Russell Wilkins,
avec la participation de
Madeleine Rochon et Pierre Lafontaine
(1995)

“Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel : jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de : "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web : <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web : <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Russell Wilkins,
avec la participation de Madeleine Rochon et Pierre Lafontaine,

“Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l’Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I.** Chapitre 3, pp. 39-60. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412 pp.

[Au nom de l’Éditeur du Québec, Publications Québec, Mme Cynthia Lachance, responsable de la gestion des droits d’auteur, nous a donné le 17 octobre 2006 la permission de diffuser ce livre, en texte intégral, dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : cynthia.lachance@mrci.gouv.qc.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte : Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5” x 11”)

Édition numérique réalisée le 6 août 2007 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Russell Wilkins,
Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada
avec la participation de Madeleine Rochon et Pierre Lafontaine,
Service des études et analyses, ministère de la Santé et des Services sociaux

“Autonomie fonctionnelle
et espérance de vie en santé”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l’Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I.** Chapitre 14, pp. 279-302. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412 pp.

Table des matières

- 14.0 [Introduction](#)
- 14.1 [Aspects méthodologiques](#)
 - 14.1.1 [Journées d'incapacité](#)
 - 14.1.2 [Perte d'autonomie fonctionnelle à long terme](#)
 - 14.1.3 [Espérance de vie en santé](#)
- 14.2 [Résultats](#)
 - 14.2.1 [Journées d'incapacité](#)
 - 14.2.2 [Perte d'autonomie à long terme](#)
 - 14.2.3 [Espérance de vie en santé](#)
- 14.3 [Conclusions](#)
 - 14.3.1 [Synthèse et pistes de recherche](#)
 - 14.3.2 [Éléments de réflexion pour la planification](#)
- 14.4 [Références bibliographiques](#)

Russell Wilkins,
Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada
avec la participation de Madeleine Rochon et Pierre Lafontaine,
Service des études et analyses, ministère de la Santé et des Services sociaux

“Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l’Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I.** Chapitre 14, pp. 279-302. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412 pp.

14.0 Introduction

[Retour à la table des matières](#)

L’état de santé d’une population se mesure non seulement par la prévalence de problèmes de santé, mais aussi par la capacité des individus d’exercer pleinement et de façon autonome leurs rôles sociaux et leurs activités quotidiennes. L’Enquête sociale et de santé 1992-1993, tout comme l’avait été l’enquête Santé Québec 1987, est une source importante d’information sur l’autonomie fonctionnelle de la population québécoise de tout âge vivant en ménage privé. Elle permet d’estimer la prévalence de différentes formes de perte d’autonomie et recueille des renseignements sur leurs causes, origines, durées et conséquences. L’un des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992) cible les personnes ayant subi des pertes d’autonomie, en particulier les personnes âgées. Le tableau que trace le présent chapitre devrait aider à mieux caractériser cette clientèle.

De plus, en combinant les données d'enquêtes avec des renseignements supplémentaires concernant la population hébergée en institution et la mortalité dans la population totale, ce chapitre permet d'estimer l'espérance de vie en santé, c'est-à-dire le nombre d'années de vie attendues dans chaque état d'autonomie fonctionnelle.

14.1 Aspects méthodologiques

[Retour à la table des matières](#)

Selon les termes de la Classification internationale des handicaps (OMS, 1988), l'Enquête sociale et de santé ne mesure pas la déficience (troubles de fonctionnement des organes) ni l'incapacité au sens strict (difficulté ou impossibilité de faire des activités particulières comme monter un escalier ou lire un journal avec ses lunettes, le cas échéant), mais plutôt le désavantage (handicap) quant aux rôles de survie. Elle recueille surtout de l'information sur quatre aspects de la perte d'autonomie fonctionnelle : les journées d'incapacité pour raisons de santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, les limitations d'activité à cause d'un problème de santé ou d'une maladie chronique physique ou mentale, le besoin d'aide pour les soins personnels ou les activités instrumentales, et les restrictions de mobilité. Les données relatives aux journées d'incapacité s'appliquent à l'ensemble des pertes d'autonomie fonctionnelle, qu'elles soient de courte ou de longue durée, alors que les trois autres aspects font plutôt état de pertes d'autonomie à long terme ; la présentation des indicateurs et des résultats respecte cette distinction.

Les questions proviennent des sections I et II du questionnaire administré par l'interviewer (QRI). Le taux de non-réponse partielle pour chacune d'elles et pour les indices qui en découlent est inférieur à 5%.

La majorité des questions sont identiques à celles de l'enquête Santé Québec 1987 ; les modifications ou ajouts sont indiqués au besoin.

14.1.1 Journées d'incapacité

[Retour à la table des matières](#)

Ces journées sont comptées sous forme de journées d'alitement, de journées d'incapacité par rapport à une activité principale, et de journées de restriction des activités habituelles (QRI1 à QRI7). Des renseignements sur le problème de santé en cause et l'origine accidentelle des journées d'incapacité figurent également au questionnaire (QRI8, QRI9).

Puisque le nombre de journées d'incapacité fluctue selon la saison, et que les entrevues ont eu lieu tout au long de l'année, certaines personnes ont été interviewées en hiver, lorsque les journées d'incapacité sont plus fréquentes, et d'autres, en été, lorsqu'elles sont moins fréquentes. L'information ainsi traitée représente donc les journées d'incapacité sur une base annuelle. La moyenne annuelle du nombre de journées d'incapacité par personne a été calculée en multipliant par 26 le nombre de journées d'incapacité déclarées pour les deux semaines ayant précédé l'enquête. Cependant, la moyenne annuelle s'applique uniquement à l'ensemble de la population, et non aux individus. Les données ne permettent toutefois pas de dire quelle proportion de la population connaît au moins une journée d'incapacité au cours de l'année.

L'incapacité est considérée comme « lourde » si la personne est obligée de garder le lit toute la journée ou presque (y compris les nuits passées à l'hôpital). L'incapacité est « modérée » si la personne est incapable d'aller travailler, de tenir maison ou de se rendre à l'école (sans compter les journées d'incapacité lourde). L'incapacité « légère »

comprend toute autre journée où la personne a dû modérer ses activités. L'incapacité totale est la somme des journées d'incapacité lourde, modérée et légère.

14.1.2 Perte d'autonomie fonctionnelle à long terme

[Retour à la table des matières](#)

L'analyse de la perte d'autonomie fonctionnelle à long terme sera développée en deux temps. Dans un premier temps, les limitations d'activité, la dépendance pour les soins personnels ou les activités instrumentales et les restrictions de mobilité sont abordées séparément, afin d'estimer la prévalence de chacun de ces états et de les décrire sommairement. Une échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme est ensuite proposée, qui intègre ces trois aspects pour permettre l'analyse globale de la perte d'autonomie à long terme.

Limitations, dépendance et restrictions de mobilité

La limitation d'activité est ce qui restreint la personne dans le genre ou la quantité d'activités qu'elle peut faire à cause d'une maladie chronique physique ou mentale, ou d'un problème de santé (QRI12a, 12b). Une personne peut être incapable d'exercer une activité principale (travailler, étudier ou tenir maison), être restreinte dans une activité principale, ou avoir d'autres limitations d'activité (QRI14 à QRI18). En rapportant la limitation d'activité d'un membre du ménage, le répondant devait en préciser la durée (QRI13) et spécifier si elle était le résultat d'un accident ou d'une blessure (QRI20) ; ces renseignements permettent de déterminer l'origine de la limitation. Si la limitation dure depuis la naissance, l'origine est considérée comme « congénitale » ; si elle est due à un accident ou à une blessure, l'origine est

considérée comme « externe », et toute autre origine est portée à la catégorie « autres ».

Quant aux problèmes de santé ayant causé cette limitation (QRI19), ils sont regroupés en six catégories : les problèmes ostéo-articulaires, les problèmes cardio-vasculaires, les traumatismes comprenant les accidents, les empoisonnements et les blessures intentionnelles, les problèmes respiratoires, les troubles mentaux et les autres problèmes.

Une personne est considérée comme dépendante si elle a besoin de l'aide d'une autre personne pour les soins personnels ou les activités instrumentales. Par soins personnels (QRI21), on entend manger, se laver, s'habiller ou se déplacer dans la maison ; par activités instrumentales (QRI23a), on entend s'occuper de ses affaires, faire l'entretien ménager quotidien, faire ses courses ou se déplacer à l'extérieur de la maison. Les questions sur la dépendance ne s'appliquent pas aux enfants de moins d'un an ; dans l'analyse, ils sont considérés comme non-dépendants. L'enquête de 1992-1993 comprend de nouvelles questions afin de préciser la provenance de l'aide apportée aux personnes dépendantes (QRI22, QRI23b).

Les réductions de mobilité sont classées de deux façons : la personne doit habituellement rester assise ou couchée durant la plus grande partie de la journée à cause de son état de santé (QRI11) ; ou la personne ne peut habituellement pas sortir de la maison lorsqu'il fait beau (QRI10). Dans le premier cas, il faut rappeler qu'il peut y avoir une différence d'autonomie entre une personne qui doit rester couchée et une autre qui doit seulement rester assise. Dans le second cas, il peut aussi y avoir une différence entre une personne capable de sortir de la maison avec de l'aide et une autre personne incapable de sortir même avec de l'aide ; l'enquête ne permet cependant pas de faire cette distinction.

Échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme

Cette échelle s'inspire de la Classification internationale des handicaps (OMS, 1988). Au regard de cette classification, l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, comme l'Enquête Santé Québec 1987, permet de mesurer trois dimensions de handicap dans les rôles de survie. Il s'agit des désavantages qui portent atteinte à l'indépendance physique, à l'occupation ou à la mobilité des individus ; ces différentes dimensions sont présentées dans un ordre hiérarchique au schéma 14.1.

Schéma 14.1

Dimensions et mesures de handicap dans les enquêtes de Santé Québec,
1987 et 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Dimensions	Mesures des désavantages (handicaps)
Indépendance physique	Hébergement en institution ¹ Dépendance pour les soins personnels Dépendance pour les activités instrumentales
Occupation	Limitation d'activité ² • Incapable de l'activité principale • Restreint dans l'activité principale • Restreint dans les autres activités Journées d'incapacité ² • Alitement (lourde) • Incapable de l'activité principale (modérée) • Autres limitations (légère)
Mobilité	Ne peut pas sortir de la maison lorsqu'il fait beau Doit rester assis ou couché la plus grande partie de la journée

¹ Ces mesures sont obtenues de sources administratives ou du recensement.

² Les catégories sont définies de façon hiérarchique.

L'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle est élaborée à l'aide des questions sur la dépendance, les limitations d'activité et la réduction de mobilité. Puisque les personnes en perte d'autonomie peuvent avoir de multiples problèmes, cette échelle sert à classer chaque personne dans la première (et la plus grave) catégorie applicable, ce qui permet d'éliminer toute possibilité de classement multiple. Par son élaboration, l'échelle donne priorité à l'indépendance physique, puis à l'exécution de l'activité principale (schéma 14.2). Ainsi, les personnes ayant une mobilité réduite ou des limitations d'activité, mais qui ne sont ni dépendantes ni incapables de faire une activité principale, sont classées dans la catégorie « autres limitations ». Ces catégories sont mutuellement exclusives.

Schéma 14.2

Définition de l'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme pour la population en ménage privé

[Retour à la table des matières](#)

Niveaux hiérarchiques ¹ de perte d'autonomie
Dépendance pour les soins personnels Dépendance pour les activités instrumentales Incapacité de faire une activité principale Autres limitations d'activité Aucune perte d'autonomie fonctionnelle à long terme

- 1 Les niveaux sont hiérarchiques : le premier niveau applicable est celui qui sert au classement des personnes.

L'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle est un nouvel indicateur conçu expressément aux fins de la présente analyse. Cependant, comme les données qui entrent dans sa composition sont dispo-

nibles dans l'enquête Santé Québec 1987, il a été calculé pour cette période afin d'établir une comparaison entre les deux enquêtes.

14.1.3 Espérance de vie en santé

[Retour à la table des matières](#)

Le calcul de l'espérance de vie en santé tient compte à la fois de la mortalité, de l'hébergement en institution et des pertes d'autonomie fonctionnelle de longue ou de courte durée.

Les tables de mortalité abrégées du Bureau de la statistique du Québec (Duchesne et Thibault, 1994) ont servi au calcul de l'espérance de vie en santé et de ses diverses composantes. Elles fournissent des renseignements sur le nombre de survivants attendus à chaque âge, et le nombre de personnes-années de vie attendues entre les âges successifs. Les tables ont été calculées pour les années 1987 et 1992, sur la base des nouvelles estimations de population qui tiennent compte du sous-dénombrement au recensement (tableau A.14.6).

Les données concernant la perte d'autonomie fonctionnelle de longue durée estimées par la présente enquête ne s'appliquent qu'à la population vivant en ménage privé. Elles doivent être complétées par des données concernant les personnes vivant dans un établissement de soins de santé de longue durée, étant donné que celles-ci sont presque toujours limitées dans leurs activités. Afin d'estimer les taux d'hébergement en institution selon l'âge et le sexe, on a consulté des sources de données administratives pour l'exercice financier 1992-1993 (Rochon et Lafontaine, 1994) ; celles-ci fournissent des données sur les personnes hébergées dans des unités ou des établissements de soins à long terme (tels que les centres d'accueil ou d'hébergement et les hôpitaux pour malades chroniques) pour des raisons de santé physique ou mentale, de déficience ou de mésadaptation sociale (tableau A.14.5).

Quant aux données relatives à la perte d'autonomie fonctionnelle de courte durée, elles sont toutes issues de l'enquête et basées sur les journées d'incapacité déclarées pour les personnes n'ayant aucune perte d'autonomie à long terme.

Schéma 14.3

Classification hiérarchique des pertes d'autonomie fonctionnelle de courte et de longue durée pour le calcul de l'espérance de vie en santé

[Retour à la table des matières](#)

Degré	Pertes de courte durée ¹	Pertes de longue durée
Lourde	Journées d'alitement	Hébergement en institution Dépendance pour les soins personnels Dépendance pour les activités instrumentales
Modérée	Journées d'incapacité	Incapacité de faire une activité principale d'une activité principale
Légère	Autres journées d'incapacité	Autres limitations d'activité

¹ Journées d'incapacité parmi les personnes sans aucune perte d'autonomie fonctionnelle à long terme.

La classification hiérarchique de toutes ces pertes d'autonomie est indiquée au schéma 14.3. Afin de réduire le nombre de catégories pour la présentation des résultats, les huit sous-catégories de pertes ont été regroupées en trois niveaux : lourde, modérée, et légère. L'espérance de vie en santé estime le nombre d'années de vie attendues pour chaque état d'autonomie fonctionnelle. La précision des estimations n'a pu cependant être évaluée dans le cadre de ce chapitre. Le cahier technique de l'enquête précise la méthode de calcul de l'espé-

rance de vie en santé ; pour une information plus complète, le lecteur peut également consulter Péron et Strohmenger (1985).

La section sur les résultats comprend trois volets. Le premier traite des journées d'incapacité ; il présente les moyennes annuelles estimées par groupe d'âge et de sexe, précise la gravité, la durée et l'origine de l'incapacité, et trace sommairement le profil de l'évolution de la situation depuis l'enquête Santé Québec 1987 et l'enquête Santé Canada de 1978. Quelques analyses selon certaines caractéristiques socio-économiques sont également présentées. Le second volet concerne la perte d'autonomie fonctionnelle à long terme. Il présente d'abord la prévalence estimée pour chacune des formes de perte d'autonomie. L'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle synthétise ensuite ces résultats, puis est utilisée à des fins de comparaison avec les résultats de 1987. Les variations des indicateurs de santé, des caractéristiques du milieu social et des conditions socio-économiques selon cette échelle sont aussi examinées. Le troisième volet examine l'espérance de vie en santé à la naissance et à 65 ans, et fait état des gains enregistrés depuis 1987.

14.2 Résultats

14.2.1 Journées d'incapacité

[Retour à la table des matières](#)

En 1992-1993, la moyenne annuelle du nombre de journées d'incapacité par personne est estimée à 13 jours pour les hommes, 17 jours pour les femmes, et 15 jours pour les sexes réunis (tableau 14.1). Le nombre total de journées d'incapacité augmente considérablement selon l'âge ; il double entre les groupes d'âge de 15-24 ans et 25-44 ans, et double à nouveau entre ceux de 25-44 ans et de 65-74 ans.

Tableau 14.1

Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le sexe et l'âge,
population en ménage privé, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Groupe d'âge	Journées d'incapacité		
	Hommes Jours	Femmes Jours	Total Jours
0-14 ans	6,9	6,3	6,6
15-24 ans	6,3	9,2	7,8
25-44 ans	12,5	16,7	14,6
45-64 ans	18,5	23,1	20,8
65-74 ans	25,8	32,3	29,5
75 ans et plus	41,0	39,7	40,2
Total	13,4	17,3	15,4

Tableau 14.2

Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le genre d'incapacité et le sexe, population en ménage privé, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe	Genre d'incapacité			
	Lourde Jours	Modérée Jours	Légère Jours	Total Jours
Hommes	2,3	6,0	5,1	13,4
Femmes	3,8	5,4	8,1	17,3
Total	3,1	5,7	6,6	15,4

Ces journées d'incapacité se composent de 3 jours d'alitement, 6 autres jours pendant lesquels les personnes ont été incapables d'aller travailler, de tenir maison ou de se rendre à l'école, et 7 jours où elles ont dû modérer leurs activités (tableau 14.2). La moyenne annuelle du nombre de journées d'alitement est plus élevée chez les femmes (4 jours) que chez les hommes (2 jours) ; cela est également le cas pour les journées d'incapacité légère (8 jours c. 5 jours). Les journées d'incapacité par rapport à l'activité principale tendent à être un peu plus nombreuses chez les hommes (6 jours) que chez les femmes (5 jours), mais cette différence n'est pas significative.

Tableau 14.3

Durée et origine de l'incapacité selon le sexe, journées d'incapacité au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe	Durée		Origine	
	Long terme %	Court terme %	Externe %	Autre %
Hommes	55,2	44,8	26,8	73,2
Femmes	53,6	46,4	15,5	84,5
Total	54,3	45,7	20,4	79,6

L'enquête permet d'estimer que plus de la moitié de toutes les journées d'incapacité (54%) sont attribuables aux personnes souffrant d'une perte d'autonomie fonctionnelle à long terme, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 14.3). L'autre moitié reflète une incapacité de courte durée, puisque ces journées sont rapportées pour des personnes ne souffrant pas d'une perte d'autonomie fonctionnelle à long terme. Par ailleurs, la proportion des journées d'incapacité d'origine externe, c'est-à-dire résultant d'un accident ou d'une blessure,

est de 20% pour l'ensemble de la population, soit 27% chez les hommes et 16% chez les femmes ; cette proportion varie sensiblement selon l'âge et le sexe, dépassant 40% chez les hommes âgés de 1544 ans (données non présentées).

Depuis l'Enquête Santé Canada 1978 et l'enquête Santé Québec 1987, la moyenne annuelle du nombre de journées d'incapacité par personne a peu évolué (tableau 14.4). On peut néanmoins souligner une légère tendance à la baisse du nombre de journées d'alitement par personne entre 1987 et 1992-1993, donc de l'incapacité lourde. Cependant, le nombre total de journées d'incapacité semble à la hausse, puisque le nombre de journées d'incapacité modérée ou légère a tendance à augmenter, du moins chez les femmes.

Tableau 14.4

Moyenne annuelle de journées d'incapacité totale et de journées d'alitement par personne selon le sexe, population en ménage privé, Québec 1978, 1987 et 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Enquêtes	Journées d'incapacité					
	Alitement			Total		
	Homme Jours	Femmes Jours	Total Jours	Homme Jours	Femmes Jours	Total Jours
Enquête Santé Canada 1978	2,1	4,2	3,2	10,4	18,5	14,5
Santé Québec 1987	2,7	4,0	3,4	13,5	16,3	14,9
Enquête sociale et de santé 1992-1993	2,3	3,8	3,1	13,4	17,3	15,4

Le nombre de journées d'incapacité est associé aux caractéristiques socio-économiques des individus. Ainsi, la moyenne annuelle des journées d'incapacité diminue de moitié, entre les niveaux de revenu très pauvre et supérieur : les personnes très pauvres ont une moyenne

annuelle de 27 journées d'incapacité par personne, dont 6 passées au lit, alors que les mieux nanties ne présentent que 11 journées d'incapacité par personne, dont 2 journées d'alitement (tableau A.14.1). Ces résultats n'ont pas été ajustés pour l'âge. Selon la scolarité relative, les différences au niveau des journées d'incapacité semblent un peu moins prononcées que celles selon le niveau de revenu : les personnes les plus scolarisées déclarent 13 journées d'incapacité comparativement à 21 journées chez les moins scolarisées.

La variation du nombre de jours d'incapacité selon le statut d'activité habituelle est évidemment associée à l'âge des individus. Il est cependant intéressant de souligner que les étudiants et les personnes en emploi ont un nombre de jours d'incapacité moindre (8 et 12 jours), tandis que les personnes sans emploi et à la retraite en ont un plus grand nombre (45 et 34 jours). Les personnes dont l'activité principale est de tenir maison se situent entre les autres groupes (19 jours).

Selon la catégorie professionnelle, les professionnels et cadres supérieurs affichent les meilleurs résultats quant aux journées d'incapacité (9 jours), tandis que les ouvriers non qualifiés et les manoeuvres affichent les pires (14 jours), suivis par les employés de bureau et de commerce (12 jours) ; les cadres intermédiaires et les contremaîtres se situent généralement entre les deux (10 jours). Tous ces groupes professionnels présentent néanmoins un nombre de journées d'incapacité inférieur à celui des personnes sans emploi, à la retraite ou à la maison.

14.2.2 Perte d'autonomie à long terme

Limitations d'activité

[Retour à la table des matières](#)

Tableau 14.5

Personnes limitées dans leurs activités, dépendantes pour les soins personnels ou les activités instrumentales, ou restreintes dans leur mobilité, selon le sexe ou l'âge, population en ménage privé, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Groupe d'âge	Limitée dans ses activités %	Dépen- dante soins personnels %	Dépendante activités ins- trumentales %	Doit rester assise ou couchée %	Ne peut sortir dehors %
Sexe					
Hommes	6,4	0,7	1,9	1,1	0,9*
Femmes	8,0	0,9	3,4	1,5	1,2
Groupe d'âge					
0-14 ans	2,2	0,3**	0,3**	0,2**	0,8**
15-24 ans	3,6	0,3**	0,6**	0,2**	0,8**
25-44 ans	6,1	0,3*	1,3	0,8	0,7*
45-64 ans	10,2	0,8*	2,9	1,9	1,0*
65-74 ans	17,2	2,0*	9,9	4,2	1,8*
75 ans et plus	22,7	7,8	22,6	7,5	5,2*
Total					
%	7,2	0,8	2,7	1,3	1,0*
Pe	511 639	54 135	188 716	90 929	72 510

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

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

Note Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives.

L'Enquête sociale et de santé estime à environ 7% la proportion de Québécois de tout âge affectés par des limitations d'activité pour des raisons de santé au moment de l'enquête, mais cette proportion s'élève à 23% chez les 75 ans et plus (tableau 14.5). Dans 90% des cas, ces limitations durent depuis au moins 6 mois ; seulement 3% des personnes concernées déclarent être limitées depuis moins d'un mois (données non présentées). Par extension, ces limitations d'activité seront donc considérées comme des limitations « à long terme », même si ce n'est pas toujours le cas.

De nombreuses enquêtes canadiennes sur l'incapacité à long terme présentent des résultats similaires. Une compilation spéciale de dix enquêtes nationales a été faite concernant la ou les questions les plus semblables à celle de Santé Québec sur les limitations (générales) d'activité. Cette comparaison porte uniquement sur la population de 15 ans et plus, et le tableau 14.6 en présente les résultats. Selon les quatre enquêtes effectuées au Québec de 1985 à 1987, la proportion estimée de la population limitée dans ses activités variait entre 8,2% et 8,7%. Santé Québec 1987 situait cette proportion à 8,5%. Plus récemment, les quatre enquêtes menées au Québec de 1991 à 1992-1993 estimaient cette proportion entre 9,1% et 10,3%. L'Enquête sociale et de santé de 1992-1993 la situe à 9,6%. Les résultats des enquêtes de Santé Québec se situent donc entre les autres résultats, pour chaque période concernée. La hausse d'environ 1% de la proportion de la population limitée dans ses activités, telle qu'indiquée par les enquêtes de Santé Québec, semble confirmée par les autres enquêtes.

Tableau 14.6

Évolution des taux de limitations d'activité, population en ménage privé de 15 ans et plus, Québec 1978 à 1993

[Retour à la table des matières](#)

Année	Sources (1)	Taux
1993	Enquête sociale et de santé 1992-1993	9,6
1991	Enquête sur la santé et les limitations d'activités	9,1
1991	Recensement du Canada	9,6
1991	Enquête sociale générale	10,3
1987	Enquête Santé Québec 1987	8,5
1986	Enquête sur la santé et les limitations d'activités	8,7
1986	Recensement du Canada	8,2
1985	Enquête sociale générale	8,4
1983	Enquête sur la santé et les incapacités	7,6
1978	Enquête Santé Canada (2)	12,5

- 1 Sources : Compilations spéciales.
- 2 Les questions n'étaient pas tout à fait comparables à celles des autres enquêtes. Les personnes dont l'activité principale était « en retraite pour des raisons de santé » ne répondaient pas aux questions sur l'incapacité ; elles étaient automatiquement classées comme limitées dans leurs activités. Cela a pour effet d'augmenter le nombre de personnes classées comme limitées.

Les causes principales des limitations d'activité sont, par ordre décroissant d'importance : les problèmes ostéo-articulaires (27%), les maladies cardio-vasculaires (13%), les maladies respiratoires (13%), les traumatismes (7%) et les problèmes d'ordre mental (6%) (tableau A.14.2). Les différences selon le sexe ne sont pas significatives.

Environ 9% des limitations sont d'origine congénitale (présentes depuis la naissance), 19% sont d'origine externe (accidentelles), et 73% sont dues à d'autres causes telles que les maladies chroniques dégénérantes (tableau 14.7). Néanmoins, l'importance relative de ces trois grandes causes varie sensiblement selon l'âge. Les limitations d'origine congénitale sont responsables de 45% des limitations à long terme chez les enfants, celles d'origine externe représentent 14% à 29% des limitations chez les groupes de personnes de 15 à 64 ans, et chez les personnes de 65 ans et plus, au-delà de 90% des limitations sont d'origine autre que congénitale ou accidentelle.

Tableau 14.7

Origine des limitations d'activité selon le sexe ou l'âge, population en ménage privé avec limitation dans les activités, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Groupe d'âge	Origine			
	Congénitale %	Accidentelle %	Autre %	Total N
Sexe				
Hommes	11,7	25,0	63,3	225 469
Femmes	6,5	13,6	79,9	286 170
Groupe d'âge				
0-14 ans	44,8	3,0**	52,2	31 532
15-24 ans	30,9	14,0*	55,2	33 809
25-44 ans	10,4	28,8	60,9	150 980
45-64 ans	2,8**	22,7	74,5	156 352
65-74 ans	0,4**	6,2*	93,4	81 345
75 ans et plus	0,1**	9,5*	90,4	57 621
Total%	8,8	18,6	72,6	511 639

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

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

*Dépendance pour les soins personnels
ou les activités instrumentales*

Moins de 1% de la population de tout âge vivant en ménage privé a besoin de l'aide d'une autre personne pour ses soins personnels (manger, se laver, s'habiller, ou se déplacer dans la maison), mais cette proportion s'élève à 8% chez les personnes de 75 ans et plus (tableau 14.5). Environ 3% de la population de tout âge a besoin d'aide pour les activités instrumentales (s'occuper de ses affaires, faire l'entretien ménager quotidien, faire ses courses ou se déplacer à l'extérieur de la maison), mais 23% des personnes de 75 ans et plus ont besoin d'une telle aide.

L'aide pour les soins personnels et les activités instrumentales provient essentiellement de personnes apparentées. Une personne sur quatre reçoit de l'aide provenant uniquement de personnes non parentes (23% et 24%) (tableau 14.8). L'aide est assurée en totalité ou en partie par un parent pour les trois quarts des personnes dépendantes et, dans la majorité des cas, cette aide provient d'une personne vivant dans le même ménage que la personne dépendante. Ainsi, la moitié des personnes ayant besoin d'aide pour les soins personnels ou les activités instrumentales sont aidées uniquement par un parent vivant dans le même ménage (54% et 49%) ; si les personnes ne cohabitent pas sont prises en compte, cette proportion s'élève aux deux tiers (64% et 65%). L'aide apportée par la parenté ne vivant pas dans le ménage est relativement plus importante pour les activités instrumentales (16%) que pour les soins personnels (9%).

Tableau 14.8

Sources d'aide pour les soins personnels et les activités instrumentales,
population dépendante en ménage privé, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sources d'aide	Personnes dépendantes	
	Soins personnels %	Activités instrumentales %
Personne apparentée vivant dans le ménage	54,4	49,2
Personne apparentée ne vivant pas dans le ménage	9,1**	16,1
Personne non apparentée	23,4	24,4
Combinaison des précédentes	13,0*	10,3
Total N	100,0	100,0

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

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

Réduction de la mobilité

Environ 4% des personnes de 65-74 ans doivent rester assises ou couchées la plus grande partie de la journée, contre 8% des 75 ans et plus (tableau 14.5). La proportion de la population ne pouvant ordinairement pas sortir de la maison lorsqu'il fait beau est estimée à 1%, mais chez les personnes de 75 ans et plus, 5% sont dans une telle situation. L'enquête de 1992-1993 ne permet pas de préciser si, avec de l'aide, ces personnes peuvent quand même sortir lorsqu'il fait beau ; l'enquête de 1987 indiquait cependant que cela était souvent le cas.

Tableau 14.9

Niveaux hiérarchiques de perte d'autonomie fonctionnelle à long terme
selon le sexe et l'âge, population en ménage privé, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Groupe d'âge	Niveaux hiérarchiques de perte d'autonomie (1)					
	Soins per- sonnels	Activités instrumenta- les	Incapable de l'activité principale	Autres limitations	Total avec perte d'autonomie	
	%	%	%	%	%	Pe
Hommes						
0-14 ans	0,3**	0,1**	0,1**	2,9	3,4	24 454
15-24 ans	0,3**	0,4**	0,5**	2,6*	3,8*	18 303
25-44 ans	0,3**	0,8*	1,5	3,4	5,9	73 525
45-64 ans	0,4**	2,0*	4,6	3,5	10,6	79 768
65-74 ans	2,8*	4,8*	6,5*	3,8*	17,9	36 360
75 ans et plus	8,1*	8,6*	3,7*	1,9**	22,3	22 630
Total	0,7	1,3	2,1	3,2	7,3	255 040
Femmes						
0-14 ans	0,3**	0,0**	0,0**	2,4*	2,7	18 590
15-24 ans	0,3**	0,3**	0,5**	4,0	5,1	23 522
25-44 ans	0,2**	1,2	2,1	4,2	7,8	95 877
45-64 ans	1,2*	2,2	4,0	4,1	11,5	89 068
65-74 ans	1,3**	10,7	4,4*	4,6*	21,0	56 685
75 ans et plus	7,6*	19,6	2,9*	2,6**	32,7	49 758
Total	0,9	2,6	2,1	3,8	9,3	333 500
Sexes réunis						
0-14 ans	0,3**	0,1**	0,1**	2,6	3,1	43 044
15-24 ans	0,3**	0,4**	0,5*	3,3	4,4	41 825
25-44 ans	0,3*	1,0	1,8	3,8	6,9	169 403
45-64 ans	0,8*	2,1	4,3	3,8	11,0	168 836
65-74 ans	2,0*	8,1	5,3	4,3	19,7	93 045
75 ans et plus	7,8	15,2	3,2*	2,3*	28,6	72 388
Total	0,8	2,0	2,1	3,5	8,3	588 540

1 Les catégories sont mutuellement exclusives.

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

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

*Échelle hiérarchique
d'autonomie fonctionnelle à long terme*

L'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle tient compte de l'ensemble des formes de perte d'autonomie à long terme, classant les personnes qui en sont affectées selon la gravité de leur perte d'autonomie. Les résultats figurent au tableau 14.9 ; contrairement au tableau 14.5, les catégories décrivant les différents niveaux de perte d'autonomie fonctionnelle sont ici mutuellement exclusives. Elles sont aussi hiérarchiques, du fait que le premier niveau applicable est celui utilisé pour classer la personne.

Tableau 14.10

Niveaux hiérarchiques de perte d'autonomie fonctionnelle à long terme
selon le sexe, population en ménage privé, Québec 1987 et 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe	Niveaux hiérarchiques de perte d'autonomie ¹				
	Soins personnels	Activités instrumentales	Incapable de l'activité principale	Autres limitations	Total
	%	%	%	%	%
Hommes					
1987	0,8	1,0	1,6	4,0	7,3
1992-1993	0,7	1,3	2,1	3,2	7,3
Femmes					
1987	1,0	2,3	1,4	3,5	8,2
1992-1993	0,9	2,6	2,1	3,8	9,3
Sexes réunis					
1987	0,9	1,6	1,5	3,7	7,7
1992-1993	0,8	2,0	2,1	3,5	8,3

¹ Les catégories sont mutuellement exclusives.

Selon cette échelle, environ 1% de la population vivant en ménage privé est dépendante pour les soins personnels, 2%, pour les activités instrumentales, et un autre 2% est incapable de faire une activité principale ; la présence d'autres limitations affecte près de 4% de la population. En tout, 8% de la population vivant en ménage privé a une perte d'autonomie à long terme.

La prévalence de la perte d'autonomie fonctionnelle croît rapidement à partir du groupe d'âge des 45-64 ans. Parmi la population en ménage privé de 75 ans et plus, environ un homme sur cinq et une femme sur trois souffrent d'une perte d'autonomie fonctionnelle (22% et 33%), soit 29% de la population de cet âge. Il s'agit le plus souvent d'une perte lourde d'autonomie caractérisée par une dépendance envers d'autres personnes pour les soins personnels et les activités instrumentales (8% et 15%). Dans la population de 25 à 64 ans, la perte d'autonomie fonctionnelle est plutôt modérée, et reliée à une incapacité de faire une activité principale ou légère, laquelle résulte d'autres limitations.

Par rapport aux données de l'enquête Santé Québec 1987, la proportion de personnes présentant une perte d'autonomie à long terme est demeurée stable chez les hommes et semble avoir augmenté chez les femmes, bien que la différence ne soit pas significative au seuil retenu (tableau 14.10). Cette tendance à la hausse semble être associée aux formes moins graves de perte d'autonomie, puisque la proportion de la population affectée par la forme la plus grave, soit la dépendance pour les soins personnels, a peu varié. Quant aux variations selon l'âge et le sexe, les résultats de 1987 sont similaires à ceux de la présente enquête (tableau A.14.3).

On a vérifié le lien entre la perte d'autonomie fonctionnelle à long terme et quelques indicateurs de santé. Ainsi, la moyenne annuelle du nombre de journées d'incapacité par personne s'élève à 100 jours, dont 19 journées d'alitement, pour les personnes ayant une perte d'au-

tonomie à long terme, contre 8 journées d'incapacité, dont 2 journées d'alitement, pour les personnes n'ayant aucune perte d'autonomie (tableau 14.11). Le nombre de journées d'incapacité est d'autant plus élevé que la perte d'autonomie est grave. L'enquête permet également d'estimer que plus de la moitié (52%) des personnes dépendantes pour les soins personnels doivent habituellement rester assises ou couchées, alors que ce n'est le cas que d'une personne sur vingt chez celles ayant d'« autres limitations ».

Tableau 14.11

Journées d'incapacité et personnes restreintes dans leur mobilité selon l'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme, population en ménage privé, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Niveaux hiérarchiques de perte d'autonomie	Journées d'incapacité (moyenne annuelle / personne)				Restriction de mobilité	
	Alitement Jours	Activité principale Jours	Autres activités Jours	Total Jours	Doit rester assis ou couché %	Ne peut pas sortir %
Avec perte d'autonomie	18,6	42,1	39,6	100,3	15,4	12,3
Soins personnels	78,2	85,7	43,3	207,3	52,4	22,6*
Activités instrumentales	21,9	53,6	57,2	132,7	23,5	10,6*
Activité principale	16,1	67,9	48,1	132,1	12,4	1,5**
Autres limitations	5,2	10,4	23,6	39,2	4,6*	17,6*
Sans perte d'autonomie	1,7	2,4	3,6	7,7	0,0**	0,0**
Total	3,1	5,7	6,6	15,4	1,3	1,0*

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

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

La proportion des personnes qui perçoivent leur santé comme mauvaise augmente à mesure que s'aggrave la perte d'autonomie fonctionnelle (graphique 14.1). Elle est presque nulle (0,4%) chez les personnes n'ayant aucune perte, puis passe de 3% chez celles qui n'ont

que des limitations de type « autres » à 36% chez les personnes dépendantes pour les soins personnels. De plus, les consultations d'un professionnel de la santé sont plus fréquentes à mesure que la perte d'autonomie est plus grave. Presque la moitié (49%) des personnes ayant une perte d'autonomie fonctionnelle à long terme ont consulté un professionnel de la santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Cette proportion atteint 63% chez les personnes dépendantes pour leurs soins personnels, alors qu'une personne sur quatre (23%) faisait de même chez les personnes n'ayant aucune perte d'autonomie.

Graphique 14.1

Personnes percevant leur santé comme mauvaise et personnes ayant consulté un professionnel de la santé au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête selon l'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme, population en ménage privé, Québec 1992-1993

¹ Population de 15 ans et plus.

² Population totale.

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

Concernant les disparités socio-économiques (tableau A.14.4), l'enquête indique que la proportion de la population souffrant d'une perte quelconque d'autonomie fonctionnelle à long terme est plus élevée chez les personnes très pauvres (19%) que chez les personnes dont le niveau de revenu est supérieur (4%). Ces résultats n'ont pas été ajustés pour l'âge. Seulement 6% des personnes les plus scolarisées ont une perte d'autonomie fonctionnelle à long terme, contre 13% des moins scolarisées. Si l'on examine le statut d'activité habituelle, les personnes au travail ou aux études présentent les plus faibles prévalences de perte d'autonomie fonctionnelle à long terme (5% et 4%), tandis que les personnes sans emploi et celles à la retraite ont les prévalences les plus élevées (26% et 22%). Les personnes dont l'activité principale est de tenir maison se situent entre les deux (13%).

Selon la catégorie professionnelle, les professionnels et cadres supérieurs affichent les meilleurs résultats quant à ces mesures (3%), tandis que les ouvriers présentent les pires prévalences (6%). Néanmoins, pour toutes les catégories professionnelles, la prévalence est inférieure à celle des personnes sans emploi, à la retraite ou à la maison.

La perte d'autonomie fonctionnelle à long terme est aussi associée à certains aspects du milieu social relatifs à la satisfaction quant à la vie sociale, aux relations avec les amis et, le cas échéant, avec le conjoint et les enfants, ou au fait de vivre seule (tableau 14.12). En général, les personnes ayant une perte d'autonomie fonctionnelle sont plus susceptibles que les autres d'être non satisfaites pour chacun de ces aspects de leur vie sociale.

Tableau 14.12

Indicateurs de non-satisfaction quant à certains aspects de la vie sociale selon l'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme, population de 15 ans et plus en ménage privé, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Niveaux hiérarchiques de perte d'autonomie	Personnes insatisfaites				
	Vie sociale en général %	Relations avec amis %	Relations avec conjoint (1) %	Relations avec enfants (1) %	Vivre seule (1) %
Avec perte d'autonomie	22,3	16,0	12,7	6,3	16,0*
Soins personnels	27,8*	26,1 *	8,0**	6,5**	4,6**
Activités instrumentales	24,8	20,1	10,8*	6,8*	12,2**
Activité principale	27,0	15,6	14,6*	7,6*	20,3*
Autres limitations	16,9	12,3	12,8	4,8**	18,5*
Sans perte d'autonomie	10,3	7,7	9,4	3,2	7,2
Total	11,4	8,4	9,5	3,5	8,7

- 1 Les proportions de personnes insatisfaites de leurs relations avec le conjoint ou les enfants, ou insatisfaites de vivre seules sont calculées sur la base des populations concernées. Les personnes non satisfaites de leurs relations avec le conjoint incluent celles qui se sont déclarées « plutôt satisfaites ».

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

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

14.2.3 Espérance de vie en santé

[Retour à la table des matières](#)

L'espérance de vie en santé résume les données de mortalité et d'hébergement en institution, de même que les données déjà présentées sur l'autonomie fonctionnelle à long terme et les incapacités à court terme. L'espérance de vie en santé présentée ici est axée sur l'ef-

fet des problèmes de santé sur le fonctionnement des individus (exécution des activités principales, mobilité et autres activités), mais particulièrement sur l'indépendance physique par rapport à autrui pour l'exécution des activités de la vie quotidienne (soins personnels et activités instrumentales). L'évolution des données sur l'hébergement et la mortalité entre 1987 et 1992 sera d'abord brièvement commentée, afin de tisser la toile de fond de l'évolution de l'espérance de vie en santé.

Hébergement en institution

Selon les données de fichiers administratifs (Rochon et Lafontaine, 1994), il y avait au Québec, en 1992-1993, moins d'une personne sur cent hébergée en institution (tableau A.14.5) ; néanmoins, l'hébergement en institution est beaucoup plus fréquent à un âge avancé. On observe une légère diminution des taux d'institutionnalisation depuis 1987. Ainsi, chez les personnes de 75 ans et plus, le taux est passé de 11% à 9% chez les hommes, et de 16% à 14% chez les femmes. Cette baisse s'explique par deux phénomènes : le changement d'orientation du secteur de la santé et de la déficience mentales, et la relative stabilité du nombre de places en établissement de soins de longue durée pour la population âgée, même si celle-ci augmente rapidement.

Mortalité

Selon les tables de mortalité de 1992 (Duchesne et Thibault, 1994), presque huit hommes sur dix et neuf femmes sur dix peuvent s'attendre à vivre jusqu'à l'âge de 65 ans (tableau A.14.6). Entre 1987 et 1992, la probabilité de survie jusqu'à l'âge de 75 ans est passée de 51% à 56% chez les hommes, et de 72% à 75% chez les femmes. Par conséquent, l'espérance de vie est plus élevée en 1992 qu'en 1987. L'espérance de vie à la naissance est en effet estimée à 77,7 ans en 1992-1993, comparativement à 76,1 ans en 1987, et l'espérance de vie à 65 ans, à 18,0 ans alors qu'elle était de 16,9 ans en 1987 (tableau 14.13). Les gains concernent les hommes autant que les femmes.

Espérance de vie en santé

En 1992-1993, les Québécoises ont une espérance de vie de 81,1 ans à la naissance (tableau 14.13). Cependant, elles sont appelées à passer, en moyenne, 3,0 ans avec une perte lourde d'autonomie dont la moitié en institution, 5,4 ans avec une perte modérée d'autonomie et 3,8 ans avec une perte légère, ce qui leur permet d'espérer vivre 68,8 ans sans aucune forme de perte d'autonomie. L'espérance de vie des hommes n'est que de 74,2 ans. Cependant, les durées de vie avec contraintes sont moins élevées pour eux. Ils peuvent s'attendre à vivre 1,8 an avec une forme lourde de perte d'autonomie, 3,6 ans avec une perte modérée et 2,9 ans avec une perte légère, ce qui leur laisse une espérance de vie en santé de 65,9 ans. La différence entre les deux sexes est donc de 6,9 ans de vie totale, dont 2,9 ans sans incapacité.

Tableau 14.13

Espérance de vie en santé à la naissance et à 65 ans, selon le sexe,
Québec 1987 et 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

État d'autonomie fonctionnelle	Hommes		Femmes		Total	
	1987 ans	1992 ans	1987 ans	1992 ans	1987 ans	1992 ans
Espérance de vie à la naissance						
Totale	72,3	74,2	79,8	81,1	76,1	77,7
Sans perte d'autonomie fonctionnelle	64,0	65,9	68,2	68,8	66,1	67,4
Avec perte d'autonomie fonctionnelle	8,3	8,2	11,6	12,3	9,9	10,3
— lourde	1,9	1,8	3,5	3,0	2,7	2,4
en institution	0,8	0,8	1,8	1,6	1,3	1,2
dépendant pour les soins personnels	1,0	1,0	1,8	1,5	1,4	1,2
— modérée	2,9	3,6	4,4	5,4	3,7	4,5
dépendant pour les activités instrumentales	1,0	1,3	2,7	3,2	1,8	2,2
incapable de l'activité principale	1,9	2,3	1,8	2,3	1,9	2,3
— légère (autres limitations)	3,6	2,9	3,6	3,8	3,6	3,3
Espérance de vie à 65 ans						
Totale	14,4	15,5	19,1	20,1	16,9	18,0
Sans perte d'autonomie fonctionnelle	10,6	11,5	12,7	13,2	11,8	12,4
Avec perte d'autonomie fonctionnelle	3,8	4,0	6,4	6,9	5,2	5,6
— lourde	1,4	1,5	3,1	2,5	2,3	2,0
en institution	0,8	0,7	1,8	1,6	1,3	1,2
dépendant pour les soins personnels	0,6	0,8	1,3	0,9	0,9	0,8
— modérée	1,3	1,8	2,5	3,5	1,9	2,7
dépendant pour les activités instrumentales	0,7	0,9	1,9	2,8	1,3	1,9
incapable de l'activité principale	0,7	0,9	0,6	0,7	0,6	0,8
— légère (autres limitations)	1,1	0,6	0,8	0,9	1,0	0,8

La description des changements survenus depuis 1987 est présentée au tableau 14.14 sous forme de hausse et de réduction en mois d'espérance de vie pour chaque état d'autonomie. À la naissance, les gains en espérance de vie sont de 22 mois chez les hommes et de 16 mois chez les femmes. Les gains en espérance de vie sans perte d'autonomie fonctionnelle sont estimés à 24 mois pour les hommes et à huit mois pour les femmes. Par rapport à 1987, l'espérance de vie avec perte d'autonomie a diminué d'un mois pour les hommes, tandis que les femmes peuvent s'attendre à vivre 7 mois de plus dans cet état. Néanmoins, pour les personnes des deux sexes, il y a une réduction du temps attendu avec perte lourde d'autonomie fonctionnelle (1 mois chez les hommes et 6 mois chez les femmes), et une hausse importante du temps attendu avec perte modérée (8 mois chez les hommes et 12 mois chez les femmes).

Tableau 14.14

Changements dans l'espérance de vie en santé au Québec,
entre 1987 et 1992-1993, selon le sexe (mois)

[Retour à la table des matières](#)

État d'autonomie fonctionnelle	À la naissance			À 65 ans		
	Hommes Mois	Femmes Mois	Total Mois	Hommes Mois	Femmes Mois	Total Mois
Espérance de vie totale	+22	+ 16	+20	+ 13	+ 12	+ 13
Sans perte d'autonomie fonctionnelle	+24	+ 8	+16	+11	+ 5	+ 8
Avec perte d'autonomie fonctionnelle	- 1	+ 7	+ 4	+ 2	+ 7	+ 5
— lourde	- 1	- 6	- 3	+ 1	- 7	- 3
— modérée	+ 8	+12	+10	+ 6	+13	+10
— légère	- 8	+ 2	- 3	- 6	+ 1	- 2

À l'âge de 65 ans, les gains en espérance de vie sont de 13 mois chez les hommes et de 12 mois chez les femmes. Les gains en espérance de vie sans perte d'autonomie fonctionnelle sont de 11 mois

chez les hommes et de 5 mois chez les femmes. Par rapport à 1987, les hommes peuvent s'attendre à vivre 2 mois de plus avec perte d'autonomie fonctionnelle et les femmes, 7 mois de plus.

Finalement, pour l'espérance de vie avec puis sans perte d'autonomie fonctionnelle, les changements survenus entre 1987 et 1992 ont été analysés plus étroitement, selon une méthode utilisée par Wilkins, Chen et Ng (1994) (tableau A.14.7). A la naissance, la baisse de mortalité entre 1987 et 1992 a un effet positif sur l'espérance de vie sans perte d'autonomie fonctionnelle, qui équivaut à un gain de 17 mois chez les hommes et de 6 mois chez les femmes. Chez les hommes, la réduction des taux d'incapacité (y compris celle des taux d'hébergement en institution) a aussi un effet positif, qui se traduit par un gain de 7 mois. Cependant, la hausse des taux d'incapacité chez les femmes a un effet négatif sur l'espérance de vie sans perte d'autonomie fonctionnelle, qui entraîne une perte de 3 mois.

À 65 ans, la baisse de mortalité entre 1987 et 1992 a un effet positif qui correspond à une hausse de 9 mois chez les hommes et de 7 mois chez les femmes. Par ailleurs, les changements des taux d'incapacité ont pour effet d'ajouter 2 mois à la durée de vie sans perte d'autonomie chez les hommes, mais d'en enlever 2 aux femmes de cet âge.

14.3 Conclusions

14.3.1 Synthèse et pistes de recherche

[Retour à la table des matières](#)

Pour la population québécoise vivant en ménage privé, la présente enquête porte à croire qu'il y a, depuis 1987, une tendance à la baisse du nombre de journées d'alitement par personne (moyenne annuelle),

donc de l'incapacité lourde, alors que cette tendance serait à la hausse pour les autres formes d'incapacité, modérées ou légères.

La proportion de personnes présentant une perte d'autonomie fonctionnelle à long terme est restée stable chez les hommes depuis 1987, mais a augmenté chez les femmes. Cependant, cette augmentation serait plus particulièrement associée aux formes moins graves de perte d'autonomie, puisque la proportion de la population affectée par la forme la plus lourde, soit la dépendance pour les soins personnels, a peu varié. Des données administratives indiquent par ailleurs que les taux d'hébergement en institution ont baissé durant cette période pour les personnes des deux sexes.

Considérés dans leur ensemble, ces résultats suggèrent que la prévalence des formes lourdes de perte d'autonomie fonctionnelle à long terme a diminué depuis 1987 au sein de la population québécoise, mais qu'il y a néanmoins une prévalence accrue pour les formes moins graves. De plus, entre 1987 et 1992, les statistiques de l'état civil enregistrent une diminution importante des taux de mortalité chez les deux sexes.

L'enquête Santé Québec 1987 avait révélé des gains en espérance de vie sans incapacité par rapport à l'Enquête Santé Canada 1978-1979. Depuis 1987, les gains en espérance de vie et en espérance de vie sans perte d'autonomie fonctionnelle ont été remarquables. La vie est maintenant plus longue, de même que la durée de vie sans dépendance ou limitation. À la naissance et à 65 ans, les hommes ont gagné un peu plus que les femmes en matière d'espérance de vie. Mais sur le plan de l'espérance de vie sans perte d'autonomie, ils ont gagné un net avantage sur les femmes ; ce dernier disparaît cependant, si on ne considère que les pertes modérées ou lourdes. Par rapport aux résultats de 1987, il n'en demeure pas moins qu'à la naissance, une Québécoise peut s'attendre à passer huit mois de plus avec une perte d'autonomie fonctionnelle, et à l'âge de 65 ans, les Québécois et Québécoises peuvent s'attendre à vivre quelques mois de plus (2 à 7) avec une

perte d'autonomie fonctionnelle. Les résultats indiquent en particulier une plus longue période de dépendance pour les activités instrumentales chez les personnes âgées en perte d'autonomie.

La recherche sur l'autonomie fonctionnelle de la population du Québec pourrait prendre plusieurs directions, dont voici quelques pistes importantes :

Examiner les inégalités sociales par rapport à l'espérance de vie en santé. Cela demanderait l'élaboration de tables de mortalité selon la suffisance du revenu (seul le revenu du quartier est disponible), ou le lieu de naissance (Québec, ailleurs au Canada, autres pays). Des calculs selon la scolarité relative et la profession seraient aussi souhaitables, mais les données de mortalité disponibles actuellement ne permettent pas de telles analyses.

Étudier le niveau d'autonomie des personnes hébergées en institution. Cela pourrait se faire à partir des données administratives ou des enquêtes fédérales sur la santé et les limitations d'activité (mais l'échantillon au Québec est restreint). Il serait d'ailleurs important de s'assurer que les personnes qui ne vivent pas en ménage privé ou en ménage collectif institutionnel soient aussi visées par l'étude.

Distinguer les personnes qui reçoivent effectivement toute l'aide dont elles ont besoin de celles dont le besoin d'aide n'est pas satisfait. Cela exigerait l'ajout d'une ou deux questions supplémentaires.

Décrire le type particulier d'activité pour laquelle on a besoin d'aide. Cette information serait utile pour la planification des services d'aide à domicile ou en établissement.

14.3.2 Éléments de réflexion pour la planification

[Retour à la table des matières](#)

Si les gains en espérance de vie en santé indiquent que la santé de la population générale s'est améliorée, les répercussions sur les services de santé sont plutôt ambiguës. L'augmentation de l'espérance de vie, dont une partie plus longue avec perte d'autonomie, laisse prévoir un plus grand besoin d'aide personnelle, qu'il s'agisse d'aidants familiaux ou de services à domicile (pour les soins personnels et les activités instrumentales), de même que de services institutionnels d'hébergement, à mesure que la population vieillit et que la taille de la population très âgée augmente. L'enquête a mis en lumière l'importance de la parenté dans la prestation des soins personnels et le soutien des activités instrumentales ; pour les trois quarts de la population ayant besoin d'aide pour les soins personnels ou les activités instrumentales, l'aide est assurée en totalité ou en partie par une personne apparentée.

Afin de planifier des stratégies visant à réduire les conséquences négatives des problèmes de santé, les concepts de la Classification internationale des handicaps permettent de discerner plusieurs points d'intervention. On peut prévenir les maladies et les traumatismes à l'origine des déficiences et des incapacités, ou en réduire les conséquences. Par exemple, en assurant l'aide technique nécessaire, on peut faire en sorte qu'une déficience ne se solde pas en incapacité. On peut aussi diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles qu'en soient l'origine et la nature. Cette approche vise à éliminer les obstacles que rencontrent les personnes ayant des incapacités dans le milieu physique et social, obstacles qui gênent l'exécution de leur rôles sociaux.

14.4 Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

Duchesne, L. ; Thibault, N. (1994). *Tables de mortalité abrégées pour le Québec en 1987 et 1992, à partir des décès observés et des nouvelles estimations de la population (Statistique Canada, Octobre 1993)*, Direction des statistiques socio-démographiques, Bureau de la Statistique du Québec, Québec.

Enquête santé Canada ; Santé et bien-être social Canada ; Statistique Canada (1981). *La santé des Canadiens. Rapport de l'enquête Santé Canada*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.

Ministère de la santé et des services sociaux (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec.

Organisation mondiale de la santé (1988). *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies*, CTNER-HIINSERM, Paris.

Péron, Y. ; Strohmenger, C. (1985). *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation*, Statistique Canada, Catalogue 82-843F, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.

Rochon, M. ; Lafontaine, P. (1994). *Nombre et taux de personnes hébergées dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, Québec, 1987 et 1992-93*, Note de service, Service des études

et analyses, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 8 juin.

Santé Québec (1988). *Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Les Publications du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

Statistique Canada (1986). *Rapport de l'enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, 1983- 1984*, Catalogue 82-555F, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.

Statistique Canada (1987). *Santé et aide du milieu, 1985*, Enquête sociale générale, Série analytique, Catalogue 11-612F, no 1., ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.

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

Statistique Canada (1994). *L'état de santé des Canadiens : Rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, Catalogue 11-612E, no 8., Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, Ottawa.

Wilkins, R. (1992). « Espérance de santé au Québec, 1987 », dans : Robine, J.M. ; Blanchet, M. ; Dowd, J.E., eds, *Espérance de santé, Éditions INSERM, Collection Analyses et Prospective, La Documentation Française, Paris*, pages 81-100.

Wilkins, R. ; Chen, J.J. ; Ng, E. (1994). "Changes in health expectancy in Canada from 1986 to 1991", dans : Mathers, C.D. ; McCallum, J. ; Robine, J.M., *Advances in Health Expectancies : Proceedings of the Seventh Meeting of the International Network on Health/ Expectancy (REVES)*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, pages 112-129.