacité				Sans désavantage	Sans incapacité
	Dépendance forte	Dépendance modérée	Dépendance légère	Limitations des activités sans dépendance		
	%					
Médecin (généraliste ou spécialiste)	40,9	34,1	33,3	20,0	18,7	12,5
Médecin généraliste	29,0 *	26,2	22,7	14,5	14,2	9,4
Médecin spécialiste	17,6 *	13,8	16,0	7,6	6,2 *	4,2
Professionnel autre que médecin	40,0	30,4	24,8	24,3	16,7	14,1
<b>Au moins un professionnel</b>	<b>61,9</b>	<b>48,5</b>	<b>46,6</b>	<b>35,7</b>	<b>29,6</b>	<b>22,9</b>

1. Chaque personne peut avoir consulté plus d'un type de professionnel.

\* 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*.

### 15.2.1.3 Lieu de consultation

Le lieu de la dernière consultation d'un professionnel est présenté au tableau 15.8. Les lieux de consultation diffèrent pour les personnes ayant une incapacité en regard des personnes sans incapacité. Le bureau privé ou le CLSC constitue beaucoup plus souvent le lieu de la dernière consultation pour les personnes sans incapacité (73 %) que pour celles avec une incapacité (58 %). Par contre, la fréquentation des pharmacies est semblable pour les personnes avec ou sans incapacité, soit environ 11 % et 10 %. L'hôpital et les autres lieux sont proportionnellement plus fréquentés par les personnes ayant une incapacité (19 % et 12 %, respectivement) que par celles sans incapacité (13 % et 4,2 %, respectivement). Ces différences s'observent autant chez les 0-14 ans que chez les 15 ans et plus; chez les enfants cependant, la différence pour la consultation à l'hôpital n'est pas significative entre les groupes avec et sans incapacité, en raison probablement de la faible taille de l'échantillon.

Tableau 15.8

**Lieu de la dernière consultation selon l'âge et la présence d'une incapacité, population ayant consulté un professionnel au cours d'une période de deux semaines, Québec, 1998**

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
<b>Bureau privé ou CLSC</b>		
0-14 ans	59,9	78,2
15 ans et plus	57,8	71,4
<b>Total</b>	<b>58,0</b>	<b>72,7</b>
<b>Hôpital</b>		
0-14 ans	19,1	11,8
15 ans et plus	18,7	13,1
<b>Total</b>	<b>18,8</b>	<b>12,8</b>
<b>Pharmacie</b>		
0-14 ans	4,8	6,0
15 ans et plus	12,0	11,3
<b>Total</b>	<b>11,3</b>	<b>10,3</b>
<b>Autres</b>		
0-14 ans	16,2	4,0
15 ans et plus	11,5	4,3
<b>Total</b>	<b>12,0</b>	<b>4,2</b>

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

## 15.2.2 Hospitalisation

### 15.2.2.1 Hospitalisation selon certaines caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé

La proportion de personnes hospitalisées au moins une fois au cours d'une période de 12 mois (tableau 15.9) est beaucoup plus élevée parmi celles ayant une incapacité que parmi celles n'en ayant pas (15 % c. 4,7 %). Ce taux d'hospitalisation croît systématiquement en fonction des groupes d'âge étudiés, tant pour la population sans incapacité que pour celle ayant une incapacité. Dans la population avec incapacité, le taux passe de 6 % chez les 0 à 14 ans, à 14 % chez les 15-64 ans puis à 20 % chez les 65 ans et plus, alors que les taux d'hospitalisation pour les personnes sans incapacité des mêmes groupes d'âge sont respectivement de 3,1 %, 4,7 % et 9 %. On remarque que 4,9 % des personnes avec une incapacité ont été hospitalisées deux fois ou plus au cours de la période de référence.



Tableau 15.9

**Hospitalisation selon la fréquence annuelle, l'âge et la présence d'une incapacité, Québec, 1998**

	Aucune fois	Une fois	Deux fois ou plus	Au moins une fois	Pe
	%				'000
0-14 ans					
Avec incapacité	93,6	49,2 **	1,5 **	6,4 **	7,4
Sans incapacité	96,9	2,5	0,6 **	3,1	38,5
15-64 ans					
Avec incapacité	85,7	9,9	4,3	14,3	90,2
Sans incapacité	95,4	4,0	0,7	4,7	203,4
65 ans et plus					
Avec incapacité	80,2	12,5	7,2	19,8	67,6
Sans incapacité	90,7	7,1	2,2	9,3	44,4
Total					
Avec incapacité	84,9	10,2	4,9	15,1	165,2
Sans incapacité	95,3	3,9	0,8	4,7	286,3

\*\* 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 tableau 15.10 présente, pour les personnes de 15 ans et plus, les taux d'hospitalisation en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques, de la perception de l'état de santé et de l'indice de détresse psychologique. Les associations diffèrent selon que la population présente ou non une incapacité. Ainsi, le taux d'hospitalisation n'est pas significativement lié au sexe chez les personnes ayant une incapacité (hommes, 16 % et femmes, 17 %) contrairement à celles qui n'en ont pas, chez qui on constate une différence significative entre les hommes (3,6 %) et les femmes (7 %). Quant à l'état matrimonial, on observe une association significative avec le taux d'hospitalisation dans la population sans incapacité seulement. Le taux d'hospitalisation est lié au niveau de revenu du ménage dans les deux populations. Chez les personnes ayant une incapacité, les personnes considérées comme pauvres ou très pauvres sont hospitalisées en plus grande proportion (20 %) que les personnes ayant un revenu supérieur (13 %).

Le taux d'hospitalisation est significativement lié à la perception de son état de santé chez les personnes de 15 ans et plus, qu'elles présentent ou non une incapacité. Les écarts des taux d'hospitalisation

semblent par contre beaucoup plus importants dans la population avec incapacité. Ainsi, les personnes avec incapacité qui considèrent leur état de santé comme moyen ou mauvais affichent un taux d'hospitalisation de 26 %, alors que celles qui se considèrent en excellente ou très bonne santé sont hospitalisées dans une proportion de 7 %. L'indice de détresse psychologique est également lié à l'hospitalisation, mais dans la population ayant une incapacité seulement : un indice de valeur élevée correspond à un taux accru d'hospitalisation (19 % c. 14 %). On n'observe pas de relation significative entre le soutien social et le taux d'hospitalisation, que les personnes présentent ou non une incapacité.

Tableau 15.10

**Hospitalisation (au moins une fois) au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
<b>Sexe</b>		
Hommes	15,5	3,6
Femmes	16,8	6,6
<b>État matrimonial de fait</b>		
Célibataire	14,9	3,2
Marié ou en union de fait	15,3	5,7
Veuf, séparé ou divorcé	19,0	6,3
<b>Niveau de revenu</b>		
Très pauvre ou pauvre	20,2	6,5
Moyen inférieur	16,4	5,2
Moyen supérieur ou supérieur	12,8	4,6
<b>Perception de l'état de santé</b>		
Excellent ou très bon	7,3*	4,4
Bon	12,3	5,7
Moyen ou mauvais	26,2	9,9
<b>Indice de détresse psychologique</b>		
Bas à moyen	14,2	4,9
Élevé	19,4	5,2
<b>Total</b>	<b>16,3</b>	<b>5,1</b>

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

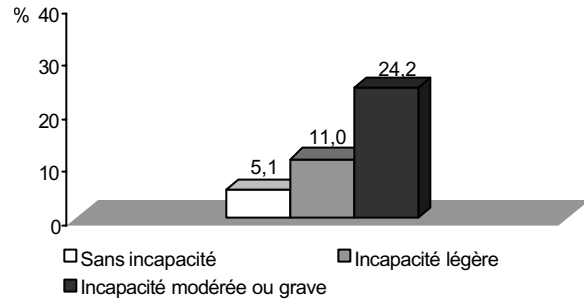
Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

#### 15.2.2.2 Hospitalisation selon la présence, la gravité et la nature exclusive de l'incapacité, et selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité

Le recours à l'hospitalisation (au moins une fois en 12 mois) est associé à la présence et aux caractéristiques de l'incapacité ainsi qu'à l'indice de désavantage lié à l'incapacité. Les personnes ayant une incapacité modérée ou grave sont hospitalisées en plus grande proportion (24 %) que les personnes ayant une incapacité légère (11 %), alors que les personnes sans incapacité le sont encore moins (5 %) (figure 15.1).

Figure 15.1

**Hospitalisation (au moins une fois) au cours d'une période de 12 mois selon la présence et la gravité de 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*.

Le recours à l'hospitalisation est également lié à la nature exclusive de l'incapacité. Alors que 5 % de la population de 15 ans et plus sans incapacité a été hospitalisée au cours de la période de référence, les personnes ayant une incapacité ont été hospitalisées dans des proportions de 7 %<sup>1</sup> (activités intellectuelles ou santé mentale seulement), 8 %<sup>2</sup> (communication seulement), 17 % (motricité seulement) et 22 % (incapacités multiples) données non présentées. Les personnes ayant une incapacité motrice seulement ou de multiples incapacités ont eu recours à l'hospitalisation dans de plus grandes proportions que les autres.

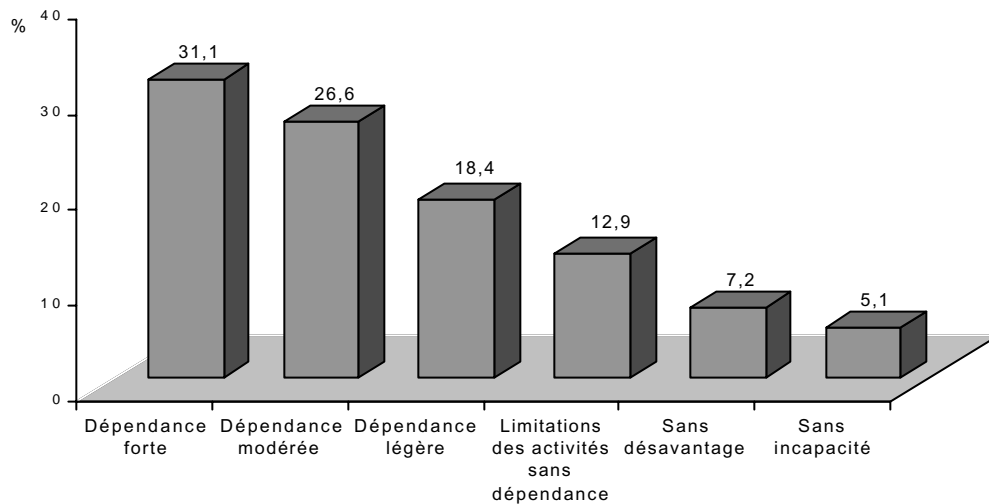
Le recours à l'hospitalisation est associé à l'indice de désavantage lié à l'incapacité; il varie de 7 %, lorsque cet indice est à son plus faible (sans désavantage), à 31 % au niveau de dépendance forte (figure 15.2). D'une part, les personnes sans incapacité et celles sans désavantage ne diffèrent pas à cet égard et ont le plus faible recours à l'hospitalisation; d'autre part, les personnes ayant une dépendance légère, modérée ou forte ont davantage recours à l'hospitalisation que les autres.

<sup>1</sup> Cette proportion a un coefficient de variation supérieur à 25 % et est une estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

<sup>2</sup> Cette proportion a un coefficient de variation entre 15 % et 25 % et doit être interprétée avec prudence.

Figure 15.2

**Hospitalisation (au moins une fois) au cours d'une période de 12 mois selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**



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

Tableau 15.11

**Nombre de médicaments, prescrits ou non prescrits, pris au cours d'une période de deux jours selon l'âge et la présence d'une incapacité, Québec, 1998**

	Aucun	Un ou deux	Trois ou plus	Au moins un	Pe
		%		%	'000
0-14 ans					
Avec incapacité	51,7	38,4	9,9	<b>48,3</b>	<b>56,3</b>
Sans incapacité	65,2	32,0	2,8	<b>34,8</b>	<b>428,3</b>
15-34 ans					
Avec incapacité	40,3	44,3	15,4	<b>59,7</b>	<b>97,5</b>
Sans incapacité	55,1	38,6	6,3	<b>44,9</b>	<b>830,8</b>
35-54 ans					
Avec incapacité	24,2	38,1	37,7	<b>75,9</b>	<b>239,1</b>
Sans incapacité	50,2	36,5	13,3	<b>49,8</b>	<b>998,5</b>
55-64 ans					
Avec incapacité	14,6	35,0	50,4	<b>85,4</b>	<b>129,7</b>
Sans incapacité	32,1	39,5	28,4	<b>67,9</b>	<b>356,4</b>
65 ans et plus					
Avec incapacité	10,4	24,1	65,5	<b>89,7</b>	<b>304,6</b>
Sans incapacité	22,4	36,1	41,6	<b>77,7</b>	<b>370,5</b>
Total					
Avec incapacité	23,9	34,3	41,8	<b>76,1</b>	<b>827,2</b>
Sans incapacité	51,0	36,5	12,6	<b>49,0</b>	<b>2 984,5</b>

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

### 15.2.3 Consommation de médicaments

#### 15.2.3.1 Consommation de médicaments selon certaines caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé

La consommation de médicaments au cours d'une période de deux jours présente un écart marqué entre les personnes avec et sans incapacité. Ainsi, 76 % des personnes avec incapacité consomment au moins un médicament contre 49 % de celles qui n'ont pas d'incapacité (tableau 15.11). La différence entre les deux populations est particulièrement marquée pour la consommation de trois médicaments ou plus, soit 42 % et 13 % respectivement.

Ce profil se confirme dans chaque groupe d'âge. Ainsi, le taux de consommation de médicaments chez les enfants de moins de 15 ans ayant une incapacité est significativement plus élevé que chez ceux n'en ayant pas (48 % c. 35 %). Comme dans l'ensemble de la population, cette différence de consommation entre les enfants avec et sans incapacité est particulièrement marquée pour ceux qui consomment trois médicaments ou plus (10 % c. 2,8 %). Il en est de même du groupe de 15-34 ans (15 % c. 6 %) jusqu'au groupe de 65 ans et plus (65 % c. 42 %).

La proportion d'individus ayant consommé au moins un médicament croît en fonction de l'âge chez les personnes sans incapacité, allant de 35 % chez les enfants à 78 % chez les aînés. Dans la population ayant une incapacité, les personnes de 0-14 ans et de 15-34 ans en consomment dans des proportions moindres (48 % et 60 % respectivement) que les groupes plus âgés (de 76 % à 90 %, selon l'âge).

Le tableau 15.12 présente les proportions de personnes ayant consommé des médicaments prescrits et non prescrits. On observe une différence importante des proportions de personnes ayant consommé des médicaments prescrits, entre la population avec incapacité (62 %) et la population sans incapacité (29 %). Cette différence s'observe dans tous les groupes d'âge, des enfants de 0-14 ans (27 % c. 13 %) aux personnes de 65 ans ou plus (85 % c. 66 %). La consommation de médicaments prescrits croît en fonction de l'âge chez les personnes ayant une incapacité. Une gradation avec l'âge s'observe aussi chez les personnes sans incapacité, mais les 15-34 ans et les 35-54 ans en consomment dans des proportions qui ne diffèrent pas statistiquement.

Pour ce qui est des médicaments non prescrits, les personnes avec incapacité en consomment un peu plus que les personnes sans incapacité (37 % c. 31 %). Ces différences selon la présence d'une incapacité sont significatives chez les 15-34 ans et les 35-54 ans seulement. Quant aux variations de la consommation selon l'âge, les personnes de 0-14 ans avec incapacité en consomment moins que celles de 35-54 ans (30 % c. 42 %). Chez les personnes sans incapacité, les 0-14 ans et les 15-34 ans en consomment dans des proportions moindres (26 % et 28 % respectivement) que les plus âgés (de 33 % à 36 % selon l'âge).

Tableau 15.12

**Personnes ayant pris des médicaments prescrits et personnes ayant pris des médicaments non prescrits au cours d'une période de deux jours selon l'âge et la présence d'une incapacité, Québec, 1998**

	Médicaments prescrits	Médicaments non prescrits
	%	
0-14 ans		
Avec incapacité	26,6	29,6
Sans incapacité	12,6	26,1
15-34 ans		
Avec incapacité	38,8	34,2
Sans incapacité	26,2	27,8
35-54 ans		
Avec incapacité	57,6	41,8
Sans incapacité	28,1	32,8
55-64 ans		
Avec incapacité	72,1	40,6
Sans incapacité	51,0	36,4
65 ans et plus		
Avec incapacité	85,0	34,9
Sans incapacité	66,1	36,3
<b>Total</b>		
<b>Avec incapacité</b>	<b>62,0</b>	<b>37,0</b>
<b>Sans incapacité</b>	<b>29,3</b>	<b>30,5</b>

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

Chez les personnes de 15 ans et plus avec ou sans incapacité, la consommation d'au moins un médicament, de médicaments prescrits et de médicaments non prescrits varie selon le sexe. Alors que 87 % des femmes avec incapacité ont pris au moins un médicament, cette proportion est de 70 % chez les hommes; ces proportions sont respectivement de 65 % et de 40 % chez les hommes et les femmes sans incapacité (tableau 15.13).

Les femmes utilisent des médicaments prescrits en plus grande proportion que les hommes, dans la population avec ou sans incapacité. Ainsi, 74 % des femmes ayant une incapacité en ont pris, comparativement à 56 % des hommes (tableau 15.14). Il en est de même pour les médicaments non prescrits, utilisés par 43 % des femmes et 31 % des hommes ayant une incapacité.

Tableau 15.13

**Nombre de médicaments, prescrits ou non prescrits, pris au cours d'une période de deux jours selon le sexe et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Aucun	Un ou deux	Trois ou plus	Au moins un
	%			
Avec incapacité				
Hommes	29,7	32,4	38,0	<b>70,3</b>
Femmes	13,4	34,9	51,7	<b>86,6</b>
Sans incapacité				
Hommes	60,0	30,0	10,1	<b>40,0</b>
Femmes	34,6	45,3	20,1	<b>65,4</b>

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

Tableau 15.14

**Personnes ayant pris des médicaments prescrits et personnes ayant pris des médicaments non prescrits au cours d'une période de deux jours selon le sexe et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Médicaments prescrits	Médicaments non prescrits
	%	
Avec incapacité		
Hommes	56,3	31,3
Femmes	74,0	43,1
Sans incapacité		
Hommes	21,2	25,4
Femmes	46,1	37,9

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

La consommation de médicaments est liée de façon significative à l'état matrimonial, tant dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité. Les personnes veuves, séparées ou divorcées avec incapacité consomment des médicaments en plus grande proportion (89 %) que les personnes mariées ou en union de fait (79 %); ce sont les célibataires (68 %) qui en consomment le moins (tableau 15.15). Le profil est le même chez les personnes sans incapacité. La consommation de médicaments est également associée au niveau de revenu dans les deux populations; cependant, la relation semble inverse chez les personnes avec ou sans incapacité.

La proportion de personnes consommant des médicaments varie en fonction de la perception qu'elles ont de leur état de santé, dans la population adulte avec ou sans incapacité. Ainsi, 91 % des personnes ayant une incapacité qui considèrent leur état de santé comme moyen ou mauvais ont consommé au moins un médicament au cours des deux jours de référence. Chez celles qui considèrent leur état de santé comme excellent ou très bon, cette proportion est de 68 %. Ces proportions sont respectivement de 67 % et de 50 % pour les personnes sans incapacité. Dans la population avec incapacité, contrairement à la population sans incapacité, on ne détecte pas de différence dans la consommation de médicaments, qui se situe à environ 80 % quel que soit le niveau de l'indice de détresse psychologique. Il en est de même pour le niveau de l'indice de soutien social, associé à la consommation de

de médicaments chez les personnes sans incapacité seulement.

Tableau 15.15

**Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours d'une période de deux jours selon certaines caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
État matrimonial de fait		
Célibataire	68,5	43,2
Marié ou en union de fait	79,2	54,5
Veuf, séparé ou divorcé	88,7	66,9
Niveau de revenu		
Très pauvre ou pauvre	81,9	50,8
Moyen inférieur	80,2	51,6
Moyen supérieur ou supérieur	76,6	53,9
Perception de l'état de santé		
Excellent ou très bon	68,1	49,6
Bon	77,3	58,6
Moyen ou mauvais	91,4	67,5
Indice de détresse psychologique		
Bas à moyen	79,5	52,6
Élevé	79,3	56,1
Indice de soutien social		
Faible	80,5	51,1
Élevé	79,7	54,1

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

15.2.3.2 Consommation de médicaments selon la présence, la gravité et la nature exclusive de l'incapacité, et selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité

La présence d'une incapacité, même légère, semble avoir un lien très important avec le profil de consommation des médicaments chez les enfants ou les personnes de 15 ans ou plus (tableau 15.16). Les enfants sans incapacité ont consommé au moins un médicament dans une proportion moindre (35 %) que les enfants ayant une incapacité modérée ou grave (73 %) ou même légère (46 %). Un profil semblable s'observe chez les adultes, où la consommation d'au moins un médicament passe de 53 % (sans incapacité) à 73 % (incapacité légère) puis à 89 % (incapacité modérée ou grave). La proportion de personnes de 15 ans ou plus qui ne consomment aucun médicament est de 26 % seulement pour celles qui ont une incapacité légère,

comparativement à 47 % pour celles sans incapacité. À peine 15 % des personnes sans incapacité consomment trois médicaments ou plus, tandis que cette proportion est de 61 % chez celles qui ont une incapacité modérée ou grave.

La consommation de médicaments est significativement liée à la nature exclusive de l'incapacité. Alors que la population sans incapacité présente un taux de consommation de 53 %, les personnes ayant une incapacité affichent des taux de 64 % et plus, selon la nature exclusive de l'incapacité (tableau 15.17). Par ailleurs, la consommation est moins élevée chez les personnes ayant une incapacité reliée à la communication seulement, aux activités intellectuelles ou à un problème de santé mentale seulement (64 %), comparativement à celles ayant une incapacité motrice seulement (82 %) ou des incapacités multiples (88 %).

Tableau 15.16

**Nombre de médicaments, prescrits ou non prescrits, pris au cours d'une période de deux jours selon l'âge, la présence et la gravité de l'incapacité, Québec, 1998**

	Aucun	Un ou deux	Trois ou plus	Au moins un
	%			
0-14 ans				
Gravité de l'incapacité				
Légère	53,8	38,8	7,4*	46,2
Modérée ou grave	27,4**	45,3*	27,3**	72,6
<b>Total</b>				
<b>Avec incapacité</b>	50,9	39,5	9,6*	49,1
<b>Sans incapacité</b>	65,2	32,0	2,8	34,8
15 ans et plus				
Gravité de l'incapacité				
Légère	26,5	37,8	35,7	73,5
Modérée ou grave	11,4	27,7	60,9	88,6
<b>Total</b>				
<b>Avec incapacité</b>	20,6	33,9	45,6	79,5
<b>Sans incapacité</b>	47,3	37,6	15,1	52,7

\* 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 consommation de médicaments est également reliée au niveau atteint à l'indice de désavantage chez les personnes de 15 ans et plus; elle s'élève à 70 % chez les personnes sans désavantage pour atteindre 93 % au niveau de dépendance grave (tableau 15.18). Les personnes sans incapacité sont moins nombreuses, en proportion, à avoir consommé au moins un médicament (53 %) que les personnes avec incapacité, même sans désavantage (70 %). Parmi les personnes avec incapacité, celles sans désavantage, ou avec limitations

des activités mais sans dépendance, se démarquent des personnes ayant divers niveaux de dépendance quant à cette consommation.

Les tableaux complémentaires C.15.1 et C.15.2 présentent les propositions de personnages ayant pris du moins un médicament prescrit et de personnes ayant pris au moins un médicament non prescrit, selon la présence, la gravité et la nature exclusive de l'incapacité et selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité.

Tableau 15.17

**Nombre de médicaments, prescrits ou non prescrits, pris au cours d'une période de deux jours selon la présence et la nature exclusive de l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Aucun	Un ou deux	Trois ou plus	Au moins un
	%			
Nature exclusive de l'incapacité				
Communication seulement	36,3	39,7	24,0	<b>63,7</b>
Motricité seulement	18,0	35,8	46,3	<b>82,0</b>
Intellect/santé mentale seulement	36,0	35,1	28,8	<b>64,0</b>
Incapacités multiples	12,4	27,8	59,8	<b>87,6</b>
Sans incapacité	47,3	37,6	15,1	<b>52,7</b>

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

Tableau 15.18

**Nombre de médicaments, prescrits ou non prescrits, pris au cours d'une période de deux jours selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Aucun	Un ou deux	Trois ou plus	Au moins un
	%			
Indice de désavantage				
Dépendance forte	6,6**	24,7*	68,8	<b>93,4</b>
Dépendance modérée	8,5*	24,8	66,7	<b>91,5</b>
Dépendance légère	13,8	30,1	56,1	<b>86,2</b>
Limitations des activités				
sans dépendance	27,3	38,7	34,1	<b>72,7</b>
Sans désavantage	30,2	39,5	30,3	<b>69,8</b>
Sans incapacité	47,3	37,6	15,1	<b>52,7</b>

\* 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

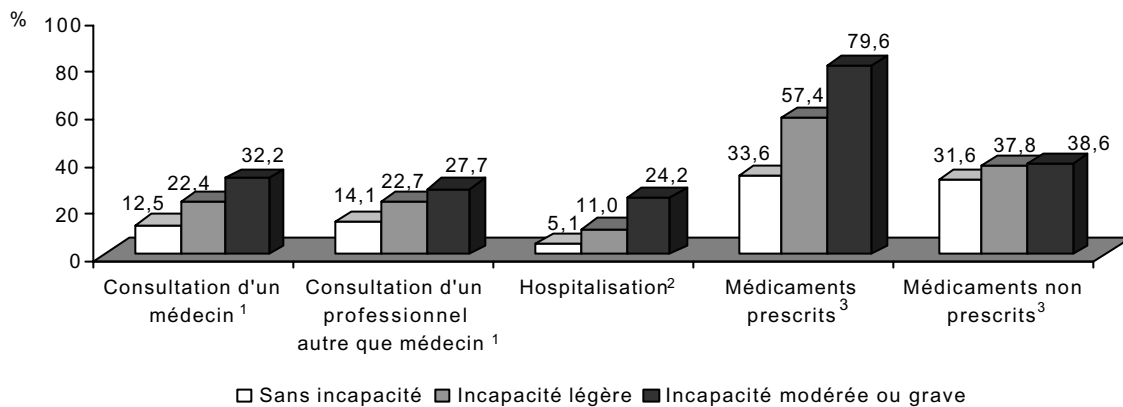
### Synthèse et pistes de recherche

Le présent chapitre démontre clairement le poids de l'incapacité et du désavantage (indice de désavantage lié à l'incapacité) sur le recours aux services et la consommation de médicaments. La figure 15.3 illustre la croissance systématique de la consultation d'un professionnel, de l'hospitalisation et de la consommation de médicaments en regard de la présence de l'incapacité et de l'augmentation de sa gravité dans la population de 15 ans et plus. Elle permet de constater que la présence d'une incapacité, même légère, change considérablement le recours aux

services et la consommation de médicaments prescrits. De façon plus précise, les analyses montrent que le recours à au moins un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines passe de 23 % pour la population sans incapacité à 37 % pour celle ayant une incapacité légère. Au premier rang des professionnels consultés par les personnes de 15 ans ou plus ayant une incapacité, viennent les médecins généralistes avec près de 19 %, suivis des médecins spécialistes (11 %) et des pharmaciens (10 %). Par ailleurs, pour la presque totalité des types d'incapacité, les personnes avec incapacité présentent des taux de recours aux services et de consommation de médicaments significativement plus importants que les personnes sans incapacité.

Figure 15.3

**Consultation d'un professionnel, hospitalisation et consommation de médicaments selon la présence et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**



1. Au cours d'une période de deux semaines.

2. Au cours d'une période de douze mois.

3. Au cours d'une période de deux jours.

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

Les résultats de l'enquête mettent également en évidence le lien entre certains déterminants et caractéristiques de l'état de santé et le recours aux services, consultation professionnelle ou hospitalisation, ou la consommation de médicaments dans la population avec ou sans incapacité. Ainsi, le tableau synthèse 15.19 indique que les déterminants de la consultation professionnelle diffèrent entre les deux populations, chez les personnes de 15 ans et plus. On a vu que le profil de la consultation de médecins et d'autres professionnels n'est pas le même, ce qui explique peut-être certaines différences dans les facteurs associés. Pour ce qui est de l'hospitalisation, il ne semble pas y avoir de différence selon le sexe ou

l'état matrimonial dans la population avec une incapacité. Cependant, il est à noter que dans cette population seulement, l'indice de détresse psychologique est un facteur associé. Enfin, les facteurs liés à la consommation de médicaments sont pour la plupart les mêmes entre les deux populations, mais les indices de détresse psychologique ou de soutien social ne révèlent d'association que pour la population sans incapacité. La difficulté accrue à détecter une association significative dans l'échantillon moindre de la population avec incapacité pourrait expliquer certaines des différences observées entre les deux populations.

Tableau 15.19

**Caractéristiques sociodémographiques et indicateurs de l'état de santé liés à la consultation d'un professionnel, à l'hospitalisation et à la consommation de médicaments selon la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Consultation d'un professionnel <sup>1</sup>		Hospitalisation <sup>2</sup>		Consommation de médicaments <sup>3</sup>	
	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité
Âge		✓	✓	✓	✓	✓
Sexe	✓	✓		✓	✓	✓
Niveau de revenu		✓	✓	✓	✓	✓
État matrimonial de fait		✓		✓	✓	✓
Perception de l'état de santé	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Indice de détresse psychologique		✓	✓			✓
Indice de soutien social						✓

1. Au cours d'une période de deux semaines.

2. Au cours d'une période de douze mois.

3. Au cours d'une période de deux jours.

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

Le profil de recours aux services et de consommation de médicaments varie selon l'âge dans la population ayant une incapacité. Les personnes de 65 ans et plus sont plus nombreuses à consulter un médecin que les autres groupes d'âge, toutes proportions gardées. Pour ce qui est de l'hospitalisation et des médicaments prescrits, l'utilisation s'accroît systématiquement avec l'âge, pour les groupes d'âge considérés.

L'indice de désavantage lié à l'incapacité est aussi fortement associé au recours aux services. La figure 15.4 montre une relation entre les niveaux à l'indice de désavantage et le recours aux services ou la consommation de médicaments. Pour la consultation professionnelle et la consommation de médicaments, même les catégories de moindre désavantage sont liées à des taux plus élevés.

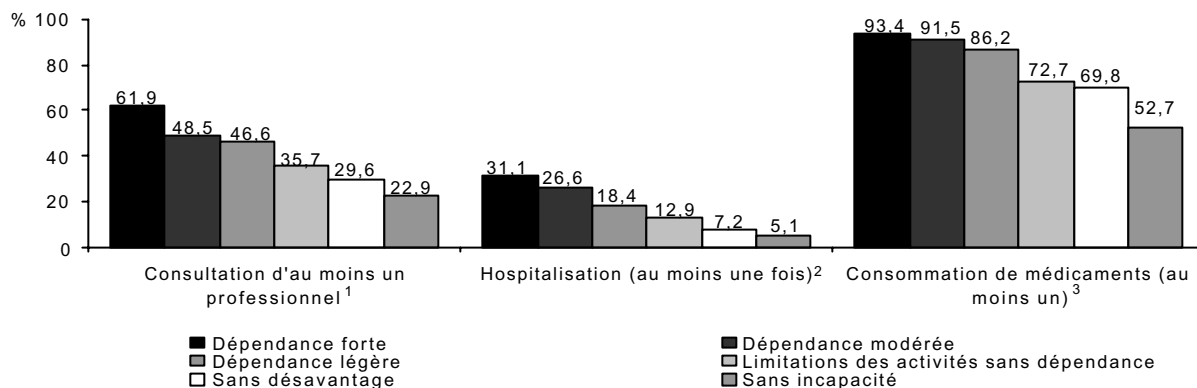
Les résultats de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* montrent que les différents indices et indicateurs qui servent à décrire la capacité des individus à accomplir un ensemble d'activités données (incapacité) et à vivre de façon autonome

(désavantage) sont de précieux outils pour mieux comprendre l'utilisation du système de soins et des services sociaux et de santé. La relation entre les différents indicateurs de consommation de services et les indicateurs d'incapacité et de désavantage de l'enquête confirment le poids de ces derniers sur l'utilisation des services.

Comme piste de recherche, il serait intéressant d'approfondir l'analyse des données de l'enquête pour tenter de recenser les principaux déterminants du recours aux services de santé ou de la consommation de médicaments (variables dépendantes), incluant la présence d'une incapacité ou d'un désavantage. Par exemple, une analyse multivariée par régression des caractéristiques sociodémographiques et de l'état de santé (l'âge, la scolarité, le niveau de revenu, l'état matrimonial, la perception de son état de santé, la présence de problèmes de santé) permettrait d'estimer le risque relatif de recours aux services ou de consommation de médicaments associé à chacune de ces variables et de classer celles-ci par ordre d'importance.

Figure 15.4

**Consultation d'au moins un professionnel, hospitalisation (au moins une fois) et consommation de médicaments prescrits ou non prescrits (au moins un) selon la présence d'une incapacité et l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**



1. Au cours d'une période de deux jours.
2. Au cours d'une période de deux semaines.
3. Au cours d'une période de douze mois.

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

Dans ces analyses, l'utilisation du modèle conceptuel de la CIH (OMS, 1988) et de certaines propositions de révision qui permettent de mieux tenir compte de l'environnement comme facteur d'interaction entraînant l'apparition de handicap (OMS, 1999) permettraient de valider certaines notions rattachées à ce modèle, particulièrement celles qui concernent les services de réadaptation et de réinsertion.

Finalement, il faudrait revoir les résultats portant sur les personnes âgées et inclure les personnes qui ne vivent pas en ménage privé. Cela pourrait se faire à partir des données administratives du ministère de la Santé et des Services sociaux pour la population en institution. Ces personnes vivent toutes des situations d'incapacité et de désavantage très importantes qui occasionnent une grande utilisation des services de santé. Les différents taux estimés dans ce chapitre ne peuvent pas, en effet, être appliqués à la population vivant en ménage collectif.

### **Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention**

Ces résultats démontrent que l'utilisation des services de santé et des services sociaux et la consommation de médicaments sont fortement liées à la condition d'incapacité et de désavantage. Ces nouvelles connaissances devraient être mises à profit dans la planification et la réorganisation des services.

Au cours des dernières années, plusieurs exercices de planification nationale et régionale (MSSS 1992, 1997, 1998) ont été abordés sous l'angle de la satisfaction des besoins de diverses clientèles. Ces exercices de planification présupposaient certains comportements d'utilisation des ressources, qu'il faudrait à présent nuancer à la lumière des résultats du présent chapitre.

Ainsi, les personnes ayant une incapacité légère sont parfois assimilées à un profil de consommation semblable aux personnes sans incapacité, de sorte qu'aucun service particulier ne leur est destiné. Les

résultats présentés ici démontrent que ces personnes utilisent de façon plus importante les services des professionnels de la santé et les services hospitaliers, et qu'elles consomment plus de médicaments que les personnes sans incapacité.

Les nouvelles approches de prestation de services par programme-clientèles et entités géographiques pourraient bénéficier de ces nouvelles connaissances. Les indicateurs de besoins de services se rattachant à ces groupes spécifiques de personnes pourraient mieux intégrer la notion d'incapacité comme variable prédictive de besoins de services. La qualité et la pertinence de ces indicateurs sont cruciales, notamment en raison des enjeux financiers considérables liés au processus de décentralisation et de régionalisation (Pampalon, Nguyen et Francoeur, 1990; Pampalon et autres, 1995, 1997; Caris 1993; Groupe de travail ministériel-régional sur les indicateurs de besoins, 2000a, 2000b).

Le réseau de la Santé et des Services sociaux consacre déjà une partie importante de ses ressources humaines et financières à la prévention ou à la réadaptation et à la protection des personnes aux prises avec divers degrés d'incapacité et de désavantage. Dans sa politique de la santé et du bien-être, le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaît l'importance de ces problèmes et leur impact sur certains groupes. Plusieurs objectifs visent à prévenir, à guérir ou à soigner certains problèmes responsables de l'incapacité. La mise en œuvre des voies d'action prioritaires proposées au regard de ces objectifs de santé et de bien-être pourrait grandement contribuer à diminuer la prévalence des incapacités et à mieux intégrer les personnes dépendantes ou limitées dans leurs activités.

# Bibliographie

---

CAMIRAND, J., R. BLAIS et F. BÉLAND (1994). *La sous-déclaration des services médicaux dans l'Enquête Santé Québec 1987*, 62<sup>e</sup> congrès de l'Association canadienne française pour l'avancement des sciences, Montréal.

CARIS, P. (1993). *Cadre conceptuel pour l'opérationnalisation de la notion de programme*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et autres (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 642 p.

FOURNIER, M.-A., et J. PICHÉ (2000). « Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, chapitre 19, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 387-407.

FOURNIER, M.-A., et A.-P. CONTANDRIOPOULOS (1997). *Les effectifs médicaux au Québec : mieux comprendre le passé pour envisager l'avenir, Situation de 1980 à 1994 et projections pour les années 2000*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 59 p.

GROUPE DE TRAVAIL MINISTÉRIEL-RÉGIONAL SUR LES INDICATEURS DE BESOINS (2000a). *Un indicateur global de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources publiques en santé et services sociaux, État des travaux réalisés en 1999*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (mars).

GROUPE DE TRAVAIL MINISTÉRIEL-RÉGIONAL SUR LES INDICATEURS DE BESOINS (2000b). *Pour une adaptation de l'approche par indicateur de besoins*

*à l'échelle intra-régionale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (mai), 13 f.

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 LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Les services à la population, 1998-1999 à 2000-2001*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 10 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1988). *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*, Un manuel de classification des conséquences des maladies, Paris, CTNERHI-INSERM, 203 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1999). *CIH-2 : Classification internationale du fonctionnement et de l'incapacité (CIH-2)*, version provisoire, Bêta-2, version complète, Genève, Organisation mondiale de la santé, 213 p.

PAMPALON, R., H. NGUYEN et D. FRANCOEUR (1990). *Cadre de référence et stratégie d'élaboration d'indicateurs de besoins pour l'allocation régionale des ressources*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, n<sup>o</sup>2, 71 p., Collection Méthodologie et instrumentation.

PAMPALON, R., A. SAUCIER, N. BERTHIAUME, P. FERLAND, R. COUTURE, P. CARIS, L. FORTIN, D. LACROIX et R. KIROUAC (1995). *Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux 354 p. (Collection Méthodologie et instrumentation; 7).

PAMPALON, R., M. ROCHON, J. PICHÉ, C. BARRIAULT, N. BERTHIAUME, P. FERLAND, M. LEVASSEUR et A. SAUCIER (1997). *Un indicateur global de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources publiques en santé et services sociaux*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 43 f.

PAPILLON, M. J., C. LAURIER, L. BARNARD et J. BARIL (2000). « Consommation de médicaments » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, chapitre 22, Québec, Institut de la statistique du Québec, p.455-460.

SANTÉ QUÉBEC. ÉMOND, A. et autres (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, tome 1, 337 p.

SANTÉ QUÉBEC. BELLEROSÉ, C., C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995). *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, 412 p.

STATISTIQUE CANADA (1988). *L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ELSA) de 1986*, Données sélectionnées, Canada, provinces et territoires, Ottawa, Programme de la base de données sur l'incapacité, Statistique Canada.

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, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, catalogue 82-555, 408 p.

TRAHAN, L., J. PICHÉ et P. BÉGIN (2000). « Recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, chapitre 20, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 409-428.

## Tableaux complémentaires

Tableau C.15.1

**Personnes ayant pris au moins un médicament prescrit et personnes ayant pris au moins un médicament non prescrit au cours d'une période de deux jours selon l'âge, la présence et la gravité de l'incapacité, Québec, 1998**

	Médicaments prescrits	Médicaments non prescrits
	%	
0-14 ans		
Gravité de l'incapacité		
Légère	24,2	29,5
Modérée ou grave	60,7 *	17,8 **
<b>Total</b>		
<b>Avec incapacité</b>	<b>28,1</b>	<b>28,2</b>
<b>Sans incapacité</b>	<b>12,6</b>	<b>26,1</b>
15 ans et plus		
Gravité de l'incapacité		
Légère	57,4	37,8
Modérée ou grave	79,6	38,6
<b>Total</b>		
<b>Avec incapacité</b>	<b>66,1</b>	<b>38,1</b>
<b>Sans incapacité</b>	<b>33,6</b>	<b>31,6</b>

\* 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.15.2

**Personnes ayant pris au moins un médicament prescrit et personnes ayant pris au moins un médicament non prescrit au cours d'une période de deux jours selon la présence et la nature exclusive de l'incapacité et selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Médicaments prescrits	Médicaments non prescrits
	%	
Nature exclusive de l'incapacité		
Communication seulement	45,5	34,7
Motricité seulement	68,4	39,5
Intellect/santé mentale seulement	46,8	34,1
Incapacités multiples	78,2	38,5
Indice de désavantage lié à l'incapacité		
Dépendance forte	90,8	30,9 *
Dépendance modérée	85,4	35,7
Dépendance légère	76,7	38,8
Limitations des activités sans dépendance	54,4	39,6
Sans désavantage	52,2	38,4
<b>Sans incapacité</b>	<b>33,6</b>	<b>31,6</b>

\* 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*.





# Chapitre 16

## L'espérance de santé au Québec

**Robert Pampalon**

Institut national de santé publique du Québec

**Robert Choinière**

Institut national de santé publique du Québec

Direction de la santé publique

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

**Madeleine Rochon**

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

---

### Introduction

La mesure de l'état de santé général de la population est une entreprise à laquelle se livrent la plupart des pays du monde afin de porter une appréciation globale sur la performance de leur système de santé. Elle permet d'estimer l'avancement réalisé au cours des ans, de déceler les failles et les insuffisances du système et d'établir les priorités d'intervention pour améliorer l'état de santé.

L'espérance de vie et les indices de mortalité ont depuis longtemps été les mesures privilégiées pour porter un constat global sur la santé de la population. Avec l'allongement de l'espérance de vie et l'importance prise par les maladies chroniques et l'incapacité, la mesure de la mortalité ne permet plus, à elle seule, de résumer l'ensemble des conditions caractérisant l'état de santé de la population. On a notamment soulevé l'hypothèse que les années gagnées en espérance de vie puissent se traduire en années de maladie et d'incapacité et que, finalement, il n'y ait aucune amélioration réelle de l'état de santé. En d'autres termes, il se peut que les gains en nombre d'années de vie s'accompagnent d'une perte de qualité de vie.

La mise au point d'une nouvelle mesure globale de l'état de santé de la population, soit l'espérance de santé<sup>1</sup>, est une réponse à cette inquiétude en même temps qu'elle fournit aux décideurs une mesure plus complète de l'état de santé (Van de Water et autres, 1996). L'avantage de l'espérance de santé est qu'elle combine durée et qualité de vie et, plus spécifiquement, des informations sur la mortalité, d'une part, et des données sur la maladie, la perception de la santé ou l'incapacité, d'autre part.

Depuis les premiers calculs effectués au tournant des années 70 (Sullivan, 1971), la recherche sur l'espérance de santé s'est considérablement développée, sous l'impulsion notamment du *Réseau Espérance de vie en santé* – REVES – (Mathers et autres, 1994b; Robine et autres, 1992). Actuellement, on ne compte pas moins de 49 pays, dont la majorité sont des pays industrialisés, ayant produit des calculs d'espérance de santé (Robine et autres, 1999). Dans plusieurs de ces pays, des différences d'espérance de santé entre les hommes et les femmes, entre les groupes sociaux et les régions, ainsi que des variations temporelles sur des périodes plus ou moins longues sont observées. Les travaux montrent, de façon générale, que les écarts d'espérance de vie s'atténuent entre les hommes et les femmes lorsque l'on considère la qualité des années vécues

---

<sup>1</sup> Le terme « espérance de santé » est un terme général qui réfère à une classe d'indicateurs prenant la forme d'espérance de vie dans un état de santé donné. Des exemples sont l'espérance de vie sans maladie, l'espérance de vie sans incapacité, l'espérance de vie en santé, etc. (Mathers et autres, 1994a; Van de Water, 1997).

alors qu'ils s'accroissent entre les groupes les plus favorisés et défavorisés au plan socio-économique. Ils indiquent aussi que l'augmentation de l'espérance de vie observée au cours des dernières décennies ne s'accompagne pas d'un accroissement du nombre d'années vécues avec une incapacité grave. S'il y avait pandémie de maladie ou de l'incapacité, elle serait de niveau léger ou modéré (Robine et autres, 1999).

Au Québec, les premières mesures d'espérance de santé ont été produites à la suite de *l'Enquête Santé Canada de 1978-1979* (Dillard, 1983; Wilkins, 1982; Wilkins et Adams, 1983). D'autres mesures ont suivi, et notamment des analyses temporelles de l'espérance de santé, à la suite de l'enquête *Santé Québec 1987* et de *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Wilkins et Sauvageau, 1988; Wilkins et autres, 1995). Des analyses régionales de l'espérance de santé ont également été tirées de ces mêmes enquêtes (Lafontaine et autres, 1991; Pageau et autres, 1997). Dans l'ensemble, les analyses montrent que l'espérance de santé à la naissance et à 65 ans s'améliore au Québec, tant chez les hommes que chez les femmes. Aussi, lorsque la qualité des années vécues est prise en compte, l'écart d'espérance de vie s'amenuise grandement entre les hommes et les femmes. Enfin, des différences d'espérance de santé allant jusqu'à 7 années séparent certaines régions du Québec.

*L'Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA) offre une occasion exceptionnelle de suivre la progression de l'espérance de santé au Québec. Le présent chapitre a donc pour objectif de décrire sommairement cette mesure de l'état de santé de l'ensemble de la population du Québec<sup>2</sup> en 1998, les changements survenus entre 1986 et 1998 et les variations observées entre les régions sociosanitaires en

<sup>2</sup> Soit la population vivant en ménage privé et la population des ménages collectifs institutionnel et non institutionnel des régions du Québec, à l'exclusion des populations des régions inuite et crie non couvertes par l'EQLA.

1998<sup>3</sup>. Les observations sur l'espérance de santé sont généralement présentées selon l'âge et le sexe ainsi que selon la sévérité de la perte de qualité de vie, ici exprimée par la présence d'une incapacité ou d'un désavantage lié à l'incapacité.

## 16.1 Aspects méthodologiques

L'espérance de santé est une mesure qui combine diverses informations sur la mortalité et la perte de qualité de vie de la population vivant à domicile et en logement collectif et elle fait appel à une méthode de calcul inspirée de celle utilisée pour l'espérance de vie.

### 16.1.1 Mortalité

La mortalité est la première donnée introduite dans le calcul de l'espérance de santé. Les données proviennent du fichier des décès du Québec. Deux tables de mortalité ont été produites en reportant le nombre moyen de décès des années 1985-1986-1987 et 1995-1996-1997 sur la population de 1986 et de 1996, selon le groupe quinquennal d'âge et le sexe. Des tables additionnelles ont été produites pour les régions sociosanitaires du Québec de 1995 à 1997. Dans ces tables, la population est corrigée pour le sous-dénombrement au recensement. La prise en compte des données de décès de trois années dans la production des tables permet de réduire les fluctuations aléatoires dues aux petits nombres. Au moment des calculs, les données de décès de 1997 étaient les plus récentes disponibles.

### 16.1.2 Perte de qualité de vie à domicile

La seconde donnée introduite dans le calcul de l'espérance de santé reflète la perte de qualité de vie chez les personnes résidant à domicile. Les renseignements portant sur la population vivant en ménage privé proviennent de *l'Enquête sur la santé et*

<sup>3</sup> Sauf les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

les limitations d'activités de 1986 (ESLA) et de l'EQLA, la présente enquête.

Pour exprimer la perte de qualité de vie chez les personnes résidant à domicile, et suivant en cela la *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages* ainsi que les recommandations du Comité d'harmonisation conceptuelle du groupe REVES (Boshuizen et Van de Water, 1995), deux concepts différents sont utilisés, soit celui d'incapacité et celui de désavantage<sup>4</sup>.

L'incapacité correspond aux conséquences fonctionnelles de la maladie ou de la déficience et se définit comme toute réduction totale ou partielle de certaines fonctions comme entendre, voir, parler et marcher. Dans l'EQLA, c'est l'incapacité à long terme (durée effective ou prévue de 6 mois ou plus) qui a été prise en compte.

Le désavantage correspond, quant à lui, aux conséquences sociales de l'incapacité et réfère à l'impossibilité ou à la difficulté d'accomplir des activités de la vie quotidienne ou domestique (se vêtir, s'alimenter, faire les courses, faire le ménage, se déplacer dans la maison ou à l'extérieur) ou des rôles sociaux (travail, études, loisirs) considérés comme normaux dans la société compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels.

La perte de qualité de vie est nuancée par son niveau de sévérité. En ce qui concerne l'incapacité, l'incapacité modérée ou grave, d'une part, et l'incapacité légère, d'autre part, sont distinguées selon l'indice de gravité utilisé pour l'EQLA, lequel tient compte du nombre et de l'intensité des fonctions altérées. En ce qui concerne le désavantage, trois groupes sont constitués, soit : 1- les personnes modérément dépendantes d'autres personnes (pour les sorties, le ménage, la préparation des repas) ou fortement dépendantes (pour les soins

---

<sup>4</sup> Une description complète des concepts et des mesures d'incapacité et de désavantage se trouve aux chapitres 2 et 4 de ce rapport.

personnels ou le déplacement dans la maison); 2- les personnes légèrement dépendantes (dépendantes pour les travaux lourds ou partiellement dépendantes pour les tâches quotidiennes); et 3- les personnes limitées dans leurs activités (au travail, à l'école, à la maison, dans les loisirs) sans toutefois être dépendantes d'autrui. Ces groupes réfèrent aux classes de l'indice hiérarchique de désavantage lié à l'incapacité développé pour l'EQLA (voir chapitre 4) à partir des propositions de Wilkins et Chen (1995), à l'exclusion de la dernière classe puisqu'elle vise les personnes non désavantagées.

La comparabilité des informations recueillies dans l'ESLA de 1986 et dans l'EQLA 1998 a suscité différentes analyses<sup>5</sup> qui mènent à la conclusion que les méthodes sont suffisamment semblables pour permettre une comparaison entre les résultats des deux enquêtes. Toutefois, les différences méthodologiques peuvent surtout affecter la prévalence de l'incapacité légère et non celle de l'incapacité modérée ou grave. Voilà pourquoi une attention particulière est portée à l'incapacité modérée ou grave et à la dépendance modérée ou forte selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité dans les analyses.

Par contre, les taux d'incapacité chez les enfants (moins de 15 ans) ne sont pas strictement comparables entre 1986 et 1998 en raison de différences appréciables dans les questions de sélection. Pour cela, le taux d'incapacité des enfants observé en 1998, selon l'âge, le sexe et la gravité de l'incapacité, est utilisé dans le calcul de l'espérance de santé de 1986 et de 1998. Par ailleurs, l'indice de désavantage lié à l'incapacité n'est pas disponible pour les enfants de moins de 15 ans, tant en 1986 qu'en 1998. À l'instar de Chen et autres (1996), le niveau de désavantage des enfants a été estimé en se basant sur la distribution de l'indice de désavantage selon le niveau de gravité de l'incapacité et le sexe observée pour les 15-24 ans, ce groupe se rapprochant le plus des 0-14 ans, sur le plan de l'âge et du taux

---

<sup>5</sup> Le compte rendu de ces travaux est présenté au chapitre 1 du présent rapport.

d'incapacité. Comme les taux d'incapacité et de désavantage observés à ces âges sont faibles comparativement à ceux du reste de la population, le recours à cette méthode devrait avoir peu d'impact sur le calcul de l'espérance de santé. En somme, les changements d'espérance de santé que l'on peut observer entre 1986 et 1998 ne tiennent qu'à la population adulte puisque des taux identiques d'incapacité et de désavantage selon le niveau de sévérité ont été attribués aux enfants.

### 16.1.3 Perte de qualité de vie en logement collectif

La population couverte par l'EQLA ne comprend pas la population résidant dans les ménages collectifs, que ces ménages soient institutionnels ou non institutionnels<sup>6</sup>, et des hypothèses doivent être faites sur la qualité des années vécues par cette population afin de pouvoir estimer l'espérance de santé pour l'ensemble de la population québécoise.

À partir des recensements de 1986 et de 1996, on a d'abord identifié une première catégorie de logements collectifs incluant les personnes vivant dans deux types d'institutions, soit les institutions qui offrent des services de santé et les résidences pour personnes âgées<sup>7</sup>, pour ces deux années. En 1996, les résidents de ces institutions représentent 67 % de l'ensemble de la population québécoise vivant en logement collectif. Seulement la moitié d'entre elles (51 %), cependant, sont hébergées dans des institutions qui offrent des soins de santé et qui relèvent du réseau de la santé et des services sociaux. Selon la classification de Statistique Canada, ces institutions regroupent les hôpitaux généraux et psychiatriques, les hôpitaux pour malades chroniques, les établissements pour handicapés physiques et les maisons de repos pour

personnes âgées (qui assurent des soins infirmiers ou des services de consultation, mais pas de traitements médicaux).

L'univers de ces logements collectifs (institutions de santé et résidences pour personnes âgées) est donc beaucoup plus large que celui des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, surtout en 1996<sup>8</sup>. Il a malgré tout été supposé que toutes les personnes qui y résident, qu'elles soient pensionnaires d'institutions de santé ou de résidences pour personnes âgées<sup>9</sup>, connaissaient des incapacités et des dépendances de niveau modéré ou sévère. Les données de l'ESLA de 1986 ont en effet montré qu'au Québec, la très forte majorité des personnes vivant dans de telles institutions avaient une incapacité modérée ou grave : 89 % chez les personnes de 15 ans et plus, et 91 % chez celles de 65 ans et plus (Saucier et Lafontaine, 1991). De plus, les données des recensements indiquent que le taux de personnes qui y résident a fléchi entre 1986 et 1996 (de 11 % à structure d'âge égale, de 6 % si seules les personnes de 65 ans et plus sont considérées), ce qui peut signifier un alourdissement du portrait de santé de la clientèle de ces établissements.

L'autre tiers de la population résidant en logement collectif habite dans la deuxième catégorie de logements, soit les établissements religieux, les prisons, les hôtels, les maisons de chambres, etc. Ces personnes se voient attribuer le taux d'incapacité et le taux de désavantage selon l'âge, le sexe et le niveau de sévérité de la population résidant en ménage privé, tels qu'estimés dans l'ESLA et l'EQLA, et elles sont considérées comme des personnes vivant à domicile.

Ces deux hypothèses simplifient la réalité (quelque peu à la hausse dans le premier cas et possiblement à la

<sup>6</sup> La population couverte par l'EQLA est décrite au chapitre 1, section 1.1.3.

<sup>7</sup> « Foyers pour personnes âgées » dans le dictionnaire du recensement de 1996. Ces établissements offrent une aide et une surveillance minimales à des personnes âgées qui sont assez autonomes pour se livrer à la plupart des activités quotidiennes (Statistique Canada, 1997).

<sup>8</sup> En 1986, la population en institution était composée en grande majorité de personnes hébergées dans des institutions relevant du réseau de la santé et des services sociaux. Ce n'est pas le cas en 1996.

<sup>9</sup> Cet ensemble porte le nom de « hôpitaux et autres établissements institutionnels connexes » dans les publications du recensement.

baisse dans le second) mais elles ne peuvent affecter que très légèrement les résultats généraux en raison de l'importance relative de cette population (en 1996, 1,8 % de l'ensemble de la population, 10 % de la population de 65 ans et plus).

#### **16.1.4 Perte de qualité de vie dans les réserves indiennes**

L'EQLA ne couvre pas non plus les réserves indiennes se situant à l'intérieur des régions visées par l'enquête. Les résidents de ces réserves représentent environ 0,3 % des ménages privés des régions visées par l'enquête et un peu plus de 1 % et de 6 % respectivement des ménages privés de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Côte-Nord qui comptent, en proportion, le plus grand nombre de résidents provenant de réserves indiennes<sup>10</sup>.

Puisque l'EQLA ne fournit pas d'information sur l'incapacité ou le désavantage de la population des réserves en 1998, celle-ci se voit attribuer les taux d'incapacité et de désavantage selon l'âge, le sexe et le niveau de sévérité de la population résidant en ménage privé. En 1986, il n'y a pas lieu d'émettre une hypothèse puisque la population vivant en ménage privé couverte par l'ESLA inclut les ménages vivant dans les réserves. Les taux d'incapacité et de désavantage estimés dans cette enquête concernent donc aussi ce groupe de personnes.

#### **16.1.5 Calcul de l'espérance de santé**

L'intégration des données de mortalité, d'incapacité ou de désavantage, en institution ou à domicile, dans le calcul de l'espérance de santé, d'abord pour le Québec puis pour chacune des régions sociosanitaires, s'appuie sur une méthode développée par Sullivan, en 1971, et qui demeure encore la plus utilisée. La méthode de Sullivan consiste à déduire du nombre d'années vécues par une cohorte de 100 000 personnes soumises aux conditions de mortalité du moment (l'espérance de vie

<sup>10</sup> Ces données proviennent du recensement de 1991 ayant servi comme base de sondage pour l'EQLA. Toutefois, puisque plusieurs réserves indiennes au Québec n'ont pas participé au recensement, la taille de cette population dans ces régions peut être sous-estimée.

totale) les années vécues avec une forme quelconque (plus ou moins sévère) d'incapacité ou de désavantage. Le résultat exprime le nombre d'années qu'une personne d'un âge donné (à la naissance ou à 65 ans, par exemple) a l'espoir de vivre sans une forme quelconque d'incapacité ou de désavantage.

La méthode de Sullivan s'appuie sur la prévalence observée dans la population de divers états de santé en un point dans le temps. Elle ne tient pas compte des transitions et des retours possibles entre les différentes formes d'incapacité ou de perte d'autonomie et la bonne santé. Elle est ainsi inadéquate pour détecter des changements soudains de l'état de santé mais demeure tout à fait acceptable pour suivre l'évolution à long terme de l'espérance de santé à l'échelle de la population (Mathers et Robine, 1997).

Contrairement à ce qui est fait dans les autres chapitres du présent rapport, les valeurs d'espérance de santé ne s'accompagnent pas de mesures de précision statistique, et notamment de tests de différence. Ainsi l'analyse de l'espérance de santé au Québec se limite-t-elle aux faits les plus marquants, soit qu'ils réfèrent à l'ensemble de la population ou encore qu'ils témoignent d'écarts appréciables entre groupes dans la population. Malgré cela, il faudra garder à l'esprit que les valeurs présentées sont en réalité des estimations qui comportent toutes un certain niveau d'imprécision.

## **16.2 Résultats**

### **16.2.1 Espérance de santé en 1998**

Pour l'ensemble de la population du Québec, l'espérance de vie à la naissance s'élève en 1998 à 77,9 ans alors que l'espérance de santé atteint 62,8 ans ou 65,5 ans selon que l'on exclut toutes les formes d'incapacité ou de désavantage (tableau 16.1). L'écart de près de 3 ans entre ces deux espérances de santé est digne de mention et exprime le fait que bien des gens connaissent une réduction de leurs capacités fonctionnelles (voir, entendre, parler et marcher), c'est-à-dire une incapacité, sans être désavantagé, c'est-à-dire sans être restreint dans l'accomplissement d'activités ou de rôles considérés comme normaux dans la société.

Tableau 16.1

**Espérance de vie en santé à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et la sévérité de l'incapacité ou du désavantage, Québec, 1998 (en années)**

	À la naissance			À 65 ans		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
<b>Incapacité</b>						
1- Espérance de vie totale	74,7	81,2	77,9	15,5	20,0	17,9
2- Espérance de vie sans incapacité (1-3)	61,7	64,0	62,8	8,4	9,5	9,0
3- Espérance de vie avec incapacité (4+8)	13,0	17,2	15,1	7,1	10,5	8,9
4- Avec incapacité modérée ou grave (5+6)	5,4	8,7	7,1	4,1	6,8	5,5
5- en institution*	1,1	2,5	1,8	1,1	2,6	1,9
6- à domicile**	4,3	6,2	5,2	2,9	4,1	3,6
7- Sans incapacité modérée ou grave (1-4)	69,3	72,5	70,9	11,4	13,2	12,4
8- Avec incapacité légère	7,6	8,5	8,1	3,0	3,7	3,4
<b>Désavantage</b>						
1- Espérance de vie totale	74,7	81,2	77,9	15,5	20,0	17,9
2- Espérance de vie sans désavantage (1-3)	64,5	66,6	65,5	10,1	11,0	10,6
3- Espérance de vie avec désavantage (4+11)	10,2	14,6	12,4	5,4	9,0	7,3
4- Avec dépendance (5+9)	5,3	10,6	8,0	4,1	8,2	6,3
5- Avec dépendance modérée ou forte (6+7)	3,4	6,4	4,9	3,0	5,7	4,4
6- en institution*	1,1	2,5	1,8	1,1	2,6	1,9
7- à domicile**	2,3	3,9	3,1	1,9	3,0	2,5
8- Sans dépendance modérée ou forte (1-5)	71,3	74,8	73,0	12,5	14,4	13,5
9- Avec dépendance légère	1,9	4,1	3,0	1,1	2,6	1,9
10- Sans dépendance (1-4)	69,4	70,6	70,0	11,4	11,8	11,6
11- Avec limitations sans dépendance (3-4)	4,9	4,0	4,5	1,3	0,8	1,0

\* Cette catégorie comprend les institutions de santé et les résidences pour personnes âgées.

\*\* En plus du domicile, cette catégorie réfère aux logements collectifs autres que les institutions de santé et les résidences pour personnes âgées.

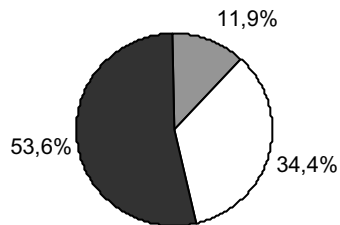
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *fichier des décès, 1995 à 1997*.

Statistique Canada, *Recensement de 1996*.

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

Plus de la moitié des années vécues avec incapacité ou désavantage, cependant, le sont pour des niveaux de sévérité relativement légers (figures 16.1 et 16.2). Ainsi l'espérance de santé sans incapacité modérée ou grave s'élève à 70,9 ans et l'espérance de santé sans dépendance modérée ou forte atteint 73 ans (tableau 16.1). Les années vécues avec incapacité ou dépendance modérée ou sévère le sont surtout à domicile (5,2 ans et 3,1 ans) plutôt qu'en institution (1,8 an).

Figure 16.1  
Années vécues avec incapacité selon la gravité de l'incapacité, Québec, 1998



- Incapacité modérée ou grave en institution<sup>1</sup>
- Incapacité modérée ou grave à domicile<sup>2</sup>
- Incapacité légère

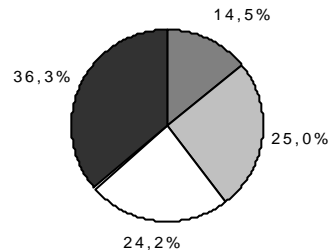
1. Cette catégorie comprend les institutions de santé et les résidences pour personnes âgées.
2. En plus du domicile, cette catégorie réfère aux logements collectifs autres que les institutions de santé et les résidences pour personnes âgées.

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *fichier des décès, 1995 à 1997*.  
Statistique Canada, *Recensement de 1996*.  
Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

En 1998, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les hommes et les femmes se situe à 6,5 ans, à l'avantage de ces dernières (tableau 16.1). D'après les estimations, cet écart se réduit lorsque les années vécues avec une forme quelconque d'incapacité (2,3 ans) ou de désavantage (2,1 ans) sont exclues, de même que lorsque l'on retranche les seules années d'incapacité (3,2 ans) ou de dépendance (3,5 ans) modérée ou sévère. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes avec une perte de qualité de vie modérée ou sévère : 8,7 années vécues avec incapacité modérée ou grave chez les femmes et 5,4 chez les hommes; et 6,4 années vécues avec dépendance modérée ou forte chez les femmes et 3,4 chez les hommes.

À 65 ans, l'espérance de vie est de 17,9 ans. Environ la moitié de ces années sont vécues avec une forme quelconque d'incapacité (8,9 ans) et 40 % avec une forme quelconque de désavantage (7,3 ans), les formes

Figure 16.2  
Années vécues avec désavantage selon la gravité du désavantage, Québec, 1998



- Dépendance modérée ou forte en institution<sup>1</sup>
- Dépendance modérée ou forte à domicile<sup>2</sup>
- Dépendance légère
- Limitations des activités sans dépendance

1. Cette catégorie comprend les institutions de santé et les résidences pour personnes âgées.
2. En plus du domicile, cette catégorie réfère aux logements collectifs autres que les institutions de santé et les résidences pour personnes âgées.

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *fichier des décès, 1995 à 1997*.  
Statistique Canada, *Recensement de 1996*.  
Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

modérées ou sévères caractérisant la majorité d'entre elles (5,5 ans et 4,4 ans respectivement). L'écart d'espérance de vie à 65 ans entre les sexes se situe à 4,5 ans, toujours à l'avantage des femmes, et il diminue à moins de 2 ans lorsque l'on retranche les seules années d'incapacité ou de dépendance modérée ou sévère.

### 16.2.2 Évolution de l'espérance de santé : 1986 et 1998

Entre 1986 et 1998, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue de près de 2 ans (22,8 mois) au Québec alors que l'espérance de santé sans incapacité a reculé d'une année et l'espérance de santé sans désavantage est demeurée à peu près la même (tableau 16.2). Si les seules formes modérées ou sévères d'incapacité ou de désavantage sont retranchées, la tendance des espérances de santé épouse celle de l'espérance de vie, les gains entre 1986 et 1998 étant relativement semblables (figures 16.3 et 16.4).

Tableau 16.2

**Gains d'espérance de vie en santé à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et la sévérité de l'incapacité ou du désavantage, Québec, entre 1986 et 1998 (en mois)**

	À la naissance			À 65 ans		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
<b>Incapacité</b>						
1- Espérance de vie totale	30,0	16,8	22,8	15,6	9,6	12,0
2- Espérance de vie sans incapacité (1-3)	2,0	-24,8	-11,8	-1,7	-9,7	-5,9
3- Espérance de vie avec incapacité (4+8)	28,0	41,6	34,6	17,3	19,3	17,9
4- Avec incapacité modérée ou grave (5+6)	-3,4	-6,2	-4,8	3,8	-3,4	-0,2
5- en institution*	1,0	0,8	1,0	1,3	1,0	1,0
6- à domicile**	-4,3	-7,1	-5,8	2,5	-4,3	-1,2
7- Sans incapacité modérée ou grave (1-4)	33,4	23,0	27,6	11,8	13,0	12,2
8- Avec incapacité légère	31,3	47,9	39,4	13,4	22,7	18,1
<b>Désavantage</b>						
1- Espérance de vie totale	30,0	16,8	22,8	15,6	9,6	12,0
2- Espérance de vie sans désavantage (1-3)	14,5	-9,6	1,9	6,2	-0,2	2,8
3- Espérance de vie avec désavantage (4+11)	15,5	26,4	20,9	9,4	9,8	9,3 †
4- Avec dépendance (5+9)	16,1	28,1	22,2	12,7	17,9	15,0
5- Avec dépendance modérée ou forte (6+7)	4,0	1,4	2,9	3,5	-1,2	0,7
6- en institution*	1,0	0,8	1,0	1,3	1,0	1,0
7- à domicile**	3,0	0,6	1,9	2,2	-2,2	-0,2
8- Sans dépendance modérée ou forte (1-5)	26,0	15,4	19,9	12,1	10,8	11,3
9- Avec dépendance légère	12,1	26,6	19,3	9,2	19,1	14,3
10- Sans dépendance (1-4)	13,9	-11,3	0,6	2,9	-8,3	-3,0
11- Avec limitations sans dépendance (3-4)	-0,6	-1,7	-1,3	-3,4	-8,0	-5,8

\* Cette catégorie comprend les institutions de santé et les résidences pour personnes âgées.

\*\* En plus du domicile, cette catégorie réfère aux logements collectifs autres que les institutions de santé et les résidences pour personnes âgées.

† Les gains (ou pertes) d'années vécues dans la population totale (hommes et femmes réunis) peuvent parfois être inférieurs (ou supérieurs) à ceux enregistrés séparément chez les hommes et chez les femmes, et ce, en raison d'un effet de structure selon le sexe. Au cours de la période considérée, les gains d'années vécues des hommes, nettement plus marqués que ceux des femmes, ont conféré au sexe ayant l'espérance de vie plus faible un poids plus important. Quand les gains de chaque sexe sont très rapprochés, il peut en résulter une hausse moins forte dans la population totale que celle observée pour l'un et l'autre sexe.

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *fichier des décès, 1985 à 1987; 1995 à 1997*.

Statistique Canada, *Recensements de 1986 et de 1996*.

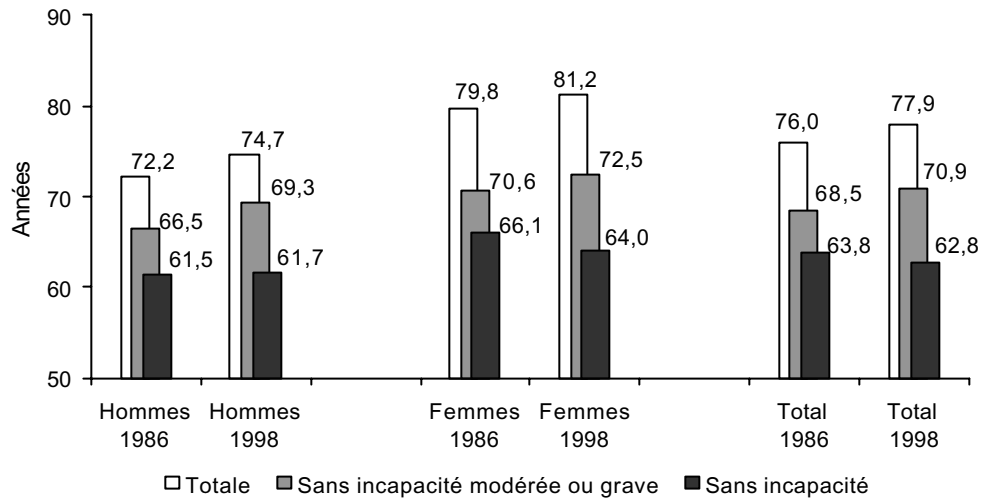
Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986*.

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



Figure 16.3

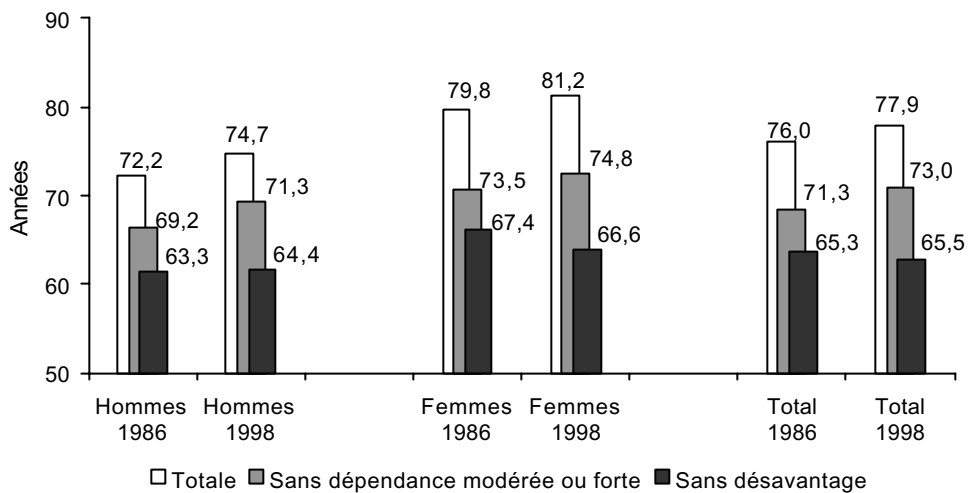
**Espérance de vie totale sans incapacité et sans incapacité modérée ou grave à la naissance, selon le sexe, Québec, 1986 et 1998**



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *fichier des décès, 1985 à 1987; 1995 à 1997*.  
 Statistique Canada, *Recensements de 1986 et de 1996*.  
 Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986*.  
 Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Figure 16.4

**Espérance de vie totale sans désavantage et sans dépendance modérée ou forte à la naissance, selon le sexe, Québec, 1986 et 1998**



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *fichier des décès, 1985 à 1987; 1995 à 1997*.  
 Statistique Canada, *Recensements de 1986 et de 1996*.  
 Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986*.  
 Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Au cours de cette période, les hommes ont plus que les femmes amélioré leur espérance de vie à la naissance (un gain de 30,0 mois c. 16,8 mois) et ils affichent un accroissement moins prononcé du nombre d'années de vie avec incapacité (un gain de 28,0 mois c. 41,6 mois) ou désavantage (un gain de 15,5 mois c. 26,4 mois), sauf en ce qui concerne leurs formes modérées ou sévères (une perte de 3,4 mois avec une incapacité modérée ou grave chez les hommes c. 6,2 mois chez les femmes, et un gain de 4,0 mois avec une dépendance modérée ou forte chez les hommes c. 1,4 mois chez les femmes). Ainsi, entre 1986 et 1998, les écarts d'espérance de vie et d'espérance de santé ont-ils diminué entre les hommes et les femmes, même en ce qui a trait à l'espérance de santé sans incapacité ou dépendance modérée ou sévère (et ce, en raison de gains d'espérance de vie totale supérieurs chez les hommes).

La situation des personnes de 65 ans et plus affiche une tendance similaire entre 1986 et 1998. Des gains d'environ une année d'espérance de vie et d'espérance de santé sans incapacité ou dépendance modérée ou sévère sont observés, tant chez les hommes que chez les femmes.

### **16.2.3 Variations régionales de l'espérance de santé en 1998**

L'ampleur des variations régionales de l'espérance de santé fluctue selon la forme et la sévérité de la perte de qualité de vie. Les écarts d'espérance de santé observés entre les régions peuvent aller jusqu'à près de 7 années si l'on considère toutes les formes d'incapacité ou de désavantage. Ils se situent aux environs de 4 années si les seules formes modérées ou sévères d'incapacité ou de dépendance sont prises en compte (figures 16.5 et 16.6). Incidemment, la position des régions ayant les plus fortes et les plus faibles espérances de santé varie peu selon que l'on retienne l'incapacité modérée ou grave ou la dépendance modérée ou forte comme mesure de qualité de vie. Certaines régions semblent se dégager de l'analyse. Celles ayant à la fois les plus faibles espérances de santé sans incapacité modérée ou grave et les plus

faibles espérances de santé sans dépendance modérée ou forte sont la Côte-Nord (68,6 ans et 70,8 ans respectivement), l'Outaouais (69,0 ans et 72,0 ans), Lanaudière (69,3 ans et 71,9 ans) et l'Abitibi-Témiscamingue (69,4 ans et 72,2 ans). À l'inverse, les régions de Laval (72,2 ans et 74,8 ans), du Nord-du-Québec (73,3 ans et 74,6 ans) et, à un degré moindre, du Saguenay-Lac-Saint-Jean (72,4 ans et 73,3 ans) ressortent comme ayant les plus fortes espérances de santé lorsque l'une et l'autre mesure de qualité de vie sont prises en compte. Le Nord-du-Québec comptant une très faible population<sup>11</sup>, il est à noter que l'espérance de vie et, par conséquent, les estimations d'espérance de santé qui y sont observées doivent être considérées avec une grande prudence dans les comparaisons régionales.

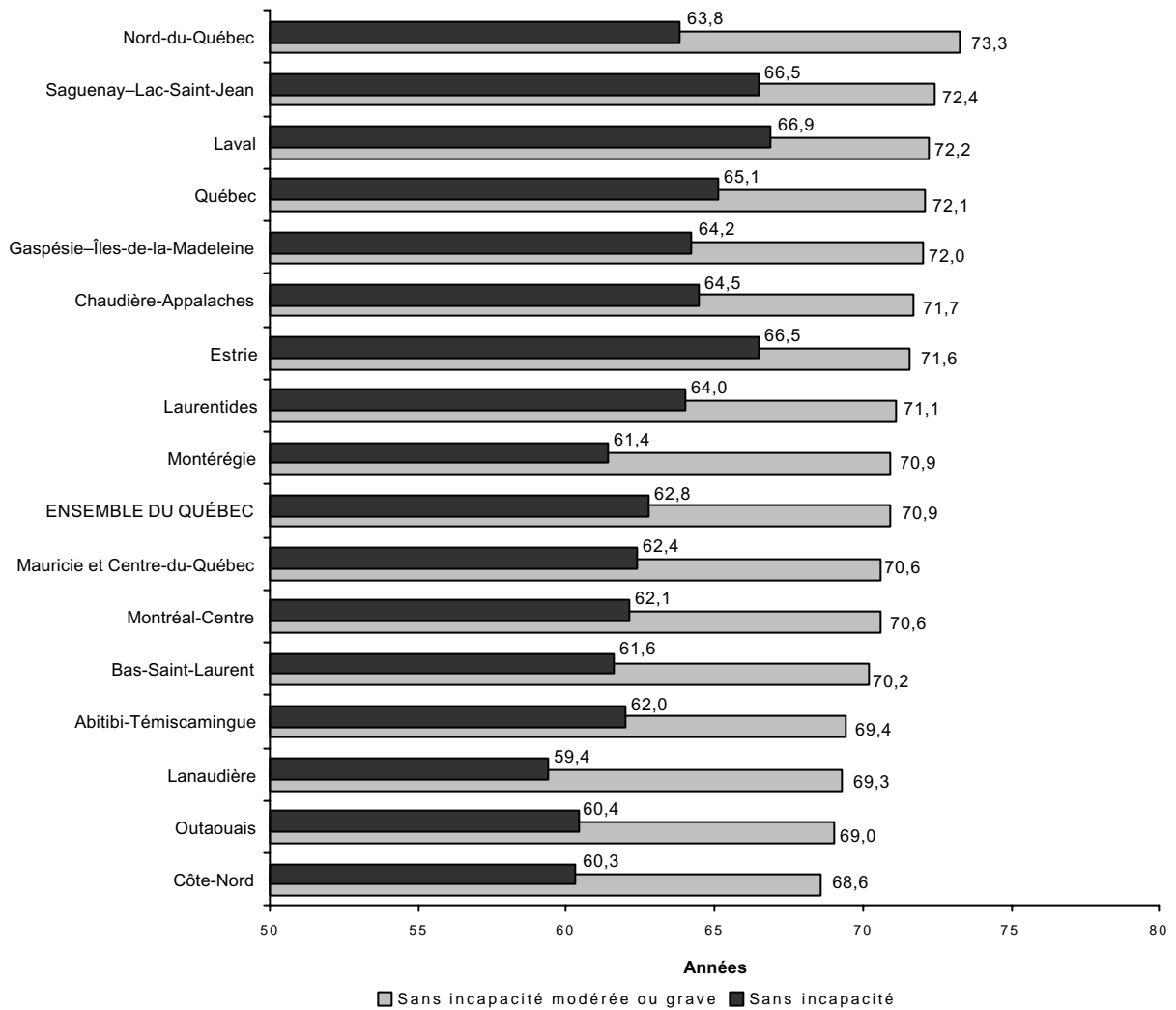
Le profil régional de l'espérance de santé varie peu selon le sexe (tableaux C.16.2 et C.16.3). L'espérance de santé sans incapacité ou dépendance modérée ou sévère est dans toutes les régions plus élevée chez les femmes que chez les hommes; les écarts observés se situant généralement entre 2 ans et 6 ans. Toutefois, l'avantage des femmes semble moindre dans certaines régions, notamment dans Lanaudière où l'écart est inférieur à 1 an. Le profil régional d'espérance de santé prolonge par ailleurs celui tracé par l'espérance de vie à la naissance. De façon générale, une faible qualité de vie se combine à une faible durée de vie, et inversement. Seule la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean semble faire exception à la règle en jumelant une espérance de vie légèrement inférieure à la moyenne québécoise (76,9 ans c. 77,9 ans) et une qualité de vie largement supérieure à celle-ci<sup>12</sup>, ce qui lui procure une espérance de santé relativement élevée. En effet, l'espérance de santé sans incapacité modérée ou grave y est de 72,4 ans alors qu'elle est de 70,9 ans dans l'ensemble du Québec.

<sup>11</sup> Selon le dernier recensement (1996), cette région comptait moins de 20 000 habitants.

<sup>12</sup> Tel que présenté au chapitre 2, le Saguenay-Lac-Saint-Jean affiche un taux d'incapacité standardisé significativement inférieur à celui de l'ensemble des autres régions du Québec.

Figure 16.5

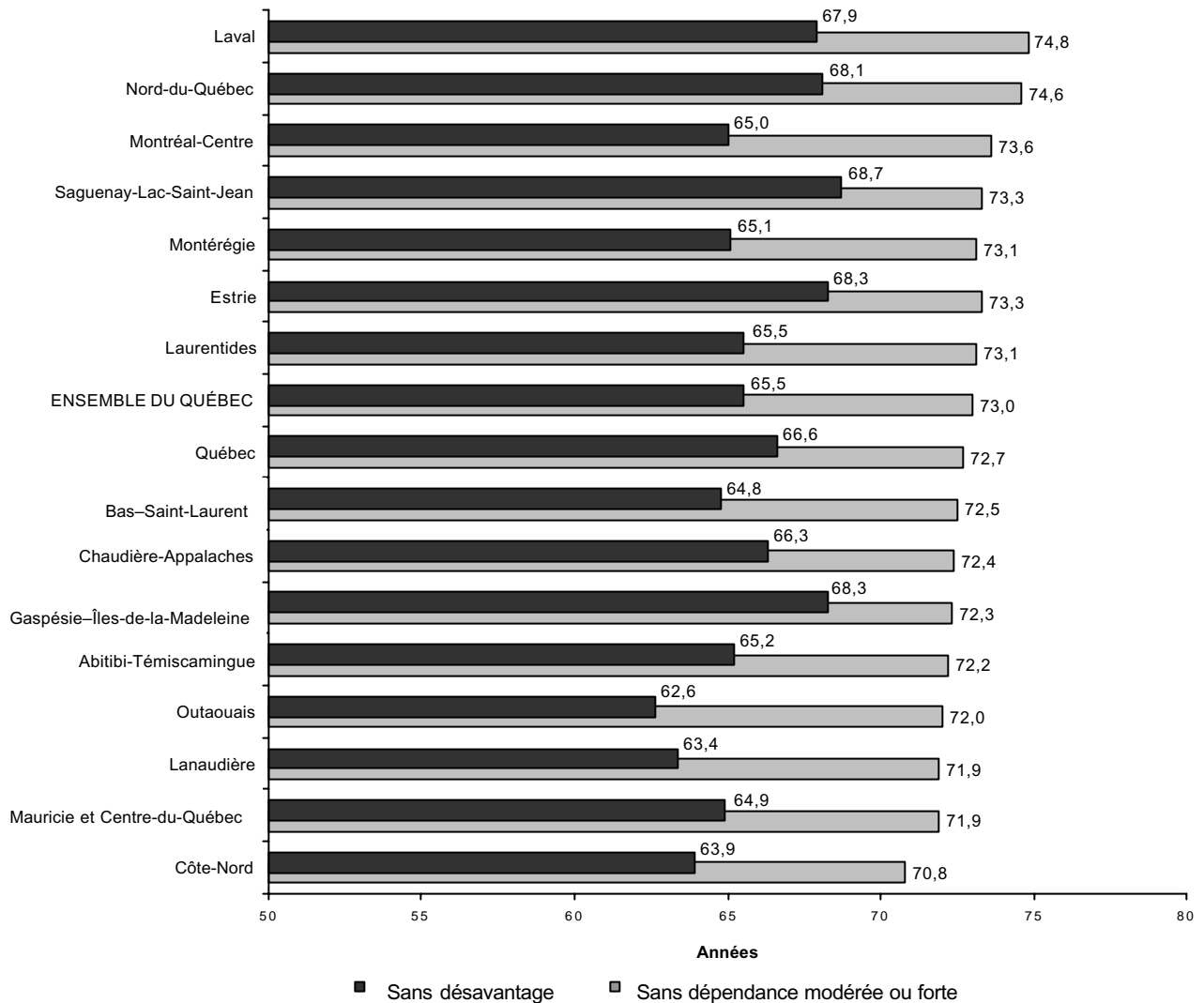
**Espérance de santé à la naissance sans incapacité et sans incapacité modérée ou grave, selon la région socio-sanitaire et l'ensemble du Québec, Québec, 1998**



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *fichier des décès, 1995 à 1997*.  
 Statistique Canada, *Recensement de 1996*.  
 Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Figure 16.6

**Espérance de santé à la naissance sans désavantage et sans dépendance modérée ou forte, selon la région socio-sanitaire et l'ensemble du Québec, Québec, 1998**



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *fichier des décès, 1995 à 1997*.  
 Statistique Canada, *Recensement de 1996*.  
 Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

## Conclusion

### Synthèse et pistes de recherche

L'espérance de santé est l'indicateur le plus complet de l'état de santé de la population qui existe actuellement. Il combine durée et qualité de vie. Il permet des analyses dans le temps, dans l'espace et pour différents groupes dans la population – les personnes âgées, les hommes et les femmes et les groupes sociaux – pour peu que l'information soit disponible. Il s'appuie aussi sur une démarche méthodologique riche de deux décennies de travaux et d'études réalisés dans un très grand nombre de pays.

En 1998, l'espérance de vie à la naissance s'élève à 77,9 ans au Québec. L'espérance de santé est de 62,8 ans ou de 65,5 ans selon que l'on exclut toutes les formes d'incapacité ou de désavantage. Les estimations de l'espérance de santé sans incapacité modérée ou grave et sans dépendance modérée ou forte sont respectivement de 70,9 ans et de 73,0 ans.

Depuis la fin des années 70, l'espérance de santé est en hausse constante au Québec (Dillard, 1983; Wilkins et Sauvageau, 1988; Wilkins et autres, 1995), et ce, peu importe l'indicateur d'espérance de santé examiné. La présente étude montre que cette hausse se poursuit entre 1986 et 1998 en ce qui concerne l'espérance de santé sans incapacité ou dépendance modérée ou sévère; environ deux années d'espérance de santé ont en effet été gagnées au cours de cette période. Lorsque toutes les formes d'incapacité ou de désavantage sont prises en compte, il ne semble cependant pas y avoir d'amélioration de l'espérance de santé depuis 1986.

Ce constat est relativement nouveau au Québec même s'il rejoint les observations faites ailleurs dans l'ensemble du Canada (Wilkins et autres, 1994) et dans plusieurs pays industrialisés (Robine et autres, 1999). À ces endroits, en effet, une progression parallèle de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité grave est observée alors qu'il n'existe aucune

tendance claire de l'espérance de santé lorsque toutes les formes d'incapacité ou de désavantage sont prises en compte. Pour les théoriciens de l'espérance de santé, cette progression témoigne d'un « équilibre dynamique » entre la durée et la qualité de vie (Manton, 1982; Mathers, 1999; Robine et autres, 1999; Van de Water, 1997). Ainsi, l'allongement de la vie pourrait donner lieu à une prévalence plus élevée de maladies chroniques mais à des niveaux moyens moins sévères, toutes les étapes de la progression des maladies étant retardées et pas seulement le décès (Manton, 1982). Toutefois, les résultats des analyses récentes sont généralement plus encourageants (Crimmins et autres, 1997; Robine, 1999; Waidmann et autres, 1995), particulièrement ceux d'enquêtes longitudinales (Manton et autres, 1997). L'étude de Robine (1999) portant sur les données de plusieurs pays industrialisés montre que dans une majorité d'entre eux, l'évolution de l'espérance de santé sans incapacité à 65 ans est orientée à la hausse à la fin de la période considérée, soit vers la fin des années 80 ou au début des années 90, selon le cas.

La hausse de formes mineures d'incapacité ou de désavantage a déjà été mise sur le compte d'une sensibilité accrue de la population face à ces réalités (Laroche et Morin, 1994; Wilkins et autres, 1994) et d'une modification de l'environnement physique et social (Brunelle et autres, 1993; Robine 1999; Waidmann et autres, 1995 ). Au Québec notamment, le virage « ambulatoire » et l'expansion des programmes de soins et d'aide à domicile à l'intention des personnes âgées en perte d'autonomie ont pu accroître la propension à déclarer des incapacités et des dépendances légères. Il se peut également, comme signalé plus haut, que des différences méthodologiques entre l'ESLA et l'EQLA puissent avoir contribué à une telle hausse. Au cœur de ce débat, se pose donc le problème de la mesure de l'incapacité et de la dépendance. Une étude américaine récente, qui a tenté d'éliminer les sources de variation dans la mesure de l'incapacité, montre d'ailleurs que les capacités fonctionnelles des individus âgés s'améliorent (Freedman et Martin, 1998).

La hausse de l'espérance de santé est aussi variable selon le sexe. Entre 1986 et 1998, ce sont surtout les hommes qui ont vu leur situation s'améliorer. L'augmentation de leur durée de vie est supérieure à celle des femmes alors que leur qualité de vie, vue sous l'angle du nombre d'années vécues avec incapacité ou désavantage, a été moins affectée que celle des femmes. Ces dernières ont pour seule consolation d'avoir mieux que les hommes réduit, ou limité, la progression des formes modérées ou sévères d'incapacité ou de dépendance, bien qu'elles vivent plus longtemps que les hommes avec ces formes d'incapacité ou de désavantage. Les travaux réalisés au Canada (Wilkins et autres, 1994) et à travers le monde (Robine et autres, 1999) montrent qu'une telle évolution est fréquente. Ils suggèrent que le poids important de la perte d'autonomie chez les femmes peut résulter de leur forte longévité, car c'est le plus souvent aux âges avancés que se développent incapacités et désavantages. Il faut rappeler que l'espérance de vie à la naissance des femmes est de 6,5 ans supérieure à celle des hommes et, dans le cas de l'espérance de santé sans incapacité ou désavantage, elle est supérieure chez les femmes d'environ 2 ans.

Entre 1986 et 1998, des gains d'espérance de vie et d'espérance de santé sont tout de même perceptibles à 65 ans, tant chez les hommes que chez les femmes. Les deux groupes ont gagné environ une année d'espérance de santé sans incapacité ou dépendance modérée ou sévère. Ainsi, même chez les personnes âgées, l'allongement de la vie ne signifie pas nécessairement une perte de qualité de vie. Des études (Mathers, 1999; Moore et autres, 1999) montrent d'ailleurs que la santé des personnes âgées s'améliore et que des gains d'espérance de santé peuvent être réalisés en contrôlant certaines maladies chroniques et certains traumatismes.

Des gains sont peut-être possibles également, dans certaines régions du Québec, là où les résultats semblent indiquer une espérance de santé faible en 1998, soit dans la région de la Côte-Nord, celle de

l'Outaouais, dans Lanaudière et en Abitibi-Témiscamingue. Selon les estimations, l'écart d'espérance de santé entre ces régions et celles affichant les meilleures notes est de 4 années si l'on considère l'espérance de santé sans incapacité ou dépendance modérée ou sévère. L'écart peut atteindre 7 années si toutes les formes d'incapacité ou de désavantage sont exclues. Bien qu'aucun test statistique de différence n'ait été effectué dans l'analyse régionale de ce chapitre, les taux d'incapacité selon les régions présentés au chapitre 2 viennent appuyer en partie ces résultats. En effet, l'Outaouais et Lanaudière ressortent comme ayant des positions plutôt défavorables en raison des taux d'incapacité standardisés significativement plus élevés dans chacune de ces régions que dans le reste du Québec. La Côte-Nord affiche elle aussi un taux d'incapacité supérieur sans qu'une différence statistique ne puisse toutefois être notée.

Pour l'instant, il est difficile de statuer sur l'évolution de ces écarts régionaux en raison de différences méthodologiques entre la présente enquête et les enquêtes antérieures de Santé Québec qui avaient permis de calculer des mesures semblables à l'échelle régionale (Lafontaine et autres, 1991; Pageau et autres, 1997). On peut toutefois mentionner que d'après les données de ces enquêtes, la position des régions de l'Outaouais et de Lanaudière était également défavorable en 1987 et en 1992-1993 tout comme l'était celle de la Côte-Nord en 1992-1993.

L'analyse régionale suggère par ailleurs que les variations de la durée et de la qualité de vie ont un effet cumulatif dans certaines régions. En d'autres termes, là où la mortalité est forte, l'incapacité ou le désavantage l'est aussi en général, et inversement. Ce cumul des risques de décès et de perte de qualité de vie rappelle la situation caractérisant les groupes défavorisés sur le plan socio-économique comparativement aux groupes favorisés (Doblhammer et Kytir, 1998; Evans et autres, 1994; Marmor et Wilkinson, 1999; Sihvonen et autres, 1998; Valkonen et autres, 1997; Wilkins et Adams,

1983). Il se peut, dès lors, que les différences régionales d'espérance de santé puissent résulter de la seule composition socio-économique de la population et non de facteurs spécifiquement reliés au contexte régional. Au Québec, une étude de Pampalon et autres (1999) a montré, par exemple, que l'essentiel des variations régionales de la perception de la santé, une information parfois intégrée au calcul de l'espérance de santé (Mutafova et autres, 1997; Van Oyen et autres, 1996), résulte des conditions et habitudes de vie des personnes et de leur famille. La même étude a cependant montré également que le fait d'habiter certaines villes, et c'est le cas des villes de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Côte-Nord, deux régions ayant de faibles espérances de santé, a un impact négatif sur la santé, et ce, au-delà des conditions et habitudes de vie des personnes qui y vivent. Il serait intéressant alors de poursuivre la recherche sur les facteurs qui, dans ces villes, peuvent agir sur la santé de la population.

D'autres analyses, enfin, paraissent nécessaires. Comme cela se fait ailleurs (Doblhammer et Kytir, 1998; Robine et autres, 1999; Sihvonen et autres, 1998; Valkonen et autres, 1997; Wilkins et Adams, 1983), il paraît impérieux d'estimer les écarts d'espérance de santé entre groupes sociaux, ou classes sociales, au Québec. C'est habituellement entre ces groupes que l'on retrace les plus grands écarts d'espérance de santé dans la population. La mise au point récente d'un indice de défavorisation (Pampalon et Raymond, 2000) que l'on a pu introduire dans le fichier des décès de 1995 à 1997, et que l'on pourra également associer aux répondants de la présente enquête et aux personnes ayant fait une demande d'admission dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, permettra une telle analyse. Comme cela se fait aussi ailleurs (Mathers, 1999; Van de Water, 1997), il semble impérieux d'estimer le poids de certaines maladies sur l'espérance de santé. Ce genre d'analyse peut s'avérer d'une grande utilité pour identifier les facteurs de risque pouvant faire l'objet d'une intervention et ainsi permettre d'accroître l'espérance de santé, même à des âges avancés.

## **Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention**

Si l'espérance de santé permet de porter un constat global sur la performance des systèmes de santé, force est d'admettre que le système québécois s'est relativement bien comporté depuis le milieu des années 80, et ce, en dépit des bouleversements majeurs – coupures budgétaires et virage ambulatoire – ayant affecté la dispensation des soins de santé à la population, des soins hospitaliers surtout. Les soins de santé, toutefois, malgré leur importance, ne sont qu'un des déterminants de la santé de la population. Les conditions et les habitudes de vie (salubrité, éducation, nutrition, etc.) ont un rôle majeur que les politiques de santé publique ne peuvent plus ignorer (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997).

D'ailleurs, certains changements récents dans les conditions et les habitudes de vie de la population du Québec ont pu contribuer à l'amélioration de l'espérance de santé. Les écarts de revenu disponible (après impôt) se sont légèrement atténués entre riches et pauvres depuis le début des années 80 (Mayer et Morin, 2000) alors que l'espérance de vie à la naissance suit une tendance similaire (Choinière, 1999). Certaines actions visant le tabagisme et la sécurité routière ont pu également être bénéfiques à la population masculine dont la mortalité par cancer du poumon et traumatisme routier a chuté de façon appréciable (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000a). À ce chapitre, toutefois, des progrès importants sont encore possibles puisque le tabagisme demeure toujours plus répandu au Québec que dans les autres provinces du Canada (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999). L'amélioration générale des conditions de vie des personnes âgées, enfin, constitue un autre facteur qui a pu être favorable à la santé.

Parmi les facteurs qui hantent actuellement les gestionnaires du secteur de la santé et des services sociaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux,

2000b), il y a justement le vieillissement de la population. Les gestionnaires craignent, à juste titre, que l'accroissement accéléré de la proportion de personnes âgées ne vienne prélever un lourd tribut aux finances publiques. Ce tribut résulte en partie de l'allongement de la vie mais ce dernier phénomène peut être compensé par l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées (Rochon, 1998). La présente étude montre que celles-ci vivent de plus en plus longtemps sans incapacité ou dépendance modérée ou sévère dans leurs activités de la vie quotidienne ou domestique. Il s'agit là d'une bonne nouvelle qui, dans l'immédiat, pourrait avoir pour effet de réduire l'augmentation de la pression sur les finances publiques.

Mais qu'en sera-t-il dans l'avenir? Pourra-t-on reculer encore longtemps le poids des ans et de la dégénérescence physique et intellectuelle sur le fonctionnement et les activités qui caractérisent la vie humaine? Si des progrès paraissent toujours possibles pour assurer la santé et le bien-être des personnes âgées et des personnes très âgées (Milette, 1999), il y aura certes un jour des limites « naturelles » à l'intervention sanitaire. Ces limites paraissent toutefois difficiles à déterminer pour l'instant.



# Bibliographie

- BOSHUIZEN, H. C., et H. P. A. VAN DE WATER (1995). « ICIDH in the calculation of health expectancy », *Disability and Rehabilitation*, vol. 17, n° 7, p. 358-363.
- BRUNELLE, Y., M. ROCHON, A. SAUCIER et J. M. ROBINE (1993). « Understanding changes in the health status » dans ROBINE, J. M., C. D. MATHERS, M. R. BONE et I. ROMIEU (ed.). *Calculation of health expectancies: harmonization, consensus achieved and future perspectives*, Colloque INSERM, vol. 226, Montrouge, France, John Libbey Eurotext, p. 287-308.
- 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, n° 3, p. 31-38.
- CHOINIÈRE, R. (1999). *Évolution des disparités de mortalité selon le revenu à Montréal*, 67<sup>e</sup> Congrès de l'ACFAS, Ottawa.
- COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Santé Canada, 378 p.
- CRIMMINS, E. M., Y. SAITO et D. INGEGNERI (1997). « Trends in Disability-Free Life Expectancy in the United States, 1970-90 », *Population and Development Review*, vol. 23 n°3, p. 555-572.
- DILLARD, S. (1983). *Durée ou qualité de vie?* Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, Éditeur officiel du Québec (Collection La santé des Québécois), 70 p.
- DOBLHAMMER, G., et J. KYTIR (1998). « Social inequalities in disability-free and healthy life expectancy in Austria », *Wiener Klinische Wochenschrift*, vol. 110, n°11, p. 393-396.
- EVANS, R., M. BARER et T. MARMOR (1994). *Why are some people healthy and others not?: the determinants of health of populations*, New York, Aldine De Gruyter, 378 p.
- FREEDMAN, V. A., et L. G. MARTIN (1998). « Understanding Trends in Functional Limitations Among Older Americans », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 10, p. 1457-1462.
- LAFONTAINE, P., R. PAMPALON et M. ROCHON (1991). « L'espérance de vie sans incapacité en région au Québec en 1987 », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 20, n° 2, p. 384-404.
- LAROCHE, S., et J. P. MORIN (1994). *Étude des variations entre les taux d'incapacité de l'ESLA de 1986 et de 1991*, Ottawa, Statistique Canada, Division des méthodes d'enquêtes sociales, document polycopié, 27 p.
- MANTON, K. G., L. CARDER et E. STALLARD (1997). « Chronic disability trends in elderly United States population: 1982-1994 », *proceeding of the National Academy of Sciences*, vol. 94, p. 2593-2598.
- MANTON, K. G. (1982). « Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 60, n° 2, p. 183-244.
- MARMOR, M., et R. G. WILKINSON (1999). *Social determinants of health*, New York, Oxford University Press, 291 p.
- MATHERS, C., J. MCCALLUM et J. M. ROBINE (ed.) (1994). *Advances in health expectancies: Proceedings of the 7<sup>th</sup> Meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES)*, Canberra, Australian Institute of Health and Welfare.

MATHERS, C., J. M. ROBINE et R. WILKINS (1994). « Health expectancy indicators: recommandations for terminology » dans MATHERS, C., J. MCCALLUM et J. M. ROBINE (éd.). *Advances in health expectancies: Proceedings of the 7<sup>th</sup> Meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES)*, Canberra, Australian Institute of Health and Welfare.

MATHERS, C. D., et J. M. ROBINE (1997). « How good is Sullivan's method for monitoring changes in population health expectancies », *Journal of Epidemiology and Community health*, vol. 51, p. 80-86.

MATHERS, C. D. (1999). « Gains in health expectancy from the elimination of diseases among older people », *Disability and Rehabilitation*, vol. 21, n<sup>os</sup> 5-6, p. 211-221.

MAYER, F., et C. MORIN (2000). *Le faible revenu après impôt au Québec: situation actuelle et tendances récentes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 125 p.

MILETTE, C. (1999). *Bien vivre avec son âge : revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées*, Québec, Direction de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Collection Promotion de la santé; 1).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Direction de la santé publique.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000a). *La santé des Québécois : quelques indicateurs*, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000b). *Financement et organisation des services de santé et des services sociaux*, Québec.

MOORE, E. G., M. W. ROSENBERG et S. H. FITZGIBBON (1999). « Activity limitation and chronic conditions in Canada's elderly, 1986-2011 », *Disability and Rehabilitation*, vol. 21, n<sup>os</sup> 5-6, p. 196-210.

MUTAFOVA, M., H. P. A. VAN DE WATER, F. J. M. PERENBOOM, H. C. BOSHUIZEN et C. MALESHKOV (1997). « Health expectancy calculations: a novel approach to studying population health in Bulgaria », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 75, n<sup>o</sup> 2, p. 147-153.

PAGEAU, M., M. FERLAND, R. CHOINIÈRE et Y. SAUVAGEAU (1997). *Indicateurs sociosanitaires, Le Québec et ses régions*, Québec, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Collection Analyses et surveillance; 4).

PAMPALON, R., C. DUNCAN, S. V. SUBRAMANIAN et K. JONES (1999). « Geographies of health perception in Quebec: a multilevel perspective », *Social Science and Medicine*, vol. 48, n<sup>o</sup> 10, p. 1483-1490.

PAMPALON, R., et G. RAYMOND (2000). « Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 21, n<sup>o</sup> 3, p. 113-122.

ROBINE, J. M., M. BLANCHET et J. E. DOWB (ed.) (1992). *Health Expectancy*, First workshop of the international healthy life expectancy network (REVES), London, HMSO.

ROBINE, J. M., I. ROMIEU et E. CAMBOIS (1999). « Health expectancy indicators », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 77, n<sup>o</sup> 2, p. 181-185.

ROBINE, J. M. (1999). « Peut-on espérer vivre à la fois longtemps et en bonne santé? » dans HÉBERT, R., et K. KOURI (éd.). *Les échanges cliniques et scientifiques sur le vieillissement: autonomie et vieillissement*, Sherbrooke, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, EDISEM, p. 17-48.

ROCHON, M. (1998). « Impact of the evolution of healthy life expectancy on future health care costs » dans MARMOR, T. R., et P. R. DE JONG (ed.). *Ageing, Social Security and Affordability*, Aldershot, Ashgate, FISS, International Studies on Social Security, vol. 3, p. 305-326.

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.

SIHVONEN, A. P., A. E. KUNST, E. LAHELMA, T. VALKONEN et J. P. MACKENBACH (1998). « Socioeconomic inequalities in health expectancy in Finland and Norway in the late 1980s », *Social Science and Medicine*, vol. 47, n° 3, p. 303-315.

STATISTIQUE CANADA (1997). *Dictionnaire du recensement de 1996*, Ottawa, Ministère de l'Industrie, catalogue 92-531-XPF, 490 p.

SULLIVAN, D. F. (1971). « A single index of mortality and morbidity », *HSMHA Health reports*, vol. 86, p. 347-354.

VALKONEN, T., A. P. SIHVONEN et E. LAHELMA (1997). « Health expectancy by level of education in Finland », *Social Science and Medicine*, vol. 44, n° 6, p. 801-808.

VAN DE WATER, H. P. A., R. J. M. PEREMBOOM et H. C. BOSHUIZEN (1996). « Policy relevance of the health expectancy indicator ; an inventory in European Union countries », *Health Policy*, vol. 36, p. 117-129.

VAN DE WATER, H. P. A. (1997). « Health expectancy and the problem of substitute morbidity », *Philosophical transactions of the Royal Society of London*, series B, vol. 352, n° 1363, p. 1819-1827.

VAN OYEN, H. V., J. TAFFOREAU et M. ROELANDS (1996). « Regional inequities in health expectancy in Belgium », *Social Science and Medicine*, vol. 43, n° 11, p. 1673-1678.

WAIMANN, T., J. BOUND et M. SCHOEBAUM (1995). « The illusion of failure: trends in the self-reported health of the U.S. elderly », *Milbank Quarterly*, vol. 73, n° 2, p. 253-287.

WILKINS, R. (1982). « La distribution de l'espérance de vie parmi les différents états de santé : composantes, méthodes de calcul et résultats pour le Québec », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 11, n° 2, p. 253-274.

WILKINS, R., et O. B. ADAMS (1983). « Health expectancy in Canada, late 1970s: demographic, regional, and social dimensions », *American Journal of Public Health*, vol. 73, n° 9, p. 1073-1080.

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*, 8<sup>th</sup> meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES), Chicago.

WILKINS, R., J. CHEN et E. NG (1994). « Changes in health expectancy in Canada from 1986 to 1991 » dans MATHERS, C., J. MCCALLUM et J. M. ROBINE (éd.). *Advances in health expectancies: Proceedings of the 7<sup>th</sup> Meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES)*, Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, p. 115-132.

WILKINS, R., et Y. SAUVAGEAU (1988). « Incapacité » dans SANTÉ QUÉBEC. ÉMOND, A. et autres (sous la direction de). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Québec, Les publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, tome 1, p. 175-192.

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.16.1

**Espérance de vie en santé à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et la sévérité de l'incapacité ou du désavantage, Québec, 1986 (en années)**

	À la naissance			À 65 ans		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
<b>Incapacité</b>						
1- Espérance de vie totale	72,2	79,8	76,0	14,2	19,2	16,9
2- Espérance de vie sans incapacité (1-3)	61,5	66,1	63,8	8,6	10,3	9,5
3- Espérance de vie avec incapacité (4+8)	10,7	13,7	12,2	5,6	8,9	7,4
4- Avec incapacité modérée ou grave (5+6)	5,7	9,2	7,5	3,7	7,0	5,5
5- en institution*	1,0	2,4	1,7	1,0	2,6	1,9
6- à domicile**	4,6	6,8	5,7	2,7	4,5	3,7
7- Sans incapacité modérée ou grave (1-4)	66,5	70,6	68,6	10,5	12,2	11,4
8- Avec incapacité légère	5,0	4,5	4,8	1,9	1,8	1,9
<b>Désavantage</b>						
1- Espérance de vie totale	72,2	79,8	76,0	14,2	19,2	16,9
2- Espérance de vie sans désavantage (1-3)	63,3	67,4	65,3	9,5	11,0	10,4
3- Espérance de vie avec désavantage (4+11)	8,9	12,4	10,7	4,7	8,2	6,5
4- Avec dépendance (5+9)	4,0	8,2	6,1	3,1	6,7	5,0
5- - Avec dépendance modérée ou forte (6+7)	3,0	6,3	4,7	2,7	5,8	4,3
6- en institution*	1,0	2,4	1,7	1,0	2,6	1,9
7- à domicile**	2,0	3,9	2,9	1,7	3,2	2,5
8- - Sans dépendance modérée ou forte (1-5)	69,2	73,5	71,3	11,5	13,5	12,6
9- - Avec dépendance légère	0,9	1,9	1,4	0,4	1,0	0,7
10- Sans dépendance (1-4)	68,2	71,6	69,9	11,1	12,5	11,9
11- Avec limitations sans dépendance (3-4)	5,0	4,2	4,6	1,6	1,4	1,5

\* Cette catégorie comprend les institutions de santé et les résidences pour personnes âgées.

\*\* En plus du domicile, cette catégorie réfère aux logements collectifs autres que les institutions de santé et les résidences pour personnes âgées.

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *fichier des décès, 1985 à 1987*.

Statistique Canada, *Recensement de 1986*.

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

Tableau C.16.2

**Espérance de vie totale sans incapacité et sans incapacité modérée ou grave à la naissance, selon le sexe, la région sociosanitaire et l'ensemble du Québec, Québec, 1998 (en années)**

	Espérance de vie totale			Sans incapacité			Sans incapacité modérée ou grave		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Bas-Saint-Laurent	74,7	81,7	78,2	60,6	62,6	61,6	68,7	71,7	70,2
Saguenay-Lac-Saint-Jean	73,4	80,5	76,9	64,6	68,3	66,5	70,2	74,6	72,4
Québec	74,5	81,8	78,1	63,4	66,7	65,1	69,8	74,4	72,1
Mauricie et Centre-du-Québec	73,8	81,3	77,5	60,9	63,9	62,4	67,9	73,2	70,6
Estrie	74,7	81,4	78,0	64,5	68,4	66,5	69,3	73,9	71,6
Montréal-Centre	74,8	81,2	78,0	62,3	61,9	62,1	69,8	71,4	70,6
Outaouais	74,3	80,4	77,3	57,6	63,3	60,4	67,6	70,3	69,0
Abitibi-Témiscamingue	73,2	79,9	76,5	60,1	63,8	62,0	67,4	71,5	69,4
Côte-Nord	72,4	80,6	76,5	58,3	62,3	60,3	66,3	71,0	68,6
Nord-du-Québec	77,1	84,9	81,0	60,6	67,0	63,8	70,1	76,6	73,3
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	73,2	81,0	77,1	63,3	69,2	66,2	68,9	75,2	72,0
Chaudière-Appalaches	74,7	82,1	78,4	60,9	68,0	64,5	68,9	74,5	71,7
Laval	76,0	81,8	78,9	66,4	67,5	66,9	71,5	72,9	72,2
Lanaudière	74,5	80,6	77,5	60,1	58,8	59,4	69,0	69,6	69,3
Laurentides	74,5	80,4	77,5	61,7	66,2	64,0	68,6	73,5	71,1
Montérégie	75,4	81,3	78,3	59,7	63,0	61,4	69,3	72,5	70,9
Ensemble du Québec	74,7	81,2	77,9	61,7	64,0	62,8	69,3	72,5	70,9

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *fichier des décès, 1995 à 1997*.Statistique Canada, *Recensement de 1996*.Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau C.16.3

**Espérance de vie totale sans désavantage et sans dépendance modérée ou forte à la naissance, selon le sexe, la région sociosanitaire et l'ensemble du Québec, Québec, 1998 (en années)**

	Espérance de vie totale			Sans désavantage			Sans dépendance modérée ou forte		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Bas-Saint-Laurent	74,7	81,7	78,2	64,2	65,4	64,8	71,5	73,5	72,5
Saguenay-Lac-Saint-Jean	73,4	80,5	76,9	67,1	70,3	68,7	71,1	75,5	73,3
Québec	74,5	81,8	78,1	64,9	68,2	66,6	69,9	75,7	72,7
Mauricie et Centre-du-Québec	73,8	81,3	77,5	63,7	66,1	64,9	69,4	74,4	71,9
Estrie	74,7	81,4	78,0	66,4	70,1	68,3	70,9	75,7	73,3
Montréal-Centre	74,8	81,2	78,0	64,4	65,9	65,0	72,3	74,9	73,6
Outaouais	74,3	80,4	77,3	60,5	64,6	62,6	70,6	73,5	72,0
Abitibi-Témiscamingue	73,2	79,9	76,5	63,6	66,8	65,2	70,5	73,9	72,2
Côte-Nord	72,4	80,6	76,5	61,8	65,9	63,9	68,0	73,6	70,8
Nord-du-Québec	77,1	84,9	81,0	65,5	70,8	68,1	72,7	76,5	74,6
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	73,2	81,0	77,1	65,8	70,9	68,3	69,5	75,1	72,3
Chaudière-Appalaches	74,7	82,1	78,4	63,3	69,4	66,3	70,1	74,7	72,4
Laval	76,0	81,8	78,9	67,7	68,1	67,9	73,6	75,9	74,8
Lanaudière	74,5	80,6	77,5	64,9	61,9	63,4	71,7	72,2	71,9
Laurentides	74,5	80,4	77,5	63,6	67,5	65,5	71,4	74,9	73,1
Montérégie	75,4	81,3	78,3	64,3	65,9	65,1	71,6	74,7	73,1
Ensemble du Québec	74,7	81,2	77,9	64,5	66,6	65,5	71,3	74,8	73,0

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *fichier des décès, 1995 à 1997*.Statistique Canada, *Recensement de 1996*.Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.