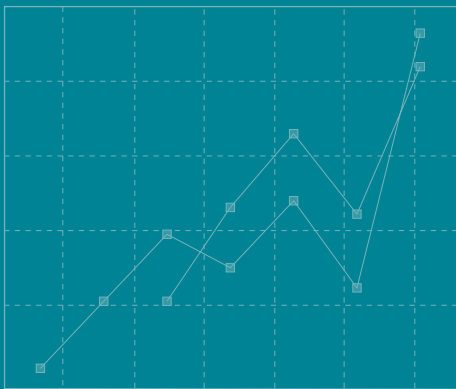


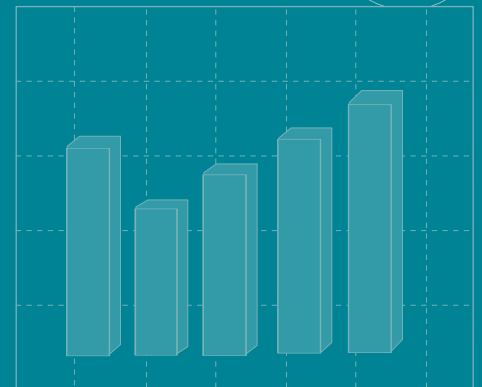
COLLECTION
**la santé et
le bien-être**

ENQUÊTE
QUÉBÉCOISE
SUR LES
LIMITATIONS
D'ACTIVITÉS
1998

9



40



78



65

2

Pour tout renseignement concernant l'ISQ et les données statistiques qui y sont disponibles, s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec

200, chemin Sainte-Foy

Québec (Québec)

G1R 5T4

Téléphone : (418) 691-2401

ou

Téléphone : 1 800 463-4090

(aucuns frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site WEB : <http://www.stat.gouv.qc.ca>

Cette publication a été réalisée et produite par l'Institut de la statistique du Québec.

Les Publications du Québec en assurent la distribution.

Les Publications du Québec
1500-D, boul. Charest Ouest
Sainte-Foy (Québec)
G1N 2E5

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Deuxième trimestre 2001
ISBN-2-551-21352-5

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction est interdite sans l'autorisation expresse de l'Institut de la statistique du Québec.

Juin 2001

Avant-propos

Depuis une vingtaine d'années, la société québécoise s'est donné le mandat de favoriser l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. L'augmentation de l'espérance de vie, qui s'accompagne d'une croissance du nombre de personnes déclarant une incapacité et susceptibles d'être marginalisées, rend la réalisation de ce mandat d'autant plus pressante.

Le coup d'envoi du gouvernement du Québec a été donné en 1978 par la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, créant l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). Celui-ci a pour mandat de coordonner les services dispensés aux personnes handicapées, d'informer et de conseiller celles-ci, de promouvoir leurs intérêts et de faciliter leur intégration sociale. C'est de concert avec ses partenaires des secteurs public, parapublic et privé, les personnes handicapées et les organismes qui les représentent que l'OPHQ a élaboré la politique d'ensemble *À part... égale* en 1984. Cette politique touchait une quinzaine de domaines d'intervention et invitait, par la formulation d'une série de recommandations, l'ensemble des partenaires sociaux à se *mettre à l'heure* de l'intégration.

Deux objectifs de *La politique de la santé et du bien-être* de 1992 marquent l'implication du ministère de la Santé et des Services sociaux. L'objectif 18 concerne les personnes en perte d'autonomie : « d'ici l'an 2002, éliminer les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées. » L'objectif 19 vise les personnes ayant une incapacité : « d'ici l'an 2002, diminuer les situations qui engendrent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles que soient l'origine et la nature de ces incapacités. » Pour suivre l'évolution de la situation, il est nécessaire de connaître la prévalence des incapacités, leurs caractéristiques (nature et gravité), de même que le degré d'intégration sociale des personnes.

Les résultats de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* étaient fortement attendus depuis la parution du rapport de l'*Enquête sociale et de santé 1998* dont elle constitue un volet. Pour cette importante enquête, l'Institut de la statistique du Québec a pris le relais de l'*Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986* et de l'*Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991* de Statistique Canada. Cette enquête répond au besoin de disposer au Québec de données essentielles à la planification des ressources et à leur distribution régionale. Une grande attention a été portée dans ce rapport à la comparabilité avec les enquêtes canadiennes. De plus, le fait que les personnes sélectionnées pour cette enquête étaient aussi répondantes à l'*Enquête sociale et de santé 1998* apporte des connaissances nouvelles sur leurs conditions de vie et leur état de santé. Cette enquête offre donc un double intérêt : les données, comparables à celles des enquêtes canadiennes, permettent aussi des comparaisons avec la population québécoise sans incapacité, grâce à son échantillon commun avec l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Ainsi, l'atteinte des objectifs peut être mesurée autant par la progression des résultats visés dans le temps que par la réduction des écarts entre les personnes avec incapacité et les personnes sans incapacité, écarts mesurés pour la première fois au Québec de façon aussi complète.

Fruit d'une collaboration entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Office des personnes handicapées du Québec et l'Institut de la statistique du Québec, ce rapport est un outil d'information pour divers agents sociaux. Les décideurs, planificateurs et intervenants y trouveront maintes applications. Ce rapport n'épuise pas, loin de là, les possibilités d'analyse des données. C'est pourquoi l'ISQ encourage les recherches faites à partir de ses banques de données. Ainsi, un programme du Fonds de la recherche en santé du Québec offre chaque année des subventions à des chercheurs qui

présentent un projet de recherche utilisant des données d'enquêtes de santé de l'ISQ. Le Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ, à l'Université de Montréal, permet une plus grande accessibilité à ces données.

Je ne peux terminer sans remercier les 29 792 personnes qui ont participé à cette enquête et, en particulier, les 4 015 personnes ayant une incapacité qui ont accepté de répondre, souvent à plus d'un questionnaire. Nous réitérons notre engagement à respecter la confidentialité des précieuses informations qu'elles nous ont confiées. Merci aussi aux nombreux collaborateurs qui ont fait la diversité et la qualité de ce rapport.

Le directeur général,

Yvon Fortin

Cette publication a été réalisée sous la direction de :

Jocelyne Camirand, Direction Santé Québec, ISQ
Jacinthe Aubin, Direction Santé Québec, ISQ
Nathalie Audet, Direction Santé Québec, ISQ
Robert Courtemanche, Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales, ISQ
Claire Fournier, Direction Santé Québec, ISQ
Brigitte Beauvais, Direction Santé Québec, ISQ
Rébecca Tremblay, Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales, ISQ

Avec la collaboration de :

Madeleine Levasseur, Institut national de santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Alain Saucier, ministère de la Santé et des Services sociaux
Carole Daveluy, Direction Santé Québec, ISQ
Serge Trépanier, Office des personnes handicapées du Québec
Pierre Blanchard, Office des personnes handicapées du Québec
Lorraine Caouette, Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales, ISQ
Yann Latulippe, Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales, ISQ
Suzanne Doré, Office des personnes handicapées du Québec

Avec l'assistance technique de :

Carl Drouin, Direction Santé Québec, ISQ, à l'édition du rapport
Jean-François Cardin, Direction Santé Québec, ISQ, au traitement des données
Nadia Tremblay, Lucie Desroches et France Lozeau, Direction Santé Québec, ISQ, à la mise en page
Nicole Descroisselles, Direction de l'édition et des communications, ISQ, et Essema inc., à la révision linguistique

Enquête coordonnée par :

Jocelyne Camirand, Direction Santé Québec, ISQ

Direction de Santé Québec :

Daniel Tremblay

L'Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998 a été subventionnée par :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)
L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)

**Pour tout renseignement concernant
le contenu de cette publication :**

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, bureau 1620
Montréal (Québec) H3B 4J8
Téléphone : (514) 873-4749
Télécopieur : (514) 864-9919

ou

Téléphone : 1 877 677-2087
(aucuns frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site WEB : <http://www.stat.gouv.qc.ca>.

Citation suggérée pour le rapport :

CAMIRAND, J., J. AUBIN, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, C. FOURNIER, B. BEAUVAIS, R. TREMBLAY et autres (2001). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 516 p.

Citation suggérée pour un chapitre :

SAUCIER, A., et P. LAFONTAINE (2001). « Prévalence et gravité de l'incapacité dans la population québécoise » dans *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, chapitre 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 73-87.

Avertissements

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans le présent rapport sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %.

Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et les figures.

Tous les résultats apparaissant dans ce rapport ont été pondérés à moins d'avis contraire expressément mentionné dans le texte (voir chapitre 1).

Signes conventionnels :

- .. Donnée non disponible
- ... N'ayant pas lieu de figurer
- Néant ou zéro
- Donnée infime

Pe '000 Population estimée en milliers

Remerciements

De nombreuses personnes ont été associées à l'une ou l'autre des étapes de cette enquête, et ont contribué à réaliser ce qui n'était, en 1997, qu'un projet.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) ont été les instigateurs de ce projet. Leur contribution à l'enquête a été essentielle, non seulement par leur appui financier, mais également par l'engagement des nombreux professionnels et chercheurs qui y ont participé activement, comme membres de comités ou des groupes d'analyse. Alain Saucier (MSSS) et Robert Allie (OPHQ) ont été les premiers à reconnaître la pertinence de cette enquête et c'est en grande partie grâce à eux qu'elle a vu le jour.

Le comité d'orientation de l'enquête a joué un rôle déterminant dans la mise en œuvre de l'enquête à toutes ses étapes : de la révision du questionnaire jusqu'au choix des thèmes abordés dans le rapport et à la révision des textes. Nous tenons à remercier sincèrement ses membres de leur engagement exceptionnel qui a dépassé, de loin, le seul rôle de conseiller. Ils ont mis la main à la pâte et la qualité de ce rapport doit beaucoup à leur implication. De plus, c'est avec un plaisir toujours renouvelé que nous avons travaillé ensemble.

Membres externes du comité d'orientation¹

Alain Saucier, Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, MSSS

Madeleine Levasseur, Direction de la santé publique, MSSS, Institut national de santé publique

Pierre Blanchard, Direction de la recherche, du développement et des programmes, OPHQ

Serge Trépanier, Direction de la recherche, du développement et des programmes, OPHQ

Nos remerciements chaleureux vont aussi aux membres des groupes d'analyse qui ont signé les divers chapitres de ce rapport. Durant ce processus de longue haleine qui a conduit de la proposition d'un plan d'analyse, à l'analyse, puis à la rédaction et à la correction des manuscrits, ils ont fait preuve de patience et de détermination et ont accepté de bonne foi les exigences d'un projet impliquant un aussi grand nombre de collaborateurs. C'est sur leur collaboration et leur expertise que repose toute la richesse des analyses présentées dans ce rapport. Nous les en remercions, de même que les organismes auxquels ils sont rattachés. Nos remerciements vont également aux lecteurs externes, qui ont accepté de commenter les manuscrits et dont la liste est présentée à l'annexe 1. Leurs commentaires ont grandement contribué à la qualité de ce rapport.

Nos remerciements vont également à Statistique Canada qui a mis à notre disposition le matériel de collecte de l'ESLA et plus particulièrement à Jean-Pierre Morin (Division des méthodes d'enquêtes sociales) pour tous les renseignements qu'il nous a fournis sur la méthodologie de l'ESLA, de même qu'à Éric Langlet (Statistique Canada). Merci également aux membres du comité scientifique de Santé Québec pour leurs avis éclairés sur la méthodologie de l'enquête.

Notre gratitude va aussi aux membres externes du comité de révision et d'édition, pour leur concours à la révision des textes : Alain Saucier (MSSS), Madeleine Levasseur (MSSS, INSP) et Serge Trépanier (OPHQ), auxquels s'est jointe Suzanne Doré de la Direction de la recherche, du développement et des programmes de l'OPHQ.

¹ L'affiliation des collaborateurs est celle au moment des travaux de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998.

Plusieurs de nos collègues de la Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales (DMES) de l'ISQ ont travaillé avec engagement et rigueur aux aspects statistiques et méthodologiques de ce projet. Nous voulons rappeler d'une façon toute particulière la collaboration de la regrettée Lorraine Caouette, statisticienne attachée à ce projet, qui a travaillé avec beaucoup d'enthousiasme à ses premières étapes. C'est avec émotion que nous relisons les lignes de ce rapport qui sont de sa main. Cette enquête lui tenait à cœur; en terminant ce rapport, nous savons que nous réalisons un de ses vœux. Nos sincères remerciements vont également à Rébecca Tremblay, statisticienne, qui a pris la relève, ainsi qu'à Robert Courtemanche (statisticien), collaborateur indispensable tout au long de ce projet. Ils ont su relever avec expertise les défis qu'a posé ce projet complexe. Merci également à Yann Latulippe et Luc Côté (DMES) qui leur ont prêté main-forte.

La collecte de données de l'enquête a été confiée au Groupe Léger & Léger inc. Nous tenons à remercier toute l'équipe attachée à l'EQLA sous la direction de Denis Fagnan, les coordonnatrices régionales et les intervieweurs, ainsi que la firme hfo-01 à qui a été confiée l'informatisation des questionnaires de l'EQLA.

La réalisation, et surtout le succès de ce projet, doivent beaucoup à la compétence et la détermination de l'équipe de la Direction Santé Québec. Nous voulons d'abord remercier sincèrement Daniel Tremblay, directeur de la Direction Santé Québec, pour son appui tout au long de ce projet. Nos remerciements chaleureux vont également à Jacinthe Aubin, collaboratrice indéfectible depuis les tout premiers débuts de ce projet, de même qu'à Claire Fournier; elles ont assumé toutes deux une bonne part de la révision des manuscrits. Merci

également à Nathalie Audet, responsable du traitement des données, et à Brigitte Beauvais, pour leur travail méticuleux au traitement des données et à la révision des analyses. On doit attribuer en grande partie la qualité de cette enquête à la compétence de l'ensemble de ces personnes. Soulignons aussi l'apport précieux de Carole Daveluy, coordonnatrice de l'*Enquête sociale et de santé 1998* à laquelle la collecte de l'EQLA était rattachée. Nous la remercions pour son soutien et ses conseils. Merci également à Carl Drouin pour sa précieuse collaboration à la finalisation du travail d'édition et à Nicole Descroisselles pour sa minutieuse révision linguistique, ainsi qu'à Jean-François Cardin, au traitement des données; à Johanne Théroux à la formation des intervieweurs; à Nadia Tremblay, Lucie Desroches et France Lozeau, à la mise en page; à Lise Ménard-Godin, à la recherche documentaire; et au personnel de la Direction de l'édition et des communications.

Finalement, nous tenons à remercier sincèrement les personnes qui ont accepté de répondre aux questionnaires de l'EQLA dans le cadre du prétest et les associations de personnes ayant une incapacité qui y ont collaboré, de même que les répondants de l'enquête. Ceux-ci ont eu à répondre à plusieurs questionnaires. Nous leur sommes redevables du temps qu'ils y ont consacré.

Jocelyne Camirand
Coordonnatrice de l'enquête
Direction Santé Québec — ISQ

Table des matières

Avant-propos

Remerciements

Lexique

Introduction générale

Chapitre 1 Méthodes

Introduction.....	47
1.1 Procédures d'enquête.....	47
1.1.1 Instruments de collecte des données	47
1.1.2 Prétest et formation.....	49
1.1.3 Plan de sondage.....	49
1.1.4 Collecte des données	52
1.1.5 Taille de l'échantillon et non-réponse.....	54
1.1.5.1 Non-réponse totale.....	54
1.1.5.2 Non-réponse partielle	57
1.2 Traitement des données	58
1.2.1 Validation	58
1.2.2 Pondération.....	59
1.2.3 Méthode d'analyse.....	60
1.3 Comparabilité de l'EQLA et de l'ESLA de 1986 et de 1991	62
1.3.1 Méthodes d'enquête	62
1.3.1.1 Populations couvertes	62
1.3.1.2 Plans de sondage.....	62
1.3.1.3 Instruments de collecte et critères de sélection	62
1.3.1.4 Collecte des données	63
1.3.2 Méthodes d'analyse.....	64
1.3.3 Limites des comparaisons	65
1.4 Présentation des résultats	65
1.5 Portée et limites de l'enquête	66
Bibliographie.....	69
Tableaux complémentaires	71

Chapitre 2 Prévalence et gravité de l'incapacité dans la population québécoise

Introduction.....	73
2.1 Aspects méthodologiques	74
2.1.1 Notion et mesure de l'incapacité.....	74
2.1.2 Notion et mesure de la gravité de l'incapacité.....	76

2.2	Résultats	78
2.2.1	Prévalence de l'incapacité au Québec en 1998	78
2.2.2	Évolution de l'incapacité au Québec de 1986 à 1998.....	79
2.2.3	Gravité de l'incapacité	80
2.2.4	Variations régionales de l'incapacité au Québec.....	81
	Conclusion	83
	Synthèse et pistes de recherche	83
	Éléments de réflexion pour la planification.....	84
	Bibliographie.....	85
	Tableaux complémentaires	87

Chapitre 3 Nature et autres caractéristiques des incapacités

	Introduction.....	89
3.1	Aspects méthodologiques	90
3.1.1	Nature de l'incapacité chez les enfants	90
3.1.2	Nature de l'incapacité chez les adultes	91
3.2	Résultats	93
3.2.1	Nature de l'incapacité chez les enfants	93
	3.2.1.1 Prévalence de l'incapacité selon la nature et selon certaines caractéristiques sociodémographiques	93
	3.2.1.2 Mode de présentation des incapacités	95
	3.2.1.3 Gravité de l'incapacité selon la nature	96
3.2.2	Nature de l'incapacité chez les adultes	97
	3.2.2.1 Prévalence de l'incapacité selon la nature et certaines caractéristiques sociodémographiques	97
	3.2.2.2 Mode de présentation des incapacités	100
	3.2.2.3 Gravité de l'incapacité selon la nature	103
	3.2.2.4 Âge d'apparition, cause et origine de l'incapacité	105
	Conclusion	109
	Synthèse et pistes de recherche	109
	Éléments de réflexion pour la planification.....	111
	Bibliographie.....	113
	Tableaux complémentaires	115
	Figure complémentaire.....	119

Chapitre 4 Désavantage lié à l'incapacité

	Introduction.....	121
4.1	Aspects méthodologiques	122
4.1.1	Opérationnalisation du désavantage lié à l'incapacité	123
	4.1.1.1 Désavantage d'indépendance physique ou de mobilité	123
	4.1.1.2 Désavantage d'occupation	123
	4.1.1.3 Autres désavantages	124
4.1.2	Indice de désavantage lié à l'incapacité	124
4.1.3	Estimations de la prévalence chez la population vivant en ménage privé et en ménage collectif.....	125
4.1.4	Comparabilité avec les enquêtes antérieures	125

4.2	Résultats	126
4.2.1	Prévalence du désavantage lié à l'incapacité	126
4.2.2	Désavantage lié à l'incapacité selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques	127
4.2.2.1	Évolution du désavantage : 1986, 1991 et 1998	129
4.2.3	Désavantage lié à l'incapacité selon la gravité, le nombre et la nature des incapacités	130
4.2.4	Caractéristiques sanitaires selon les niveaux de désavantage lié à l'incapacité.....	132
	Conclusion	134
	Synthèse et pistes de recherche	134
	Éléments de réflexion pour la planification	135
	Bibliographie.....	137
	Tableaux complémentaires	139

Chapitre 5 Caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes avec incapacité

	Introduction	143
5.1	Aspects méthodologiques	144
5.2	Résultats	146
5.2.1	Caractéristiques sociodémographiques	146
5.2.1.1	Structure par âge.....	146
5.2.1.2	État matrimonial de fait.....	148
5.2.1.3	Structure des ménages	149
5.2.2	Caractéristiques socioéconomiques	150
5.2.2.1	Scolarité	150
5.2.2.2	Statut d'activité habituel	152
5.2.2.3	Situation économique des personnes	153
5.2.2.4	Situation économique des ménages	157
5.2.3	Dépenses et couverture des dépenses associées à l'incapacité	158
	Conclusion	160
	Synthèse et pistes de recherche	160
	Éléments de réflexion pour la planification	162
	Bibliographie	163
	Tableau complémentaire.....	165

Chapitre 6 Utilisation d'aides techniques et de services spécialisés

	Introduction.....	167
6.1	Aspects méthodologiques	169
6.2	Résultats	172
6.2.1	Taux global d'utilisation d'aides techniques et de services spécialisés	172
6.2.2	Nombre d'aides techniques utilisées	173
6.2.3	Utilisation d'aides spécifiques chez les adultes	175
6.2.4	Utilisation d'aides spécifiques chez les enfants	179
6.2.5	Besoins en aides techniques non comblés	180

Conclusion	182
Synthèse et pistes de recherche	182
Éléments de réflexion pour la planification	183
Bibliographie	185
Tableaux complémentaires	187

Chapitre 7 Habitation et besoins d'aménagements spéciaux

Introduction	189
7.1 Aspects méthodologiques	190
7.1.1 Description des indicateurs	190
7.1.2 Ménage	191
7.1.3 Comparabilité des enquêtes	191
7.2 Résultats	192
7.2.1 Mode d'occupation de l'habitation	192
7.2.2 Caractéristiques de l'habitation et besoins de l'occupant	193
7.2.3 Types d'aménagements spéciaux pour entrer et sortir de l'habitation	196
7.2.4 Types d'aménagements spéciaux à l'intérieur de l'habitation	197
7.2.5 Explications de l'absence des aménagements spéciaux requis	197
7.2.6 Difficulté à utiliser les appareils ou accessoires ménagers	199
7.2.7 Caractéristiques de l'habitation et besoins des ménages	199
Conclusion	200
Synthèse et pistes de recherche	200
Éléments de réflexion pour la planification	201
Bibliographie	205

Chapitre 8 Activités de la vie quotidienne

Introduction	207
8.1 Aspects méthodologiques	209
8.2 Résultats	210
8.2.1 Besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne selon l'âge et le sexe	210
8.2.2 Besoin d'aide selon la nature et la gravité de l'incapacité	213
8.2.3 Besoin d'aide selon le niveau de revenu et la zone de résidence	215
8.2.4 Fréquence, sources et coûts de l'aide reçue	215
Conclusion	219
Synthèse et pistes de recherche	219
Éléments de réflexion pour la planification	221
Bibliographie	223
Tableaux complémentaires	225

Chapitre 9 Déplacements

Introduction.....	227
9.1 Aspects méthodologiques	228
9.2 Résultats	229
9.2.1 Limitations et difficulté concernant le déplacement des adultes	229
9.2.1.1 Confinement à la demeure	230
9.2.1.2 Difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets	231
9.2.1.3 Utilisation de certains modes de transport pour de courts trajets	233
9.2.1.4 Limitations dans les déplacements sur de longues distances	235
9.2.2 Déplacements des adultes : fréquence, motifs et modes de transport.....	236
9.2.2.1 Fréquence hebdomadaire des déplacements locaux.....	236
9.2.2.2 Fréquence hebdomadaire des déplacements locaux selon le motif de déplacement.....	238
9.2.2.3 Mode de transport principal selon le motif de déplacement.....	241
9.2.2.4 Déplacements sur de longues distances	243
9.2.3 Déplacement locaux des enfants : limitations, fréquence des déplacements et modes de transport.....	244
Conclusion	245
Synthèse et pistes de recherche	245
Éléments de réflexion pour la planification	246
Bibliographie.....	247
Tableaux complémentaires	249

Chapitre 10 Scolarisation des adultes et des enfants et garde des enfants

Introduction.....	251
10.1 Aspects méthodologiques	252
10.2 Résultats	254
10.2.1 Scolarisation des adultes	254
10.2.1.1 Plus haut niveau de scolarité atteint et diplomation en 1998	254
10.2.1.2 Évolution de la scolarisation des personnes ayant une incapacité	257
10.2.1.3 Gravité et nature de l'incapacité et scolarisation	259
10.2.1.4 Conséquences de l'incapacité sur la scolarisation	260
10.2.1.5 Adultes en formation.....	262
10.2.2 Scolarisation des enfants ayant une incapacité	263
10.2.2.1 Fréquentation scolaire.....	263
10.2.2.2 Conséquences de l'incapacité sur la scolarisation des enfants et la participation aux activités	264
10.2.2.3 Évaluation des besoins scolaires de l'enfant.....	266
10.2.3 Services de garde	268
10.2.3.1 Besoins en services de garde.....	268
10.2.3.2 Utilisation des services de garde.....	268
10.2.3.3 Séjour dans un camp de vacances	269
Conclusion	269
Synthèse et pistes de recherche	269
Éléments de réflexion pour la planification	271
Bibliographie.....	273
Tableau complémentaire.....	275

Chapitre 11 Activité sur le marché du travail

Introduction.....	277
11.1 Aspects méthodologiques	278
11.2 Résultats	280
11.2.1 Statut d'emploi	280
11.2.1.1 Évolution du statut d'emploi.....	280
11.2.1.2 Facteurs liés au statut d'emploi.....	281
11.2.2 Taux de chômage.....	284
11.2.3 Caractéristiques du travail chez les personnes en emploi	285
11.2.4 Limitations au travail.....	286
11.2.4.1 Limitations au travail des personnes actives	286
11.2.4.2 Capacité de travailler des personnes inactives	290
11.2.5 Désavantage sur le plan du travail	291
11.2.6 Besoins d'aide, d'aménagements et d'installations en milieu de travail.....	293
11.2.7 Recherche d'emploi	294
11.2.8 Discrimination dans l'emploi.....	297
Conclusion	299
Bibliographie.....	303
Tableau complémentaire.....	305

Chapitre 12 Pratique d'activités physiques et de loisirs

Introduction.....	307
12.1 Aspects méthodologiques	308
12.2 Résultats	309
12.2.1 Pratique d'activités physiques et de loisirs.....	309
12.2.2 Fréquence de pratique d'activités physiques selon les caractéristiques de l'incapacité et la perception de l'état de santé	312
12.2.3 Pratique de loisirs selon les caractéristiques de l'incapacité et la perception de l'état de santé	314
12.2.4 Fréquence de pratique d'activités physiques selon des indicateurs sociaux et économiques ..	315
12.2.5 Pratique de loisirs selon des indicateurs sociaux et économiques	316
12.2.6 Augmentation de la pratique d'activités physiques ou de loisirs et principaux obstacles rencontrés	317
Conclusion	318
Synthèse et pistes de recherche	318
Éléments de réflexion pour la planification.....	319
Bibliographie.....	321

Chapitre 13 État général de santé et de bien-être

Introduction.....	323
13.1 Aspects méthodologiques	324
13.2 Résultats	326
13.2.1 Perception de l'état de santé	326
13.2.2 Douleurs ou malaises	332
13.2.3 Morbidité déclarée.....	336

Conclusion	343
Synthèse et pistes de recherche	343
Éléments de réflexion pour la planification	346
Bibliographie	347
Tableaux complémentaires	349

Chapitre 14 Détresse psychologique, idées suicidaires et parasuicides

Introduction	351
14.1 Aspects méthodologiques	353
14.2 Résultats	355
14.2.1 Détresse psychologique	355
14.2.1.1 Consultation pour des symptômes de détresse psychologique	359
14.2.1.2 Consommation de tranquillisants, sédatifs ou somnifères	360
14.2.2 Suicide	361
14.2.2.1 Idées suicidaires	361
14.2.2.2 Parasuicides	365
Conclusion	366
Synthèse et pistes de recherche	366
Éléments de réflexion pour la planification	368
Bibliographie	371

Chapitre 15 Recours aux services sociaux et de santé et consommation de médicaments

Introduction	375
15.1 Aspects méthodologiques	376
15.1.1 Indicateurs	376
15.1.2 Portée et limites des données	376
15.2 Résultats	377
15.2.1 Consultation des professionnels de la santé	377
15.2.1.1 Consultation de différents types de professionnels selon la présence et la gravité de l'incapacité	377
15.2.1.2 Consultation selon certaines caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé	379
15.2.1.3 Lieu de consultation	382
15.2.2 Hospitalisation	382
15.2.2.1 Hospitalisation selon certaines caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé	382
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	384
15.2.3 Consommation de médicaments	386
15.2.3.1 Consommation de médicaments selon certaines caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé	386
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	389

Conclusion	391
Synthèse et pistes de recherche	391
Éléments de réflexion pour la planification	394
Bibliographie.....	395
Tableaux complémentaires	397

Chapitre 16 L'espérance de santé au Québec

Introduction.....	399
16.1 Aspects méthodologiques	400
16.1.1 Mortalité.....	400
16.1.2 Perte de qualité de vie à domicile.....	400
16.1.3 Perte de qualité de vie en logement collectif.....	402
16.1.4 Perte de qualité de vie dans les réserves indiennes	403
16.1.5 Calcul de l'espérance de santé	403
16.2 Résultats	403
16.2.1 Espérance de santé en 1998	403
16.2.2 Évolution de l'espérance de santé : 1986 et 1998.....	405
16.2.3 Variations régionales de l'espérance de santé en 1998.....	408
Conclusion	411
Synthèse et pistes de recherche	411
Éléments de réflexion pour la planification	413
Bibliographie.....	415
Tableaux complémentaires	419

Chapitre 17 Conclusion générale

17.1 Bilan et pistes de recherche	421
17.1.1 Prévalence de l'incapacité dans la population québécoise et son évolution	421
17.1.2 Population de 15 ans et plus	422
17.1.3 Enfants de 14 ans et moins	427
17.1.4 Espérance de vie et santé au Québec.....	429
17.1.5 Pistes de recherche	430
17.2 Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention.....	431
Bibliographie.....	438

Annexes

Annexe 1 Liste des lecteurs et autres collaborateurs

Annexe 2 Questionnaire de sélection (QS)

Annexe 3 Questionnaire de suivi des adultes (QA)

Annexe 4 Questionnaire de suivi des enfants (QE)

Annexe 5 Calcul des intervalles de confiance pour des proportions

Liste des tableaux

Chapitre 1 Méthodes

1.1	Répartition de l'échantillon des logements selon la région sociosanitaire et l'aire homogène, Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998	50
1.2	Rapport entre le nombre de logements échantillonnés et le nombre de logements dans la population au recensement de 1991 selon la région sociosanitaire, Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998	52
1.3	Répartition des logements selon les résultats de la collecte au QRI.....	54
1.4	Nombre de répondants à la sélection et au suivi selon l'âge	55
1.5	Proportion pondérée de répondants et taux de réponse pondéré selon le questionnaire pour divers groupes de personnes admissibles	56
1.6	Taux de réponse pondéré à la sélection et au suivi et proportion pondérée de répondants au suivi selon la région sociosanitaire.....	56
1.7	Taux de réponse pondéré à la sélection et au suivi et proportion pondérée de répondants au suivi selon la période de collecte	57
C.1.1	Nombre de répondants avec incapacité selon l'âge, Québec, 1986, 1991 et 1998	71
C.1.2	Répartition selon l'âge de la population vivant en ménage privé, Québec, 1986, 1991 et 1998	71

Chapitre 2 Prévalence et gravité de l'incapacité dans la population québécoise

2.1	Taux d'incapacité selon le sexe et l'âge, Québec, 1998	78
2.2	Taux d'incapacité brut et standardisé selon l'âge, Québec, 1986, 1991 et 1998.....	79

2.3	Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité et l'âge, Québec, 1998.....	80
2.4	Taux d'incapacité brut et standardisé selon la gravité de l'incapacité et l'âge, Québec, 1986, 1991 et 1998.....	81
2.5	Taux d'incapacité brut selon la gravité de l'incapacité et la région sociosanitaire et taux standardisé d'incapacité, Québec, 1998	82
C.2.1	Groupes d'âge utilisés pour la standardisation, Enquête québécoise sur les limitations des activités 1998.....	87
C.2.2	Population estimée avec incapacité selon le sexe et l'âge, Québec, 1998	87
C.2.3	Population estimée avec incapacité selon l'âge, Québec, 1986, 1991 et 1998.....	87
C.2.4	Population estimée avec incapacité selon la gravité de l'incapacité et l'âge, Québec, 1998	87

Chapitre 3 Nature et autres caractéristiques des incapacités

3.1	Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité et l'âge, population de 0 à 14 ans, Québec, 1998.....	94
3.2	Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité et le sexe, population de 0 à 14 ans, Québec, 1998.....	94
3.3	Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité, population de 0 à 14 ans, Québec, 1986, 1991 et 1998.....	95
3.4	Gravité de l'incapacité selon la nature de l'incapacité, population de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998.....	96
3.5	Nombre d'incapacités selon la nature de l'incapacité, population de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998.....	97

3.6	Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998	98	4.2	Indice de désavantage lié à l'incapacité selon l'univers de la population, population de 15 ans et plus en ménage privé et en ménage collectif, Québec, 1998	127
3.7	Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1986, 1991 et 1998	100	4.3	Indice de désavantage lié à l'incapacité selon l'âge, le sexe, la scolarité relative et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....	128
3.8	Nombre d'incapacités selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	101	4.4	Indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1986, 1991 et 1998.....	129
3.9	Nombre d'incapacités selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998	101	4.5	Indice de désavantage lié à l'incapacité selon la gravité et le nombre d'incapacités, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998	130
3.10	Nature exclusive de l'incapacité selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998	102	4.6	Indice de désavantage lié à l'incapacité selon la nature de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998....	131
3.11	Gravité de l'incapacité selon la nature de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	103	4.7	Indice de désavantage lié à l'incapacité selon la nature exclusive de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998	132
3.12	Gravité de l'incapacité selon la nature exclusive de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998	104	C.4.1	Opérationnalisation du désavantage lié à l'incapacité.....	139
3.13	Âge d'apparition de l'incapacité selon la nature de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	105	C.4.2	Indice de désavantage lié à l'incapacité selon l'âge, population de 15 ans et plus, en ménage privé et en ménage collectif, Québec, 1998.....	140
3.14	Origine de l'incapacité selon la nature de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998	108	C.4.3	Répartition par âge selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998	140
C.3.1	Mode de présentation des incapacités, population de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998.....	115	C.4.4	Répartition par sexe selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998	141
C.3.2	Mode de présentation des incapacités, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998	116	C.4.5	Scolarité relative selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998	141
C.3.3	Gravité de l'incapacité selon le nombre d'incapacités, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	117	C.4.6	Niveau de revenu du ménage selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998	141
Chapitre 4 Désavantage lié à l'incapacité					
4.1	Indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....	126			

C.4.7	Estimation de la répartition de la population selon l'indice de désavantage, population de 15 ans et plus en ménage privé et en ménage collectif, Québec, 2016 et 2041.....	142
-------	---	-----

Chapitre 5 Caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes avec incapacité

5.1	Répartition par âge de la population selon le sexe et la présence d'incapacité, Québec, 1998.....	147
5.2	Répartition par âge de la population avec incapacité, Québec, 1986, 1991 et 1998.....	148
5.3	État matrimonial de fait selon le sexe et la présence d'une ncapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....	148
5.4	État matrimonial de fait selon l'âge et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....	149
5.5	Répartition des ménages privés selon le type et la présence d'une personne avec incapacité, Québec, 1998.....	150
5.6	Répartition des ménages selon le type et la présence d'un enfant avec incapacité, ménages privés ayant au moins un enfant de moins de 18 ans, Québec, 1998.....	150
5.7	Indicateurs de scolarité selon le sexe et la présence d'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....	151
5.8	Plus haut niveau de scolarité atteint selon l'âge et la présence d'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....	151
5.9	Plus haut niveau de scolarité atteint selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	152
5.10	Statut d'activité habituel selon le sexe et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....	152

5.11	Statut d'activité habituel selon l'âge et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....	153
5.12	Indicateurs de revenu selon le sexe et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....	154
5.13	Indicateurs de revenu selon l'âge et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....	155
5.14	Indicateurs du revenu selon le sexe et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	155
5.15	Revenu personnel total selon la nature de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	156
5.16	Indicateurs de revenu selon la présence d'une personne avec incapacité, ménages privés, Québec, 1998.....	157
5.17	Indicateurs de revenu selon la présence d'un enfant avec incapacité, ménages privés ayant au moins un enfant de moins de 18 ans, Québec, 1998.....	157
5.18	Dépenses occasionnées par l'incapacité selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998....	158
5.19	Couverture de frais de santé par un régime d'assurance privé selon l'âge et la présence d'incapacité, population totale, Québec, 1998.....	159
5.20	Obtention de prestations, de pensions ou d'aide financière selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	160
5.21	Raisons de l'absence de demande de crédits d'impôt pour personnes handicapées, population de 15 ans et plus avec incapacité n'ayant pas fait de demande de crédits d'impôt pour personnes handicapées, Québec, 1998.....	160

C.5.1	Élaboration de l'indice portant sur le niveau du ménage, Enquête sociale et de santé, 1998.....	165
-------	---	-----

Chapitre 6 Utilisation d'aides techniques et de services spécialisés

6.1	Taux global d'utilisation d'aides techniques selon l'âge, population totale et population avec incapacité, Québec, 1991 et 1998.....	173
6.2	Taux global d'utilisation d'aides techniques selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1991 et 1998.....	173
6.3	Taux global d'utilisation d'aides techniques selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	173
6.4	Nombre d'aides techniques utilisées selon l'âge, population avec incapacité et utilisant au moins une aide technique, Québec, 1998.....	174
6.5	Nombre d'aides techniques utilisées selon la gravité de l'incapacité, l'indice de désavantage lié à l'incapacité et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec incapacité et utilisant au moins une aide technique, Québec, 1998.....	174
6.6	Nombre d'aides techniques utilisées selon la gravité de l'incapacité, population de 0 à 14 ans avec incapacité et utilisant au moins une aide technique, Québec, 1998.....	175
6.7	Utilisation d'aides techniques à l'audition selon l'âge, population de 15 ans et plus ayant une incapacité liée à l'audition, Québec, 1986, 1991 et 1998.....	175
6.8	Utilisation d'aides techniques à la vision, population de 15 ans et plus ayant une incapacité liée à la vision, Québec, 1986, 1991 et 1998.....	176
6.9	Utilisation d'aides techniques à la communication, population de 15 ans et plus ayant une incapacité liée à la communication, Québec, 1991 et 1998.....	176

6.10	Utilisation d'aides techniques à la mobilité, population de 15 ans et plus ayant une incapacité liée à la mobilité ou limitée dans ses activités à cause d'un problème de santé physique, Québec, 1986, 1991 et 1998.....	177
6.11	Utilisation d'aides techniques à la mobilité selon l'âge, la gravité de l'incapacité et l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité liée à la mobilité ou limitée dans ses activités en raison d'un problème de santé physique, Québec, 1998.....	177
6.12	Utilisation d'aides techniques à l'agilité, population de 15 ans et plus ayant une incapacité liée à l'agilité ou limitée dans ses activités à cause d'un problème de santé physique, Québec, 1986, 1991 et 1998.....	178
6.13	Utilisation d'aides techniques aux soins personnels selon l'âge, la gravité de l'incapacité ou l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	178
6.14	Utilisation de matériel spécialisé pour les traitements médicaux à domicile selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998....	179
6.15	Utilisation d'aides techniques spécifiques, population de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998.....	180
6.16	Besoins en aides techniques non comblés selon la gravité de l'incapacité, l'indice de désavantage lié à l'incapacité et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	181
6.17	Besoins non comblés pour certaines aides techniques spécifiques, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	181
6.18	Raisons expliquant les besoins non comblés pour certaines aides techniques, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998....	182

C.6.1	Variations des composantes du taux global d'utilisation d'aides techniques, population de 15 ans et plus avec incapacité, 1991 et 1998.....	187	8.3	Dimensions de l'aide pour les activités de la vie quotidienne selon le type d'activités et le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	212
C.6.2	Types d'aides techniques à la mobilité utilisées, population de 15 ans et plus avec incapacité et utilisant une aide technique à la mobilité, Québec, 1998.....	187	8.4	Dimensions de l'aide pour les activités de la vie quotidienne selon la nature de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998	213
Chapitre 7 Habitation et besoins d'aménagements spéciaux			8.5	Dimensions de l'aide pour les activités de la vie quotidienne selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998	214
7.1	Besoins comblés et non comblés d'aménagements spéciaux du domicile selon l'âge et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998	194	8.6	Dimensions de l'aide pour les activités de la vie quotidienne selon le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	215
7.2	Besoins comblés et non comblés d'aménagements spéciaux du domicile selon la nature de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998	195	8.7	Fréquence de l'aide reçue pour les travaux ménagers selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité et recevant de l'aide, Québec, 1998	216
7.3	Difficulté à utiliser seul les appareils et les accessoires ménagers, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998	199	8.8	Sources de l'aide reçue pour les activités de la vie quotidienne selon l'âge et le sexe, population de 15 ans avec incapacité et recevant de l'aide, Québec, 1998.....	218
7.4	Besoins comblés et non comblés d'aménagements spéciaux à l'intérieur du domicile ou pour y entrer et en sortir, ménages privés, Québec, 1998.....	200	8.9	Personnes devant payer pour une aide à la réalisation d'au moins une activité de la vie quotidienne selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité et recevant de l'aide, Québec, 1998	219
7.5	Répartition des ménages privés comptant au moins une personne de 15 ans et plus avec incapacité selon la taille et le type de ménage, Québec, 1998.....	200	C.8.1	Dimensions de l'aide pour chacune des activités de la vie quotidienne selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998....	225
Chapitre 8 Activités de la vie quotidienne			Chapitre 9 Déplacements		
8.1	Dimensions de l'aide pour les activités de la vie quotidienne selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	211	9.1	Confinement à la demeure selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité et ayant de la difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets, Québec, 1998	230
8.2	Dimensions de l'aide pour les activités de la vie quotidienne selon le type d'activités et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	211			

9.2	Difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets selon l'âge, le sexe et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998.....231	9.10	Fréquence hebdomadaire des déplacements locaux selon le motif de déplacement, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998 238
9.3	Difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets selon la gravité de l'incapacité et l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998.....232	9.11	Fréquence hebdomadaire des déplacements locaux pour le travail, selon l'âge et le sexe, population de 15 à 64 ans avec incapacité non confinée à la demeure et ayant travaillé au cours de la semaine de référence, Québec, 1998..... 239
9.4	Difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets selon la nature de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998 .....232	9.12	Fréquence hebdomadaire des déplacements locaux pour des raisons de santé selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998 240
9.5	Besoin de services de transport adapté pour de courts trajets selon l'âge, le sexe et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998 .....233	9.13	Fréquence hebdomadaire des déplacements locaux pour des motifs autres que le travail, les études ou la santé selon l'âge, le sexe et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998 241
9.6	Utilisation du service local de transport en commun ordinaire pour de courts trajets selon l'âge, le sexe et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998.....234	9.14	Mode de transport principal selon le motif de déplacement, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure et ayant effectué au moins un déplacement local au cours de la semaine de référence, Québec, 1998..... 242
9.7	Incapacité à effectuer de longs trajets selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998 .....235	9.15	Mode de transport principal utilisé pour un moins un des motifs de déplacement, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure et ayant effectué au moins un déplacement local au cours de la semaine de référence, Québec, 1998 243
9.8	Incapacité à effectuer de longs trajets selon la gravité de l'incapacité et l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998 ....236	9.16	Fréquence des déplacements sur de longues distances au cours d'une période de trois mois selon le mode de transport, population de 15 ans et plus avec incapacité capable d'effectuer de longs trajets, Québec, 1998 243
9.9	Fréquence hebdomadaire des déplacements locaux selon l'âge, le sexe, la gravité de l'incapacité, le niveau de revenu du ménage et la zone de résidence, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998.....237	9.17	Fréquence hebdomadaire des déplacements locaux selon le motif de déplacement, population de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998 244

9.18	Mode de transport principal selon le motif de déplacement, population de 0 à 14 ans avec incapacité ayant effectué au moins un déplacement local au cours de la semaine de référence, Québec, 1998 .....245	10.5	Conséquences perçues de l'incapacité sur la scolarisation, population de 15 à 64 ans dont l'incapacité est survenue avant la fin des études, Québec, 1998 261
C.9.1	Raisons invoquées pour ne pas quitter la demeure, population de 15 ans et plus avec incapacité confinée à la demeure, Québec, 1998.....249	10.6	Cumul des conséquences perçues sur la scolarisation selon le plus haut niveau de scolarité atteint, population de 15 à 64 ans dont l'incapacité est survenue avant la fin de la scolarisation, Québec, 1998..... 262
C.9.2	Besoin de services de transport adapté pour de courts trajets selon la nature de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998.....249	10.7	Caractéristiques des adultes de 15 à 64 ans avec incapacité inscrits en formation, Québec, 1998..... 262
C.9.3	Raisons invoquées pour l'incapacité d'effectuer de longs trajets, population de 15 ans et plus avec incapacité incapable d'effectuer de longs trajets, Québec, 1998.....250	10.8	Caractéristiques relatives à la scolarisation, enfants de 5 à 14 ans avec incapacité et fréquentant l'école, Québec, 1991 et 1998..... 263
C.9.4	Fréquence hebdomadaire des déplacements locaux selon le mode de transport principal utilisé pour au moins un des motifs de déplacement, population de 15 ans et plus avec incapacité non confirmée et ayant effectué au moins un déplacement local au cours de la semaine de référence, Québec, 1998.....250	10.9	Types de classe fréquentée dans les écoles ordinaires, enfants de 5 à 14 ans avec incapacité et fréquentant une école ordinaire, Québec, 1991 et 1998 264
Chapitre 10 Scolarisation des adultes et des enfants et garde des enfants		10.10	Conséquences perçues de l'incapacité sur la scolarisation, enfants de 5 à 14 ans avec incapacité et fréquentant l'école, Québec, 1991 et 1998 264
10.1	Plus haut niveau de scolarité atteint selon la présence d'une incapacité, l'âge, le sexe et la langue maternelle, population de 15 à 64 ans, Québec, 1998 .....255	10.11	Cumul des conséquences perçues sur la scolarisation selon la gravité et la nature de l'incapacité, enfants de 5 à 14 ans avec incapacité et fréquentant l'école, Québec, 1998 265
10.2	Taux de diplomation selon la présence d'une incapacité, l'âge et le sexe, population de 15 à 64 ans, Québec, 1998.....256	10.12	Limitations dans la participation aux activités scolaires et parascolaires, enfants de 5 à 14 ans avec incapacité et fréquentant l'école, Québec, 1991 et 1998 266
10.3	Perception des capacités de lecture selon le plus haut niveau de scolarité atteint, population de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998.....257	10.13	Limitations dans la participation aux activités scolaires et parascolaires selon la gravité et la nature de l'incapacité, enfants de 5 à 14 ans avec incapacité et fréquentant l'école, Québec, 1998 267
10.4	Évolution de trois indicateurs de scolarisation selon l'âge, population de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1986, 1991 et 1998 .....258	10.14	Type d'évaluation et professionnel consulté, enfants de 0 à 14 ans avec incapacité et ayant fait l'objet d'une évaluation professionnelle de leurs besoins scolaires, Québec, 1998 267

10.15	Enfants ayant déjà eu besoin de services de garde selon l'âge et la zone de résidence, enfants de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998.....	268	11.7	Limitations quant au genre ou la quantité de travail selon la nature, le nombre et la gravité des incapacités, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité occupées ou en chômage, Québec, 1998	288
10.16	Utilisation de services de garde selon l'âge, enfants de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998.....	268	11.8	Difficulté à changer d'emploi ou à obtenir de l'avancement en raison de l'incapacité selon la nature, le nombre et la gravité des incapacités, personnes occupées de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998.....	289
10.17	Types de services de garde utilisés, enfants de 0 à 14 ans avec incapacité et utilisant un service de garde, Québec, 1991 et 1998.....	269	11.9	Capacité de travailler selon l'âge, la nature, le nombre et la gravité des incapacités, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité inactives sur le marché du travail, Québec, 1998.....	291
10.18	Enfants ayant séjourné dans un camp de vacances selon l'âge, enfants de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998	269	11.10	Incapacité perçue comme un désavantage sur le plan du travail selon le statut d'emploi, l'âge et le plus haut niveau de scolarité atteint, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998.....	292
C.10.1	Plus haut niveau de scolarité atteint selon la nature de l'incapacité, population de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998	275	11.11	Incapacité perçue comme un désavantage sur le plan du travail selon la nature, le nombre et la gravité des incapacités, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998	292
Chapitre 11 Activité sur le marché du travail					
11.1	Statut d'emploi, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1986, 1991, 1998.....	281	11.12	Nature des besoins, d'aide, d'aménagements ou d'installations adaptées en milieu de travail, selon le statut d'emploi, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998	293
11.2	Statut d'emploi selon l'âge, le sexe, le plus haut niveau de scolarité atteint et la zone de résidence, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998	282	11.13	Réponse à leurs besoins d'aide, d'aménagements ou d'installations adaptées en milieu de travail, personnes occupées de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998.....	294
11.3	Statut d'emploi selon la nature, le nombre et la gravité des incapacités, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998	283	11.14	Personnes affectées dans leur recherche d'emploi selon la nature, le nombre et la gravité des incapacités, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité et en chômage, Québec, 1998	295
11.4	Nombre d'heures travaillées, personnes occupées de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998.....	285	11.15	Personnes qui ont cherché du travail au cours des deux dernières années selon l'âge, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité inactives sur le marché du travail, Québec, 1998.....	295
11.5	Taille de l'entreprise où elles travaillent selon l'âge, personnes occupées de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998	286			
11.6	Effet de l'incapacité sur l'emploi selon la nature, le nombre et la gravité de l'incapacité, personnes occupées de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998	287			

11.16	Personnes qui comptent chercher du travail au cours des deux prochaines années selon l'âge, le nombre d'incapacités et leur gravité, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité inactives sur le marché du travail, Québec, 1998.....	296	12.7	Pratique d'activités de loisirs autres que les activités physiques selon la nature de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	314
11.17	Formes de discrimination perçue selon le sexe et le statut d'emploi, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998.....	297	12.8	Pratique d'activités de loisirs autres que les activités physiques selon la gravité et le nombre d'incapacités et la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	315
11.18	Formes de discrimination perçue selon la nature, le nombre et la gravité des incapacités, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998.....	298	12.9	Fréquence de pratique d'activités physiques selon la scolarité relative, le statut d'activité habituel, le niveau de revenu du ménage, la conduite d'un véhicule automobile et l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	315
C.11.1	Statut d'activité habituel sur une période de 12 mois selon l'âge et le statut d'emploi, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998.....	305	12.10	Pratique d'activités de loisirs autres que les activités physiques selon la scolarité relative, le statut d'activité habituel, le niveau de revenu du ménage, la conduite d'un véhicule automobile et l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	317
Chapitre 12 Pratique d'activités physiques et de loisirs					
12.1	Pratique d'activités physiques de loisirs selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	310	12.11	Personnes souhaitant augmenter leur pratique d'activités physiques ou de loisirs selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	317
12.2	Pratique d'activités de loisirs autres que les activités physiques selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	310	12.12	Principaux obstacles mentionnés par les personnes souhaitant augmenter leur pratique d'activités physiques ou de loisirs, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998....	318
12.3	Pratique d'activités physiques à une fréquence de 2 fois/semaine ou plus selon l'âge, le sexe et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....	311	Chapitre 13 État général de santé et de bien-être		
12.4	Pratique de certains types d'activités physiques selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	312	13.1	Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	326
12.5	Fréquence de pratique d'activités physiques selon la nature de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	313	13.2	Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....	327
12.6	Fréquence de pratique d'activités physiques selon la gravité et le nombre d'incapacités et la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	313	13.3	Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....	328

13.4	Perception de l'état de santé selon l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....	329	13.15	Intensité des douleurs ou des malaises selon la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998....	336
13.5	Perception de l'état de santé selon la nature de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	330	13.16	Nombre et durée des problèmes de santé, population de 0-14 ans, Québec, 1998.....	337
13.6	Perception de l'état de santé selon la nature exclusive de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, 1998.....	331	13.17	Prévalence des problèmes de santé, population 0-14 ans, Québec, 1998....	338
13.7	Perception de l'état de santé selon le nombre d'incapacités et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998....	331	13.18	Nombre et durée des problèmes de santé, population 15-34 ans, Québec, 1998.....	339
13.8	Perception de l'état de santé selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998....	332	13.19	Prévalence des problèmes de santé, population 15-34 ans, Québec, 1998..	339
13.9	Intensité des douleurs ou des malaises selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	332	13.20	Nombre et durée des problèmes de santé, population 35-64 ans, Québec, 1998.....	340
13.10	Nombre d'activités non accomplies selon l'intensité des douleurs ou des malaises, population de 15 ans et plus avec incapacité qui éprouve des douleurs ou des malaises, Québec, 1998.....	333	13.21	Prévalence des problèmes de santé, population de 35-64 ans, Québec, 1998.....	340
13.11	Intensité des douleurs ou des malaises selon la nature de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998....	334	13.22	Nombre et durée des problèmes de santé, population de 65 ans et plus, Québec, 1998.....	341
13.12	Intensité des douleurs ou des malaises selon la nature exclusive de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	335	13.23	Prévalence des problèmes de santé, population de 65 ans et plus, Québec, 1998.....	342
13.13	Intensité des douleurs ou des malaises selon le nombre d'incapacités et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	335	C.13.1	Nombre et durée des problèmes de santé, Québec, 1998.....	349
13.14	Intensité des douleurs ou des malaises selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	336	C.13.2	Prévalence des problèmes de santé, Québec, 1998.....	349
			Chapitre 14 Détresse psychologique, idées suicidaires et parasuicides		
			14.1	Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe, l'âge, la présence et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....	355
			14.2	Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon des caractéristiques sociodémographiques et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....	356

<p>14.3 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon des caractéristiques sociales, l'état de santé et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....357</p> <p>14.4 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon la nature de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998 ....358</p> <p>14.5 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon la nature exclusive et la présence de l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....358</p> <p>14.6 Personnes ayant consulté pour leurs symptômes de détresse psychologique selon le sexe, l'âge, des caractéristiques de santé, la présence et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus qui présente au moins une manifestation de détresse psychologique qui dure depuis six mois ou plus, Québec, 1998 .....359</p> <p>14.7 Personnes ayant consommé des psychotropes au cours d'une période de deux jours selon le sexe, l'âge, des caractéristiques de santé et la présence d'une incapacité, personnes de 15 ans et plus, Québec, 1998.....360</p> <p>14.8 Prévalence d'idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, l'âge et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....361</p> <p>14.9 Prévalence d'idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois selon des caractéristiques sociodémographiques et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 .....362</p> <p>14.10 Prévalence d'idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois selon des caractéristiques sociales, l'état de santé et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....363</p>	<p>14.11 Prévalence d'idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois selon la nature exclusive et la présence de l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 364</p> <p>14.12 Moyens envisagés pour attenter à ses jours selon la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus ayant rapporté des idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998..... 365</p> <p>14.13 Prévalence des parasuicides au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, l'âge et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998..... 365</p>
<p>Chapitre 15 Recours aux services sociaux et de santé et consommation de médicaments</p>	
	<p>15.1 Consultation d'un professionnel au cours d'une période de deux semaines selon le type de professionnel, la présence et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998..... 377</p> <p>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..... 378</p> <p>15.3 Consultation d'un professionnel, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines selon l'âge et la présence d'une incapacité, Québec, 1998..... 379</p> <p>15.4 Consultation d'au moins un professionnel au cours d'une période de deux semaines selon le sexe, l'état matrimonial, le niveau de revenu du ménage et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998..... 380</p> <p>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 380</p>

<p>15.6 Consultation d'un professionnel, médecin ou autre, 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.....381</p> <p>15.7 Consultation d'un professionnel, médecin ou autre, 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.....381</p> <p>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.....382</p> <p>15.9 Hospitalisation selon la fréquence annuelle, l'âge et la présence d'une incapacité, Québec, 1998 .....383</p> <p>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.....384</p> <p>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.....385</p> <p>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 .....387</p> <p>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.....387</p>	<p>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 388</p> <p>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..... 388</p> <p>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 389</p> <p>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 390</p> <p>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 390</p> <p>15.19 Caractéristiques sociodémographiques et indicateurs de l'état de santé liés à la consultation professionnelle, à l'hospitalisation et à la consommation de médicaments selon la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998 392</p> <p>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 397</p>
--	---

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.....	397
--------	---	-----

Chapitre 16 L'espérance de santé au Québec

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).....	404
16.2	Gains d'espérance de vie en santé à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et selon la sévérité de l'incapacité ou du désavantage, Québec, entre 1986 et 1998 (en mois).....	406
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).....	419
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)....	420
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)....	420

Liste des figures

Introduction

0.1 Modèle conceptuel de l'OMS (1980).....41

Chapitre 3 Nature et autres caractéristiques des incapacités

3.1 Nature exclusive de l'incapacité, population de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 199896

3.2 Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....98

3.3 Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....99

3.4 Nature exclusive de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998102

3.5 Causes de l'incapacité selon la nature de l'incapacité chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998106-107

C.3.1 Cooccurrence des troubles émotifs ou de comportement, de la déficience intellectuelle et des troubles d'apprentissage, population de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998.....119

Chapitre 4 Désavantage lié à l'incapacité

4.1 Personnes percevant leur état de santé comme moyen ou mauvais et personnes ayant consulté un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....133

4.2 Personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique et personnes insatisfaites de leur vie sociale selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998.....134

Chapitre 5 Caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes avec incapacité

5.1 Dépenses occasionnées par l'incapacité et remboursement, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998..... 158

Chapitre 6 Utilisation d'aides techniques et de services spécialisés

6.1 Utilisation d'aides techniques et de services spécialisés, et facteurs d'influence : modèle conceptuel..... 169

Chapitre 7 Habitation et besoins d'aménagements spéciaux

7.1 Mode d'occupation, genre de logement et conception du logement, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998..... 192

7.2 Besoins comblés et non comblés d'aménagements spéciaux du domicile, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1991 et 1998..... 193

7.3 Besoins d'aménagements spéciaux à l'intérieur du domicile ou pour y entrer et en sortir, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant besoin d'aménagements spéciaux du domicile, Québec, 1998 195

7.4 Besoins comblés et non comblés d'aménagements spéciaux à l'intérieur du domicile ou pour y entrer et en sortir, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1991 et 1998 196

7.5 Types d'aménagements utilisés pour entrer et sortir du domicile, population de 15 ans et plus avec incapacité utilisant des aménagements spéciaux pour entrer et sortir du domicile, Québec, 1998 197

7.6	Types d'aménagements utilisés à l'intérieur du domicile, population de 15 ans et plus avec incapacité utilisant des aménagements spéciaux à l'intérieur du domicile, Québec, 1998.....	198
7.7	Raisons invoquées pour ne pas avoir les aménagements requis, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant des besoins non comblés d'aménagements spéciaux du domicile, Québec, 1998.....	198
7.8	Besoins comblés et non comblés d'aménagements spéciaux à l'intérieur du domicile ou pour y entrer et en sortir, ménages privés comptant au moins une personne de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998.....	199

Chapitre 8 Activités de la vie quotidienne

8.1	Dimension de l'aide.....	208
8.2	Fréquence de l'aide reçue pour certaines activités de la vie quotidienne, population de 15 ans et plus avec incapacité et recevant de l'aide, Québec, 1998.....	216
8.3	Sources de l'aide reçue pour les activités de la vie quotidienne selon le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité et recevant de l'aide, Québec, 1998.....	217

Chapitre 9 Déplacements

9.1	Confinement et difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998	230
-----	---	-----

Chapitre 10 Scolarisation des adultes et des enfants et garde des enfants

10.1	Évolution de trois indicateurs de scolarisation selon la présence d'une incapacité, population de 15 à 64 ans, Québec, 1986, 1991 et 1998	258
------	---	-----

10.2	Évolution de trois indicateurs de scolarisation selon la gravité de l'incapacité, population de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1986, 1991 et 1998.....	259
10.3	Moment où est survenue l'incapacité et conséquence sur la poursuite de la scolarisation, population de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998.....	260

Chapitre 11 Activité sur le marché du travail

11.1	Taux d'inactivité, population avec incapacité et population totale de 15 à 64 ans, Québec, 1986, 1991 et 1998.....	281
11.2	Taux de chômage, population avec incapacité et population totale de 15 à 64 ans, Québec, 1986, 1991 et 1998.....	284
11.3	Taux de chômage selon l'âge, population de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998.....	284
11.4	Catégories professionnelles selon le sexe, personnes en emploi de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998.....	285
11.5	Personnes désirant un emploi à temps plein ou partiel, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité en chômage ou inactives sur le marché du travail, Québec, 1998	294
11.6	Principaux obstacles rencontrés dans la recherche d'emploi, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité et inactives sur le marché du travail, Québec, 1998	296

Chapitre 15 Recours aux services sociaux et de santé et consommation de médicaments

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	384
15.2	Hospitalisation (au moins une fois) au cours d'une période de 12 mois selon indice de désavantage lié à l'incapacité et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998	385

- 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, 1998391
- 15.4 Consultation d'au moins un professionnel, hospitalisation (au moins une fois) et consommation de médicaments (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.....393

Chapitre 16 L'espérance de santé au Québec

- 16.1 Années vécues avec incapacité selon la gravité de l'incapacité, Québec, 1998.....405
- 16.2 Années vécues avec désavantage selon la gravité du désavantage, Québec, 1998.....405
- 16.3 Espérance de vie totale sans incapacité et sans incapacité modérée ou grave à la naissance, selon le sexe, Québec, 1986 et 1998 ..407
- 16.4 Espérance de vie totale sans désavantage et sans dépendance modérée ou forte à la naissance, selon le sexe, Québec, 1986 et 1998 ..407
- 16.5 Espérance de santé à la naissance sans incapacité et sans incapacité modérée ou grave, selon la région sociosanitaire et l'ensemble du Québec, Québec, 1998409
- 16.6 Espérance de santé à la naissance sans désavantage et sans dépendance modérée ou forte, selon la région sociosanitaire et l'ensemble du Québec, Québec, 1998.....410

État matrimonial de fait : catégorisation qui tient compte à la fois de l'état matrimonial légal et de la situation de fait déclarés par les personnes de 15 ans et plus.

Incapacité liée à l'agilité : difficulté à se pencher et ramasser un objet, à se mettre au lit ou à en sortir, à se couper les ongles d'orteils, à saisir et manier un objet avec les doigts, à tendre les bras dans toutes les directions, à s'habiller ou se déshabiller, ou à couper ses aliments.

Incapacité liée à l'audition : difficulté à entendre ce qui est dit lors d'une conversation avec une ou plusieurs personnes, malgré l'usage d'une aide auditive.

Incapacité liée à la mobilité : difficulté à marcher sur une distance de 400 mètres, à monter ou descendre un escalier, à porter un objet de 5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres, à se tenir debout pendant plus de 20 minutes ou à se déplacer d'une pièce à l'autre.

Incapacité liée à la parole : difficulté à parler ou à se faire comprendre en raison d'un état ou d'un problème de santé.

Incapacité liée à la vision : difficulté à voir les caractères ordinaires d'un journal ou à voir clairement le visage de quelqu'un à 4 mètres, malgré le port de lunettes ou de verres de contact.

Incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale : présence de problèmes permanents de mémoire, de troubles d'apprentissage, de troubles de la perception, de difficulté d'attention, d'hyperactivité, de déficience intellectuelle ou de limitations dans les activités en raison d'un problème émotif, psychologique ou mental d'une durée de plus de six mois ou d'une déficience intellectuelle.

Incapacité physique de nature non précisée (« autre ») : limitation dans le genre ou la quantité d'activités qu'une personne peut faire à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de plus de six mois. Ce type d'incapacité est attribué aux personnes qui ont ces limitations sans avoir déclaré d'autres types d'incapacité.

Indice de désavantage lié à l'incapacité : échelle hiérarchique basée sur une soixantaine de questions portant sur l'indépendance pour les soins personnels, les activités quotidiennes et domestiques et la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur du domicile, ainsi que sur les limitations dans l'activité principale et les autres activités. L'indice distingue cinq niveaux : la dépendance forte, modérée ou légère, les limitations des activités sans dépendance et finalement, la présence de l'incapacité sans désavantage.

Indice de détresse psychologique : indice constitué de 14 questions portant sur des états dépressifs ou anxieux et sur certains symptômes d'irritabilité et de problèmes cognitifs. La catégorie « élevée » est définie par le seuil correspondant au quintile supérieur des scores observés lors de l'enquête *Santé Québec 1987*; ce seuil a été conservé dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*.

Indice de scolarité relative : niveau de scolarité d'une personne comparativement à la scolarité des personnes du même groupe d'âge et du même sexe dans l'ensemble de la population québécoise en 1998; les seuils sont définis par les quintiles.

Indice de soutien social : indice établi à partir de sept questions; il porte sur l'intégration sociale, la satisfaction quant aux rapports sociaux et la taille du réseau social. Les personnes ayant les scores les plus bas (quintile 1) sont définies comme ayant un niveau de soutien social faible.

Langue maternelle : première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par le répondant.

Ménage privé : unité constituée d'une personne ou d'un groupe de personnes vivant dans un même logement privé.

Nature de l'incapacité (adultes) : chez les personnes de 15 ans et plus, sept types non mutuellement exclusifs d'incapacité sont définis : 1- l'incapacité liée à l'audition, 2- à la vision, 3- à la parole, 4- à la mobilité, 5- à l'agilité, 6- aux activités intellectuelles ou à la santé mentale et 7- l'incapacité physique de nature non précisée.

Nature de l'incapacité (enfants) : chez les enfants de moins de 15 ans, sept types de troubles non mutuellement exclusifs sont définis : 1- les troubles de la vue, 2- les troubles de l'audition, 3- les troubles de la parole, 4- les problèmes de santé physique chroniques, 5- les troubles émotifs ou de comportement ou la déficience intellectuelle, 6- les troubles d'apprentissage et 7- les autres troubles de nature non précisée.

Nature exclusive de l'incapacité (adultes) : chez les personnes de 15 ans et plus, sept catégories mutuellement exclusives d'incapacité sont définies : 1- incapacité liée à la motricité seulement, 2- à la communication seulement, 3- aux activités intellectuelles ou à la santé mentale seulement, 4- à la motricité et à la communication, 5- à la motricité et aux activités intellectuelles ou à la santé mentale, 6- à la communication et aux activités intellectuelles ou à la santé mentale et 7- à la motricité, à la communication et aux activités intellectuelles ou à la santé mentale. Les quatre dernières catégories sont parfois regroupées sous « incapacités multiples ».

Nature exclusive de l'incapacité (enfants) : chez les enfants de moins de 15 ans, on distingue six catégories exclusives d'incapacité : 1- les troubles de communication seulement (audition, vision ou parole), 2- les problèmes de santé physique chroniques seulement, 3- les troubles émotifs, de comportement

ou la déficience intellectuelle seulement, 4- les troubles d'apprentissage seulement, 5- les troubles multiples et 6- les autres troubles.

Niveau de gravité de l'incapacité : échelle mesurant l'étendue (nombre de difficultés) et l'intensité des incapacités d'une personne. Elle est dérivée, chez les adultes, de l'addition du nombre d'activités pour lesquelles la personne déclare une incapacité (questions de sélection principalement) et de l'intensité de chacune de ces difficultés (partiellement ou totalement incapable). À partir du score, on distingue trois niveaux de gravité : légère (1-4 points), modérée (5-10 points) et grave (11 points et plus). Chez les enfants (0-14 ans) le score, basé sur la sommation des réponses positives aux questions de sélection principalement, établit les niveaux de gravité légère (0-2 points), modérée (3-4 points) et grave (5 points et plus).

Niveau de revenu du ménage : indice commun à tous les membres d'un ménage, il est établi à partir du revenu total du ménage, du nombre de personnes composant ce ménage et de normes établissant les seuils de faible revenu selon la taille des ménages. Cet indice comporte une imputation des valeurs manquantes et comprend cinq catégories.

Nombre d'incapacités : nombre de types d'incapacités (voir nature de l'incapacité).

Pe (population estimée) : nombre estimé de personnes, dans la population visée, correspondant au numérateur d'une proportion ou d'un taux donnés.

Perception de l'état de santé : à partir d'une seule question, les personnes de 15 ans et plus évaluent leur état de santé comparativement à celui des personnes de leur âge. Cinq catégories de réponse sont possibles : excellent, très bon, bon, moyen et mauvais.

Personne ayant une incapacité : dans cette enquête, enfant ou adulte ayant au moins une réponse positive à l'une ou l'autre des questions de sélection de l'enquête. Les questions de sélection des enfants concernent l'utilisation d'une aide technique, les limitations d'activités, le fait de recevoir un enseignement spécialisé, les difficultés à voir, à entendre ou à parler, les troubles émotifs ou de comportement, les troubles d'apprentissage, la déficience intellectuelle et certains problèmes sérieux et chroniques de santé (ex. : dystrophie musculaire). Les questions de sélection des adultes portent sur les difficultés liées à l'audition, la vision, la parole, la mobilité et l'agilité, les limitations d'activités, les problèmes permanents de mémoire, les troubles d'apprentissage, de perception ou d'attention et la déficience intellectuelle.

Plus haut niveau de scolarité atteint : correspond au plus haut niveau de scolarité complété et comprend les catégories suivantes : moins de 9 ans d'études, études secondaires (2^e à 5^e secondaire), études postsecondaires partielles, études postsecondaires complétées et grade universitaire.

QA : questionnaire de suivi des adultes; il est rempli par l'intervieweur et destiné aux personnes de 15 ans et plus qui ont été sélectionnées au questionnaire de sélection. Il comprend des questions supplémentaires sur les incapacités, des questions sur les aides techniques et les services spécialisés, les activités quotidiennes, la scolarité et l'activité sur le marché du travail, les déplacements, le logement et les loisirs ainsi que certaines caractéristiques économiques.

QAA : questionnaire autoadministré de l'*Enquête sociale et de santé 1998* s'adressant à toutes les personnes du ménage âgées de 15 ans et plus. Il couvre surtout les habitudes de vie, le milieu du travail, le milieu social, la famille, la sexualité et la santé psychologique.

QE : questionnaire de suivi des enfants; il est rempli par l'intervieweur et concerne les enfants de moins de 15 ans qui ont été sélectionnés au questionnaire de sélection. Il comprend des questions supplémentaires sur les incapacités et des questions sur la scolarité et la garde, les déplacements et certaines caractéristiques économiques.

QRI : questionnaire de l'*Enquête sociale et de santé 1998* rempli par l'intervieweur, qui s'adresse à un répondant-clé pour tous les membres du ménage; il porte principalement sur les problèmes de santé, la consommation de médicaments et le recours aux services de santé et aux services sociaux.

QS : questionnaire de sélection des personnes ayant une incapacité, rempli par l'intervieweur, s'adressant au répondant du ménage (pour les enfants de 0-14 ans) ou à tous les membres de 15 ans et plus du ménage.

Statut d'activité habituel : activité principale des personnes de 15 ans et plus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

Statut d'emploi : distingue les personnes en emploi, les personnes en chômage et les personnes ne faisant pas partie de la population active, à partir des questions utilisées couramment par Statistique Canada et qui réfèrent à la situation de la semaine ou des quatre semaines ayant précédé l'enquête, selon qu'il est question du travail ou de la recherche de travail, chez les 15-64 ans.

Zone de résidence : distingue les milieux urbain et rural. Les catégories sont les suivantes 1- la métropole (région métropolitaine de recensement de Montréal), 2- les capitales régionales (régions métropolitaines de recensement de Québec, de Chicoutimi-Jonquière, de Hull, de Sherbrooke et de Trois-Rivières), 3- les agglomérations et villes de moindre importance et 4- le milieu rural. À l'occasion, les trois premières catégories sont regroupées sous le vocable « milieu urbain ».

Introduction générale

L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA) s'intéresse aux Québécois de tout âge, enfants, adultes ou personnes âgées, qui présentent une incapacité de longue durée (d'au moins six mois) et vivent en ménage privé, c'est-à-dire à domicile. La notion d'incapacité est une notion centrale pour bien comprendre la population de cette enquête. Avoir une incapacité signifie, par exemple, avoir de la difficulté à entendre, à voir, à marcher ou à monter un escalier d'une façon que l'on juge habituellement normale. L'enquête s'intéresse à l'incapacité, quelle qu'en soit la gravité, et qu'elle soit associée à un état ou à un problème de santé physique ou mentale.

Historique de l'enquête

L'EQLA s'inscrit dans le prolongement de l'*Enquête sur la santé et les limitations d'activités* (ESLA), une enquête postcensitaire menée par Statistique Canada en 1986 et en 1991. Statistique Canada n'ayant pas repris cette enquête lors du recensement de 1996, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) ont confié à l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)² le mandat de réaliser une enquête auprès de la population québécoise en ménage privé, dont les résultats pourraient être comparés à ceux des enquêtes canadiennes, permettant ainsi le suivi de l'évolution de la situation de la population ayant une incapacité au cours de cette période.

Plusieurs éléments supportaient la pertinence de la reprise d'une telle enquête au Québec. L'EQLA, à l'instar de l'ESLA, recueille des renseignements détaillés qui permettent de décrire la population ayant une incapacité et ainsi de mieux la desservir. Elle permet d'établir la prévalence au Québec de divers types d'incapacité, donc d'en quantifier l'importance, et elle aborde un large éventail de thèmes liés à l'intégration des personnes ayant une incapacité

(participation au marché du travail, scolarisation, besoin et utilisation de divers services, etc.). Ces données sont des outils précieux pour l'élaboration et le suivi des programmes et des services desservant diverses clientèles ayant des incapacités physiques ou intellectuelles, comme la clientèle des services à domicile, des services de transport, d'emploi ou d'éducation et des programmes d'adaptation du domicile. Elles permettent de décrire les clientèles potentielles, d'orienter les services, d'accroître l'efficacité des interventions, et également d'évaluer dans quelle mesure les besoins de services de la population sont comblés. Finalement, elles renseignent sur l'atteinte des objectifs de prévention des incapacités et de réduction des obstacles à l'intégration des personnes ayant une incapacité, énoncés dans les politiques gouvernementales comme la politique d'ensemble *À part... égale* (OPHQ, 1984) et *La politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992). L'utilité des résultats de cette enquête pour la planification des services était donc le principal argument justifiant sa reprise.

La collecte de données plus récentes était également motivée par l'évolution attendue de la situation des personnes ayant une incapacité depuis 1986 et 1991. Compte tenu du vieillissement de la population québécoise et de l'augmentation de l'incapacité avec l'âge, on s'attend généralement à ce que le phénomène de l'incapacité prenne graduellement de l'ampleur et exerce une pression accrue sur les services (adaptation des logements, services à domicile, transport adapté, etc.).

Mais il y a plus. Le contexte dans lequel évoluent les personnes ayant une incapacité est en transformation rapide. Depuis 1991, et *a fortiori* depuis 1986, on a assisté à une évolution importante du marché de l'emploi et de l'économie en général et à une période de restriction budgétaire. Les programmes et les services spécialisés offerts à différentes clientèles ont également connu diverses transformations — dont le

² Santé Québec est devenu, le 1^{er} avril 1999, la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec.

transfert des programmes développés par l'OPHQ vers divers ministères ou organismes — auxquelles il faut ajouter l'importante réorganisation des modalités de prestation des services de santé offerts au Québec, dont les principaux aspects ont été le mouvement de désinstitutionnalisation et, plus récemment, le « virage ambulatoire ». Ces changements peuvent avoir eu un impact sur les personnes ayant une incapacité et vivant à domicile : sur leur intégration au travail, à l'école, ainsi que sur leur participation sociale ou sur leur qualité de vie. La reprise de l'enquête permet de suivre l'évolution de la situation des personnes ayant une incapacité au Québec au cours de cette période de 12 ans (1986-1998).

But et objectifs de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998

L'EQLA a pour but de recueillir des renseignements sur la population québécoise ayant une incapacité et vivant en ménage privé. Elle vise également à assurer la continuité de la base de données sur cette population constituée par Statistique Canada lors de l'*Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986* et celle de 1991. Afin d'assurer la comparabilité des résultats de l'EQLA avec ceux des enquêtes précédentes, l'EQLA a repris en grande partie la méthodologie et les instruments de collecte de l'ESLA de 1991.

L'EQLA a également repris les objectifs de l'ESLA de 1991 (Statistique Canada, 1991), soit de recueillir des données sur :

- la prévalence, la nature et la gravité de l'incapacité;
- l'usage et le besoin d'aides techniques et de services;
- les obstacles auxquels font face les personnes ayant une incapacité dans les activités de la vie quotidienne, l'éducation, l'emploi, les déplacements, le logement et les loisirs; et
- les frais supplémentaires liés à la présence d'une incapacité.

Lien avec l'Enquête sociale et de santé 1998

L'EQLA a été rattachée, au niveau de la collecte des données, à l'*Enquête sociale et de santé 1998*, une vaste enquête générale de santé réalisée par l'ISQ auprès de la population québécoise vivant en ménage privé. Cette stratégie de collecte consiste à identifier les répondants ayant une incapacité au sein de l'échantillon de l'enquête générale, grâce à un ensemble de questions de sélection, puis à administrer aux personnes sélectionnées un questionnaire détaillé portant sur divers thèmes relatifs à l'incapacité.

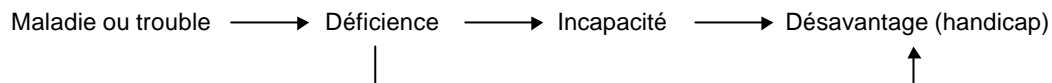
D'un point de vue scientifique, ce lien présente l'avantage de donner accès à un large éventail de renseignements sur les caractéristiques sociosanitaires des personnes ayant une incapacité et de leur ménage. De plus, le rattachement à l'enquête générale permet de comparer les personnes ayant une incapacité au reste de la population québécoise pour de nombreuses caractéristiques sociosanitaires. Il en résulte une grande richesse d'analyses possibles, dont les principales seront présentées dans ce rapport.

Finalement, l'EQLA permet d'estimer la prévalence de l'incapacité pour chacune des régions sociosanitaires du Québec, grâce à son lien avec une enquête générale ayant une représentativité régionale.

Notion d'incapacité et cadre conceptuel

En 1980, l'Organisation mondiale de la Santé proposait une nouvelle classification pour décrire les conséquences des maladies et compléter la Classification internationale des maladies (WHO, 1980). Cette classification, qui doit l'essentiel de sa conception à Philip Wood, a eu un impact déterminant, tant sur le plan théorique que sur celui de l'intervention, par le cadre conceptuel et les notions qu'elle proposait. Elle a été diffusée en version française en 1988 (INSERM, 1988).

Figure 0.1
Modèle conceptuel de l'OMS (1980)



Trois concepts principaux y sont distingués : la déficience, l'incapacité et le désavantage (figure 1). Dans ce modèle, « la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique » (INSERM, 1988, p. 23). Selon cette définition, une malformation, une anomalie, la perte d'un membre, d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale, physiologique ou anatomique sont des déficiences. De façon générale, la déficience résulte d'une maladie, d'un trouble ou d'un traumatisme par exemple.

L'incapacité, elle, « correspond à toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain » (INSERM, 1988, p.137). Contrairement aux déficiences, qui s'intéressent aux fonctions des parties du corps, l'incapacité concerne les activités simples ou complexes que l'on attend d'une personne ou du corps dans son ensemble et qui sont généralement considérées comme essentielles à la vie quotidienne.

Le dernier concept, celui de désavantage³, porte sur les conséquences sociales de la déficience ou de l'incapacité. « Le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels » (INSERM, 1988, p. 179). Le désavantage vient de l'impossibilité pour un individu de se conformer aux normes ou aux attentes du monde dans lequel il vit et survient lorsque l'individu ne peut accomplir certains rôles fondamentaux nécessaires à sa survie en tant qu'être social.

En 1992 s'est amorcé un processus de révision de la classification coordonné par l'OMS, et devant mener en 2001 à la publication d'une seconde version. Les années 90 ont donc été le cadre d'une profonde réflexion sur le plan conceptuel. L'une des tâches majeures a consisté à préciser le rôle des facteurs environnementaux, en particulier dans la production des désavantages; l'élimination de certains chevauchements conceptuels et une meilleure représentation des liens entre les concepts ont aussi été au cœur des débats (OMS et INSERM, 1993). Plusieurs modèles alternatifs et amendements ont été proposés pour répondre à ces difficultés. Dans ce contexte, le modèle proposé par le Réseau international sur le processus de production du handicap a eu une large diffusion au Québec dans les champs de la planification, de la recherche et de l'intervention. Ce modèle accorde une place importante aux facteurs environnementaux qui, en interaction avec les facteurs personnels (notamment les caractéristiques personnelles, les déficiences, les incapacités), peuvent faciliter ou au contraire faire obstacle à la pleine participation sociale des individus et engendrer une situation de handicap (Fougeyrollas et autres, 1998). Les facteurs environnementaux, qu'il s'agisse de facteurs sociaux (politiques, économiques, socioculturels) ou de facteurs physiques (aménagement), peuvent représenter autant d'obstacles ou de facilitateurs à la participation sociale des individus. L'inclusion de ces facteurs permet d'envisager les désavantages vécus par les personnes ayant une incapacité non comme des fatalités inéluctables, mais plutôt comme des situations sur lesquelles il est possible d'agir.

Au moment d'écrire ce rapport, le processus de révision de la classification est toujours en cours. La version préliminaire diffusée par l'OMS aux fins d'essai sur le terrain s'organise autour de trois dimensions : celle du corps (fonction et structure corporelles), la

³ La version anglaise du modèle présenté en 1980 utilisait le terme *handicap*, qui s'est largement répandu en français.

dimension des activités et celle de la participation; les facteurs contextuels, qui incluent les facteurs personnels et environnementaux, interagissent avec ces trois dimensions (OMS, 1999). Cette version laisse prévoir une révision de la terminologie, entre autres de la définition de l'incapacité, qui dans les années à venir devrait constituer la base d'un vocabulaire commun pour décrire ces phénomènes. C'est en effet un des objectifs de cette classification de constituer une base scientifique pour comprendre et étudier les états fonctionnels associés aux problèmes de santé et créer un langage commun pour les décrire, permettant la comparaison des données entre pays, entre disciplines ou entre services. Tout porte à croire que le nouveau cadre conceptuel qui sera proposé permettra d'enrichir dans le futur l'interprétation des résultats de cette enquête et que les réalités qu'elle mesure conserveront toute leur pertinence.

Cadre conceptuel et contenu de l'enquête

À l'instar des enquêtes canadiennes dont elle est tributaire, la définition de l'incapacité utilisée dans l'EQLA s'appuie sur celle proposée par l'OMS en 1980. Ainsi, la notion d'incapacité retenue dans l'enquête porte, de façon générale, sur la capacité des personnes à réaliser certaines activités et non sur la présence d'une déficience. Ces activités représentent un ensemble de capacités fonctionnelles nécessaires pour réaliser les activités indispensables à la vie de tous les jours, et ce, indépendamment de la position sociale ou économique. Elles se rapportent principalement à la mobilité, à l'agilité et à la communication (entendre, voir, parler). Sont également incluses les incapacités liées aux activités intellectuelles ou à la santé mentale. Par ailleurs, chez les enfants, la notion d'incapacité est plus difficile à appréhender. C'est pourquoi, dans l'enquête, les critères définissant la présence d'une incapacité chez ceux-ci sont différents de ceux chez les adultes. La section 2.1.1 du chapitre 2 de ce rapport présente l'ensemble des critères de sélection ayant permis de définir de façon opérationnelle la présence d'une incapacité chez les adultes et les enfants.

Au-delà de la notion d'incapacité qu'il développe, le contenu de l'enquête n'a pas été élaboré *a priori* avec le souci de mesurer d'autres dimensions du modèle conceptuel de l'OMS, hormis la présence de divers obstacles que rencontrent les personnes ayant une incapacité (Statistique Canada, 1991). Le contenu de l'enquête a été déterminé après consultation auprès des utilisateurs (représentants gouvernementaux, associations, intervenants, etc.) en vue d'établir un choix de renseignements utiles pour desservir cette population. Toutefois, le chapitre 4 de ce rapport présente un nouvel indice qui tente de cerner la dimension du désavantage grâce aux renseignements contenus dans l'enquête.

Thèmes de l'enquête

Les thèmes abordés dans l'enquête portent sur les aspects généraux suivants : les caractéristiques des personnes ayant une incapacité, l'impact de l'incapacité sur la réalisation des activités, les besoins et l'utilisation d'aides techniques, d'équipements spécialisés, d'aide personnelle ou de services et les obstacles à la réalisation des activités ou à l'obtention de l'aide requise.

Parmi les caractéristiques de la population avec incapacité figurent d'abord les caractéristiques de l'incapacité elle-même. L'incapacité y est décrite quant à sa nature, sa gravité, sa durée, ses causes et origines. Le rapport présente également une analyse des désavantages liés à l'incapacité chez les adultes. Les caractéristiques démographiques et socioéconomiques complètent la description de cette population.

L'enquête examine ensuite, chez les adultes, l'impact de l'incapacité sur la réalisation des activités dans divers domaines de l'activité humaine ou de la participation sociale : les activités de la vie quotidienne, les déplacements à l'extérieur du domicile, la scolarisation, le travail et les loisirs.

L'utilisation et les besoins d'aides techniques, d'aide personnelle, de services ou d'équipements spécialisés sont ensuite examinés dans divers domaines de

l'activité humaine. Y sont abordés notamment l'aide pour les activités de la vie quotidienne, les aménagements résidentiels ou les appareils adaptés à domicile, et les besoins d'aide, d'aménagement ou de services à l'école ou en milieu de travail.

Finalement, l'enquête présente les obstacles à la réalisation des activités ou à l'obtention de l'aide requise tant en ce qui a trait aux aides techniques, à l'aménagement de l'habitation, aux déplacements, qu'au travail, à la scolarisation et aux loisirs. L'impact de l'incapacité sur les finances personnelles est aussi examiné.

Chez les enfants, les thèmes examinés sont moins nombreux. Les caractéristiques de l'incapacité sont d'abord décrites. L'impact de l'incapacité sur la réalisation des activités, les besoins d'aide et de services et les obstacles sont étudiés en ce qui a trait aux déplacements à l'extérieur du domicile, à la scolarisation et à la garde des enfants. Certaines caractéristiques des familles et l'impact de l'incapacité sur les finances familiales complètent l'analyse.

Par ailleurs, le lien avec l'*Enquête sociale et de santé 1998* permet d'ajouter, aux thèmes propres à l'EQLA, une analyse de l'état de santé de la population avec incapacité, tant sur le plan de la santé physique que mentale, ainsi qu'une analyse de l'utilisation des services de santé et des services sociaux et de la consommation de médicaments.

Présentation du rapport

La préparation de ce rapport a été rendue possible grâce à la collaboration de plus d'une trentaine de chercheurs provenant de divers milieux intéressés à la problématique de l'incapacité. Regroupés selon leur champ d'expertise, ils en ont rédigé les divers chapitres. Afin d'assurer la cohérence des analyses et du rapport, l'Institut de la statistique du Québec a fixé les balises des analyses et les normes de publication et a coordonné l'analyse des données et la révision des manuscrits.

Ce rapport vise à présenter les principaux résultats de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*. Il vise également à rendre compte de l'évolution des principaux indicateurs entre 1986, 1991 et 1998. Les comparaisons entre la population québécoise avec et sans incapacité que permet cette enquête en constituent un attrait majeur.

Le rapport comprend 16 chapitres. De façon générale, les divers thèmes de l'enquête sont examinés selon cinq caractéristiques de la population avec incapacité : l'âge, le sexe, la nature et la gravité de l'incapacité et l'indice de désavantage. Le premier chapitre présente la méthodologie de l'enquête. Outre ces aspects méthodologiques généraux, chacun des chapitres thématiques comprend une section consacrée aux aspects méthodologiques qui lui sont propres.

Les quatre chapitres suivants présentent une description de la population avec incapacité et de ses caractéristiques. Le chapitre 2 présente la prévalence de l'incapacité dans la population québécoise selon sa gravité et analyse son évolution de 1986 à 1998. Le chapitre 3 examine la prévalence de divers types d'incapacité, leur évolution et diverses caractéristiques de l'incapacité. Le chapitre 4 présente la prévalence du désavantage dans la population, tel que mesuré par l'indice de désavantage lié à l'incapacité, et analyse son évolution dans le temps. Finalement, le chapitre 5 présente les principales caractéristiques démographiques et socioéconomiques de la population avec incapacité et les compare à celles de la population québécoise sans incapacité.

Les chapitres suivants abordent différents thèmes liés à la réalisation des activités et aux besoins ou à l'utilisation de divers aides ou services par les personnes ayant une incapacité. Ainsi, le chapitre 6 est consacré aux besoins et à l'utilisation des aides techniques et des services spécialisés. Le chapitre 7 est consacré à l'habitation et aux besoins d'aménagements résidentiels et le chapitre 8, aux besoins d'aide dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. Le chapitre 9 porte sur les déplacements des personnes ayant une incapacité à l'extérieur de leur domicile.

Les trois chapitres suivants se penchent sur trois domaines importants de la participation sociale : la scolarisation (chapitre 10), l'activité sur le marché du travail (chapitre 11) et la pratique d'activités physiques et de loisirs (chapitre 12). Ces chapitres font état de l'impact de l'incapacité sur ces activités, des besoins et des obstacles rencontrés. À plusieurs égards, la situation des personnes avec incapacité est comparée à celle des Québécois sans incapacité.

Les chapitres suivants sont consacrés à l'état de santé des personnes ayant une incapacité et à deux aspects qui en découlent, le recours aux services et l'utilisation de médicaments. Pour ces divers aspects, la population avec incapacité est comparée à celle sans incapacité. Le chapitre 13 examine l'état général de santé et de bien-être et présente la prévalence des principaux problèmes de santé. Le chapitre 14 traite de la santé mentale et plus particulièrement de la détresse psychologique, des idées et tentatives de suicide. Le recours aux services de santé et aux services sociaux et l'utilisation de médicaments font l'objet du chapitre 15.

Le chapitre 16 analyse, grâce aux données portant sur l'incapacité et le désavantage, l'espérance de vie et l'espérance de santé dans la population québécoise. Mentionnons que des données régionales sont disponibles en ce qui a trait à la prévalence de l'incapacité et à l'espérance de santé (chapitres 2 et 16).

Nous espérons que ce rapport s'avérera utile et qu'il contribuera à mieux comprendre et desservir la population québécoise qui vit avec une incapacité.

Jocelyne Camirand
Coordonnatrice de l'enquête
Direction Santé Québec — ISQ

Bibliographie

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

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

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

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (1984). *À part... égale. L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*, Québec, Ministère des Communications, Direction générale des publications gouvernementales, 350 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE (1993). *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, Un manuel des conséquences des maladies*, Contient une note pour la réimpression de 1993, Vanves, FRA, CTNERHI, 203 p.

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

STATISTIQUE CANADA (1991). *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991. Guide de l'utilisateur*, Ottawa, 54 p. et annexes.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*, Geneva, WHO.

Chapitre 1

Méthodes

Jocelyne Camirand¹
Rébecca Tremblay²
Robert Courtemanche²
Lorraine Caouette²
Nathalie Audet¹

¹Direction Santé Québec

²Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales
Institut de la statistique du Québec

Introduction

Ce chapitre présente les principaux aspects méthodologiques reliés à l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA). On y présente d'abord les procédures de collecte, qui comprennent une description des instruments de collecte, du prétest et du plan de sondage de l'enquête, de la collecte des données ainsi que de la taille de l'échantillon et du phénomène de la non-réponse. La seconde section du chapitre décrit les diverses étapes du traitement des données : la validation, la pondération des données puis les méthodes d'analyse. La comparabilité de l'EQLA et de l'*Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986* (ESLA) et celle de 1991 de Statistique Canada fait l'objet de la troisième section. On y discutera de la comparabilité des méthodes d'enquête utilisées, des méthodes d'analyse retenues pour effectuer les comparaisons entre les enquêtes et des limites à ces comparaisons. Le chapitre se termine par une description des normes retenues pour la présentation des résultats et un rappel de la portée et des limites inhérentes à l'analyse des résultats de ce type d'enquête.

Le cahier méthodologique et technique de l'enquête (à paraître) fournira une information plus détaillée sur ces aspects. Par ailleurs, les lecteurs sont invités à consulter les divers chapitres du présent rapport pour une

description des aspects méthodologiques propres aux indicateurs et aux analyses traités dans chaque chapitre.

1.1 Procédures d'enquête

1.1.1 Instruments de collecte des données

L'EQLA comprend trois instruments de collecte principaux : le questionnaire de sélection (QS), le questionnaire de suivi destiné aux adultes (personnes de 15 ans et plus)(QA), et le questionnaire de suivi sur les enfants de 0-14 ans (QE). Ces questionnaires sont informatisés et remplis par un intervieweur. Ils sont disponibles en français (présentés aux annexes 2, 3 et 4 de ce rapport) et en anglais.

Le questionnaire de sélection, comme son nom l'indique, permet de sélectionner les personnes qui présentent une incapacité. Il consiste en une série de questions correspondant aux critères de sélection de l'enquête. Ces critères, qui sont différents pour les adultes et les enfants, sont présentés à la section 2.1.2 (chapitre 2). Une personne est considérée comme ayant une incapacité si elle remplit au moins un de ces critères. Le questionnaire de sélection permet également de déterminer la nature des incapacités des adultes et des enfants.

Seules les personnes sélectionnées répondent au questionnaire de suivi. Le questionnaire de suivi des

adultes comprend neuf sections qui abordent les aspects suivants : la *Section A - Questions supplémentaires sur les limitations* aborde la gravité, la cause et la durée des incapacités; la *Section B - Aides techniques et services*, le besoin et l'utilisation d'aides techniques et de services spécialisés; la *Section C - Activités quotidiennes*, le besoin d'aide et l'aide reçue pour les activités de la vie quotidienne; la *Section D - Scolarité*, la scolarisation, et les conséquences de l'incapacité sur la scolarisation; la *Section E - Activité sur le marché du travail*, le statut d'emploi, les limitations au travail ou dans la recherche d'un emploi; la *Section F - Déplacements* aborde la limitation dans les déplacements, l'aide ou les services requis, les modes de transport, la fréquence et les motifs des déplacements; la *Section G - Logement* aborde le besoin et l'utilisation d'aménagements spéciaux du domicile; la *Section H - Loisirs*, la pratique et les obstacles à l'activité physique et aux autres activités de loisirs; finalement la *Section I - Caractéristiques économiques*, les revenus et dépenses associées à l'incapacité.

Le questionnaire de suivi des enfants est plus restreint. Il comprend quatre sections portant sur les aspects suivants : *Section A - Questions supplémentaires sur les limitations* (gravité, cause et durée des incapacités), *Section B - Scolarité et garde des enfants* (fréquentation scolaire, conséquences de l'incapacité sur la scolarisation, évaluation des besoins scolaires, garde des enfants), *Section C - Déplacements* (limitation dans les déplacements, modes de transport, fréquence et motifs des déplacements), *Section D - Caractéristiques économiques* (dépenses associées à l'incapacité).

Dans le but d'assurer la comparabilité des résultats de l'EQLA à ceux des enquêtes canadiennes, les instruments de l'EQLA reprennent en grande partie ceux de l'ESLA de 1991. Les questionnaires de l'ESLA de 1991 et de 1986 ont été révisés par le comité d'orientation de l'enquête pour constituer les questionnaires de l'EQLA et des experts ont été consultés. La révision des instruments a porté tant sur la

pertinence que sur la formulation des questions. Les modifications apportées avaient pour but d'assurer la mise à jour des instruments et leur adaptation dans le contexte du rattachement de l'EQLA à l'*Enquête sociale et de santé 1998 (ESS98)*, tout en préservant la comparabilité des résultats.

Seules des modifications mineures ont été apportées aux indicateurs de suivi chronologique les plus importants, soit ceux qui permettent d'établir la prévalence, la nature et la gravité de l'incapacité afin de préserver la comparabilité des résultats. Par ailleurs, l'ajout de nouvelles questions a été limité dans le but d'abrèger la durée de l'entrevue, étant donné que les questionnaires de l'ESS98 ont été administrés avant ceux de l'EQLA. Certaines questions ont été retirées notamment sur la base de la pertinence, de l'existence d'autres sources de données fiables, et surtout du nombre attendu de répondants. Finalement, de façon générale, les thèmes déjà abordés dans les questionnaires de l'ESS98 ont été retirés des questionnaires de l'EQLA, c'est le cas par exemple des caractéristiques sociodémographiques, des problèmes de santé, de la santé mentale et de la consommation de médicaments.

Afin d'alléger le questionnaire de sélection, on a réduit le nombre de questions de sélection pour les adultes. À la suite de certaines analyses, quatre des questions de sélection les moins discriminantes de l'ESLA de 1991 ont été retirées. Trois des questions retirées du questionnaire de sélection ont été intégrées au questionnaire de suivi (QA-36, 49, 70), ce qui a permis la constitution des indicateurs portant sur les types d'incapacité et la gravité de l'incapacité.

Par ailleurs, certaines questions de sélection portant sur des problèmes de santé chroniques des enfants ne figurent pas au questionnaire de sélection. Ces données sont plutôt compilées à partir des réponses fournies à des questions équivalentes du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) de l'ESS98.

Finalement, on a diminué le nombre de questions et de thèmes du questionnaire de suivi portant sur les enfants, comparativement au questionnaire de l'ESLA de 1991, principalement en raison de la faible taille de l'échantillon attendu.

Parce que l'EQLA est administrée au même échantillon que l'ESS98, l'information recueillie dans le cadre de celle-ci est aussi disponible pour les répondants de l'EQLA. L'ESS98 comprend deux instruments principaux: le QRI et le QAA (questionnaire auto-administré). Le QRI permet d'établir les caractéristiques du ménage et de ses membres. Outre les renseignements démographiques et socioéconomiques, l'instrument aborde de nombreux thèmes reliés à la santé comme les problèmes de santé, le recours aux services sociaux et de santé, la consommation de médicaments, les accidents avec blessures, la couverture des frais de santé, l'alimentation et l'air ambiant du domicile. Le QAA, qui est administré à toutes les personnes de 15 ans et plus du ménage, comporte des questions sur la perception de l'état de santé, les habitudes de vie (usage du tabac, consommation d'alcool ou de drogues, alimentation, activité physique, poids corporel), l'autonomie décisionnelle au travail, diverses manifestations liées à la santé mentale et au suicide, le soutien social, la famille, certains comportements de santé propres aux femmes, la sexualité, les acouphènes, la spiritualité et certains renseignements socioéconomiques et démographiques. Dans ce rapport, divers thèmes abordés dans l'un ou l'autre des instruments de l'ESS98 ont fait l'objet d'analyse.

1.1.2 Prétest et formation

Un prétest de l'enquête a été réalisé en septembre 1997. Il visait principalement à vérifier la faisabilité du déroulement complexe de l'enquête en raison de son rattachement à l'ESS98, notamment quant à la charge des répondants et à la qualité de la réponse ainsi qu'à l'ordre d'administration des questionnaires aux entrevues

(QRI, QAA, EQLA). Il visait également à tester l'utilisation des questionnaires informatisés et la formation dispensée aux intervieweurs, et à apporter les derniers correctifs aux instruments de l'enquête.

Le prétest a été effectué par le Groupe Léger & Léger inc., la firme de sondage chargée, à la suite d'un appel d'offres, de la collecte des données. Il a sollicité la participation de 251 ménages de la région de Montréal, incluant 50 ménages anglophones. Afin de s'assurer de la présence dans l'échantillon de personnes ayant divers types d'incapacité, 50 des ménages ont été recrutés par l'entremise d'associations de personnes handicapées de la région de Montréal. Le prétest incluait des entrevues face à face et par téléphone.

Comme cela a été le cas à la collecte, les intervieweurs ont reçu une formation sur le contenu des questionnaires de l'EQLA en plus de la formation portant sur l'ESS98, les techniques d'entrevue et l'utilisation d'un ordinateur portable. Une attention particulière a été apportée aux questions de sélection.

1.1.3 Plan de sondage

La stratégie de l'EQLA consiste à sélectionner, à partir du questionnaire de sélection, les personnes ayant une incapacité au sein de l'échantillon de l'ESS98. Le plan de sondage de l'EQLA est donc celui de l'ESS98.

La population visée par l'EQLA est celle qui habite l'ensemble des ménages privés de toutes les régions sociosanitaires du Québec, à l'exclusion des régions crie et inuite et des réserves indiennes. Un ménage privé est constitué de tous les membres qui considèrent le logement privé qu'ils occupent comme leur lieu de résidence habituel ou qui n'ont pas déclaré d'autre lieu de résidence. Sauf exception¹, tous les membres des ménages privés sont visés. Par ailleurs, les personnes

¹ Notamment, les représentants de gouvernements étrangers et leur famille et les visiteurs étrangers ne sont pas visés par l'enquête.

vivant dans des ménages collectifs institutionnels (1,2 %) tels que les hôpitaux et les foyers pour personnes âgées, et non institutionnels (0,5 %) comme les établissements religieux, les pensions et les maisons de chambres, sont exclues de la population visée. Ces personnes représentent environ 1,7 % de l'ensemble de la population québécoise en 1991. En tout, la population visée par l'EQLA représente 97,3 % de l'ensemble de la population québécoise en 1991.

Pour établir la base de sondage, l'ensemble du territoire où réside la population visée a été découpé en petites aires géographiques appelées unités primaires d'échantillonnage (UPE). Celles-ci correspondent généralement à des secteurs de dénombrement du recensement canadien de la population de 1991. Les UPE peuvent correspondre à une municipalité, à un pâté

de maisons, voire à un immeuble d'appartements. L'ensemble de ces unités forme le premier degré de la base de sondage.

Par ailleurs, douze aires homogènes sont définies, que l'on obtient en découpant d'abord le Québec en quatre zones distinctes, soit la région métropolitaine de Montréal (M), les capitales régionales (C), les agglomérations et villes (A) et le milieu rural (R). Chaque zone est ensuite subdivisée en trois aires établies en fonction de caractéristiques socio-économiques associées à l'état de santé : une aire vulnérable (1), une aire intermédiaire (2) et une aire peu vulnérable (3). La définition des aires homogènes se fait à partir de variables socio-économiques tirées du recensement de 1991. Pour plus de détails à ce sujet, consultez Pampalon et autres (1998).

Tableau 1.1

Répartition de l'échantillon des logements selon la région sociosanitaire et l'aire homogène, Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998

	Aire homogène												Total
	M1	M2	M3	C1	C2	C3	A1	A2	A3	R1	R2	R3	
Bas-Saint-Laurent	0	0	0	0	0	0	120	280	120	120	160	0	800
Saguenay-Lac-Saint-Jean	0	0	0	200	240	20	60	140	40	40	60	0	800
Québec	0	0	0	110	400	190	0	60	0	0	40	0	800
Mauricie-Bois-Francs	0	0	0	70	150	20	100	220	60	40	140	0	800
Estrie	0	0	0	90	280	50	40	100	40	40	100	60	800
Montréal-Centre	690	1 030	540	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 260
Outaouais	0	0	0	90	370	180	0	40	0	80	180	40	980
Abitibi-Témiscamingue	0	0	0	0	0	0	180	300	120	90	120	0	810
Côte-Nord	0	0	0	0	0	0	150	360	180	60	60	0	810
Nord-du-Québec	0	0	0	0	0	0	120	480	0	0	80	0	680
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0	0	0	0	0	0	60	120	0	270	300	60	810
Chaudière-Appalaches	0	0	0	0	190	50	40	200	40	60	180	40	800
Laval	90	660	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	800
Lanaudière	120	240	0	0	0	0	40	140	40	40	140	40	800
Laurentides	100	260	20	0	0	0	60	120	60	40	80	60	800
Montérégie	600	470	90	0	0	0	60	240	120	0	120	80	1 780
Ensemble du Québec	1 600	2 660	700	560	1 630	510	1 030	2 800	820	880	1 760	380	15 330

(M) région métropolitaine; (C) capitales régionales; (A) agglomérations et villes; (R) milieu rural.

(1) aire vulnérable; (2) aire intermédiaire; (3) aire peu vulnérable.

Avant la sélection de l'échantillon, les UPE ont été regroupées en strates. Chaque strate est définie par le croisement d'une région sociosanitaire et d'une aire homogène. En tout, il y a seize régions sociosanitaires et douze aires homogènes (tableau 1.1). À l'intérieur de chaque strate, l'échantillon a été sélectionné en deux étapes. Premièrement, un échantillon aléatoire d'UPE a été choisi avec une probabilité proportionnelle au nombre de ménages privés recensés en 1991. Ensuite, une énumération des logements privés a été faite pour établir une liste exhaustive des logements appartenant à chaque UPE sélectionnée. Les listes ainsi constituées forment le second degré de la base de sondage. Des logements ont ensuite été choisis de façon systématique à partir d'un point de départ aléatoire. Comme mentionné précédemment, sauf quelques exceptions, toutes les personnes appartenant au ménage privé qui résident dans les logements choisis sont visés par l'enquête et font partie de l'échantillon.

La taille totale de l'échantillon des logements et sa répartition par strate ont été établies de manière à obtenir :

- des échantillons d'au moins 800 logements dans chacune des régions sociosanitaires (sauf pour la région du Nord-du-Québec dont la taille de l'échantillon a été fixée à 680 logements²) pour permettre des analyses régionales;
- des échantillons élargis pour les régions plus peuplées comme Montréal-Centre et la Montérégie, pour augmenter la précision des estimations nationales;

² Le taux d'échantillonnage très élevé des UPE de cette région permet quand même d'obtenir des précisions semblables aux autres régions.

- des échantillons élargis pour certaines régions à la demande des représentants régionaux afin de répondre à des objectifs définis.

Avec ces critères, la taille totale de l'échantillon a été déterminée initialement à 15 330 logements. Ceux-ci sont regroupés en 1 092 UPE comportant chacune un échantillon de 10, 20, 30 ou 40 logements, selon la région sociosanitaire et la zone. La répartition par strate de l'échantillon initial de logements est présentée au tableau 1.1. Il est à noter que le rapport entre le nombre de logements échantillonnés et le nombre de logements dans la population au recensement de 1991 varie d'une région à l'autre : il va de 0,30 % pour la région de Montréal-Centre à 10,78 % pour le Nord-du-Québec (tableau 1.2).

Par ailleurs, afin de tenir compte le mieux possible d'éventuelles variations saisonnières des caractéristiques sociosanitaires de la population, l'échantillon total a été réparti en quatre périodes de collecte disjointes qui s'étalent sur toute l'année 1998. Il s'agit de périodes de trois mois chacune, soit de janvier à mars, d'avril à juin, de juillet à septembre et d'octobre à décembre. Pour chaque période, la taille de l'échantillon par strate est similaire.

En résumé, l'EQLA a un plan de sondage stratifié par régions et par aires homogènes à deux degrés d'échantillonnage : les UPE et les logements. Par ailleurs, la répartition de l'échantillon des logements par strate est non proportionnelle par rapport à la répartition observée dans la population. Finalement, les personnes interrogées sont concentrées au niveau d'un ménage privé.

Tableau 1.2

Rapport entre le nombre de logements échantillonnés et le nombre de logements dans la population au recensement de 1991 selon la région sociosanitaire, Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998

	Distribution de la population	Distribution de l'échantillon %	Rapport
Bas-Saint-Laurent	2,8	5,2	1,08
Saguenay–Lac-Saint-Jean	3,7	5,2	0,82
Québec	9,3	5,2	0,33
Mauricie–Bois-Francs	6,7	5,2	0,45
Estrie	3,9	5,2	0,78
Montréal-Centre	28,9	14,7	0,30
Outaouais	4,0	6,4	0,93
Abitibi-Témiscamingue	2,1	5,3	1,49
Côte-Nord	1,2	5,3	2,50
Nord-du-Québec	0,2	4,4	10,78
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	1,4	5,3	2,26
Chaudière-Appalaches	4,9	5,2	0,62
Laval	4,3	5,2	0,70
Lanaudière	4,4	5,2	0,68
Laurentides	5,4	5,2	0,57
Montérégie	16,6	11,6	0,41
Ensemble du Québec	100,0¹	100,0¹	0,58

1. Puisque les distributions ont été arrondies, le total n'égalé pas la somme des parties.

Source : Statistique Canada, *Recensement de 1991*.

1.1.4 Collecte des données

La collecte de données de l'EQLA s'est effectuée conjointement avec celle de l'ESS98, de janvier à décembre 1998, et elle a été répartie en quatre périodes de collecte.

L'énumération des logements des UPE sélectionnées nécessaire à l'établissement de la base de sondage précédait chaque période de collecte et était effectuée par l'intervieweur. C'est à partir de la liste validée de logements que l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) sélectionnait les logements à enquêter.

L'intervieweur devait tenter, au moins à six reprises, d'établir le contact avec les ménages des logements sélectionnés, en prenant soin de varier le jour et l'heure des tentatives. Dans chaque ménage privé, un répondant clé était désigné, en l'occurrence un adulte de 18 ans ou plus qui connaît bien les autres membres du ménage. L'intervieweur effectuait alors une entrevue

assistée par ordinateur (le QRI de l'ESS98) avec le répondant clé du ménage afin de recueillir de l'information sur chacun des membres de celui-ci. Chaque personne de 15 ans et plus était également invitée à remplir le QAA à la même occasion ; si cela n'était pas possible, l'intervieweur retournait au domicile dans les jours suivants pour récupérer les questionnaires (QAA) remplis. Une compensation monétaire de 15 \$ était versée au répondant clé du ménage après que celui-ci eut répondu au QRI et au QAA pour sa participation à l'ESS98. Aucune compensation supplémentaire n'était versée pour la participation à l'EQLA.

Les entrevues de l'EQLA ont eu lieu de préférence au moment de la visite de l'intervieweur pour l'ESS98. Les entrevues n'ayant pu se dérouler à ce moment ont été effectuées à l'occasion d'une visite subséquente à domicile ou, dans certains cas, par téléphone. L'entrevue de l'EQLA comprenait deux étapes. Dans un premier temps, il s'agissait de sélectionner les personnes qui

présentaient une incapacité parmi toutes les personnes faisant partie des ménages interrogés; c'est l'étape de sélection. Dans un deuxième temps, il s'agissait d'administrer le questionnaire de suivi aux personnes sélectionnées.

L'administration du questionnaire de sélection s'est faite en général à la première visite de l'intervieweur pour l'ESS98. En fait, le questionnaire de sélection constitue la dernière section du QRI. En y répondant, le membre clé du ménage répondait aux questions de sélection de l'EQLA portant sur lui-même, sur chaque enfant de 0-14 ans et, plus rarement, sur tout adulte du ménage déclaré incapable de répondre au questionnaire de l'EQLA. L'intervieweur administrait également le questionnaire de sélection aux personnes de 15 ans ou plus présentes au moment de la visite. Lorsqu'une personne répondait aux critères de sélection, l'intervieweur administrait alors le questionnaire de suivi, si celle-ci avait rempli au préalable le QAA.

Toutes les personnes de 15 ans et plus du ménage devaient répondre elles-mêmes aux questionnaires de sélection et, si elles étaient sélectionnées, au questionnaire de suivi de l'EQLA. Afin de réduire les biais potentiels liés à l'identification de l'incapacité par un tiers répondant, on a demandé aux intervieweurs un effort additionnel pour interroger directement les personnes visées. Les entrevues réalisées auprès de répondants substitués n'ont donc été permises qu'exceptionnellement, lorsque l'état de santé du répondant rendait impossible l'entrevue (maladie grave, réponses incohérentes, etc.) ou lorsqu'on n'a pu joindre les répondants malgré de nombreuses tentatives (selon les critères prédéterminés du manuel de l'intervieweur). Ces efforts ont porté leurs fruits, car seulement 5,0 % des questionnaires de sélection et 6,1 % des questionnaires de suivi des personnes de 15 ans et plus ont été administrés à un répondant substitut. Celui-ci était le répondant clé du ménage dans la quasi-totalité des cas. Par ailleurs, le répondant au questionnaire de suivi pour les enfants de 0-14 ans devait être aussi le répondant clé du ménage, à moins que celui-ci n'ait

estimé qu'un autre membre du ménage connaissait mieux l'enfant. Dans 96 % des cas, le répondant au questionnaire de suivi de l'enfant est un des parents biologiques de l'enfant (94 %) ou son conjoint (2 %).

Dans nombre de cas, les entrevues ont nécessité plus d'une visite à domicile, soit pour joindre des personnes temporairement absentes, en raison de la longueur de l'entrevue ou pour d'autres raisons. Une attention particulière a été apportée à la charge élevée des répondants clés du ménage, qui répondaient au QRI et au QAA, et qui pouvaient avoir à répondre au questionnaire de suivi de l'EQLA pour eux-mêmes, un enfant ou, occasionnellement, un autre adulte. Les intervieweurs devaient être sensibles à la fatigue éventuelle des répondants et reporter l'entrevue au besoin, afin de préserver la qualité de l'information recueillie.

Les entrevues se sont déroulées en français ou en anglais, et en privé, à moins que le répondant accepte ou demande la présence ou l'aide d'autres personnes. Les services d'interprètes oraux ou gestuels étaient disponibles sur demande pour les répondants malentendants. De plus, bien que le QAA soit autoadministré, les intervieweurs devaient prêter assistance aux répondants qui ne pouvaient y répondre, notamment en raison de leur incapacité (personnes ayant de la difficulté à lire ou à écrire).

La très grande majorité des entrevues de l'EQLA se sont déroulées en face à face; 2,3 % des entrevues de sélection et 5,3 % des entrevues de suivi ont eu lieu par téléphone. Le mode d'entrevue a été choisi selon des critères prédéterminés, inspirés de ceux de l'ESLA. Certaines entrevues devaient obligatoirement se faire face à face, comme celles auprès de personnes de 65 ans et plus sélectionnées pour le questionnaire de suivi ou fortement susceptibles de présenter une incapacité, de même que celles auprès des personnes de 15 ans et plus ayant un problème de santé ou une difficulté à parler ou à entendre les empêchant de répondre à un questionnaire par téléphone. Pour les autres entrevues,

le face-à-face a été privilégié, les entrevues téléphoniques n'étant effectuées que lorsqu'une autre visite au domicile n'était pas possible ou souhaitable selon l'intervieweur. Les entrevues téléphoniques étaient alors réalisées à partir d'une centrale téléphonique, par une équipe distincte des intervieweurs affectés à la collecte à domicile.

1.1.5 Taille de l'échantillon et non-réponse

La taille de l'échantillon de l'EQLA est constituée par le nombre total de logements sélectionnés pour l'enquête, à partir desquels la collecte des données s'effectue. Toutefois, au moment de la collecte, certains logements sélectionnés s'avèrent inadmissibles à l'EQLA selon des critères déterminés a priori, tandis que certaines personnes admissibles ne répondent pas à l'enquête.

1.1.5.1 Non-réponse totale

Au total, 15 409 logements ont été sélectionnés, dont 15 330 *a priori* et 79 dont on a découvert l'existence au moment de la collecte lorsqu'il y avait plus d'un logement

à l'adresse sélectionnée. Parmi ces 15 409 logements, 1 292 n'étaient pas admissibles à l'enquête, principalement parce qu'il s'agissait de logements vacants au moment de l'enquête (727 logements), de logements saisonniers (193) ou occupés par des personnes ne devant pas répondre à cette enquête (180), par exemple les représentants de gouvernements étrangers et leur famille (tableau 1.3).

Des 14 117 ménages admissibles à l'enquête, 11 986 ont répondu au QRI de l'ESS98; ces ménages abritent un total de 30 386 personnes, dont 24 129 adultes (15 ans et plus), et 6257 enfants de 0-14 ans. La principale raison de la non-réponse au QRI demeure le refus du ménage (environ 70 % des non-répondants), tandis que près de 15 % des non-répondants sont en fait des ménages qu'on n'a pas réussi à joindre (pas de réponse ou ménage temporairement absent) malgré plusieurs tentatives. Tous les individus identifiés au QRI comme faisant partie du ménage étaient admissibles au questionnaire de sélection de l'EQLA. Parmi ces derniers, 29 792 individus y ont répondu, soit 23 616 adultes et 6 176 enfants. Ceux-ci constituent les répondants à la sélection de l'EQLA.

Tableau 1.3

Répartition des logements selon les résultats de la collecte au QRI

	Résultats observés		Résultats pondérés
	Nombre de ménages	Non pondérés	
		%	%
Logements non admissibles			
Logement vacant	727	4,7	...
Logement saisonnier	193	1,3	...
Logement occupé par des personnes ne devant pas répondre	180	1,2	...
Logement inscrit par erreur en énumération	86	0,6	...
Logement démoli	45	0,3	...
Logement non résidentiel	38	0,2	...
Logement en construction	23	0,1	...
Sous-total	1 292	8,4	...
Logements contenant un ménage admissible			
Ménage répondant	11 986	77,8	82,1
Refus du ménage	1 510	9,8	12,3
Pas de réponse	246	1,6	2,1
Entrevue impossible pour cause de décès, maladie ou autres	105	0,7	0,9
Ménage temporairement absent	82	0,5	0,8
Aucune personne du ménage ne parle français ou anglais	69	0,4	0,7
Autres	119	0,8	1,1
Sous-total	14 117	91,6	100,0
Total	15 409	100,0	100,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Seuls les individus sélectionnés comme ayant une incapacité selon le questionnaire de sélection étaient admissibles au questionnaire de suivi de l'enquête, soit 3 694 adultes et 526 enfants totalisant 4 220 individus ayant une incapacité. Ces derniers n'ont cependant pas tous répondu au questionnaire : on dénombre 3 546 répondants au questionnaire de suivi des adultes et 469 à celui des enfants, pour un total de 4 015 répondants. Le nombre de répondants à la sélection et au suivi selon l'âge est fourni au tableau 1.4.

Tableau 1.4
Nombre de répondants à la sélection et au suivi selon l'âge

	Nombre de répondants à la sélection	Nombre de répondants au suivi
0-14 ans	6 176	469
15-34 ans	8 240	617
35-54 ans	9 621	1 243
55-64 ans	2 804	584
65 ans et plus	2 951	1 102
15 ans et plus	23 616	3 546
Total	29 792	4 015

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

Le taux de réponse à un instrument de collecte est défini comme étant le rapport entre le nombre d'unités répondantes et le nombre d'unités admissibles. Dans la présente enquête, comme toutes les unités n'ont pas la même probabilité d'être choisies, il est préférable de considérer un taux de réponse établi sur des données pondérées par l'inverse de cette probabilité. Ce taux pondéré est ainsi comparable à tout autre taux de réponse pondéré d'une enquête sur la même population, indépendamment de la répartition de l'échantillon.

Le tableau 1.5 présente les proportions pondérées de répondants de même que les taux de réponse pondérés aux questionnaires de l'EQLA et à ceux de l'ESS98. Pour le QRI, le taux de réponse pondéré est établi sur les ménages admissibles et s'élève à 82,1 %. Les personnes admissibles ont répondu à la sélection dans une proportion de 97,5 %, établie sur des données

pondérées. Cependant, le taux de réponse à la sélection doit tenir compte du fait que les questionnaires sont administrés en cascade. Il se définit par le produit du taux de réponse au QRI et de cette proportion (97,5 %). Le taux de réponse à la sélection s'élève ainsi à 80,0 %. En ce qui concerne le suivi, la proportion pondérée de répondants parmi ceux qui sont admissibles, soit les répondants à la sélection sélectionnés pour le suivi, est de 94,4 %. Quant au taux de réponse au suivi, il est calculé par le produit du taux de réponse à la sélection et de cette proportion (94,4 %), soit un taux de 75,6 %.

Il arrive que les questions provenant du QAA soient analysées pour les répondants de l'EQLA. Toutes les personnes de 15 ans et plus ayant répondu au QRI sont admissibles au QAA. La proportion pondérée de répondants au QAA (parmi les répondants au QRI de 15 ans et plus) et le taux de réponse au QAA pour les répondants au QRI de 15 ans et plus sont respectivement de 84,0 % et de 69,0 %. Dans le cadre des analyses de la présente enquête, deux groupes de personnes admissibles au QAA soulèvent l'intérêt : les personnes de 15 ans et plus qui ont répondu à la sélection et celles qui ont répondu au suivi. Le tableau 1.5 montre les proportions pondérées de répondants au QAA ainsi que le taux de réponse au QAA pour les répondants de 15 ans et plus à la sélection (67,1%) et au suivi (63,9 %).

Tableau 1.5

Proportion pondérée de répondants et taux de réponse pondéré selon le questionnaire pour divers groupes de personnes admissibles

Questionnaire	Produit des proportions ¹	Proportion pondérée de répondants ²	Taux de réponse pondéré
		%	
QRI	QRI	82,1	82,1
Sélection (QS)	QRI x QS		
Adulte		97,3	79,9
Enfant		98,6	81,0
Total		97,5	80,0
Suivi			
Adulte (QA)	QRI x QS x QA	95,3	76,1
Enfant (QE)	QRI x QS x QE	86,9	70,3
Total		94,4	75,6
QAA ³			
Répondants QRI	QRI x QAA	84,0	69,0
Répondants sélection	QRI x QS x QAA	84,8	67,1
Répondants suivi	QRI x QS x QA x QAA	87,4	63,9

1. Produit des proportions pondérées de répondants considérées pour le calcul des taux de réponse pondérés en cascade.

2. Parmi les individus admissibles répondant au questionnaire précédent.

3. Adultes seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

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

Tableau 1.6

Taux de réponse pondéré à la sélection et au suivi et proportion pondérée de répondants au suivi selon la région sociosanitaire

	Taux de réponse pondéré à la sélection	Proportion pondérée de répondants au suivi ¹	Taux de réponse pondéré au suivi
	%		
Bas-Saint-Laurent	84,4	90,7	76,5
Saguenay-Lac-Saint-Jean	94,3	97,4	91,9
Québec	78,1	94,3	73,7
Mauricie-Bois-Francs	86,7	92,6	80,3
Estrie	85,6	97,4	83,3
Montréal-Centre	74,6	90,0	67,1
Outaouais	83,7	95,3	79,8
Abitibi-Témiscamingue	92,5	96,8	89,5
Côte-Nord	92,9	97,7	90,7
Nord-du-Québec	89,0	92,8	82,6
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	84,7	91,9	77,8
Chaudières-Appalaches	84,4	97,6	82,4
Laval	81,8	96,5	79,0
Lanaudière	80,7	98,1	79,2
Laurentides	86,7	97,2	84,3
Montérégie	74,2	97,3	72,2
Ensemble du Québec	80,0	94,4	75,6

1. Parmi les répondants à la sélection sélectionnés pour le suivi.

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

Tableau 1.7

Taux de réponse pondéré à la sélection et au suivi et proportion pondérée de répondants au suivi selon la période de collecte

	Taux de réponse pondéré à la sélection	Proportion pondérée de répondants au suivi ¹	Taux de réponse pondéré au suivi
	%		
Janvier 1998 – mars 1998	75,4	96,1	72,5
Avril 1998 – juin 1998	77,9	93,1	72,5
Juillet 1998 – septembre 1998	84,1	93,0	78,3
Octobre 1998 – décembre 1998	83,4	94,7	79,0

1. Parmi les répondants à la sélection sélectionnés pour le suivi.

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

Les proportions pondérées de répondants à la sélection et au suivi par rapport aux personnes admissibles varient peu entre les régions sociosanitaires et d'une période de collecte à l'autre. Par ailleurs, le taux de réponse au QRI varie légèrement en fonction de la région sociosanitaire et de la période de collecte³; il en va donc de même pour les taux de réponse à la sélection et au suivi (tableaux 1.6 et 1.7). On a enregistré des taux de réponse à la sélection et au suivi inférieurs notamment dans les régions de Québec, de Montréal-Centre et de la Montérégie, de même que lors des deux premières périodes de collecte.

Il existe d'autres sources de variabilité des proportions pondérées de répondants à la sélection ou au suivi, par rapport aux personnes admissibles. Les sources peuvent être différentes pour les adultes et les enfants. L'âge est une source de variabilité particulièrement importante au suivi : la proportion pondérée de réponse à ce questionnaire est moins élevée chez les enfants que chez les adultes (86,9 % c. 95,3 %). Pour ce qui est de la sélection chez les adultes, les individus autres que le répondant clé du ménage sont davantage représentés parmi les non-répondants; chez les enfants, ceux de moins d'un an sont sur-représentés parmi les non-répondants (données non présentées). En ce qui concerne le suivi, les adultes habitant la métropole ont répondu en moins grande proportion que

ceux des autres zones de résidence; en outre, les enfants appartenant à la troisième période de collecte ont la proportion pondérée de réponse la plus faible (données non présentées). Certains ajustements sont faits dans la présente enquête pour minimiser l'effet potentiellement néfaste de la non-réponse totale sur les estimations produites (voir la section 1.2.2).

1.1.5.2 Non-réponse partielle

En plus de la non-réponse totale, il faut que les estimations tiennent compte de la non-réponse à chaque question, soit la non-réponse partielle. L'ampleur de ce phénomène est mesuré par le taux de non-réponse partielle, qui est défini comme étant le rapport entre le nombre pondéré de répondants à une question donnée et le nombre pondéré de personnes devant y répondre. Les taux de non-réponse partielle aux questionnaires de sélection et de suivi de l'EQLA sont généralement faibles, étant donné la présence de l'intervieweur. Les estimations de proportions produites ne comportent donc pas de correction pour la non-réponse partielle.

Malgré cela, il arrive que la non-réponse partielle à certaines questions atteigne des seuils critiques. Lorsque le taux de non-réponse partielle est supérieur à 5 %, on effectue une analyse des caractéristiques des non-répondants. Les non-répondants, par exemple, peuvent être caractérisés par leur statut d'activité, la nature exclusive et la gravité de leur incapacité ainsi

³ Pour plus de détail, voir le rapport de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (Daveluy et autres, 2000).

que leur âge. La section « Aspects méthodologiques » de chaque chapitre présente les taux de non-réponse partielle des variables principales lorsqu'ils sont supérieurs à 5 %, les caractéristiques des non-répondants et leur effet éventuel sur les résultats.

Bien que la majorité des estimations du présent rapport soient des proportions, on y présente aussi des estimations de la taille de la population en milliers (Pe' 000 dans les tableaux). En général, il s'agit d'estimations du nombre de personnes dans la population de référence qui sont touchées par un phénomène donné, par exemple l'utilisation d'aides techniques. Pour de telles estimations, un taux de non-réponse partielle, aussi minime soit-il, entraîne un biais équivalent dans l'estimation produite.

Les estimations de populations ont donc été calculées en effectuant une correction pour la non-réponse partielle par groupe d'âge et sexe, deux variables connues pour tous les répondants et qui sont généralement associées au phénomène de la non-réponse de même qu'aux caractéristiques sociosanitaires de la population. En raison de cette correction des populations estimées, il n'y a pas de correspondance parfaite dans les tableaux présentés entre la population estimée et la proportion qui lui est associée.

1.2 Traitement des données

Cette section décrit les diverses étapes du traitement des données, soit la validation, la pondération et les méthodes d'analyse.

1.2.1 Validation

Les premières vérifications des données provenant des questionnaires ont été effectuées par la firme de sondage Léger & Léger inc. Afin d'assurer la qualité des entrevues face à face, environ 10 % des entrevues de chaque intervieweur ont fait l'objet d'une entrevue de contrôle, par les intervieweurs de l'équipe téléphonique.

L'informatisation des questionnaires de l'EQLA a réduit considérablement le temps nécessaire à la codification. La codification des questions ouvertes sur les problèmes de santé a nécessité le recours à des archivistes médicaux. Les cas litigieux étaient soumis aux responsables de la Direction Santé Québec; au besoin, on a rappelé les répondants.

La validation de la base de données s'est faite en plusieurs étapes. La liste des codes valides ayant été intégrée préalablement au logiciel de l'EQLA, celui-ci effectuait une validation automatique à la saisie des réponses par l'intervieweur, lui signalant l'inscription d'un code erroné le cas échéant. Chaque réponse était ainsi vérifiée avant d'être acceptée. De plus, le logiciel gérait les sauts de questions sans que l'intervieweur n'ait à intervenir. La firme de sondage devait procéder à ces validations avant de remettre un fichier de données à l'ISQ.

Les premières vérifications de l'ISQ ont porté sur la concordance entre la liste des répondants au QRI admissibles à l'EQLA et l'échantillon de l'EQLA, sur la validité des codes de non-réponse pour les individus non répondants autant à la sélection qu'au suivi, ainsi que sur la validation de la sélection des individus pour le questionnaire de suivi. À cette dernière étape, deux questions du questionnaire de sélection portant sur les enfants ont subi une analyse particulière qui a conduit à l'exclusion de certains cas. Premièrement, après l'examen de certaines réponses au QRI (problèmes de santé, consommation de médicaments et limitations déclarées) et au questionnaire de suivi des enfants, on a conclu que la question QS-E8c de la sélection avait été mal comprise par certains répondants. Deuxièmement, on a procédé à une sélection a posteriori des enfants choisis par la question QS-E9 (autre problème sérieux de santé), à l'instar de Statistique Canada : les enfants ayant des diagnostics vagues, des problèmes légers ou des problèmes exclus des critères de sélection de l'enquête (asthme, bronchite, allergies) ont été écartés.

Après la validation des aspects relatifs à la gestion et à la collecte, l'ensemble des réponses aux questionnaires ont été vérifiées, en commençant par l'examen détaillé des validations dont la firme était responsable, y compris des vérifications réalisées à l'aide de données sur l'âge et le sexe des répondants, pour s'assurer que les restrictions associées aux questions ou aux sections s'adressant à un sous-groupe d'individus avaient été respectées. On a effectué des validations supplémentaires sur la cohérence des données au moyen d'une série de croisements entre les questions d'un même instrument, et entre les instruments.

1.2.2 Pondération

Les données obtenues ont été ensuite pondérées. La pondération consiste à attribuer à chaque répondant une valeur ou un poids, qui correspond au nombre de personnes qu'il « représente » dans la population, pour chaque instrument de collecte de l'enquête. On attribue donc à chaque répondant des facteurs de pondération différents à la sélection et au suivi. Les adultes reçoivent également deux facteurs de pondération pour le QAA de l'ESS98 afin de permettre l'analyse des variables du QAA pour les répondants à la sélection et au suivi de l'enquête.

Le calcul du poids du répondant à un questionnaire s'est déroulé en trois étapes : la probabilité de sélection, la non-réponse totale et l'ajustement à la population. La pondération est établie de façon consécutive : on définit d'abord la pondération au QRI, à la sélection et au suivi, ainsi que les pondérations servant aux croisements des questionnaires de sélection et de suivi avec le QAA (QAA-QS et QAA-QA).

La pondération au QRI tient compte des trois étapes mentionnées précédemment⁴. Dans un premier temps, un poids initial a été établi pour tenir compte de la non-proportionnalité de l'échantillon par rapport à la population étudiée : ce poids est défini par l'inverse de la probabilité de sélection du ménage. Ce poids initial a ensuite été ajusté pour tenir compte de la non-réponse totale au QRI. Le dernier ajustement consiste à s'assurer que la distribution pondérée des répondants selon l'âge, le sexe et la région sociosanitaire est conforme à celle de la population visée par l'enquête. Les données utilisées pour cet ajustement proviennent des estimations de la population vivant en ménage privé, qui tiennent compte du sous-dénombrement au recensement canadien de 1996, à partir desquelles la Direction des statistiques sociales et démographiques de l'ISQ a fait une projection pour l'année 1998.

La pondération au questionnaire de sélection se base sur la pondération au QRI. Ces poids sont corrigés pour la non-réponse totale à la sélection grâce à des classes d'ajustement définies à l'aide d'une méthode de modélisation par segmentation de la probabilité de réponse. Pour ce faire, on a employé l'algorithme CHAID (*Chi-Square Automatic Interaction Detection* - détection automatique d'interactions du chi carré) mis au point par Kass (1980). Les variables expliquant le mieux la réponse des adultes et des enfants pouvant différer, la construction des classes d'ajustement pour la non-réponse totale à la sélection a été faite séparément pour ces deux populations. La correction consiste à multiplier le poids au QRI par l'inverse de la proportion pondérée de répondants à la sélection parmi les individus admissibles, observée au sein de chaque classe d'ajustement créée. Les variables telles que la limitation d'activités déclarée au QRI, la période de collecte, le nombre de personnes dans le ménage, la région sociosanitaire, le type de répondant et le groupe

⁴ La pondération au QRI est présentée de façon plus détaillée dans le rapport de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (Daveluy et autres, 2000) de même que dans le cahier technique de cette dernière (à paraître).

d'âge ont entre autres été liées au fait de répondre ou non chez les adultes ou chez les enfants. Finalement, les poids sont ajustés à la population visée selon la région, l'âge et le sexe à l'aide d'un simple facteur d'ajustement comme multiplicateur pour les poids de tous les répondants appartenant à un même groupe d'âge et de sexe à l'intérieur d'une région sociosanitaire donnée.

La pondération aux questionnaires de suivi utilise comme point de départ les poids finaux à la sélection des répondants avec incapacité, qui sont tout d'abord ajustés pour la non-réponse totale au suivi. Cet ajustement se fait à l'aide de la même méthode décrite précédemment pour la sélection, soit à l'aide de classes d'ajustement distinctes pour les adultes et les enfants. Le facteur multiplicateur d'ajustement est alors l'inverse de la proportion pondérée de répondants au suivi parmi les individus admissibles, observée pour chaque classe d'ajustement construite. Différentes variables associées à la réponse ont servi à établir ces classes. L'unique variable associée au fait de répondre ou non au suivi chez les enfants est la période de collecte. Cette variable a aussi été liée à la réponse au suivi chez les adultes, de même que les variables suivantes : « avoir au moins un oui aux questions de sélection A18, A19a, A19b, A19c et A19d », le statut d'activité habituel (au cours des douze derniers mois), le nombre de médicaments consommés au cours des deux derniers jours, le groupe d'âge et la zone de résidence. Subséquemment, les poids sont ajustés à l'estimation de la population avec incapacité selon le groupe d'âge et le sexe.

La pondération pour le croisement des questionnaires QAA-QS est la même que celle qui a été déterminée pour le QAA⁵. En effet, puisque seulement 1,2 % des répondants au QAA n'a pas répondu au questionnaire

⁵ La pondération au QAA est présentée dans le rapport de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (Daveluy et autres, 2000) de même que dans le cahier technique de cette dernière (à paraître).

de sélection, aucune correction pour la non-réponse totale à la sélection chez les individus répondants au QAA n'a été faite. La pondération pour le QAA tient compte évidemment de la non-réponse totale au QAA et a été ajustée à la population adulte selon la région, le groupe d'âge et le sexe. La pondération pour le croisement des questionnaires QAA-QA se base sur la pondération au suivi. Encore ici, des classes d'ajustement ont été utilisées pour corriger la non-réponse totale. Les variables suivantes sont entre autres liées à la non-réponse au QAA parmi les répondants au suivi : « avoir répondu oui à la question de sélection (QS-A19d) sur la limitation d'activités dans d'autres activités en raison d'un problème psychologique », le type de répondant et « avoir des problèmes de mémoire en permanence ou des difficultés à apprendre (QS-A16) ». Les poids ont ensuite été ajustés à l'estimation de la population adulte avec incapacité selon le groupe d'âge et le sexe.

Finalement, il est à noter qu'à toutes les étapes de la pondération, une attention particulière a été accordée aux poids extrêmes; des ajustements ont donc servi à ramener le plus possible les valeurs jugées aberrantes ou extrêmes à l'intérieur de limites raisonnables.

1.2.3 Méthode d'analyse

À l'instar des enquêtes antérieures de la Direction Santé Québec, la présente enquête a sollicité la participation de nombreux professionnels et chercheurs du réseau de la santé, des services sociaux et des universités. On a mis sur pied des groupes d'analyse, composés en général d'une à trois personnes choisies pour leur expertise et leur intérêt pour un sujet traité dans l'enquête. Ils ont proposé un plan d'analyse des données portant sur leur thème et formulé des demandes de tableaux. Ces derniers ont été produits par l'ISQ, analysés par les groupes, puis vérifiés par l'ISQ.

Les analyses proposées dans le présent rapport sont essentiellement descriptives. Cette orientation a été retenue pour rendre les résultats accessibles le plus rapidement possible aux planificateurs, aux décideurs et aux chercheurs. Par ailleurs, le recours aux données pondérées rend possible l'inférence à la population visée.

Dans la majorité des enquêtes statistiques, les estimations produites comportent des erreurs dites d'échantillonnage, c'est-à-dire qu'elles sont dues au fait que seulement une partie de la population visée est interrogée. La complexité du plan de sondage utilisé pour produire l'échantillon de l'EQLA influence grandement la précision des résultats; une mesure de la précision de chaque estimation est donc nécessaire à l'inférence, à l'analyse et à l'interprétation juste des résultats.

Le coefficient de variation permet de mesurer la précision relative d'une estimation. On l'obtient en divisant l'erreur-type de l'estimation par l'estimation elle-même. Il a été calculé pour chaque estimation effectuée. Par ailleurs, une autre mesure de précision, l'effet de plan, renseigne sur la perte ou le gain de précision associé à une estimation attribuable au plan de sondage par rapport à la précision qui aurait été obtenue avec un échantillon aléatoire simple de même taille. Étant donné le très grand nombre d'estimations produites dans ce rapport, des effets de plan moyens ont été calculés pour quelques catégories de variables homogènes par rapport à la variance.

L'estimation la plus importante évaluée à partir du questionnaire de sélection est celle du taux d'incapacité. Cette estimation pouvant porter sur les adultes et les enfants séparément tout comme sur l'ensemble de la population, un effet de plan a été calculé pour chacune de ces populations. L'effet de plan de l'estimation du taux d'incapacité mesuré sur l'ensemble de la population est de 2,9. Cela signifie que les 29 792 répondants à la sélection permettent

d'établir une estimation ayant une précision équivalente à celle qu'un échantillon aléatoire simple de 10 273 personnes aurait fournie. Pour les estimations issues des questionnaires de suivi et portant sur les individus, deux catégories de variables ont été créées pour la population adulte : une première pour la population enfant et une autre pour l'ensemble de la population. On a ensuite produit les quatre effets de plan moyens correspondants. Pour la majorité des caractéristiques étudiées, un effet de plan moyen de 1,9 a été obtenu au suivi, soit pour la majorité des questions des adultes, des enfants et de l'ensemble de la population. Par ailleurs, des effets de plan spécifiques ont aussi été calculés pour les estimations utilisant les ménages comme unités d'analyse.

En ce qui a trait aux analyses, le traitement des mesures catégoriques a d'abord été fait à l'aide de tests du chi carré. Dans le cas d'un test significatif à 5 %, on pouvait, au besoin, effectuer un test de comparaison de proportions. Dans tous les cas, on a procédé à un ajustement du test usuel pour tenir compte de la complexité du plan de sondage⁶.

Des intervalles de confiance ont également servi à l'analyse des données. On les a calculés en tenant compte du plan de sondage de l'EQLA. Ces intervalles ne sont pas indiqués dans ce rapport; on leur a préféré le coefficient de variation pour indiquer la précision des estimations. Le lecteur intéressé à calculer ces intervalles pour des proportions tirées de l'enquête pourra cependant le faire, dans la plupart des cas, en se servant du tableau de précision approximative conçu spécialement à cette fin et présenté à l'annexe 5. Ce tableau ne s'applique toutefois qu'à certains paramètres provinciaux.

⁶ Le cahier technique de l'enquête (à paraître) donne de plus amples détails sur les corrections utilisées pour les tests.

1.3 Comparabilité de l'EQLA et de l'ESLA de 1986 et de 1991

Un des objectifs importants de l'EQLA est de conduire à des résultats comparables à ceux de l'ESLA, et de permettre le suivi chronologique du taux d'incapacité et d'autres indicateurs de l'enquête. La possibilité de comparer les résultats de différentes enquêtes repose sur la comparabilité des méthodes utilisées.

Cette section présente dans un premier temps une comparaison des méthodes d'enquête utilisées dans l'ESLA de 1986, l'ESLA de 1991 et dans l'EQLA, et examine l'impact des différences méthodologiques sur la comparabilité des résultats, en particulier sur celle du taux d'incapacité. Dans un deuxième temps, on présente les méthodes d'analyse utilisées dans ce rapport pour effectuer les comparaisons entre ces enquêtes. La section se termine sur les limites de ces comparaisons.

1.3.1 Méthodes d'enquête

La méthodologie de l'EQLA a été élaborée en vue de préserver la comparabilité tant en ce qui concerne la population cible et les instruments que les méthodes de collecte. Toutefois, il existe plusieurs différences entre ces enquêtes. L'ISQ a mené des analyses approfondies afin d'examiner l'effet des différences méthodologiques sur la comparabilité des taux d'incapacité entre les enquêtes (Camirand et autres, document à paraître). Cette section en souligne les principaux éléments.

1.3.1.1 Populations couvertes

Dans ce rapport, les données de l'EQLA sont comparées exclusivement à la composante ménage de l'ESLA. La population visée par la composante ménage de l'ESLA de 1991 se compare à celle de l'EQLA à une exception près. Contrairement à l'EQLA, la composante ménage de l'ESLA de 1991 inclut la population vivant dans certains ménages collectifs non institutionnels comme les pensions et les maisons de chambre, les

résidences scolaires, les refuges, les centres d'accueil et les établissements religieux. Cette différence est toutefois faible. En effet, les ménages collectifs non institutionnels non couverts par l'EQLA représentent 0,5 % de la population visée par la composante ménage de l'ESLA de 1991. On estime que la sous-couverture de l'EQLA ne peut entraîner qu'une sous-estimation négligeable du taux d'incapacité et une sous-estimation d'au plus 1 % du taux d'incapacité des personnes de 65 ans et plus.

Par ailleurs, l'inclusion des réserves indiennes dans l'ESLA de 1986 entraîne une sur-estimation négligeable (0,1 %) du taux d'incapacité dans cette enquête comparativement aux enquêtes de 1991 et de 1998.

1.3.1.2 Plans de sondage

Le plan d'échantillonnage de l'EQLA diffère fondamentalement des plans utilisés pour l'ESLA. Rappelons que l'échantillonnage des personnes vivant en ménage privé pour l'ESLA de 1986 et 1991 s'était fait en deux étapes : la présélection, grâce à deux questions des recensements de 1986 et 1991, et la sélection. La sélection de l'EQLA se fait selon des critères analogues à ceux de l'ESLA, mais les enquêtes diffèrent par la taille de leurs échantillons (tableau complémentaire C.1.1). Toutefois ces différences, si elles affectent la précision des données, ne limitent pas la comparabilité des résultats obtenus, lorsque ceux-ci sont pondérés.

1.3.1.3 Instruments de collecte et critères de sélection

Certaines différences existent entre les questionnaires de l'EQLA et de l'ESLA. Les différences dans les critères de sélection utilisés dans les trois enquêtes méritent une attention particulière, car c'est sur eux que repose, en grande partie, la comparabilité du taux d'incapacité et des estimations portant sur la population avec incapacité visée.

Questions de sélection pour les adultes

Deux différences entre les critères de sélection des adultes méritent d'être soulignées. La première tient au retrait du questionnaire de sélection de l'EQLA des quatre questions de sélection les moins discriminantes de l'ESLA de 1991. On estime que ce retrait a un effet négligeable sur le taux d'incapacité (0,05 %).

La seconde tient au fait que l'enquête de 1986 ne comporte pas de question sur la déficience intellectuelle, contrairement à celles de 1991 et de 1998. Une fois de plus, on évalue que la sous-estimation du taux d'incapacité des adultes en 1986 qui en découle est négligeable (0,03 %). Par ailleurs, ces différences doivent être considérées lors de l'analyse d'indicateurs portant sur ces aspects particuliers (ex. : la déficience intellectuelle).

Questions de sélection pour les enfants

Bien qu'il existe quelques différences entre les instruments utilisés pour la sélection des enfants en 1991 et en 1998, aucune ne devrait entraver la comparabilité des résultats de ces enquêtes touchant au taux d'incapacité.

Les différences sont plus appréciables entre les questions de sélection de l'ESLA de 1986 d'une part, et celles de 1991 et de 1998 d'autre part. Ainsi, on estime que l'absence des questions touchant à la parole et aux troubles émotifs et de comportement en 1986 (QS-E6 et E8h de l'EQLA) pourrait entraîner une sous-estimation d'environ 0,7 % du taux d'incapacité chez les enfants en 1986. Pour cette raison, dans ce rapport, les comparaisons des résultats de l'EQLA ont été faites de préférence avec les résultats de l'ESLA de 1991, plutôt qu'avec ceux de l'ESLA de 1986, à cause des difficultés d'analyse liées aux différences des populations avec incapacité visées. Les analyses des données de 1986 qui sont présentées ici tiennent compte de ces différences.

1.3.1.4 Collecte des données

Certaines différences existent également au plan de la collecte des données. D'abord, le contexte d'administration des questionnaires de l'EQLA diffère de celui de l'ESLA; en effet, l'entrevue de l'EQLA a lieu dans le contexte d'une enquête générale de santé, contrairement à l'ESLA. Les analyses menées par l'ISQ montrent cependant que l'administration préalable du QRI de l'ESS98 n'a pas d'effet significatif sur le taux d'incapacité obtenu.

Une autre différence entre les enquêtes tient au recours moins fréquent à des répondants substitués dans l'EQLA (5,0 % au questionnaire de sélection, 6,1 % au questionnaire de suivi) que dans les enquêtes précédentes (12 % et 15 % respectivement en 1986 et 1991 au Canada). Cela pourrait contribuer à une meilleure détection des cas d'incapacités légères dans l'EQLA comparativement à l'ESLA.

Elles diffèrent également quant aux modes de collecte utilisés. Dans l'ESLA de 1991, la proportion des entrevues téléphoniques a été beaucoup plus importante que dans l'ESLA de 1986 ou dans l'EQLA. Une comparaison des résultats de l'ESLA de 1986 et de 1991 a cependant montré que la différence de mode de collecte n'expliquait pas l'augmentation du taux d'incapacité entre 1986 et 1991 (Laroche et Morin, 1994). Cela suggère que ces différences n'affectent pas la comparabilité des enquêtes.

Les enquêtes diffèrent également par leurs périodes de collecte. La période de l'EQLA est répartie sur 12 mois, alors que la période de l'ESLA s'échelonne sur quelques mois seulement. Toutefois, les résultats de l'EQLA ne supportent pas l'hypothèse d'une importante variation saisonnière de l'incapacité, à l'instar d'autres études (Binder et Morin, 1988). Les analyses approfondies menées par l'ISQ révèlent cependant la présence d'un effet de collecte, y compris un effet d'intervieweur qui se traduit par une baisse non

négligeable du taux d'incapacité avec les périodes de collecte et après une période d'apprentissage (après les 10 premières entrevues). Cela n'invalide toutefois pas la comparabilité avec l'ESLA, où une baisse liée à l'apprentissage a aussi été observée, sans avoir été cependant mesurée.

Les analyses de l'ISQ mènent à la conclusion que les méthodes des enquêtes étudiées sont suffisamment semblables pour permettre une comparaison entre leurs résultats. Toutefois, il est important de nuancer cette affirmation et de souligner que la mesure de l'incapacité, telle qu'elle est définie par les questions de sélection de l'EQLA, est un processus délicat qui fait appel en partie à la subjectivité du répondant et à l'expérience des intervieweurs, et dont vraisemblablement la borne inférieure est floue. Ainsi, Laroche et Morin (1994) ont énoncé l'hypothèse que la hausse du taux d'incapacité au Canada entre 1986 et 1991 pourrait être attribuable en partie à une plus grande propension des Canadiens à déclarer les incapacités légères, en raison d'une sensibilisation et d'une acceptation sociale accrues face à l'incapacité. Par ailleurs, plusieurs enquêtes utilisant des questions identiques ou semblables ont conduit à des taux d'incapacité assez stables en ce qui a trait à l'incapacité modérée et grave, mais à des taux d'incapacité variables pour l'incapacité légère (Binder et Morin, 1988). Cela suggère que le seuil d'inclusion des personnes avec incapacité légère pourrait être plus sujet à des fluctuations en raison des différences entre les méthodes et instruments d'enquêtes (recours à des répondants substitués, administration ou non d'un questionnaire de suivi, etc.) que celui des incapacités plus graves. Ainsi, bien que les résultats soient jugés comparables, une attention particulière a été apportée, au moment de l'analyse, au groupe ayant des incapacités légères qui pourrait être plus sensible aux différences méthodologiques entre les enquêtes.

1.3.2 Méthodes d'analyse

Les données de l'ESLA de 1986 et de 1991 sont pondérées, ce qui permet l'inférence à la population visée de ces enquêtes. En outre, une mesure de précision qui tient compte du plan de sondage complexe de ces dernières est rattachée à presque toutes les estimations effectuées⁷. Les coefficients de variation présentés dans ce rapport ont été obtenus à l'aide des tableaux de la variabilité d'échantillonnage qui accompagnent les bases de données de l'ESLA (Statistique Canada, 1989, 1990 et 1994a). Ces coefficients de variation sont dits approximatifs car ils utilisent un effet de plan. Les estimations portant sur les enfants en 1991 proviennent de données publiées (Statistique Canada, 1994b).

Lorsque les indicateurs sont jugés comparables du point de vue méthodologique (principalement la comparabilité des libellés et des répondants), il est possible de procéder à une analyse de comparaison entre deux proportions, issues d'une part de l'EQLA et d'autre part des ESLA de 1986 ou de 1991, à l'aide d'un test sur la différence de proportions. Ce test tient compte de la complexité des plans de sondage des enquêtes et prend en général la forme d'un test de Student. Ce test est cependant approximatif puisqu'il utilise la précision associée à chacune des proportions impliquées : celle d'une enquête canadienne obtenue à partir d'un coefficient de variation approximatif calculé avec un effet de plan moyen, et celle provenant de l'EQLA calculée spécifiquement selon le plan de sondage. Par ailleurs, lorsque le coefficient de variation d'une proportion de l'ESLA n'était pas disponible, on a effectué un test conservateur.

Dans le cadre des comparaisons d'indicateurs tirés des données des ESLA de 1986 et de 1991, et de l'EQLA, des ajustements ont parfois été nécessaires. En effet, la méthode de construction de certains indicateurs peut

⁷ Les estimations des ESLA ne comportant aucune mesure de précision seront indiquées.

différer selon les enquêtes. Le cas échéant, la méthode de construction utilisée dans l'EQLA de 1998 a été privilégiée. Ainsi, certains indicateurs relatifs aux enquêtes canadiennes précédentes ont été recalculés conformément à la méthode de construction retenue pour 1998.

Comme dans toute analyse, des variables confondantes peuvent intervenir dans les variations observées entre les enquêtes et conduire à des conclusions erronées ou à de fausses interprétations. Pour éviter cela, il est nécessaire de considérer les variables confondantes possibles. Les variables sociodémographiques comme l'âge et le sexe sont souvent associées aux variables sociosanitaires. Des changements dans la répartition de la population selon l'âge entre les années d'enquête sont d'ailleurs notés (tableau complémentaire C.1.2). Pour tenir compte du vieillissement de la population québécoise, on a employé la standardisation selon l'âge pour certaines analyses présentées au chapitre 2. Dans les autres chapitres, à la comparaison des résultats de l'EQLA avec ceux des enquêtes canadiennes, l'âge et la gravité de l'incapacité ont été habituellement contrôlés pour tenir compte de leur effet confondant.

1.3.3 Limites des comparaisons

Les comparaisons qui sont présentées dans ce rapport tiennent compte de la comparabilité des enquêtes et des indicateurs étudiés. De façon générale, les méthodologies des enquêtes canadiennes ESLA et de l'EQLA permettent la comparaison de leurs résultats. Toutefois, une attention particulière est apportée aux personnes ayant des incapacités légères qui pourraient être plus sensibles aux différences méthodologiques entre les enquêtes.

En ce qui concerne les enfants, les comparaisons entre les résultats de 1991 et de 1998 ont été préférées à celles de 1986 en raison des différences de populations avec incapacité visées. Toutefois, ces analyses sont

limitées parce que la base de données des enfants de 1991 n'est pas disponible. Ainsi, seules les données publiées ont été utilisées pour réaliser les tests statistiques. Pour ce faire, une approche conservatrice a été utilisée à partir de l'information publiée sur les coefficients de variation. Cela, de même que la faible taille des échantillons, limite la possibilité de déceler des différences.

Par ailleurs, les coefficients de variation de certaines estimations portant sur les adultes n'étaient pas disponibles dans les tableaux de variabilité d'échantillonnage fournis par Statistique Canada. Dans ce cas également, des tests statistiques conservateurs ont été effectués pour les comparaisons avec les données de l'EQLA.

1.4. Présentation des résultats

Cette section présente quelques indications générales s'appliquant à l'ensemble des résultats concernant notamment la formulation générale des résultats et la présentation des estimations.

Tout d'abord précisons que toutes les estimations présentées dans les tableaux de ce rapport portent sur la population avec incapacité vivant en ménage privé, sauf indication contraire.

Les statistiques fournies dans ce rapport sont établies à partir d'un échantillon et comportent donc des erreurs d'échantillonnage. La présentation des résultats en rend généralement compte en utilisant des expressions montrant qu'il ne s'agit pas de valeurs exactes. Dans les tableaux, une mesure de précision, le coefficient de variation, est indiquée pour chaque proportion. Parce qu'elles sont suffisamment précises, les estimations dont le coefficient de variation est inférieur ou égal à 15 % sont présentées sans commentaire; celles dont le coefficient de variation se situe entre 15 % et 25 % sont marquées d'un astérisque (*) pour montrer que leur précision est passable et qu'elles doivent être

interprétées avec prudence. Les estimations dont le coefficient de variation est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque (**) pour signaler leur faible précision et indiquer qu'elles doivent être utilisées avec circonspection; elles ne sont fournies qu'à titre indicatif.

De nombreux tableaux intègrent des valeurs de la taille de la population estimée (Pe' 000), qui correspondent en général au nombre estimé de personnes dans la population ou à une sous-population ayant une caractéristique sociosanitaire donnée. Il s'agit en fait du numérateur de la proportion adjacente présentée dans le tableau. Par exemple, le tableau 3.9 du rapport révèle qu'environ 5,5 % des personnes âgées de 15 à 64 ans ont une incapacité liée à la mobilité, donc que la population québécoise vivant en ménage privé compte près de 276 700 personnes de 15 à 64 ans ayant une incapacité liée à la mobilité. Tous les chapitres comportent de telles estimations pour les variables principales qui y sont étudiées. Rappelons que la méthode de calcul des populations estimées, contrairement aux estimations de proportions, comporte un ajustement pour la non-réponse partielle. Pour cette raison, il n'y a pas de correspondance parfaite entre la proportion et la population estimée qui lui est associée. D'ailleurs, les mises en garde concernant les biais potentiels causés par la non-réponse partielle sur une proportion ne s'appliquent pas nécessairement à la population estimée correspondante. Par ailleurs, les tableaux ne comportent aucune mesure de précision (coefficient de variation) pour les populations estimées.

La précision d'une population estimée équivaut approximativement à celle de la proportion correspondante.

Les proportions présentées ont été arrondies à l'unité quand elles sont mentionnées dans le texte, et à une décimale dans les tableaux, à l'exception des proportions inférieures à 5 % pour lesquelles une décimale a aussi été conservée dans le texte. En raison

de l'arrondissement, la somme des proportions de certains tableaux peut être légèrement supérieure ou inférieure à 100 %. Les populations estimées sont, quant à elles, présentées en milliers (Pe' 000 dans les tableaux) avec une décimale.

En général, seuls les résultats significatifs au seuil de 5 % sont mentionnés dans le texte. Il peut par ailleurs arriver que deux proportions pour lesquelles les estimations semblent différentes ne le soient pas d'un point de vue statistique, à cause notamment du petit nombre d'individus sur lequel est basée l'estimation. Dans ce cas, le texte indique qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative ou que l'enquête ne permet pas de détecter de différence entre ces proportions. Dans certains cas exceptionnels, des résultats non significatifs peuvent être signalés s'ils présentent un intérêt particulier en matière de santé; ils sont alors exprimés sous forme de « tendances ».

Mentionnons finalement que lorsqu'un indicateur est « mesuré » sur une période de référence donnée, celle-ci est précisée dans les aspects méthodologiques du chapitre où l'indicateur est analysé. Par exemple, la question QA-226 est énoncée comme suit : « Combien de déplacements avez-vous faits la semaine dernière pour vous rendre au travail? ». La période de référence est la semaine précédente; toutefois, la présentation des résultats fait état de mesure hebdomadaire ou de résultats pour une période d'une semaine. Les estimations n'ont pas été présentées en désignant la semaine ayant précédé l'enquête. En effet, puisque la collecte des données de l'EQLA a duré toute une année, les répondants ne renvoient pas tous à la même semaine.

1.5. Portée et limites de l'enquête

Tout a été mis en place pour assurer la qualité et la représentativité de l'EQLA. D'abord, l'enquête utilise un échantillon de taille considérable, réparti en quatre périodes de collecte couvrant une année entière pour

tenir compte d'éventuelles variations saisonnières. Ensuite, la collecte a permis d'atteindre, pour chaque instrument, des résultats sur le plan de la réponse totale qui sont plus qu'acceptables : 97,5 % comme proportion pondérée de répondants à la sélection parmi les répondants du QRI et 94,4 % comme proportion pondérée de répondants au suivi parmi les individus sélectionnés pour le suivi. Ainsi, quelque 12 000 ménages ont été interrogés, ce qui correspond à près de 30 000 Québécois de tous âges pour les données portant sur la prévalence et la nature des incapacités, et à environ 4 000 Québécois pour les données relatives à la population avec incapacité. Par ailleurs, la présence de l'intervieweur et la collecte assistée par ordinateur pour les trois questionnaires ont permis d'éviter le plus possible la non-réponse partielle. La non-réponse partielle a tout de même été examinée pour chaque variable étudiée dans le présent rapport, et les chapitres fournissent des indications sur le sens des biais potentiels à considérer dans l'analyse. Finalement, une attention toute particulière a été accordée aux procédures d'inférence utilisées dans l'EQLA. Premièrement, des pondérations ont été effectuées pour chaque instrument de collecte, ou croisement d'instruments, de façon à minimiser les biais potentiels associés à la non-réponse totale et à assurer la fiabilité de l'inférence à la population visée. Ces pondérations sont utilisées dans les analyses des données de l'enquête. Deuxièmement, toutes les mesures de précision et les tests ont été produits en prenant en considération la complexité du plan de sondage de l'enquête.

Cependant, malgré toutes les précautions prises pour assurer la qualité des données et des tests et pour minimiser les biais, il est impossible, comme dans toutes les enquêtes de population, de garantir l'exactitude des réponses fournies par les répondants. Les personnes interrogées peuvent être influencées, entre autres, par le phénomène de désirabilité sociale, par la difficulté de se souvenir des choses passées ou d'évaluer le temps écoulé depuis un événement. Par

contre, on a minimisé le nombre de substituts employés dans le cadre de cette enquête, pour obtenir le niveau d'exactitude le plus élevé possible. D'ailleurs, les renseignements provenant d'une tierce personne ont possiblement une meilleure qualité de déclaration que dans d'autres enquêtes puisqu'un substitut était requis seulement lorsque cela s'avérait nécessaire, soit dans le cas où les personnes étaient totalement incapables de répondre elles-mêmes (voir la section 1.1.4).

La comparabilité des enquêtes EQLA et ESLA de 1986 et de 1991 a fait l'objet d'un examen approfondi, et on a mesuré les effets potentiels de certains facteurs méthodologiques sur l'estimation du taux d'incapacité. Les méthodologies des enquêtes ont été jugées suffisamment comparables pour permettre la comparaison de leurs résultats. Toutefois, une attention particulière sera apportée, dans les analyses, aux adultes ayant une incapacité légère dont le taux d'incapacité pourrait être plus sensible aux différences méthodologiques entre les enquêtes.

Une enquête transversale comme l'EQLA permet de déceler des liens entre deux variables ainsi que des différences entre des sous-groupes de la population ou avec des enquêtes similaires passées. Cependant, il est bon de rappeler que ce genre d'étude ne permet pas d'établir de lien statistique de causalité entre les caractéristiques étudiées. Toutefois, on remarquera que plusieurs questions de l'EQLA concernent la causalité (ex. : « À cause de votre état ou de votre problème de santé, avez-vous...? »). Dans ce cas, les résultats reflètent la perception des répondants de ces relations causales.

Il est également à noter que les analyses présentées dans ce rapport s'appuient essentiellement sur des méthodes bivariées. La prudence est donc de mise dans l'interprétation de certains résultats pour lesquels le contrôle de certains facteurs exogènes aurait été nécessaire et rendu possible par le recours à la standardisation ou à l'analyse multivariée. L'approche

retenue a néanmoins l'avantage de permettre une bonne description, fort utile en soi, qui constitue par ailleurs une excellente exploration des données recueillies en plus de suggérer des pistes de recherche ultérieure.

Finalement, il faut rappeler que la présente enquête fait abstraction d'une portion de la population québécoise, celle vivant dans des logements collectifs, notamment dans les établissements de santé. Comme ces personnes présentent généralement un bilan plus lourd sur le plan sociosanitaire, il faut se garder de leur appliquer les résultats obtenus ici. Deux des chapitres présenteront toutefois des statistiques sur cette population.

En résumé, l'EQLA s'inscrit dans une série d'enquêtes québécoises à caractère sociosanitaire où a toujours dominé le souci de produire des données de qualité utiles aux différents intervenants du domaine de la santé et de conserver, dans la mesure du possible, la meilleure comparabilité des résultats à travers les années.

Bibliographie

BINDER, D. A., et J.P. MORIN (1988). *The use of activities of daily living questions to screen for disabled persons in a household survey*, Invited paper 13.3, 46th session of ISI, Ottawa, Statistique Canada, 18 p.

CAMIRAND, J., R. TREMBLAY, R. COURTEMANCHE et L. CAOUCETTE (à paraître). *Étude du taux d'incapacité et de la comparabilité de l'EQLA et de l'ESLA*, Institut de la statistique du Québec.

DAVELUY, C., N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE, L. CÔTÉ et J. BEAULNE (2000). « Méthodes » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, chapitre 1, Institut de la statistique du Québec, p. 57-76.

KASS, G. V. (1980). «An Exploratory Technique for Investigating Large Quantities of Categorical Data », *Applied Statistics*, vol. 29, p. 119-127.

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

PAMPALON, R., G. RAYMOND, L. CAOUCETTE et L. CÔTÉ (1998). *Révision du modèle des aires homogènes utilisé dans les enquêtes générales de Santé Québec*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 35 p.

STATISTIQUE Canada (1994a). *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991, Guide de l'utilisateur : adultes dans les ménages*, Ottawa, Statistique Canada, 1 vol. en pages multiples.

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

STATISTIQUE Canada (1990). *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986, Guide de l'utilisateur de microdonnées : enfants dans les ménages*, Ottawa, Statistique Canada, 1 vol. en pages multiples.

STATISTIQUE Canada (1989). *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986, Guide de l'utilisateur de microdonnées : adultes dans les ménages*, Ottawa, Statistique Canada, 1 vol. en pages multiples.

Tableaux complémentaires

Tableau C.1.1

Nombre de répondants avec incapacité selon l'âge, Québec, 1986, 1991 et 1998

	ESLA 1986	ESLA 1991	EQLA 1998
0-14 ans	1 731	382	469
15 ans et plus	10 534	1 927	3 546
Total	12 265	2 309	4 015

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

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

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

Tableau C.1.2

Répartition selon l'âge de la population vivant en ménage privé, Québec, 1986, 1991 et 1998

	1986	1991	1998
	%		
0-14 ans	20,7	20,2	18,8
15-34 ans	34,7	31,7	28,0
35-54 ans	25,7	28,5	32,3
55-64 ans	9,6	9,3	9,4
65-74 ans	6,3	7,5	7,3
75 ans et plus	3,0	2,9	4,0
15 ans et plus	79,3	79,8	81,2
Total	100,0	100,0	100,0

Sources : Statistique Canada, *Recensement de 1986*.

Statistique Canada, *Recensement de 1991*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Prévalence et gravité de l'incapacité dans la population québécoise

Alain Saucier
Pierre Lafontaine

Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA) a pour objectif principal de recueillir des renseignements qui permettent de mieux connaître et desservir la population québécoise ayant une incapacité et vivant en ménage privé. La mesure de la prévalence de l'incapacité, rendue possible grâce à l'EQLA, est une donnée essentielle pour la planification des services aux personnes ayant une incapacité. Ces services comprennent bien sûr les services de santé et ceux reliés au maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel, mais également un ensemble de services qui favorisent une meilleure intégration de ces personnes afin qu'elles puissent vivre pleinement leurs rôles dans la société. Les données de l'EQLA permettent également de mieux connaître les caractéristiques des personnes ayant une incapacité et d'appuyer les initiatives visant à contrer les obstacles qu'elles peuvent rencontrer dans leurs efforts pour conserver ou accroître leur autonomie. L'adaptation des logements, des moyens de transport, d'un poste de travail ou l'intégration des enfants en service de garde ou en milieu scolaire sont autant d'exemples illustrant l'intérêt de bien mesurer l'ampleur du phénomène.

En 1990, les Nations Unies publiaient une recension des différentes données portant sur les personnes ayant une incapacité, et ce, dans plus de 20 pays à travers le monde (ONU, 1990). Au Canada, plusieurs enquêtes, dont les enquêtes sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 et de 1991, ont permis de connaître la prévalence de l'incapacité (Statistique

Canada 1986, 1988 et 1994). Ces résultats ont donné lieu à plusieurs monographies et publications portant sur la situation au Canada et au Québec (Statistique Canada, 1988, 1990a et 1990b; Hamilton, 1989; Secrétariat d'État du Canada, 1986; Saucier et Lafontaine, 1991; Saucier, 1992; OPHQ, 1996).

Un élément intéressant observé dans les données de l'ESLA de 1986 était la position relative du Québec concernant la prévalence de l'incapacité chez les adultes. En effet, le Québec avait un taux global d'incapacité systématiquement inférieur à celui du reste du Canada. Cette position était essentiellement due au fait que le Québec présentait un taux d'incapacité légère plus bas, le taux d'incapacité modérée ou grave étant relativement semblable à celui observé pour le reste du Canada (Saucier et Lafontaine, 1991). De même, en 1991, le Québec était la province qui affichait le plus faible taux d'incapacité au Canada pour la population vivant en ménage privé.

Les résultats des enquêtes précédentes ont été utilisés notamment par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour l'allocation interrégionale des ressources sociosanitaires (Pampalon et autres, 1995), pour certaines estimations de coûts dans le cadre des services de maintien à domicile, pour l'élaboration des orientations pour les personnes âgées ayant une incapacité et pour la préparation d'une politique de services à domicile (MSSS, 2001). L'Office des personnes handicapées du Québec s'est également servi de ces données dans le cadre de ses mandats,

dont celui d'améliorer les connaissances portant sur cette population.

Cependant, la prévalence seule n'est pas suffisante pour bien cerner la clientèle visée par les différents organismes publics, communautaires et privés. Les services qu'ils offrent sont diversifiés : aide et soins à domicile, transport, accessibilité au loisir, conditions de travail, éducation, adaptation des logements, etc. Pour bien planifier et rendre ces services, il faut non seulement connaître la prévalence, mais également tenir compte de la gravité de l'incapacité.

Plusieurs remises en question sont présentement en cours concernant directement les services rendus aux personnes ayant une incapacité. Deux dossiers, parmi tant d'autres, font actuellement l'objet de débats au Québec et dans l'ensemble du Canada : les services de maintien à domicile et les services à rendre aux personnes âgées en perte d'autonomie. L'EQLA permet non seulement d'avoir des données à jour pour éclairer ces débats, mais c'est la première fois que ce type d'information est disponible pour les régions sociosanitaires.

Ce chapitre présente une description de la prévalence de l'incapacité dans la population québécoise vivant en ménage privé. Dans un premier temps, les taux d'incapacité sont présentés pour l'ensemble de la province selon l'âge, le sexe et la gravité de l'incapacité. Une comparaison avec les données de l'ESLA de 1986 et celle de 1991 permet de tracer l'évolution de l'incapacité au Québec sur une période de 12 ans, selon l'âge et la gravité de l'incapacité. Les comparaisons dans le temps sont faites à l'aide de taux bruts et standardisés. La dimension géographique est également considérée par l'analyse des taux d'incapacité selon le milieu rural ou urbain et la région sociosanitaire.

2.1 Aspects méthodologiques

2.1.1 Notion et mesure de l'incapacité

La définition de l'incapacité retenue dans la présente enquête est la même que celle qui a été utilisée lors des deux enquêtes canadiennes sur les limitations d'activités, ce qui favorise la comparabilité des différentes enquêtes dans le temps (ESLA de 1986, ESLA de 1991 et EQLA 1998).

Dans ce cadre, l'incapacité se définit conceptuellement comme toute réduction (résultant d'une déficience) totale ou partielle de la capacité d'exécuter une activité de la manière ou dans la plénitude jugée comme normale pour un être humain (WHO, 1980). Ainsi, la notion d'incapacité retenue porte, chez les adultes, sur la capacité des personnes de réaliser certaines activités et non sur la présence ou l'absence de déficience. De plus, dans l'enquête, un adulte n'est pas considéré comme ayant une incapacité si l'utilisation d'une aide technique lui permet de surmonter sa déficience. Par exemple, une personne présentant une déficience visuelle, mais compensant cette déficience par le port de lunettes adéquates, n'est pas considérée comme ayant une incapacité sur le plan visuel. Le seul fait d'utiliser une aide technique ne constitue pas un critère d'incapacité chez les adultes.

Comme mentionné au chapitre 1, les répondants ont été soumis à un questionnaire de sélection visant à identifier les personnes ayant une incapacité. De façon à donner une mesure aussi valide que possible de l'incapacité, des questions faisant référence à des situations très concrètes de la vie quotidienne ont été retenues comme critères de sélection chez les adultes. Elles portent sur la capacité de réaliser certaines fonctions comme entendre, voir, parler et marcher. La notion de durée a aussi été considérée comme paramètre additionnel : l'incapacité doit durer depuis au moins six mois ou être appréhendée pour au moins six mois. Le questionnaire destiné aux adultes reprend une version modifiée des questions portant sur les « activités de tous les jours » mises au point par l'Organisation de coopération et de

développement économiques (OCDE) dans le cadre de l'élaboration d'indicateurs sociaux et de santé (Statistique Canada, 1986). Malgré le caractère objectif de ce questionnaire, les réponses aux questions de sélection traduisent la perception qu'ont les répondants de leur situation et, de ce fait, revêtent un certain caractère subjectif.

De plus, pour élargir la portée de l'enquête, un ensemble de questions de sélection visent à dénombrer les adultes ayant une incapacité liée à un problème de santé mentale de longue durée, à une déficience intellectuelle ou à des difficultés d'apprentissage.

Critères de sélection

Les critères de sélection des personnes ayant une incapacité sont différents pour les adultes et les enfants. Les personnes âgées de 15 ans et plus sont considérées comme ayant une incapacité si elles ont répondu « oui » à l'une ou l'autre des 19 questions de sélection (QS-A1 à A19) correspondant aux critères suivants :

- une limitation dans la capacité d'exécuter certaines tâches spécifiques ayant trait à la vision, l'audition, la parole, la mobilité ou l'agilité, comme entendre une conversation en groupe, lire les caractères d'un journal, monter un escalier, manier un objet (QS-A1 à A14);
- une limitation dans ses activités à la maison, à l'école, au travail ou dans les loisirs à cause d'un état ou d'un problème de santé physique ou psychologique qui dure ou devrait durer six mois ou plus (QS-A15 et A19);
- une difficulté à apprendre ou des problèmes de mémoire permanents (QS-A16);
- un diagnostic, par un professionnel de la santé, de troubles d'apprentissage, de troubles de la perception, de troubles de l'attention ou d'hyperactivité (QS-A17);
- une déficience intellectuelle (QS-A18).

Les critères de sélection pour les enfants de 0 à 14 ans sont différents, car ils s'appuient non seulement sur la présence d'incapacités, mais aussi sur la présence de

certains problèmes de santé chroniques considérés comme incapacitants, ce qui réfère davantage à la notion de déficience que d'incapacité proprement dite. Il est difficile de mesurer l'incapacité chez les enfants, surtout en bas âge. Un enfant est considéré comme ayant une incapacité si le répondant donne à son sujet une réponse positive à l'une ou l'autre des questions de sélection (QS-E1 à E9). Ces questions portent sur :

- l'utilisation d'une aide technique (comme une aide auditive) ou d'un appareil spécialisé (à l'exclusion des appareils orthodontiques) (QS-E1);
- une limitation dans sa participation aux activités propres aux enfants de son âge à cause d'un état ou d'un problème chronique (QS-E2);
- l'inscription à une école, à un programme ou à des cours spéciaux (QS-E3);
- une difficulté à voir, à entendre ou à parler (QS-E4 à E6);
- une limitation dans ses activités à cause d'une déficience intellectuelle ou d'un problème émotif, psychologique ou mental qui dure ou devrait durer six mois ou plus (QS-E7);
- la présence d'un des états ou problèmes de santé chroniques suivants : maladie du rein, fibrose kystique, maladies du poumon à l'exclusion de l'asthme, de la bronchite ou des allergies, spina-bifida, dystrophie musculaire, paralysie de tout genre, membre manquant ou difforme, cancer, diabète, épilepsie, paralysie cérébrale, arthrite ou rhumatisme, hypertension, maladie du cœur, troubles émotifs ou de comportement, déficience intellectuelle, troubles d'apprentissage (QS-E8a à E8q)¹ ou un autre problème sérieux de santé d'une durée de six mois ou plus (QS-E9a, choix 4).

Une présentation des différences dans les critères de sélection entre l'EQLA et l'ESLA de 1986 et celle de 1991 figure au chapitre 1 de ce rapport, de même qu'une discussion de la comparabilité des taux d'incapacité.

¹ Certaines de ces questions (E8k à E8q) sont en fait posées à la section VI du QRI portant sur les problèmes de santé chroniques (QRI-77, 79, 80, 81, 85, 86 et 87).

Pour les enfants, les questions de sélection en 1986 présentent quelques différences par rapport aux questionnaires de sélection de 1991 et de 1998. C'est pourquoi il est préférable de comparer les taux d'incapacité des enfants de 1998 à ceux de 1991 plutôt qu'à ceux de 1986.

En résumé, les analyses menées sur les différences méthodologiques entre les enquêtes amènent à conclure que les méthodes sont suffisamment semblables pour permettre une comparaison des taux d'incapacité de ces enquêtes. Il faut cependant tenir compte du niveau de précision des estimations, lui-même fonction de la taille de l'échantillon, qui limite à l'occasion les possibilités d'analyse. Cela est particulièrement vrai lorsqu'elles portent sur un sous-ensemble de la population, les enfants par exemple.

2.1.2 Notion et mesure de la gravité de l'incapacité

C'est pour distinguer des populations plus homogènes à l'intérieur même de la population présentant une incapacité que l'on s'intéresse au niveau de gravité de l'incapacité. À des fins de comparaison avec les enquêtes canadiennes de 1986 et de 1991, l'échelle de gravité élaborée par Statistique Canada pour les adultes (McDowell, 1988) et celle pour les enfants (Brodeur, 1988) ont été retenues. L'échelle concernant les adultes tient compte à la fois de l'intensité d'une incapacité (totalement ou partiellement incapable) et de son étendue (le nombre d'activités pour lesquelles la personne déclare une incapacité aux questions de sélection principalement). Ainsi, une personne peut déclarer avoir une incapacité particulière, mais dont la gravité reste légère; une autre, au contraire, est totalement incapable de voir ou d'entendre, par exemple (intensité). Dans d'autres cas, une personne peut présenter plusieurs incapacités qui prises une à une ne sont pas estimées comme graves, mais lorsque considérées ensemble empêchent l'accomplissement des activités quotidiennes ou y nuisent considérablement (étendue).

Plusieurs facteurs ont été considérés lors de l'élaboration de cette échelle : le type d'échelle (ordinal), l'utilisation de l'ensemble des questions de sélection, la facilité à comprendre l'échelle, sa simplicité de calcul, sa comparabilité avec d'autres échelles de même type et une forte association avec des variables théoriquement reliées à la gravité de l'incapacité, comme celles traitant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique. Ces associations supportent la validité de l'indice. Après avoir évalué plusieurs méthodes de pointage, l'échelle répondant le mieux à l'ensemble des objectifs visés a été retenue (McDowell, 1988).

L'échelle de gravité peut être décrite brièvement de la façon suivante. Pour les personnes de 15 ans et plus, les questions de sélection (QS-A1 à A19) et des questions du questionnaire de suivi sur la capacité de réaliser certaines activités (QA-2, 4, 11 et autres questions identiques, QA-8, 18, 20, 36, 49 et 70) ont été considérées dans le calcul. Chaque individu reçoit deux points s'il a répondu qu'il est totalement incapable d'accomplir une action, il reçoit un point s'il a seulement des difficultés à le faire. Autrement, aucun point n'est donné. La somme de ces points est regroupée en trois catégories : légère (1 à 4 points), modérée (5 à 10 points) et grave (11 points et plus).

Le même type d'analyse a été effectué pour l'élaboration d'une échelle de gravité chez les enfants (Brodeur, 1988). Un point est attribué pour chaque «oui » aux questions retenues pour mesurer la gravité. On retrouve ces questions dans le questionnaire de sélection (QS-E4, E5, E8 et E9) et dans le questionnaire de suivi (QE-1 et 2). Les catégories sont : légère (0 à 2 points), modérée (3 à 4 points) et grave (5 points et plus). Les échelles de ce type donnent une indication du niveau de fonctionnement de la population; cette information est utile à des fins descriptives et à la planification (McDowell, 1988).

L'échelle retenue ne constitue pas une mesure parfaite de l'intensité de l'incapacité et elle semble davantage influencée par l'étendue que par l'intensité de l'incapacité

(Brodeur, 1988). En réponse à l'objection voulant que l'échelle soit influencée davantage par les dimensions (types d'incapacité) faisant l'objet d'un plus grand nombre de questions (ex. : agilité, mobilité) que d'autres (ex. : vision), McDowell a fait l'analyse de différents scores (McDowell, 1988). Comparativement à d'autres méthodes de pointage, celle retenue a permis d'observer des corrélations supérieures entre la gravité de l'incapacité et des critères comme l'utilisation d'aides techniques et les besoins d'aide dans les activités de la vie quotidienne. Par ailleurs, l'échelle conduit à un classement satisfaisant quoiqu'il puisse y avoir quelques anomalies au niveau individuel (ex. : une personne aveugle classée « légère »). La rareté de ces cas et la lourdeur des procédures pour les contrer ne compensent pas la simplicité de l'échelle actuelle (McDowell, 1988). L'indice de gravité permet de qualifier l'incapacité prise dans son ensemble comme étant légère, modérée ou grave, mais ne permet pas de faire cette distinction pour un type d'incapacité en particulier, comme la vision.

Afin d'avoir une échelle comparable dans le temps, l'indice de gravité des adultes a dû être recalculé pour l'enquête de 1991. Ainsi, la question A29 de l'ESLA de 1991 (inexistante en 1998) a été retirée du calcul de l'indice de 1991, car elle avait un effet non négligeable sur le score². L'indice de gravité des adultes de 1986, quant à lui, diffère de celui des enquêtes de 1991 et 1998 car il ne contient pas de question sur la déficience intellectuelle; toutefois cela n'entraîne qu'une sous-estimation négligeable (0,1 %) de l'indice de gravité en 1986.

Pour les enfants, les indices de gravité de 1991 et 1998 sont strictement comparables. L'indice de gravité des enfants de 1986 ne l'est pas (trois questions entrant dans la composition de l'indice sont absentes en 1986); c'est pourquoi il est préférable d'effectuer des comparaisons entre 1991 et 1998 en ce qui a trait à

l'indice de gravité des enfants. Cependant, en raison du faible poids des enfants au sein de la population avec incapacité, cela n'affecte pas la comparabilité de la gravité lorsque mesurée sur l'ensemble de la population.

Dans certaines analyses, l'accent est mis davantage sur les personnes dont la gravité est modérée ou grave. Les taux d'incapacité légère sont plus sujets à des variations qui ne sont pas dues uniquement aux changements de l'incapacité, mais à d'autres facteurs, comme la perception des répondants. La hausse du taux d'incapacité observée entre 1986 et 1991 avait été en partie attribuée à ce phénomène (Laroche et Morin, 1994; Statistique Canada, 1994).

Standardisation et tests statistiques

Afin de tenir compte des changements de composition de la population dans le temps ou dans l'espace, des standardisations sont faites pour comparer certaines estimations des ESLA de 1986 et de 1991 à celles de l'EQLA, de même que certaines estimations de l'EQLA entre les régions et les zones de résidence.

La standardisation des taux d'incapacité des adultes est faite selon le sexe et le groupe d'âge; les taux d'incapacité des enfants sont standardisés selon le groupe d'âge seulement. La population québécoise de 1998 est utilisée comme population de référence. Les groupes d'âge utilisés pour effectuer chacune des standardisations sont présentés au tableau complémentaire C.2.1.

Par ailleurs, les comparaisons des taux d'incapacité (bruts ou standardisés) par région sont faites à l'aide de tests de Student sur des contrastes comparant l'estimation d'une région donnée à celle du reste du Québec. Ces tests sont plus puissants que ceux obtenus par la comparaison d'intervalles de confiance.

² La question A29 était libellée ainsi : « Vous sentez-vous limité parce qu'un professionnel de la santé vous a dit que vous aviez un problème de santé mentale, que vous soyez d'accord ou non avec cette affirmation? »

2.2 Résultats

2.2.1 Prévalence de l'incapacité au Québec en 1998

En 1998, environ 15 % de la population du Québec vivant en ménage privé présente une incapacité (tableau 2.1). Le taux d'incapacité est globalement plus élevé chez les femmes (16 %) que chez les hommes (14 %). En fait, les différences selon le sexe ne sont significatives que lorsqu'on considère de grands groupes d'âge (0-14 ans, 15-64 ans, 15 ans et plus) et chez les enfants de moins de 5 ans. De façon générale, chez les enfants de 0 à 14 ans, les garçons ont un taux d'incapacité (11 %) plus élevé que les filles (7 %); c'est plus particulièrement le cas chez les garçons de moins de 5 ans comparativement aux filles de cet âge (6,7 % c. 1,9 %). Par contre, chez les adultes, ce sont les femmes

qui ont un taux d'incapacité plus élevé (18 % c. 15 % chez les hommes). Comme les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes, l'écart entre les sexes reflète en partie la différence dans la structure par âge de la population.

De façon générale, le taux d'incapacité augmente avec l'âge. Il est de 9 % chez les enfants de 0-14 ans, de 13 % chez les personnes de 15 à 64 ans et de 42 % chez les personnes de 65 ans et plus. Le taux d'incapacité passe de 4,4 % chez les enfants de 0-4 ans à 11 % chez ceux de 5-9 ans. Le taux apparemment plus élevé chez les enfants de 5-9 ans (11 %) que chez les 10-14 ans (10 %) ne s'en distingue pas significativement. Les taux des 5-9 ans et des 10-14 ans ne se distinguent pas non plus de celui des 15-34 ans (8 %).

Tableau 2.1

Taux d'incapacité selon le sexe et l'âge, Québec, 1998

	Hommes	Femmes	Sexes réunis	Pe
	%		%	'000
0-14 ans	10,6	6,6	8,6	116,4
0-4 ans	6,7*	1,9**	4,4*	19,4
5-9 ans	13,5	9,1*	11,3	55,6
10-14 ans	11,5*	8,3*	9,9	41,4
15 ans et plus	14,8	18,4	16,7	970,4
15-64 ans	11,5	13,7	12,6	630,5
15-34 ans	7,6	8,6	8,1	163,3
35-44 ans	10,4	14,0	12,2	156,5
45-54 ans	14,0	16,7	15,4	158,8
55-64 ans	21,7	23,2	22,4	151,9
65 ans et plus	39,1	43,4	41,6	339,9
65-74 ans	34,6	33,5	34,0	179,0
75 ans et plus	50,1	58,3	55,4	160,9
Total	14,0	16,3	15,2	1 086,8

* 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*.

Tant chez les femmes que chez les hommes âgés de 15 ans et plus, le taux d'incapacité augmente avec l'âge et de plus en plus rapidement à partir de 55 ans. Le taux d'incapacité des personnes âgées de 65 ans et plus (42 %) est nettement plus élevé que celui des personnes âgées de 15 à 64 ans (13 %). À partir de 75 ans, plus de la moitié de la population a une incapacité (55 %), et ce, tant chez les hommes (50 %) que chez les femmes (58 %); à cet âge, la différence entre les sexes n'est toutefois pas significative.

Les données de l'enquête permettent d'estimer qu'environ 1 086 800 Québécois présentent une incapacité en 1998, dont environ 116 400 enfants de 0-14 ans, 630 500 adultes de 15-64 ans et 339 900 personnes âgées de 65 ans et plus (tableau 2.1). Le tableau complémentaire C.2.2 présente les estimations de population avec incapacité selon l'âge et le sexe.

2.2.2 Évolution de l'incapacité au Québec de 1986 à 1998

Le taux d'incapacité est passé de 10 % en 1986 à 12 % en 1991 et à 15 % en 1998 dans la population québécoise vivant en ménage privé (tableau 2.2). Entre 1986 et 1998, le taux d'incapacité a augmenté chez les enfants de 0-14 ans (de 4,8 % à 8,9 %), chez les 15-64 ans (de 9 % à 13 %) et chez les 65 ans et plus (de 35 % à 42 %). En comparant les taux d'incapacité correspondant aux années 1986 et 1998, trois groupes d'âge ne semblent pas concernés par une variation significative du taux d'incapacité : les 0-4 ans, les 45-54 ans et les 55-64 ans.

Tableau 2.2
Taux d'incapacité brut et standardisé selon l'âge, Québec, 1986, 1991 et 1998

	1986	1991	1998
	%		
Taux brut			
0-14 ans	4,8	5,6	8,6
0-4 ans	4,2 [†]	3,7*	4,4*
5-9 ans	5,7 [†]	5,4*	11,3
10-14 ans	4,5 [†]	7,5	9,9
15 ans et plus	11,8	13,0	16,7
15-64 ans	8,8	9,0	12,6
15-34 ans	4,4 [†]	6,2	8,1
35-44 ans	6,6 [†]	6,4 [†]	12,2
45-54 ans	12,9 [†]	10,9 [†]	15,4
55-64 ans	23,4 [†]	20,7	22,4
65 ans et plus	34,8	39,9	41,6
Total (brut)	10,4	11,5	15,2
Pe '000	663,2	780,2	1 086,8
Taux standardisé			
0-14 ans	4,8	5,5	8,6
15 ans et plus	12,9	13,5	16,7
Total (standardisé)	11,4	12,0	15,2

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

† Coefficient de variation non disponible.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986*.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

En considérant la période 1991-1998, les résultats sont quelque peu différents : les tendances à l'augmentation chez les 10-14 ans et chez les personnes de 65 ans et plus ne sont plus significatives, tandis qu'une augmentation significative du taux apparaît chez les personnes de 45 à 54 ans (11 % à 15 %).

Afin de tenir compte du changement de la structure démographique du Québec de 1986 à 1998, les taux d'incapacité standardisés de 1986 et 1991 ont été calculés. L'évolution des taux standardisés se traduit par une hausse moins prononcée, mais les écarts demeurent appréciables (11 %, 12 % et 15 %).

L'augmentation des taux se traduit par une variation de la population avec incapacité; elle est estimée à 663 200

en 1986 et à 1 086 800 en 1998. Le tableau complémentaire C.2.3 présente l'évolution du nombre estimé de personnes avec incapacité selon l'âge entre 1986, 1991 et 1998.

2.2.3 Gravité de l'incapacité

La prise en compte de la gravité permet de dresser un portrait plus précis de l'incapacité et de son évolution. Des 15 % de la population ayant une incapacité, on compte environ 10 % ayant une incapacité légère, 3,5 % une incapacité modérée et 1,9 % une incapacité grave (tableau 2.3). L'enquête permet d'estimer qu'environ 253 500 personnes présentent une incapacité modérée et 138 800 personnes, une incapacité grave, au Québec en 1998.

De façon générale, pour chacun des niveaux de gravité, le taux d'incapacité augmente avec l'âge. Toutefois, le poids de l'incapacité légère, d'une part, et ceux de l'incapacité modérée ou grave, d'autre part, varient selon l'âge. Chez les 15-64 ans, ce sont les personnes qui ont une incapacité légère qui sont en proportion les plus nombreuses (8 %) comparativement à celles qui ont une incapacité modérée ou grave (2,9 % et 1,3 % respectivement). Chez les personnes de 65 ans et plus, on retrouve des proportions équivalentes de personnes ayant une incapacité légère (21 %) et une incapacité modérée ou grave (12 % et 9 %); par contre, les personnes âgées de 75 ans et plus sont en proportion plus nombreuses à avoir une incapacité modérée ou grave (18 % et 14 %) qu'une incapacité légère (24 %). Cette association entre l'âge et la gravité de l'incapacité est confirmée chez les personnes de 15 ans et plus, tant chez les hommes que chez les femmes (données non présentées). Les données de l'enquête permettent d'estimer qu'environ 210 200 personnes de 15-64 ans et 169 600 personnes de 65 ans et plus ont une incapacité modérée ou grave dans la population québécoise vivant en ménage privé en 1998 (tableau C.2.4).

Tableau 2.3
Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité et l'âge, Québec, 1998

	Légère	Modérée	Grave
	%		
0-14 ans	7,7	0,5**	0,4**
0-4 ans	3,8*	0,2**	0,4**
5-9 ans	10,5	0,6**	0,3**
10-14 ans	8,6	0,7**	0,6**
15 ans et plus	10,1	4,2	2,3
15-64 ans	8,4	2,9	1,3
15-34 ans	6,3	1,2	0,6*
35-44 ans	8,2	2,9	1,1*
45-54 ans	9,7	3,8	2,0*
55-64 ans	12,9	6,6	2,9*
65 ans et plus	20,8	12,3	8,5
65-74 ans	19,1	9,4	5,5
75 ans et plus	23,8	17,7	13,9
Total	9,7	3,5	1,9
Pe '000	694,5	253,5	138,8

* 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*.

Entre 1986 et 1998, le taux d'incapacité légère est passé de 4,7 % à 10 %, tandis que le taux d'incapacité modérée ou grave restait pratiquement inchangé au cours de la même période (5,7 % et 5,5 %) (tableau 2.4). Les variations de l'incapacité dans le temps s'expliquent donc principalement par les changements du taux d'incapacité légère. Tous les groupes d'âge testés (0-14 ans, 15 ans et plus, 15-64 ans, 65 ans et plus) ont connu une hausse notable du taux brut d'incapacité légère de 1986 à 1998. Cela reste vrai pour la période 1991-1998 pour les groupes d'âge suivants : 0-14 ans, 5-9 ans, 15 ans et plus, 15-64 ans, 15-34 ans. La situation est fort différente pour l'incapacité modérée ou grave. En effet, la seule différence significative observée entre 1986 et 1998 se retrouve chez les personnes de 55 à 64 ans, chez qui on note une diminution du taux d'incapacité au cours de cette période (de 15 % à 9 %). En résumé, la croissance de l'incapacité au Québec apparaît donc essentiellement due à l'augmentation de l'incapacité légère.

Tableau 2.4

Taux d'incapacité brut et standardisé selon la gravité de l'incapacité et l'âge, Québec, 1986, 1991 et 1998

	Légère			Modérée ou grave		
	1986	1991	1998	1986	1991	1998
	%					
Taux brut						
0-14 ans	3,6 *	5,0	7,7	1,2 **	0,6 **	0,9 *
0-4 ans	3,5 †	3,3 *	3,8 *	0,7 †	0,4 **	0,7 **
5-9 ans	4,5 †	4,7 *	10,5	1,2 †	0,7 **	0,9 **
10-14 ans	2,8 †	6,7	8,6	1,7 †	0,8 **	1,3 **
15 ans et plus	5,0	6,5	10,1	6,8	6,5	6,5
15-64 ans	4,0	4,8	8,4	4,7	4,2	4,2
15-34 ans	2,5 †	4,0	6,3	1,9 †	2,2	1,8
35-44 ans	3,5 †	3,5 †	8,2	3,1 †	2,9 †	4,0
45-54 ans	5,6 †	5,1 †	9,7	7,3 †	5,8 †	5,7
55-64 ans	8,7 †	9,5	12,9	14,7 †	11,1	9,5
65 ans et plus	12,3	18,1	20,8	22,5	21,8	20,8
Total (brut)	4,7	6,2	9,7	5,7	5,3	5,5
Taux standardisé						
0-14 ans	3,7 *	4,9	7,7	1,2 **	0,6 **	0,9 *
15 ans et plus	5,4	6,6	10,1	7,6	6,9	6,5
Total (standardisé)	5,1	6,3	9,7	6,4	5,7	5,5

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

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

† Coefficient de variation non disponible.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986*.Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Ce constat se vérifie également en considérant les taux standardisés, tant chez les enfants que chez les adultes. On note en effet une croissance importante des taux standardisés d'incapacité légère et une stabilité des taux d'incapacité modérée ou grave entre 1986 et 1998. La diminution apparente (de 7,6 % à 6,5 %) des taux standardisés d'incapacité modérée ou grave chez les 15 ans et plus n'est pas significative.

2.2.4 Variations régionales de l'incapacité au Québec

L'EQLA permet, pour une première fois, de présenter des estimations de la prévalence et de la gravité de l'incapacité par région sociosanitaire (tableau 2.5). Il

existe une grande variation des taux bruts d'incapacité qui vont de 10 % à 18 % selon les régions. Deux groupes de régions se distinguent par leur taux d'incapacité. Ce sont, d'une part, les régions dont le taux d'incapacité est plus élevé que celui de l'ensemble des autres régions du Québec, soit les régions de Montréal-Centre (16 %), de la Montérégie (17 %), de l'Outaouais (19 %) et de Lanaudière (19 %). D'autre part, on retrouve les régions ayant un taux plus faible que celui dans le reste du Québec; c'est le cas du Saguenay-Lac-Saint-Jean (10 %), de l'Estrie (11 %), de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11 %) et de la région de Québec (12 %).

Tableau 2.5

Taux d'incapacité brut selon la gravité de l'incapacité et taux d'incapacité standardisé, selon la région sociosanitaire, Québec, 1998

	Taux brut			Taux standardisé
	Légère	Modérée ou grave %	Total	Total
Bas-Saint-Laurent	10,7	6,2	16,9	16,3
Saguenay–Lac-Saint-Jean	7,2	2,9	10,0	10,5
Québec	8,5	4,2	12,6	12,3
Mauricie et Centre-du-Québec	10,2	5,5	15,7	15,5
Estrie	6,2	4,5	10,7	10,6
Montréal-Centre	10,7	6,6	17,2	16,0
Outaouais	10,8	6,9	17,7	18,6
Abitibi-Témiscamingue	8,8	5,1	13,9	15,1
Côte-Nord	9,2	5,1	14,3	16,3
Nord-du-Québec	8,7	4,0	12,7	15,4
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	7,2	4,0	11,2	10,8
Chaudière-Appalaches	8,4	4,6	13,0	13,3
Laval	6,4	5,7	12,1	12,2
Lanaudière	11,9	5,8	17,7	18,9
Laurentides	9,1	4,6	13,7	14,2
Montérégie	10,8	5,5	16,4	16,9
Total	9,7	5,5	15,2	15,2

* 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*.

Cette grande variabilité entre les régions se vérifie pour chacun des niveaux de gravité de l'incapacité. En effet, le taux d'incapacité légère varie entre 6 % et 12 % selon les régions, tandis que le taux d'incapacité modérée ou grave se situe entre 3 % et 7%. Les comparaisons de ces taux permettent de nuancer les constats précédents. Les régions dont le taux d'incapacité légère est plus faible que celui de l'ensemble des autres régions du Québec sont l'Estrie (6 %), Laval (6 %), la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (7 %) et le Saguenay–Lac-Saint-Jean (7 %). Celles dont le taux d'incapacité légère est significativement plus élevé sont : Montréal-Centre (11 %), la Montérégie (11 %) et Lanaudière (12 %). En ce qui a trait à l'incapacité modérée ou grave, la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean (2,9%) est la seule qui possède un taux d'incapacité significativement plus faible que celui dans le reste du Québec, tandis que Montréal-Centre (7 %) et l'Outaouais (7 %) ont un taux plus élevé. Finalement, soulignons que deux régions se distinguent à la fois par leur taux d'incapacité légère et leur taux d'incapacité

modérée ou grave : le Saguenay–Lac-Saint-Jean, qui possède dans les deux cas un taux plus faible que celui dans le reste de la province, et Montréal-Centre qui se retrouve dans la situation inverse.

Des comparaisons régionales du taux standardisé d'incapacité, sans distinction de la gravité, ont été effectuées. Elles permettent de comparer le phénomène de l'incapacité sur le plan régional, en tenant compte des différences dans la structure d'âge et de sexe des régions. On retrouve à peu près le même regroupement des régions que celui observé pour le taux d'incapacité brut, à l'exception des régions de Québec et de Montréal-Centre. Les régions qui ont un taux standardisé d'incapacité relativement faible par rapport à celui du reste du Québec sont : l'Estrie (11 %), la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (11 %), le Saguenay–Lac-Saint-Jean (10 %), Laval (12 %) et la région de Québec (12 %). Les régions dont le taux est significativement plus élevé sont : la Montérégie (17 %), l'Outaouais (19 %) et Lanaudière (19 %).

Mentionnons qu'une analyse distinguant les milieux urbains et ruraux ne permet pas d'observer de différence significative entre les taux d'incapacité.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Le taux d'incapacité a connu une augmentation appréciable entre 1986 et 1998, passant de 12 % à près de 17 % dans la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé. Cette augmentation est attribuable principalement à une hausse de l'incapacité chez les 15-54 ans ainsi que chez les personnes âgées de 65 ans et plus. La hausse du taux d'incapacité chez les 15 ans et plus s'explique par une augmentation de l'incapacité légère (de 5 % à 10 %), tandis que les incapacités modérées ou graves semblent stables depuis 1986 (environ 7 %). Cette stabilité relative de l'incapacité modérée et grave dans le temps peut être considérée comme un aspect positif important.

Le taux d'incapacité chez les enfants est de 9 % en 1998 comparativement à 4,8 % en 1986. La hausse est aussi significative comparativement à l'enquête de 1991 (6 %), qui utilisait des critères de sélection en tous points comparables à ceux de l'EQLA. L'augmentation apparaît plus importante chez les enfants de 5 à 9 ans, mais la tendance observée chez les 10-14 ans mérite d'être soulignée. La hausse chez les enfants s'explique principalement par l'augmentation de divers problèmes d'ordre psychologique, incluant les troubles d'apprentissage et les troubles émotifs ou de comportement, comme le démontre le chapitre 3.

Le taux d'incapacité varie selon la région sociosanitaire, même en tenant compte de la structure d'âge et de sexe des régions, comme le montre la comparaison des taux standardisés. Par contre, l'enquête ne montre pas de différence significative entre le milieu rural et le milieu urbain.

La connaissance de la prévalence de l'incapacité au Québec et dans ses régions, ainsi que du niveau de gravité de l'incapacité, reste un élément important à considérer lors de la mise en œuvre et du suivi des politiques et programmes concernant les personnes ayant une incapacité, que ce soit dans le cadre des services de maintien à domicile ou dans celui des services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie. C'est pourquoi les besoins de ces clientèles et leur recours aux services méritent d'être étudiés en fonction de la gravité de leur incapacité, afin d'aider les administrateurs à intégrer ces paramètres dans les exercices de planification.

Le fait que l'augmentation du taux d'incapacité est principalement due à la croissance de l'incapacité légère mérite une attention particulière. Les facteurs influençant la déclaration des incapacités pourraient faire l'objet d'une étude plus approfondie. La mesure de l'incapacité, malgré tous les efforts pour la rendre la plus objective possible, comporte toujours une part subjective que l'on peut contrôler d'une certaine façon en considérant la gravité. Une piste de recherche intéressante serait d'examiner plus en détail la nature des incapacités chez les personnes ayant une incapacité légère.

La croissance importante qui semble avoir touché particulièrement les enfants de 5 à 9 ans devient une autre piste intéressante de recherche. Il s'agit de la période d'entrée dans le monde scolaire, où la détection systématique des problèmes d'apprentissage et de comportement a pu s'accroître ou avoir un effet de sensibilisation chez les parents de familles de moins en moins nombreuses. Ce phénomène est-il dû à une moins grande tolérance envers les enfants dits perturbateurs, ou ces problèmes ont-ils effectivement augmenté à cause des changements récents (activités sédentaires, précarité financière des familles, etc.)? Ces questions mériteraient de plus amples investigations.

Le chapitre suivant qui porte sur la nature des incapacités permet de mieux comprendre l'évolution de l'incapacité et fournit des éléments de réponse à ces questions.

Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

L'évolution démographique du Québec conduit à une croissance rapide et soutenue du nombre de personnes très âgées et, par conséquent, du nombre de personnes ayant une incapacité. Par contre, l'effectif des personnes de moins de 65 ans est très important, même si leurs taux d'incapacité sont moins élevés. Le défi des prochaines années est d'offrir une gamme de services qui répondent aux besoins divers de la population avec incapacité, selon ses caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe ou revenu, par exemple).

La politique de la santé et du bien-être identifiait déjà en 1992 deux objectifs bien précis : éliminer, d'ici l'an 2002, les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées et diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles que soient l'origine et la nature des incapacités. La question des services d'intégration sociale et de maintien à domicile se pose avec d'autant plus d'acuité que les ressources publiques sont limitées. La tâche du planificateur consiste donc non seulement à identifier la gamme de services à rendre selon la population ciblée, mais également à les quantifier, les transposer en coûts, déterminer comment seront rendus ces services, par quel type de ressources (publique, privée, communautaire, économie sociale, entourage) et avec quel type de financement.

Des choix importants restent à faire. Les données de l'EQLA permettent de documenter ces questions et de supporter une prise de décision plus éclairée.

Bibliographie

- BRODEUR, M. (1988). *Échelle de sévérité des enfants, Enquête sur la santé et les limitations d'activités*, Ottawa, Statistique Canada, octobre, 36 p.
- HAMILTON, M. K. (1989). « Enquête sur la santé et les limitations d'activités », *Rapports sur la santé*, vol.1 n° 2, p. 175-188.
- 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, août, 27 p.
- MCDOWELL, I. (1988). *A Disability Score for The Health and Activity Limitation Survey*, Ottawa, Statistique Canada, 34 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, 47 p.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (1996). *Les personnes handicapées au Québec : quelques caractéristiques des personnes ayant des incapacités en 1986 et 1991*, Drummondville, 50 p.
- ORGANISATION DES NATIONS UNIES (1990). *Disability Statistics Compendium*, Statistics on Special Population Groups, Series Y, number 4, New York, 350 p.
- PAMPALON, R., A. SAUCIER, N. BERTHIAUME, P. FERLAND, R. COUTURE, P. CARIS, L. FORTIN, D. LACROIX et R. KIROUAC (1995). *Des indicateurs de besoin pour l'allocation interrégionale des ressources*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 354 p., Collection Méthodologie et Instrumentation ; 7.
- SAUCIER, A. (1992). *Le portrait des personnes ayant des incapacités au Québec en 1986*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 63 p.
- SAUCIER, A., et P. LAFONTAINE (1991). *Nature et gravité des incapacités au Québec en 1986*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 104 p.
- SECRÉTARIAT D'ÉTAT DU CANADA (1986). *Profil des personnes vivant avec une incapacité au Canada*, Ottawa, Le Secrétariat, catalogue S2-173/1986, 23 p.
- STATISTIQUE CANADA (1986). *Rapport de l'enquête sur la santé et l'incapacité au Canada 1983-1984*, Ottawa, catalogue 82-855F, 110 p.
- STATISTIQUE CANADA (1988). *Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986*, Ottawa, données sélectionnées, Canada, provinces et territoires, catalogue 41034.
- STATISTIQUE CANADA (1990a). *Le Canada à l'étude : un profil des personnes ayant une incapacité au Canada*, Ottawa, catalogue 98-126, 42 p.
- STATISTIQUE CANADA (1990b). *Obstacles auxquels font face les personnes âgées ayant une incapacité au Canada*, Ottawa, catalogue 82-615, 33 p.
- STATISTIQUE CANADA (1994). *Caractéristiques choisies des personnes ayant une incapacité et vivant dans un ménage*, Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991, Ottawa, catalogue 82-555.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of diseases*, Geneva.

Tableaux complémentaires

Tableau C.2.1

Groupes d'âge utilisés pour la standardisation, Enquête québécoise sur les limitations des activités 1998

Année	Groupes d'âge utilisés
1986	0-4, 5-9, 10-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74 et 75 ans et plus
1991	0-4, 5-9, 10-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 et 65 ans et plus
1998	0-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74 et 75 ans et plus

Tableau C.2.2

Population estimée avec incapacité selon le sexe et l'âge, Québec, 1998

	Hommes	Femmes	Sexes réunis
	'000		
0-14 ans	72,9	43,5	116,4
0-4 ans	15,5	3,9	19,4
5-9 ans	33,5	22,1	55,6
10-14 ans	23,9	17,5	41,4
15 ans et plus	424,4	546,0	970,4
15-64 ans	288,4	342,1	630,5
15-34 ans	78,1	85,2	163,3
35-44 ans	66,9	89,6	156,5
45-54 ans	71,8	87,0	158,8
55-64 ans	71,6	80,3	151,9
65 ans et plus	136,0	203,9	339,9
65-74 ans	85,0	94,0	179,0
75 ans et plus	51,0	109,9	160,9
Total	497,3	589,5	1 086,8

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

Tableau C.2.3

Population estimée avec incapacité selon l'âge, Québec, 1986, 1991 et 1998

	1986	1991	1998
	Pe '000		
0-14 ans	63,7	76,2	116,4
15-64 ans	392,2	423,5	630,5
65 ans et plus	207,4	280,5	339,9
Total	663,2	780,2	1 086,8

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986*.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations des activités 1998*.

Tableau C.2.4

Population estimée avec incapacité selon la gravité de l'incapacité et l'âge, Québec, 1998

	Légère	Modérée	Grave	Total
	Pe '000			
0-14 ans	103,9	7,0	5,5	116,4
0-4 ans	16,2	1,0	1,8	19,0
5-9 ans	52,3	3,1	1,3	56,7
10-14 ans	35,4	2,9	2,4	40,7
15-64 ans	420,3	145,8	64,4	630,5
15-34 ans	127,3	24,9	11,1	163,3
35-44 ans	105,8	36,7	14,0	156,5
45-54 ans	99,6	39,2	20,0	158,8
55-64 ans	87,6	45,0	19,3	151,9
65 ans et plus	170,3	100,7	68,9	339,9
65-74 ans	101,0	49,7	28,6	179,3
75 ans et plus	69,3	51,0	40,3	160,6
Total	694,5	253,5	138,8	1 086,8

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

Chapitre 3

Nature et autres caractéristiques des incapacités

Céline Gosselin

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

Pierre Patry

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

Robert Allie

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1 Aspects méthodologiques

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

3.1.1 Nature de l'incapacité chez les enfants

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

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

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

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

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

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

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

3.1.2 Nature de l'incapacité chez les adultes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 Résultats

3.2.1 Nature de l'incapacité chez les enfants

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

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

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

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

Tableau 3.1

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

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

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

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

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

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

Tableau 3.2

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

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

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

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

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

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

Comparaison avec les enquêtes de 1986 et 1991

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

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

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

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

3.2.1.2 Mode de présentation des incapacités

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

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

Tableau 3.3

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

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

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

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

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

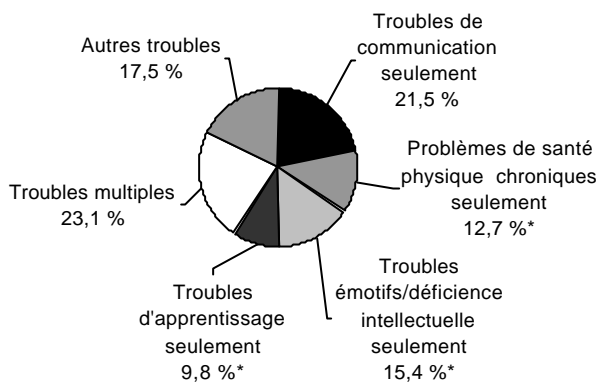
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

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

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

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



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

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

3.2.1.3 Gravité de l'incapacité selon la nature

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.2 Nature de l'incapacité chez les adultes

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

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

Tableau 3.5

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

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

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

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

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

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

Tableau 3.6

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

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

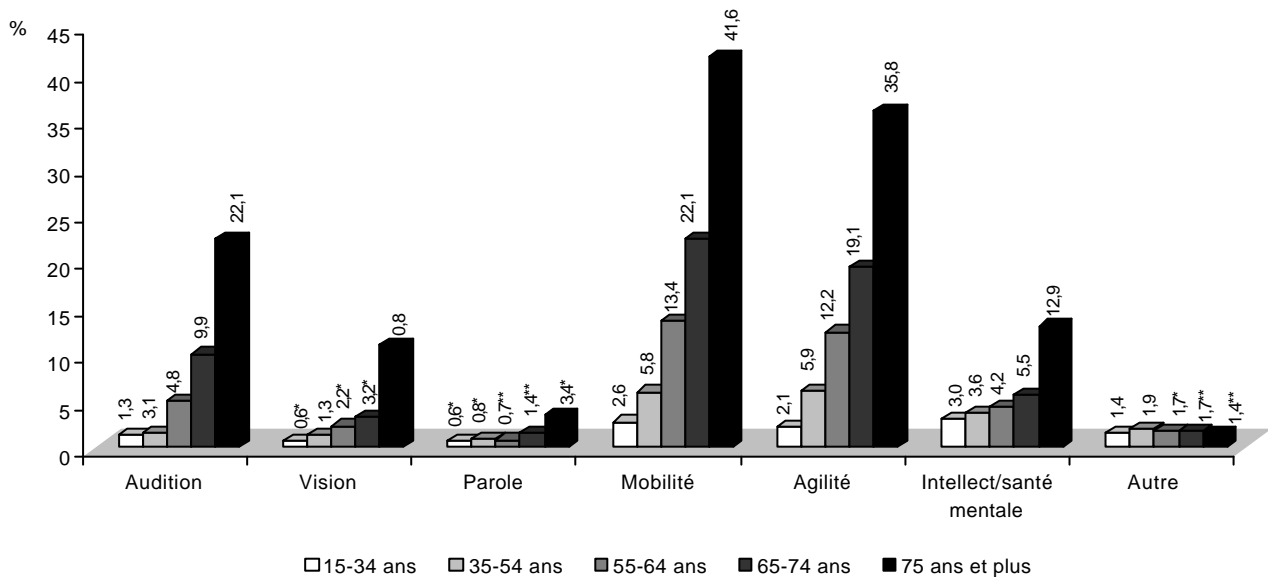
1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

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

Figure 3.2

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



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

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

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

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

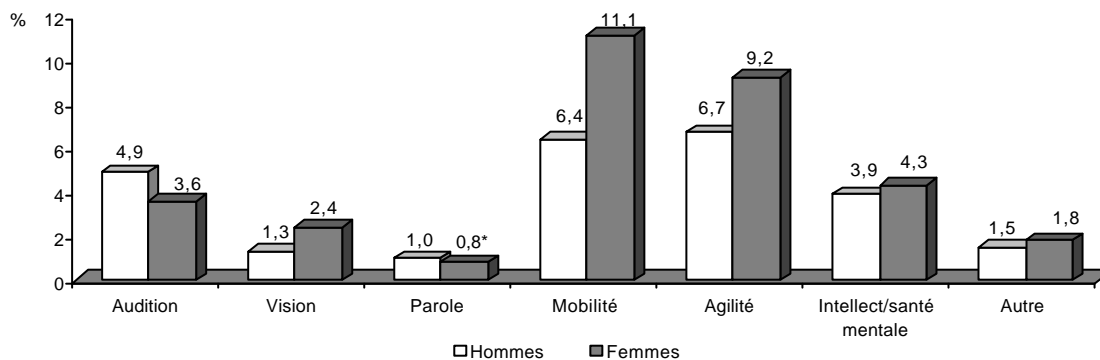
La prévalence des différents types d'incapacité varie également selon le sexe (figure 3.3). Ainsi, une proportion significativement plus forte de femmes que d'hommes présentent des incapacités liées à la mobilité (11 % c. 6 %), à l'agilité (9 % c. 7 %) et à la vision (2,4 % c. 1,3 %). À l'opposé, l'incapacité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

Comparaison avec les enquêtes de 1986 et 1991

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

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

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



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

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

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

Tableau 3.7

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.2.2 Mode de présentation des incapacités

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

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

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

Tableau 3.8

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

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

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

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

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

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

Tableau 3.9

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

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

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

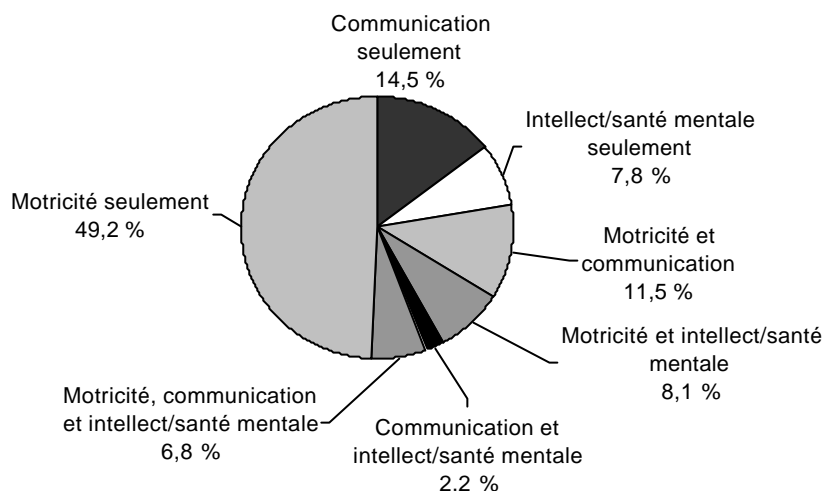
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.2.3 Gravité de l'incapacité selon la nature

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 3.12

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 3.13

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

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

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

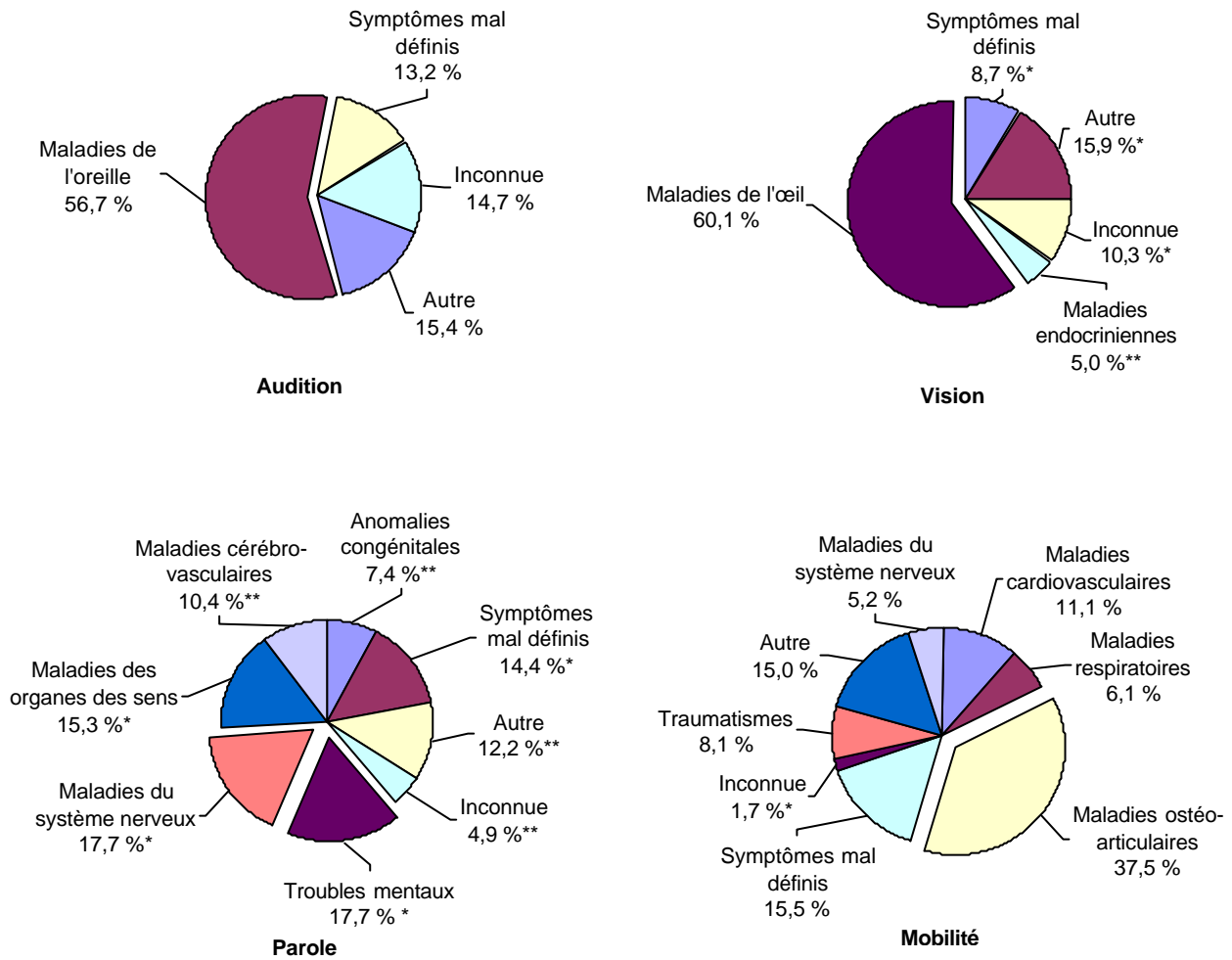
2. Environ 13 % des personnes ayant ce type d'incapacité sont exclues ici. Il s'agit de personnes ayant des troubles d'apprentissage, de perception ou d'attention.

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

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

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

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



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

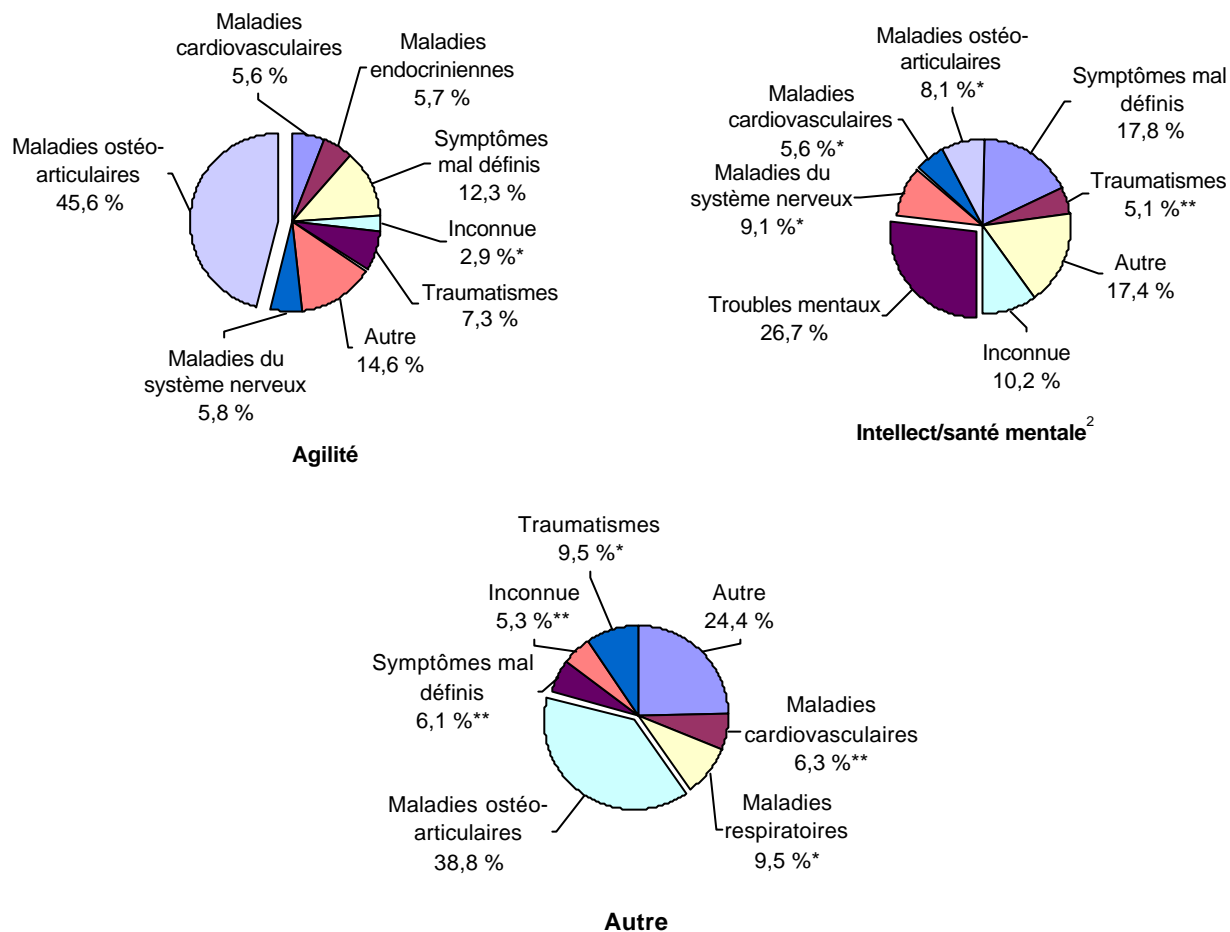
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

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

Figure 3.5 (suite)

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 3.14

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

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

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

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

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

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

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

Bibliographie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableaux complémentaires

Tableau C.3.1

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

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

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

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

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

Tableau C.3.2

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

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

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

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

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

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

Tableau C.3.3

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

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

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

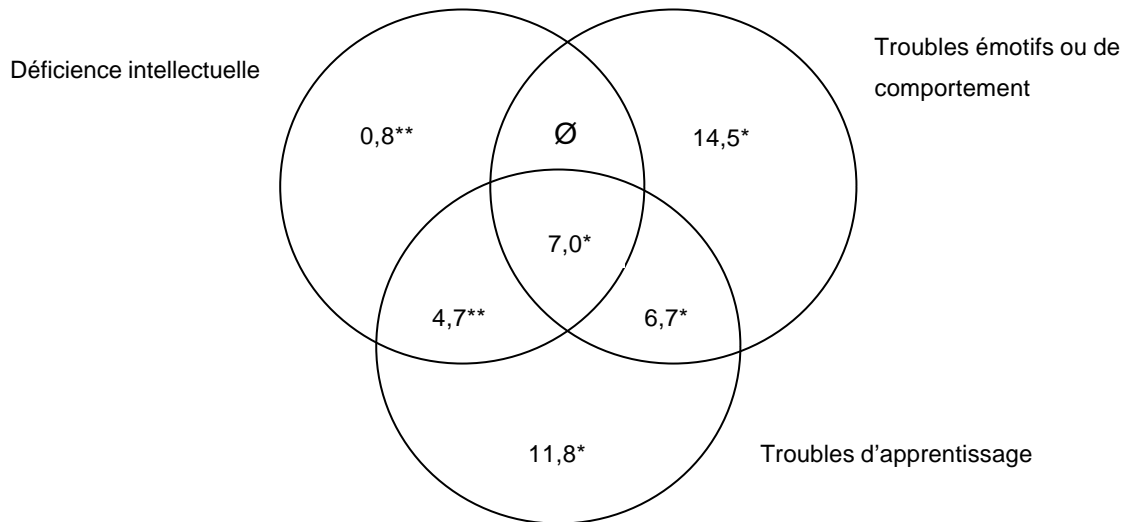
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

Figure complémentaire

Figure C.3.1

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



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

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

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

Chapitre 4

Désavantage lié à l'incapacité

Céline Gosselin

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

Robert Choinière

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

Russell Wilkins

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

participation sociale des individus qui ont une incapacité².

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

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

4.1 Aspects méthodologiques

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

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

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

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

4.1.1 Opérationnalisation du désavantage lié à l'incapacité

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

4.1.1.1 Désavantage d'indépendance physique ou de mobilité

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

4.1.1.2 Désavantage d'occupation

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

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

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

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

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

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

4.1.1.3 Autres désavantages

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

4.1.2 Indice de désavantage lié à l'incapacité

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

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

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

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

4. Limitations des activités sans dépendance

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

ou

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

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

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

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

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

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

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

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

4.1.4 Comparabilité avec les enquêtes antérieures

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

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

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

4.2 Résultats

4.2.1 Prévalence du désavantage lié à l'incapacité

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

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

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

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

Tableau 4.1

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

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

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

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

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

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

Tableau 4.2

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

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

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

Sources : Statistique Canada, *Recensement de 1996*.

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

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

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

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

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

Tableau 4.3

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.2.1 Évolution du désavantage : 1986, 1991 et 1998

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

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

Tableau 4.4

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 4.5

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 4.6

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 4.7

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

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

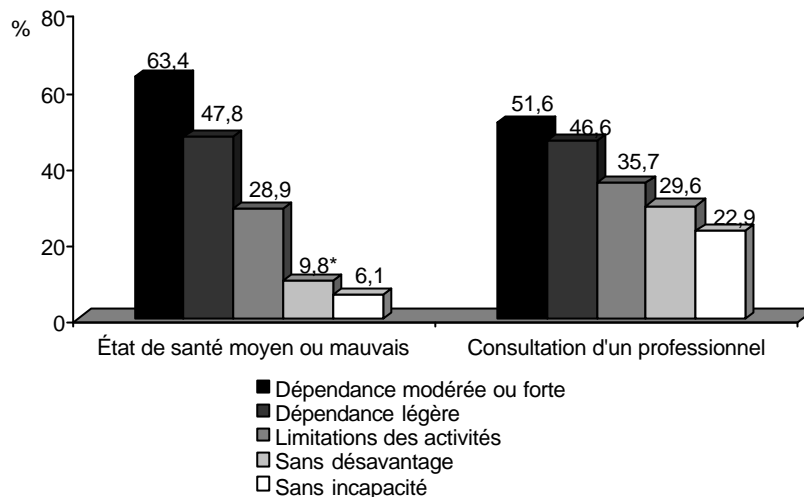
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

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

Figure 4.1

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



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

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

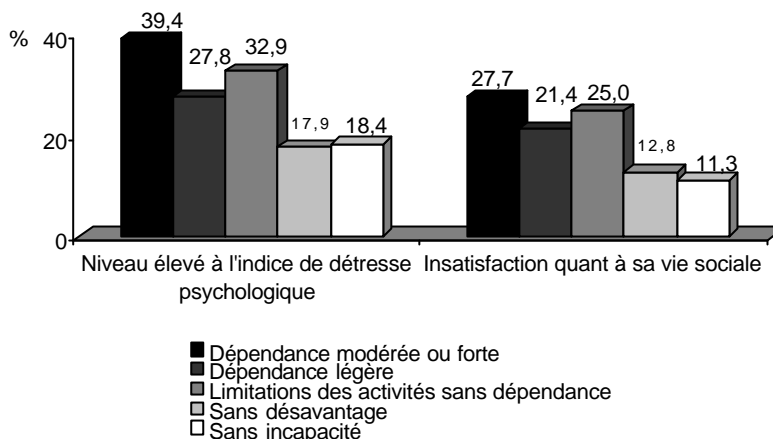
La proportion de la population ayant consulté un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines varie également selon le niveau de désavantage. Elle passe de 23 % chez les personnes sans incapacité à 30 % chez les personnes ayant une incapacité sans désavantage et à 36 % chez les personnes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

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

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

Figure 4.2

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



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

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

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

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

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

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

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

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

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

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

Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliographie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- LOCKER, D. (1989). «Coping with disability» dans PATRICK, D. L., et H. PEACH (éd.). *Disablement in the community*, Oxford, Oxford University Press, p. 176-196.
- MCDONOUGH, P. A., E. M. BADLEY et A. TENNANT (1995). « Disability, resources, role demands and mobility handicap », *Disability and Rehabilitation*, vol. 17, p. 159-168.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (1984). *À part... égale. Proposition de politique de prévention et d'intégration sociale des personnes handicapées*, Québec, Les Publications du Québec.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1988). *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantage*, Paris, CTNERHI-INSERM.
- RENAUD, M. (1994). « Le handicap comme enjeu de société : une problématique en quête de chercheurs » dans Office des personnes handicapées du Québec (éd.). *Élargir les horizons. Perspectives scientifiques sur l'intégration sociale*, Québec, Éditions MultiMondes, p. 9-15.
- ROCHON, M., A. SAUCIER et Y. BRUNELLE (1993). « Illustration des distorsions occasionnées par l'environnement sur l'état de santé observé » dans Union internationale pour l'étude scientifique de la population (éd.). *Congrès international de la population, Montréal, 1993*, 24 août au 1^{er} septembre, Liège, UIESP, vol. 11, p 537-552.
- SHAAR, K., et M. MCCARTHY (1994). «Definitions and determinants of handicap in people with disabilities », *Epidemiological Review*, vol. 16, p.228-242.
- SUSMAN, J. (1994). « Disability, stigma and deviance », *Social Science and Medicine*, vol. 38, n° 1, p. 15-22.
- WAIMANN, T. A., et K. G. MANTON (1998). *International Evidence on Disability Trends among the Elderly* [en ligne], <http://aspe.os.dhhs.gov/daltcp/reports/trends.htm>.
- WEST, P. (1991). «Rethinking the health selection explanation for health inequalities », *Social Science and Medicine*, vol. 32, n° 4, p.373-384.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998). *ICIDH-2, International Classification of Impairments, Activities and Participation*, Geneva, [en ligne], <http://www.who.int/msa/mnh/icidh/>.
- WILKINS, R., et J. CHEN (1995). « Measures of health expectancy based on physical independence handicap: demographic, regional and social dimensions for Canada in 1986 and 1991 », *Eighth Meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES)*, Chicago, 5-7 Oct.
- WILKINS, R., M. ROCHON et P. LAFONTAINE (1995). « Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé » dans SANTÉ QUÉBEC. BELLEROSE, C., C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 1, p. 279-311.

Tableaux complémentaires

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

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

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

Tableau C.4.2

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

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

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

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

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

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

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

Tableau C.4.3

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

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

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

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

Tableau C.4.4

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

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

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

Tableau C.4.5

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

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

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

Tableau C.4.6

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

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

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

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

Tableau C.4.7

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

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

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

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

Chapitre 5

Caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes avec incapacité

André Guillemette

Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière

François Cormier

Ministère de la Famille et de l'Enfance

Robert Allie

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

Introduction

Les résultats des enquêtes sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 et de 1991 montrent que les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des personnes ayant une incapacité diffèrent de celles des personnes qui n'en ont pas (Statistique Canada, 1990, 1994). Ces différences, loin d'être négligeables, révèlent que les personnes ayant une incapacité présentent généralement un profil socioéconomique défavorable par rapport au reste de la population. Une scolarité moins élevée, des revenus plus faibles, une proportion de sans emploi plus élevée et l'isolement en sont les principaux signes visibles.

Des écarts sont également observés quant aux caractéristiques démographiques, car les personnes ayant une incapacité sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses chez les personnes âgées de 65 ans et plus, alors qu'elles le sont moins chez les jeunes âgés de moins de 15 ans. De plus, dans ce dernier groupe d'âge, les garçons sont beaucoup plus nombreux que les filles (Statistique Canada, 1995). Les personnes ayant une incapacité sont aussi plus nombreuses à être veuves, divorcées ou séparées (Hammoud et Grindstaff, 1992; Fawcett, 1996; Allie et Ayotte, 1996).

Ces caractéristiques démographiques et socioéconomiques peuvent être liées à la difficulté qu'ont les personnes ayant une incapacité à s'intégrer aux diverses

activités de leur milieu. Préoccupé par cette situation, le gouvernement du Québec a adopté, en 1978, la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées et il a créé l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). Cet organisme vise à faire valoir les droits des personnes handicapées, à favoriser leur intégration sociale et à œuvrer pour la création d'une société permettant aux personnes ayant une incapacité de vivre « à part égale, sans discrimination ni privilège » (OPHQ, 1984, p. 336). Cette volonté a d'ailleurs été affirmée de nouveau en 1984, alors que le Québec mettait de l'avant la politique d'ensemble *À part... égale* (OPHQ, 1984). Cette politique, élaborée en collaboration avec le milieu communautaire et les partenaires gouvernementaux, traçait alors les besoins des personnes ayant une incapacité, proposait des objectifs à atteindre et formulait des recommandations (Doré et Hébert, 1991). Ces efforts n'en sont pas restés là, puisqu'en 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux insérait dans sa Politique de la santé et du bien-être un objectif qui consiste à favoriser une meilleure intégration économique et sociale des personnes ayant une incapacité (MSSS, 1992). Pour évaluer l'atteinte de ces objectifs, nous vérifierons si les écarts démographiques et socioéconomiques observés en 1986 et en 1991, entre les personnes ayant une incapacité et celles qui n'en ont pas, existent toujours en 1998.

Les enquêtes précédentes ont aussi démontré qu'un nombre appréciable de personnes ayant une incapacité avaient des dépenses occasionnées par leur état qui n'étaient pas complètement remboursées par un régime privé d'assurance ou par un programme d'aide gouvernemental (Dunn, 1990; Mockle, 1993). Comme une telle situation peut constituer un obstacle à leur intégration sociale et économique, il importe de vérifier si les résultats de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA) montrent qu'il y a toujours autant de personnes qui doivent couvrir, sans aide, des dépenses supplémentaires occasionnées par leur incapacité.

Ce chapitre a donc comme premier objectif de cerner les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des personnes ayant une incapacité et des ménages comptant au moins un membre avec une incapacité. Il vise aussi à faire ressortir les différences démographiques et socioéconomiques entre les personnes ayant une incapacité et celles qui n'en ont pas ainsi qu'entre les ménages dont elles font partie. Son troisième objectif consiste à comparer les résultats de l'EQLA 1998 avec ceux des enquêtes menées en 1986 et en 1991 (ESLA), quant à la répartition par âge de la population avec incapacité. Un quatrième objectif consiste à estimer la proportion de personnes ayant une incapacité dont les dépenses associées à leur situation ne sont pas complètement remboursées.

5.1 Aspects méthodologiques

Les indicateurs présentés dans ce chapitre ont presque tous déjà été utilisés par Statistique Canada (Statistique Canada, 1990, 1994) ou par Santé Québec (Santé Québec, 1995a, 1995b) lors de l'analyse des données de l'ESLA (1986 et 1991) ou de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Ils ont donc déjà été validés et leur pertinence n'a pas été remise en question. Ils permettent de cerner avec suffisamment de précision les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des personnes avec ou sans incapacité. Retenons que

le choix des indicateurs ne se limite pas aux questionnaires de sélection et de suivi de l'EQLA; le questionnaire autoadministré (QAA) et le questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) de l'*Enquête sociale et de santé 1998* sont aussi mis à contribution. Ceci permet enfin de comparer les caractéristiques des personnes ayant une incapacité avec celles des personnes qui n'en ont pas ainsi que celles des deux types de ménages.

En fait, ce chapitre trouve son originalité dans la présentation des caractéristiques des ménages ayant au moins une personne avec une incapacité puisque cet exercice n'a pas été fait lors des enquêtes précédentes. Pour ce faire, les ménages comptant au moins une personne (enfant ou adulte) avec une incapacité ont été identifiés et il en a été de même pour les ménages comptant au moins un enfant âgé de moins de 18 ans ayant une incapacité. Les variables mises à contribution pour identifier ces ménages sont les questions de sélection de l'EQLA et la fiche d'identification du QRI.

Afin d'aider le lecteur à mieux comprendre le sens et la portée des indicateurs utilisés dans ce chapitre, en voici une courte description. L'état matrimonial de fait (fiche d'identification du QRI) porte sur l'état matrimonial légal et sur la situation de fait (marié ou en union de fait, veuf, séparé ou divorcé et célibataire). La scolarité des personnes de 15 ans et plus avec ou sans incapacité est quant à elle estimée à l'aide de deux indicateurs : le plus haut niveau de scolarité atteint et la scolarité relative. Le plus haut niveau de scolarité atteint correspond à la dernière année d'études complétée par le répondant (QAA-226). Pour les fins de ce chapitre, le plus haut niveau de scolarité atteint comprend quatre catégories : moins de 9 ans d'études, études secondaires (9e à la 12e année ou 2e secondaire à la 5e secondaire), études postsecondaires (avec ou sans diplôme ou certificat d'études postsecondaires d'un cégep, d'une école de métier; études universitaires sans grade) et grade universitaire. Un second indicateur de scolarité, la scolarité relative, est construit en prenant en compte la même question (QAA-226) ainsi que l'âge et le sexe du

répondant. Cet indicateur, créé pour les enquêtes de Santé Québec, vise à ajuster pour l'âge et le sexe, les comparaisons des niveaux de scolarité des personnes. Pour ce faire, on classe d'abord les personnes d'un même groupe d'âge et du même sexe selon leur niveau de scolarité, puis on subdivise cette classification en quintiles; 13 groupes d'âge-sexe sont utilisés à cette fin. Les individus appartenant au quintile inférieur de leur groupe se voient attribuer le quintile inférieur de scolarité relative et il en va de même pour les autres quintiles. La scolarité relative comporte cinq valeurs mutuellement exclusives allant de plus faible à plus élevée.

Le statut d'activité habituel des répondants âgés de 15 ans et plus (en emploi, aux études, tient maison, à la retraite et sans emploi) correspond à l'activité principale au cours d'une période de 12 mois (QRI-159). Cette variable comprend, entre autres, une catégorie « sans emploi » qui regroupe les personnes bénéficiaires de l'assurance-emploi ou de la sécurité sociale et celles qui sont en vacances ou inactives. Elle diffère du statut d'emploi de l'ESLA 1991, mesuré au cours de la semaine ayant précédé l'enquête et auprès des personnes de 15 à 64 ans seulement; celui-ci sera abordé au chapitre 11.

La situation financière est mesurée pour les personnes et pour les ménages. Le revenu personnel total (QAA-231) correspond au revenu total avant déductions d'impôt de l'année précédant l'enquête pour les personnes âgées de 15 ans et plus. Le taux de non-réponse partielle pour le revenu personnel est de 8,3 %. L'analyse a révélé que les non-répondants à cette question diffèrent des répondants. Plus particulièrement, les non-répondants ayant une incapacité sont caractérisés par une incapacité de gravité modérée ou grave, par l'âge (65 ans et plus) et par une scolarité relative plus faible. L'impact de ces caractéristiques sur les estimations a aussi été évalué. Les biais détectés sont négligeables. Il est à noter que le revenu tel que mesuré dans l'EQLA n'est pas comparable au revenu défini dans le recensement et utilisé dans l'ESLA.

La perception de sa situation financière (QAA-234) est tirée d'une question, posée aux répondants âgés de 15 ans et plus, qui leur demande d'évaluer comment ils perçoivent leur situation financière par rapport à celle des gens de leur âge, en suggérant quatre choix de réponses (à l'aise financièrement, avec des revenus suffisants, pauvre ou très pauvre). On peut supposer que cet indicateur prend en compte d'autres aspects que le revenu (endettement, entraide, troc, travail au noir, évasion fiscale) et constitue une mesure plus globale de la situation financière. De plus, quoique basée sur la perception des individus, cette question reflète aussi la situation financière de leur ménage.

Deux autres indicateurs sont retenus pour décrire cette fois la situation financière des ménages : le niveau de revenu du ménage et le revenu annuel du ménage. Tous deux sont tirés de la question sur le revenu du ménage provenant de toutes sources avant impôts et déductions en 1997 (QRI-172); ils prennent en compte les revenus de tous les membres du ménage au cours de la même année. Le premier indicateur, le niveau de revenu du ménage, prend en compte les seuils de faible revenu calculés par Statistique Canada selon la taille des ménages. Le tableau C.5.1 présente la matrice des catégories de revenu utilisées. Tous les membres d'un même ménage ont, par définition, un niveau de revenu du ménage identique (très pauvre, pauvre, moyen inférieur, moyen supérieur ou supérieur). Une valeur a été imputée à cette variable pour tous les ménages non répondants ou ayant fourni une réponse insuffisamment précise pour permettre la classification. Le second indicateur, le revenu annuel du ménage, est exprimé en dollars et comporte des catégories allant de moins de 5 000 \$ à 40 000 \$ et plus; il ne tient pas compte des seuils de faible revenu ni de la taille des ménages. Les valeurs imputées pour la création du niveau de revenu du ménage peuvent être trop imprécises pour entrer dans la classification de ce second indicateur qui comporte donc des valeurs manquantes (moins de 5 %).

La proportion de personnes ayant eu des dépenses occasionnées par leur situation d'incapacité est obtenue grâce aux questions QA-264a (adultes de 15 ans et plus) et QE-61a (enfants de 0 à 14 ans). Ces dépenses, réalisées en 1997, font référence à l'achat de médicaments, aux soins médicaux, aux services à domicile et aux frais supplémentaires pour modifier le logement, pour les études, le transport, les vêtements ou les appareils spécialisés. S'ajoute à cela, un indicateur relatif au remboursement complet des dépenses occasionnées en raison de l'incapacité par une assurance ou un programme du gouvernement (questions QA-264b et QA-61b). Évidemment, seules les personnes ayant une incapacité et ayant eu des dépenses en raison de leur état devaient répondre à ces deux dernières questions. Soulignons le fait que cet indicateur ne cherche qu'à estimer le pourcentage de personnes qui ne sont pas complètement remboursées pour les dépenses occasionnées par leur état; il existe en effet un large éventail de programmes d'aide aux personnes ayant une incapacité (couverture des besoins spéciaux et compensation du revenu) qui remboursent partiellement certaines dépenses.

Ce chapitre présente aussi le pourcentage de personnes ayant une incapacité qui reçoivent des indemnités de remplacement de revenu ou une aide financière spécifique aux personnes ayant une incapacité dans un tableau indiquant l'obtention ou non de prestations, de pensions ou de toute autre forme d'aide financière (QA-266). Cette question adressée aux personnes âgées de 15 ans et plus concerne les montants obtenus en 1997 de diverses sources (Régime de pensions du Canada, Régie des rentes du Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, Société de l'assurance automobile du Québec, régime d'assurance-invalidité privé ou de l'employeur, etc.).

Outre la couverture des soins de santé offerte à tous par le programme d'assurance-maladie de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), les résidents du Québec peuvent aussi profiter d'une protection offerte

par un régime privé d'assurance. Les pourcentages de personnes couvertes par un tel régime sont tirés de la question QRI-141, qui s'adresse à la population avec ou sans incapacité. Pour assurer une couverture auprès des personnes, un régime d'assurance privé doit défrayer au moins une partie des dépenses non assurées par le régime public d'assurance-maladie.

Un dernier aspect abordé dans ce chapitre concerne la demande d'un crédit d'impôt pour personnes handicapées (QA-267). Cette question vérifie auprès des répondants s'ils ont fait une demande de crédit d'impôt dans leur déclaration de revenus de l'année 1997. La réponse est affirmative si la personne ayant une incapacité en a fait la demande ou si une autre personne l'a faite en son nom. La question QA-268 permet finalement de cerner, chez les personnes ayant une incapacité qui n'ont pas demandé de crédit d'impôt pour personnes handicapées, les raisons pour lesquelles une telle demande n'a pas été faite (ignorance, inadmissibilité, etc.).

5.2 Résultats

5.2.1 Caractéristiques sociodémographiques

5.2.1.1 Structure par âge

Chez les personnes ayant une incapacité en 1998, environ une personne sur dix (11 %) a moins de 15 ans, une sur trois (31 %) est âgée de 65 ans et plus, tandis que la majorité (58 %) est âgée de 15 à 64 ans. À titre comparatif, dans la population sans incapacité, une personne sur cinq (20 %) a moins de 15 ans, environ une sur treize (8 %) a 65 ans et plus et 72 % ont de 15 à 64 ans. Aussi bien chez les hommes que chez les femmes, la population avec incapacité affiche une structure par âge beaucoup plus vieille que celle de la population sans incapacité. Le tableau 5.1 révèle que 27 % des hommes et 35 % des femmes ayant une incapacité ont 65 ans et plus comparativement à 7 % et 9 % respectivement pour les hommes et les femmes sans incapacité. Inversement, la part relative des

personnes sans incapacité âgées de moins de 15 ans (20 % tant pour les hommes que pour les femmes) est nettement plus élevée que celle des personnes ayant une incapacité (15 % pour les hommes et 7 % pour les femmes).

Dans la population avec incapacité, il ressort que les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir moins de 15 ans (15 % c. 7 %). Les femmes sont, toute proportion gardée, plus nombreuses que les hommes à avoir 65 ans et plus. Ceci étant dit, il faut surtout retenir que la surreprésentation des moins de 15 ans chez les hommes est particulière à la population ayant une incapacité, alors que la surreprésentation des 65 ans et plus chez les femmes (par rapport aux hommes) s'observe également au sein de la population sans incapacité.

La répartition de la population ayant une incapacité selon le groupe d'âge et l'année d'enquête (1986, 1991 et 1998) ne laisse pas entrevoir de variations statistiquement significatives entre 1986 et 1998 (tableau 5.2). Des différences s'observent cependant entre 1991 et 1998, alors que la proportion de personnes âgées de 15 à 64 ans grimpe de 54 % à 58 %. Cette augmentation est attribuable aux personnes âgées de 35 à 44 ans (9 % à 14 %) et de 45 à 54 ans (11 % à 15 %). Inversement, pour ces mêmes années, une diminution non négligeable des pourcentages est observée chez les personnes âgées de 55 à 64 ans (17 % à 14 %) et de 65 à 74 ans (21 % à 17 %). Enfin, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus passe de 36 % à 31 % de 1991 à 1998 (différence non significative).

Tableau 5.1

Répartition par âge de la population selon le sexe et la présence d'une incapacité, Québec, 1998

	Hommes		Femmes		Sexes réunis	
	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité
	%					
0-14 ans						
0-4 ans	3,1*	7,1	0,7**	6,7	1,8*	6,9
5-9 ans	6,8	7,0	3,7*	7,2	5,1	7,1
10-14 ans	4,8*	6,0	3,0*	6,4	3,8	6,2
Total	14,7	20,2	7,4	20,3	10,7	20,2
15-64 ans						
15-34 ans	15,7	31,1	14,5	29,7	15,0	30,4
35-44 ans	13,5	18,9	15,2	18,1	14,4	18,6
45-54 ans	14,4	14,4	14,8	14,3	14,6	14,4
55-64 ans	14,4	8,5	13,6	8,8	14,0	8,6
Total	58,0	72,9	58,0	70,9	58,0	71,9
65 ans et plus						
65-74 ans	17,1	5,3	15,9	6,2	16,5	5,7
75 ans et plus	10,3	1,7	18,6	2,6	14,8	2,1
Total	27,3	6,9	34,6	8,8	31,3	7,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pe '000	497,4	3 053,2	589,4	3 032,8	1 086,8	6 086,0

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

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

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

Tableau 5.2
Répartition par âge de la population avec incapacité, Québec, 1986, 1991 et 1998

	1986	1991	1998
	%		
0-14 ans			
0-4 ans	2,7 [†]	2,1 [†]	1,8*
5-9 ans	4,0 [†]	3,1 [†]	5,1
10-14 ans	2,9 [†]	4,6 [†]	3,8
Total	9,6	9,8	10,7
15-64 ans			
15-34 ans	14,6	17,1	15,0
35-44 ans	9,7	9,3	14,4
45-54 ans	13,1	11,3	14,6
55-64 ans	21,6	16,7	14,0
Total	59,1	54,3	58,0
65 ans et plus			
65-74 ans	17,6	20,7	16,5
75 ans et plus	13,7	15,2	14,8
Total	31,3	36,0	31,3
Total	100,0	100,0	100,0
Pe '000	663,2	780,2	1 086,8

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

† Coefficient de variation non disponible.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986*.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

5.2.1.2 État matrimonial de fait

Selon l'indicateur d'état matrimonial, c'est près du quart des personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité (26 %) qui sont veuves, séparées ou divorcées comparativement au dixième seulement (10 %) des personnes sans incapacité (tableau 5.3). En conséquence, les personnes ayant une incapacité comptent une proportion moindre de célibataires (21 % c. 28 %) et de personnes mariées ou en union de fait (54 % c. 62 %) que la population sans incapacité.

En considérant le sexe, on observe que 16 % des hommes et 33 % des femmes ayant une incapacité sont veufs, séparés ou divorcés contre 7 % et 13 % respectivement des hommes et des femmes sans incapacité. De même, la population ayant une incapacité compte, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, une proportion moindre de célibataires que la population sans incapacité (23 % c. 31 % pour les hommes et 19 % c. 25 % pour les femmes). Les hommes ayant une incapacité sont proportionnellement aussi nombreux que les hommes sans incapacité à être mariés ou en union de fait, alors que les femmes ayant une incapacité sont, toute proportion gardée, nettement moins nombreuses à vivre maritalement que leurs homologues sans incapacité (49 % c. 62 %).

Tableau 5.3
État matrimonial de fait selon le sexe et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Hommes		Femmes		Sexes réunis	
	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité
	%					
Célibataire	23,2	30,8	18,8	24,7	20,8	27,8
Marié(e) ou en union de fait	60,4	62,4	48,5	62,2	53,7	62,3
Veuf(ve), séparé(e), divorcé(e)	16,4	6,8	32,6	13,1	25,5	9,9

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

En prenant simultanément en compte l'âge et l'état matrimonial de fait, il ressort que les personnes âgées de 35 ans et plus ayant une incapacité sont moins souvent mariées ou en union de fait que celles du même âge sans incapacité (tableau 5.4). D'ailleurs, au sein de la population de 45 ans et plus, les personnes veuves, séparées ou divorcées sont, toute proportion gardée, plus nombreuses dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité. Entre 35 et 64 ans, les célibataires sont également plus nombreux proportionnellement chez les personnes ayant une incapacité.

5.2.1.3 Structure des ménages

Les ménages comprenant au moins une personne avec une incapacité représentent 30 % de l'ensemble des ménages privés québécois, soit environ 884 000 ménages. Selon les données du tableau 5.5, les ménages comprenant au moins une personne avec une incapacité comptent, en proportion, moins de couples avec un ou des enfants que les autres ménages (29 % c. 34 %). Que ce soit pour les ménages avec personne seule, les couples sans enfant ou les familles monoparentales, l'enquête ne fait pas ressortir de différences statistiquement significatives entre les ménages ayant au moins une personne avec incapacité et les autres ménages.

Tableau 5.4

État matrimonial de fait selon l'âge et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Célibataire	Marié(e) ou en union de fait	Veuf(ve), séparé(e), divorcé(e)
	%		
15-34 ans			
Avec incapacité	60,6	37,8	1,6**
Sans incapacité	57,1	41,2	1,8
35-44 ans			
Avec incapacité	27,6	59,3	13,1
Sans incapacité	14,0	77,4	8,6
45-64 ans			
Avec incapacité	12,2	64,9	22,9
Sans incapacité	7,4	77,7	15,0
65 ans et plus			
Avec incapacité	6,0*	48,6	45,4
Sans incapacité	6,1	63,7	30,2
Total			
Avec incapacité	20,8	53,7	25,5
Sans incapacité	27,8	62,3	9,9

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

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

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

Tableau 5.5
Répartition des ménages privés selon le type et la présence d'une personne avec incapacité, Québec, 1998

	Ménages privés avec au moins une personne avec incapacité	Ménages privés sans personne avec incapacité
	%	
Personne vivant seule	28,9	27,5
Couple sans enfant	27,5	25,6
Couple avec enfant(s)	28,6	33,9
Famille monoparentale	11,3	9,8
Autres	3,8	3,2
Total	100,0	100,0
Pe '000	884,0	2 079,4

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

Par contre, en ne considérant que les ménages comprenant au moins un enfant de moins de 18 ans (tableau 5.6), les résultats de l'EQLA 1998 révèlent que les familles monoparentales sont proportionnellement plus fréquentes au sein des ménages ayant au moins un enfant avec incapacité (28 %) que dans les ménages sans enfant avec incapacité (19 %).

Tableau 5.6
Répartition des ménages selon le type et la présence d'un enfant avec incapacité, ménages privés ayant au moins un enfant de moins de 18 ans, Québec, 1998

	Ménages privés avec au moins un enfant avec incapacité	Ménages privés sans enfant avec incapacité
	%	
Couple avec enfant(s)	70,5	79,8
Famille monoparentale	27,5	19,1
Autres	2,0**	1,1*
Total	100,0	100,0
Pe '000	123,3	833,4

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

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

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

5.2.2 Caractéristiques socioéconomiques

5.2.2.1 Scolarité

La scolarité est mesurée à l'aide de deux indicateurs chez les personnes de 15 ans et plus : le plus haut niveau de scolarité atteint et la scolarité relative. Le tableau 5.7 révèle que les hommes et les femmes ayant une incapacité sont proportionnellement plus nombreux à avoir moins de 9 ans de scolarité (33 % et 35 % respectivement) que les personnes sans incapacité (12 % pour les hommes et 14 % pour les femmes). De même, les pourcentages de personnes ayant une incapacité qui ont fait des études postsecondaires ou obtenu un grade universitaire sont moins élevés que ceux des personnes sans incapacité. Ces écarts sont significatifs autant chez les hommes que chez les femmes.

La scolarité plus faible des personnes ayant une incapacité ne résulte pas nécessairement du fait qu'elles sont en général plus âgées, car des écarts sont observés à tous les groupes d'âge (tableau 5.8). Les personnes ayant une incapacité sont ainsi proportionnellement plus nombreuses à avoir moins de 9 ans de scolarité (15-34 ans et 35-64 ans) et elles sont moins nombreuses à avoir obtenu un grade universitaire (35-64 ans) que les personnes sans incapacité.

Tableau 5.7

Indicateurs de scolarité selon le sexe et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Hommes		Femmes		Sexes réunis	
	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité
	%					
Plus haut niveau de scolarité atteint						
Moins de 9 ans d'études	32,8	12,4	34,6	13,8	33,8	13,1
Études secondaires	33,1	37,8	35,7	36,1	34,6	37,0
Études postsecondaires	23,4	32,8	20,9	33,5	22,0	33,2
Grade universitaire	10,8	17,0	8,9	16,6	9,7	16,8
Scolarité relative						
Plus faible	27,6	18,3	27,4	16,5	27,5	17,4
Faible	19,9	19,4	17,4	21,6	18,5	20,5
Moyenne	17,8	18,6	24,1	22,3	21,4	20,5
Élevée	20,5	22,7	15,6	17,8	17,7	20,2
Plus élevée	14,2	20,9	15,5	21,9	15,0	21,4

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

Tableau 5.8

Plus haut niveau de scolarité atteint selon l'âge et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	15-34 ans		35-64 ans		65 ans et plus	
	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité
	%					
Moins de 9 ans d'études	10,0*	2,9	25,4	13,8	56,9	49,2
Études secondaires	45,9	40,7	36,4	36,1	26,6	26,9
Études postsecondaires	31,6	39,6	26,6	31,5	10,9	16,7
Grade universitaire	12,6*	16,8	11,6	18,6	5,6*	7,2

* 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*.

Ce constat est d'ailleurs conforme aux données sur la scolarité relative (tableau 5.7). Cet indicateur qui situe un individu par rapport à la population de son sexe et de son âge quant à son niveau de scolarité révèle, en effet, que plus du quart des hommes ayant une incapacité (28 %) se situent dans le niveau le plus faible comparativement à 18 % pour les hommes sans incapacité (tableau 5.7). Un constat similaire s'applique également pour les femmes (27 % c. 17 %). À l'opposé, dans la catégorie de scolarité relative plus élevée, les hommes et les femmes ayant une incapacité (14 % et 16 % respectivement) sont moins nombreux proportionnellement que les hommes et les femmes sans incapacité (21 % et 22 %). Dans tous les cas, ces différences entre les pourcentages sont statistiquement

significatives. Les hommes et les femmes ayant une incapacité ont donc une scolarité relative plus faible que les personnes sans incapacité.

Il existe des écarts importants quant à la scolarité selon la gravité de l'incapacité (tableau 5.9). Ainsi, les personnes ayant une incapacité légère sont proportionnellement moins nombreuses à avoir moins de 9 ans de scolarité que celles qui ont une incapacité modérée ou grave (27 % c. 43 %). Inversement, ce premier groupe présente de plus forts pourcentages de personnes à avoir fait des études postsecondaires (26 % c. 17 %) ou universitaires (12 % c. 7 %).

Tableau 5.9

Plus haut niveau de scolarité atteint selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Incapacité légère	Incapacité modérée ou grave
	%	
Moins de 9 ans d'études	27,0	42,7
Études secondaires	35,3	33,7
Études postsecondaires	26,1	16,6
Grade universitaire	11,6	7,0*

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

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

5.2.2.2 Statut d'activité habituel

Il existe un lien entre le statut d'activité habituel (au cours d'une période de 12 mois) et la présence d'une incapacité chez les personnes de 15 ans et plus. Ainsi, toute proportion gardée, les hommes ayant une incapacité sont moins nombreux que les hommes sans incapacité (34 % c. 67 %) à occuper un emploi (tableau 5.10). Il en est de même pour les femmes (23 % c.

49 %). Inversement, lorsqu'ils ont une incapacité, les hommes ou les femmes sont proportionnellement plus nombreux à être sans emploi que s'ils n'en ont pas. La population ayant une incapacité étant plus âgée, on constate parmi celle-ci des proportions plus élevées de personnes retraitées et moins d'étudiants.

Si l'on examine le statut d'activité habituel selon l'âge, on observe dans tous les groupes d'âge entre 15 et 64 ans des proportions plus élevées de personnes sans emploi dans la population ayant une incapacité (tableau 5.11). La population sans incapacité n'ayant pas d'emploi n'est que de 4 % environ, alors que le pourcentage est particulièrement élevé dans la population ayant une incapacité de 35 à 54 ans (25 %) ou de 55 à 64 ans (21 %). Les jeunes de 15 à 34 ans sont moins susceptibles d'être aux études s'ils ont une incapacité (29 %) que s'ils n'en ont pas (37 %). Par ailleurs, les proportions de retraités dans la population ayant une incapacité ont tendance à être plus élevées que dans le reste de la population, autant dans le groupe d'âge de 55 à 64 ans que dans celui de 65 ans et plus.

Tableau 5.10

Statut d'activité habituel selon le sexe et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Hommes		Femmes		Sexes réunis	
	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité
	%					
En emploi	33,8	67,2	23,0	49,3	27,7	58,3
Aux études	5,8	14,7	5,7	14,7	5,7	14,7
Tient maison	3,3*	1,7	31,3	24,8	19,1	13,2
À la retraite	38,5	11,8	28,4	8,5	32,8	10,2
Sans emploi	18,6	4,7	11,6	2,7	14,7	3,7

* 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 5.11

Statut d'activité habituel selon l'âge et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	15-34 ans		35-54 ans		55-64 ans		65 ans et plus	
	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité
	%							
En emploi	42,3	51,4	50,2	81,1	23,8	42,5	1,7**	6,2
Aux études	29,4	37,0	2,4**	1,4	0,2**	0,2**	–	–
Tient maison	12,0	7,1	17,3	12,1	23,6	26,8	22,0	26,4
À la retraite	0,5**	0,1**	5,5*	1,6	31,1	26,6	74,3	66,9
Sans emploi	15,8	4,3	24,6	3,8	21,3	3,9*	2,0**	0,5**

* 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*.

5.2.2.3 Situation économique des personnes

À l'instar des indicateurs de scolarité, les indicateurs économiques révèlent que les personnes ayant une incapacité affichent une situation défavorable comparativement aux personnes sans incapacité (tableau 5.12). À titre d'exemple, 28 % des hommes et 12 % des femmes ayant une incapacité déclarent un revenu annuel personnel total de 30 000 \$ et plus contre 42 % pour les hommes et 21 % pour les femmes sans incapacité.

L'évaluation subjective de la situation financière reflète le statut économique global. Dans la population ayant une incapacité, les hommes et les femmes se considérant à l'aise financièrement sont nettement moins nombreux en proportion (13 % et 12 % respectivement) que les hommes et les femmes sans incapacité (21 % et 19 % respectivement). Inversement, les personnes ayant une incapacité affirment plus souvent que les personnes sans incapacité qu'elles sont pauvres ou très pauvres.

Au chapitre du niveau de revenu du ménage, la population ayant une incapacité compte de plus fortes proportions de personnes vivant dans un ménage considéré comme très pauvre (12 % pour les hommes

et les femmes) que la population sans incapacité (5 % pour les hommes et 7 % pour les femmes). La situation est la même chez les personnes vivant dans un ménage considéré comme pauvre, alors qu'elle est à l'opposé dans les classements moyen supérieur et supérieur du niveau de revenu, les personnes avec une incapacité y étant moins nombreuses, toute proportion gardée.

Des écarts selon le sexe sont observés chez les personnes ayant une incapacité en ce qui a trait aux mesures du revenu; ils varient selon l'indicateur choisi. D'une part, des différences sont observées pour le revenu personnel total : les femmes ayant une incapacité sont, en proportion, plus nombreuses que les hommes à déclarer un revenu inférieur à 6 000 \$ (25 % c. 12 %), alors que les hommes se retrouvent, toute proportion gardée, plus fréquemment parmi les personnes ayant un revenu personnel total de 30 000 \$ et plus (28 % c. 12 %). Cependant, de telles différences sont aussi observées entre les hommes et les femmes sans incapacité. Le niveau de revenu du ménage et la perception de sa situation financière ne laissent pas, d'autre part, entrevoir de différence statistiquement significative en fonction du sexe, car il s'agit d'indicateurs qui font référence à la situation économique du ménage.

Tableau 5.12

Indicateurs de revenu selon le sexe et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Hommes		Femmes		Sexes réunis	
	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité
	%					
Revenu personnel total						
Moins de 6 000 \$	12,3	16,0	25,4	30,0	19,6	22,9
6 000 \$ - 11 999 \$	22,2	9,7	24,4	16,8	23,4	13,2
12 000 \$ - 19 999 \$	20,8	14,0	25,3	16,1	23,3	15,0
20 000 \$ - 29 999 \$	16,9	18,4	12,3	16,1	14,5	17,2
30 000 \$ et plus	27,8	42,0	12,4	21,0	19,2	31,6
Perception de sa situation financière						
Très pauvre	7,5	2,8	7,0	3,1	7,2	3,0
Pauvre	31,4	20,0	30,5	19,5	31,0	19,8
Suffisant	48,2	56,2	51,0	58,5	49,8	57,3
À l'aise	12,8	21,0	11,5	18,9	12,1	20,0
Niveau de revenu du ménage						
Très pauvre	12,2	5,4	12,0	6,7	12,1	6,0
Pauvre	16,1	9,0	20,0	11,0	18,3	10,0
Moyen inférieur	35,4	31,1	34,3	32,4	34,8	31,7
Moyen supérieur	27,5	41,4	26,9	38,2	27,2	39,8
Supérieur	8,8	13,1	6,7	11,7	7,7	12,4

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

Examinés selon l'âge, les trois indicateurs de revenu varient en fonction de la présence d'une incapacité chez les moins de 65 ans. Les 15-34 ans et les 35-64 ans ayant une incapacité sont moins nombreux, proportionnellement, à bénéficier d'un revenu personnel de 30 000 \$ ou plus que les personnes sans incapacité. Ainsi, environ 27 % des 35-64 ans avec incapacité ont un tel revenu, contre 44 % de la population de cet âge sans incapacité (tableau 5.13). De plus, entre 15 et 34 ans et entre 35 et 64 ans, les personnes ayant une incapacité perçoivent, toute proportion gardée, plus souvent négativement leur situation financière que les personnes sans incapacité. Elles sont ainsi proportionnellement plus nombreuses à se considérer comme étant pauvres, à 15-34 ans (32 % c. 20 %) comme à 35-64 ans (36 % c. 20 %). Ces différences observées selon l'âge le sont également pour le niveau

de revenu du ménage. Ainsi, à 15-34 ans, 21 % des personnes ayant une incapacité vivent dans un ménage de niveau pauvre, contre 12 % des personnes sans incapacité. À 35-64 ans, ces proportions sont respectivement de 16 % et de 8 %.

Les indicateurs de revenu des personnes sont reliés à la gravité de l'incapacité, quel que soit l'indicateur utilisé. En effet, celles qui ont une incapacité légère profitent d'une situation financière généralement plus favorable que les personnes ayant une incapacité modérée ou grave (tableau 5.14). Par exemple, elles sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer un revenu personnel de 30 000 \$ et plus que les personnes ayant une incapacité modérée ou grave (22 % c. 14 %).

Tableau 5.13

Indicateurs de revenu selon l'âge et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	15-34 ans		35-64 ans		65 ans et plus	
	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité
	%					
Revenu personnel total						
Moins de 6 000 \$	40,7	38,0	19,2	13,8	9,4	11,7
6 000 \$ - 11 999 \$	24,0	15,1	21,7	10,0	25,6	23,8
12 000 \$ - 19 999 \$	17,8	14,8	17,4	13,0	34,8	27,8
20 000 \$ - 29 999 \$	10,3	14,0	15,1	19,2	15,8	19,9
30 000 \$ et plus	7,2	18,2	26,6	44,1	14,4	16,8
Perception de sa situation financière						
Très pauvre	7,1*	3,5	10,4	2,9	2,9*	1,2**
Pauvre	31,9	20,2	35,7	19,6	23,8	19,1
Suffisant	46,8	51,6	44,5	60,3	58,5	63,8
À l'aise	14,2	24,7	9,4	17,3	14,8	15,9
Niveau de revenu du ménage						
Très pauvre	11,0*	7,2	15,1	5,3	8,6	5,3*
Pauvre	20,9	11,5	15,8	7,8	20,4	16,3
Moyen inférieur	33,1	32,8	28,5	28,7	44,2	43,5
Moyen supérieur	26,4	38,5	30,9	43,1	22,3	28,0
Supérieur	8,6*	10,1	9,7	15,1	4,4*	6,9

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

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

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

Tableau 5.14

Indicateurs de revenu selon le sexe et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Hommes		Femmes		Sexes réunis	
	Incapacité légère	Incapacité modérée ou grave	Incapacité légère	Incapacité modérée ou grave	Incapacité légère	Incapacité modérée ou grave
	%					
Revenu personnel total						
Moins de 6 000 \$	12,8	11,3*	26,3	24,0	20,1	18,8
6 000 \$ - 11 999 \$	19,8	26,8	21,1	29,6	20,5	28,4
12 000 \$ - 19 999 \$	17,9	26,5	25,1	25,6	21,7	26,0
20 000 \$ - 29 999 \$	17,6	15,6*	13,4	11,4*	15,3	13,1
30 000 \$ et plus	32,0	19,8	14,2	9,4*	22,4	13,7
Perception de sa situation financière						
Très pauvre	5,6*	11,0*	5,8*	8,7*	5,7	9,7
Pauvre	28,9	36,0	28,6	33,3	28,8	34,4
Suffisant	50,4	44,2	54,5	45,8	52,7	45,1
À l'aise	15,0	8,8*	11,1	12,2	12,9	10,9
Niveau de revenu du ménage						
Très pauvre	10,6	14,9	9,9	15,4	10,2	15,2
Pauvre	13,6	19,2	18,6	21,5	16,3	20,6
Moyen inférieur	34,8	37,3	33,9	34,6	34,3	35,7
Moyen supérieur	31,0	21,6	30,2	22,9	30,6	22,4
Supérieur	10,1	7,0*	7,4*	5,5*	8,7	6,1*

* 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*.

Le revenu personnel est également relié à la nature de l'incapacité, comme le montre le tableau 5.15. Ici, on compare les personnes ayant une incapacité d'un type donné (types non exclusifs) avec les personnes n'ayant pas ce type d'incapacité. Les personnes ayant une incapacité liée à l'audition ou une incapacité physique de nature non précisée (« autre ») sont plus nombreuses, toute proportion gardée, à gagner 30 000 \$ et plus que celles n'ayant pas l'incapacité en question (24 % c. 18 % pour l'audition, 29 % c. 18 % pour l'incapacité physique de nature non précisée). Au contraire, les personnes ayant une incapacité liée à la mobilité ou à l'agilité sont davantage représentées dans les catégories moyennes du revenu (12 000 \$-19 999 \$).

Enfin, les personnes ayant une incapacité reliée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale sont surreprésentées dans les deux catégories inférieures du revenu, en comparaison des personnes n'ayant pas ce type d'incapacité. Par ailleurs, on ne détecte pas d'association entre la présence d'une incapacité liée à la vision ou à la parole et le revenu personnel. L'examen du niveau de revenu du ménage en fonction de la nature de l'incapacité conduit à des résultats similaires à ceux du revenu personnel (données non présentées).

Tableau 5.15

Revenu personnel total selon la nature de l'incapacité¹, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Moins de 6 000 \$	6 000 \$ - 11 999 \$	12 000 \$ - 19 999 \$	20 000 \$ - 29 999 \$	30 000 \$ et plus
	%				
Audition					
Oui	12,2	20,1	26,8	16,9	24,0
Non	22,2	24,5	22,0	13,8	17,6
Vision					
Oui	19,6*	31,1	24,0	12,7*	12,6*
Non	19,6	22,6	23,2	14,7	20,0
Parole					
Oui	33,5*	22,1*	18,9*	14,0**	11,6**
Non	18,9	23,5	23,5	14,5	19,5
Mobilité					
Oui	18,9	25,9	27,3	14,3	13,7
Non	20,4	20,9	19,3	14,7	24,7
Agilité					
Oui	17,1	25,4	27,1	14,1	16,3
Non	21,9	21,6	20,1	14,9	21,6
Intellect/santé mentale					
Oui	26,6	29,8	21,9	11,0	10,7
Non	17,1	21,4	23,6	15,7	22,2
Autre					
Oui	23,8	18,8	16,4*	12,3*	28,7
Non	19,2	23,9	24,1	14,8	18,1

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

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

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

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

5.2.2.4 Situation économique des ménages

Le tableau 5.16 permet de constater que les ménages avec au moins une personne ayant une incapacité ont, toute proportion gardée, plus fréquemment un revenu annuel inférieur à 10 000 \$ (13 % c. 8 %), et moins souvent un revenu annuel de 40 000 \$ et plus (28 % c. 41 %), que les ménages sans personne avec incapacité. En observant le niveau de revenu du ménage, il ressort également que les ménages comptant au moins une personne ayant une incapacité sont, en proportion, moins nombreux à avoir un revenu jugé supérieur que les autres ménages (7 % c. 11 %). Ils sont aussi proportionnellement plus nombreux à être considérés comme très pauvres (13 % c. 9 %).

Tableau 5.16
Indicateurs de revenu selon la présence d'une personne avec incapacité, ménages privés, Québec, 1998

	Ménages privés avec au moins une personne avec incapacité	Ménages privés sans personne avec incapacité
	%	
Revenu annuel du ménage		
Moins de 10 000 \$	12,5	8,2
10 000 \$ - 14 999 \$	15,6	9,3
15 000 \$ - 29 999 \$	29,6	24,9
30 000 \$ - 39 999 \$	14,7	16,3
40 000 \$ et plus	27,6	41,3
Niveau de revenu du ménage		
Très pauvre	13,4	8,7
Pauvre	18,2	11,0
Moyen inférieur	33,9	30,9
Moyen supérieur	27,1	38,2
Supérieur	7,4	11,2

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

En ne prenant en compte que les ménages ayant au moins un enfant âgé de moins de 18 ans, le tableau 5.17 présente les écarts entre les ménages ayant au moins un enfant avec incapacité et les autres ménages avec un ou des enfants. La tendance observée démontre que les ménages ayant un enfant avec

incapacité sont en général plus défavorisés, que ce soit sur le plan du revenu annuel ou du niveau de revenu. Des différences significatives entre les deux types de ménages sont d'ailleurs observées pour la catégorie de revenu annuel de 40 000 \$ et plus (41 % c. 52 %) et pour la catégorie « moyen supérieur » du niveau de revenu (25 % c. 37 %).

Tableau 5.17
Indicateurs de revenu selon la présence d'un enfant avec incapacité, ménages privés ayant au moins un enfant de moins de 18 ans, Québec, 1998

	Ménages privés avec au moins un enfant avec incapacité	Ménages privés sans enfant avec incapacité
	%	
Revenu annuel du ménage		
Moins de 10 000 \$	6,3 *	5,8
10 000 \$ - 14 999 \$	13,8 *	7,6
15 000 \$ - 29 999 \$	22,1	18,5
30 000 \$ - 39 999 \$	17,0	16,1
40 000 \$ et plus	40,9	52,0
Niveau de revenu du ménage		
Très pauvre	9,1 *	7,3
Pauvre	18,2	12,3
Moyen inférieur	38,7	32,8
Moyen supérieur	25,2	37,3
Supérieur	8,7 *	10,3

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

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

5.2.3 Dépenses et couverture des dépenses associées à l'incapacité

Environ 40 % des personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité ont eu des dépenses occasionnées par leur situation (tableau 5.18). Les dépenses sont liées à la gravité de l'incapacité : 32 % des personnes ayant une incapacité légère déclarent avoir effectué des dépenses en raison de leur état, contre 52 % des personnes qui ont une incapacité modérée ou grave.

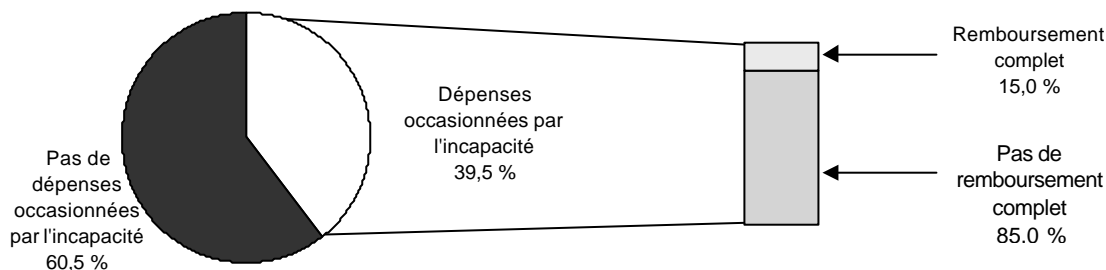
Tableau 5.18
Dépenses occasionnées par l'incapacité selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Incapacité légère	Incapacité modérée ou grave	Total
	%		
Oui	31,5	52,1	39,5
Non	68,5	47,9	60,5

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

Parmi les personnes ayant une incapacité qui ont eu des dépenses associées à leur situation, seulement 15 % ont été remboursées complètement par un régime

Figure 5.1
Dépenses occasionnées par l'incapacité et remboursement, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998



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

privé d'assurance ou par un programme gouvernemental (figure 5.1). Il faut retenir que ce pourcentage ne concerne que les personnes complètement remboursées. Compte tenu de la présence, au Québec, d'une foule de programmes visant la couverture des besoins spéciaux et la compensation du revenu des personnes ayant une incapacité (OPHQ, 1992), on peut croire que nombre de personnes pourraient avoir été remboursées partiellement. Qu'importe le niveau de gravité des incapacités, la proportion de personnes complètement remboursées ne varie pas significativement (données non présentées).

Chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité ayant eu des dépenses non remboursées occasionnées par leur situation, 74 % ont eu des dépenses pour l'achat de médicaments prescrits, 28 % ont eu des frais de déplacement associés à leur incapacité, 15 % ont eu des soins de santé facturés, 15 % ont eu recours à des services d'aide à domicile et 11 % ont déclaré des dépenses pour l'achat et l'entretien d'aides techniques ou d'accessoires spécialisés (données non présentées).

Plus du tiers (34 %) des enfants ayant une incapacité ont occasionné des dépenses à leur famille en raison de leur incapacité. Pour moins du tiers (30 %)¹ de ces enfants, ces dépenses ont été complètement remboursées par une assurance ou un programme gouvernemental (données non présentées). Les principaux postes de dépenses non remboursées pour les enfants ayant une incapacité sont : les médicaments prescrits (49 %), les frais de déplacement (25 %)² les soins de santé (23 %)², l'achat et l'entretien des aides techniques ou des accessoires spécialisés (18 %)², le matériel jetable après usage (12 %)² et les services d'aide à domicile (12 %)².

Couverture des dépenses associées aux soins de santé

Le tableau 5.19 présente les proportions de personnes bénéficiant d'une assurance privée couvrant les dépenses associées cette fois aux soins de santé, selon l'âge. Les enfants et les personnes de 15 à 64 ans sont couverts par une telle assurance dans une proportion d'environ 45 %; les personnes âgées le sont dans une moindre proportion (21 %). Pour chaque groupe d'âge, les personnes sans incapacité sont proportionnellement plus nombreuses que les personnes ayant une incapacité à bénéficier d'une assurance privée pour les soins de santé. La différence est particulièrement marquée chez les 15 à 64 ans (60 % c. 45 %).

¹ Cette proportion a un coefficient de variation entre 15 % et 25 % et doit être interprétée avec prudence.

² Cette proportion a un coefficient de variation supérieur à 25 % et est une estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Tableau 5.19

Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé selon l'âge et la présence d'une incapacité, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
0-14 ans	44,7	54,8
15-64 ans	45,2	60,1
65 ans et plus	21,3	29,8
Total	37,7	56,7

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

Compensation du revenu

Seulement 14 % des personnes de 15 ans et plus reçoivent des prestations, une pension ou de l'aide financière à cause de leur incapacité (tableau 5.20). Les personnes ayant une incapacité modérée ou grave obtiennent plus fréquemment ce genre d'aide financière (22 %) que celles ayant une incapacité légère (9 %). Parmi les personnes qui reçoivent ce soutien financier, 33 % profitent d'une pension d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou de la Régie des rentes du Québec, 34 % perçoivent des prestations supplémentaires d'aide sociale à cause d'un problème de santé, 21 % touchent des indemnités pour maladie ou accident de travail de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et 14 %¹ reçoivent des prestations d'un régime d'assurance-invalidité d'un employeur (données non présentées).

Tableau 5.20

Obtention de prestations, de pensions ou d'aide financière selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Incapacité légère	Incapacité modérée ou grave	Total
	%		
Oui	8,7	22,3	14,0
Non	91,4	77,7	86,0

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

Même si le régime fiscal québécois permet aux contribuables de demander des crédits d'impôt pour personnes handicapées, 92 % des personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité déclarent ne pas avoir demandé cet allègement fiscal. Ce pourcentage élevé s'explique en premier lieu par le fait qu'environ le tiers des personnes (36 %) ne croient pas être admissibles aux crédits d'impôt (tableau 5.21). Elles affirment aussi que le ministère du Revenu ne reconnaît pas la gravité de leur incapacité (31 %), qu'elles ne savaient pas que de tels crédits d'impôt existaient (23 %) ou encore, qu'elles n'ont pu obtenir de certificat du médecin (8 %).

Tableau 5.21

Raisons de l'absence de demande de crédits d'impôt¹ pour personnes handicapées, population de 15 ans et plus avec incapacité n'ayant pas fait de demande de crédits d'impôt pour personnes handicapées, Québec, 1998

	%
Ne se croyait pas admissible	35,8
Ministère du Revenu n'a pas reconnu la gravité de l'incapacité	30,7
Ne savait pas que ça existait	23,2
N'a pas pu obtenir de certificat du médecin	7,7

1. Une personne peut avoir mentionné plus d'une raison.

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

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

En 1998, comme on pouvait s'y attendre, la population ayant une incapacité est plus âgée que la population sans incapacité. Dans la population ayant une incapacité, les femmes comptent une plus grande part d'aînées que les hommes. La population de sexe masculin compte cependant une plus grande part d'enfants de 0-14 ans que la population de sexe féminin.

On n'observe pas de changement notable de la structure par âge de la population ayant une incapacité entre 1986 et 1998. Les différences notées se résument à une légère augmentation relative des personnes de 15 à 64 ans entre 1991 et 1998 (54 % c. 58 %) et à une tendance à une légère diminution des personnes de 65 ans et plus (36 % c. 31 %). Pour les groupes d'âge plus fins, les augmentations les plus importantes se situent à 35-44 ans et à 45-54 ans et les diminutions, à 55-64 ans et à 65-74 ans. Ces variations peuvent s'expliquer tant par l'évolution de la structure par âge de l'ensemble de la population que par des changements du taux d'incapacité. Ainsi, l'augmentation de la proportion des 15 à 64 ans peut refléter la hausse du taux d'incapacité dans ce groupe entre 1991 et 1998 (9 % à 13 %, présenté au chapitre 2). Quant à la baisse de la proportion des 65 ans et plus au sein de la population ayant une incapacité, elle est le résultat de l'augmentation relative des groupes plus jeunes puisque le taux d'incapacité a augmenté chez les personnes âgées également (voir chapitre 2).

Selon l'EQLA, 30 % des ménages privés au Québec comptent au moins une personne ayant une incapacité. Ces ménages comptent proportionnellement moins de couples avec un ou des enfants que les autres

ménages. De même, on retrouve proportionnellement plus de familles monoparentales dans les ménages ayant au moins un enfant avec incapacité que dans les ménages sans enfant avec incapacité.

À la lumière des résultats de l'EQLA, il est évident que la situation socioéconomique défavorable des personnes ayant une incapacité observée en 1986 et en 1991 persiste toujours en 1998. Elles sont généralement moins scolarisées que les personnes sans incapacité et elles sont moins fortunées. Les ménages comptant au moins une personne ayant une incapacité affichent eux aussi un statut économique défavorable par rapport aux autres ménages. Étant plus souvent sans emploi (entre 15 et 64 ans) et seules (pourcentages plus élevés de célibataires entre 35 et 64 ans, de personnes veuves, séparées ou divorcées à partir de 45 ans et de familles monoparentales lorsqu'il y a un enfant avec incapacité), les personnes ayant une incapacité risquent plus d'être isolées socialement.

Chez les 65 ans et plus cependant, on ne détecte pas de différence quant à la situation économique entre les personnes avec et sans incapacité. Toutefois, les écarts socioéconomiques entre les personnes avec et sans incapacité de moins de 65 ans demeurent, encore aujourd'hui, beaucoup trop importants pour que l'on puisse parler d'une parité des conditions de vie entre les personnes ayant une incapacité et celles qui n'en ont pas.

La situation économique des personnes ayant une incapacité varie selon la gravité de l'incapacité et selon sa nature. Les personnes ayant une incapacité modérée ou grave ont un revenu personnel moindre que celles dont l'incapacité est qualifiée de légère. De même, les personnes ayant une incapacité reliée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale sont surreprésentées dans les catégories inférieures du revenu. Ces personnes mériteraient une attention particulière.

Même si leur état occasionne des dépenses pour une large part des personnes ayant une incapacité (40 %), peu d'entre elles profitent du remboursement complet de leurs dépenses par un régime privé d'assurance ou par un programme gouvernemental (15 %). De même, seule une faible proportion de personnes ayant une incapacité (14 %) reçoivent des prestations, une pension ou de l'aide financière du gouvernement en raison de leur état. Enfin, c'est seulement 38 % environ des personnes ayant une incapacité qui déclarent être protégées par un régime privé d'assurance pour les soins de santé, soit un pourcentage moindre que chez les personnes sans incapacité (57 %). Toujours selon l'enquête, c'est moins du dixième qui profite des crédits d'impôt pour personnes handicapées (8 %).

Afin de mieux saisir les causes et les effets de ce constat, il reste à déterminer le montant des dépenses occasionnées par la présence d'une incapacité, qu'elle soit légère, modérée ou grave. De même, il importe de mieux cerner le montant et la source des remboursements que les personnes avec incapacité reçoivent pour des dépenses occasionnées par leur situation.

Au-delà de ces préoccupations, il faut chercher à préciser les raisons qui font en sorte que les personnes ayant une incapacité sont en général moins instruites et moins bien nanties. Le niveau moindre de scolarité résulte-t-il de leur incapacité ou d'une infrastructure scolaire inadaptée à leurs besoins ou à leur situation? L'accès limité au marché du travail découle-t-il de leur état d'incapacité ou plutôt des préjugés que la société entretient à l'égard des personnes ayant une incapacité? Bref, la société québécoise fait-elle vraiment tout ce qu'il faut pour favoriser l'intégration sociale et économique de ces personnes? Elle a certes fait des pas en ce sens depuis une quinzaine d'années, mais il lui reste encore du chemin à parcourir pour atteindre les objectifs d'intégration et d'équité qu'elle s'est fixée. Enfin, il faudrait peut-être s'interroger sur les raisons qui font en sorte que les familles

monoparentales sont proportionnellement plus nombreuses parmi les ménages ayant au moins un enfant avec une incapacité. Ces familles mériteraient d'être soutenues adéquatement.

Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

La prévalence des incapacités étant plus élevée parmi les personnes les plus âgées, il semble évident que le vieillissement appréhendé de la population québécoise devrait préoccuper les gestionnaires et les intervenants qui œuvrent pour et auprès des personnes ayant une incapacité. Le réseau sociosanitaire devra en effet rapidement prendre les moyens nécessaires pour répondre aux besoins d'un nombre sans cesse grandissant de personnes ayant une incapacité. Malgré cela, il importe également de retenir qu'une majorité de personnes ayant une incapacité sont âgées de 15 à 64 ans (58 %). De ce fait, les efforts d'intégration auprès des personnes ayant une incapacité ne devront surtout pas se limiter à celles qui sont les plus âgées.

Afin d'accroître l'intégration socioéconomique des personnes ayant une incapacité, il importe de leur assurer un meilleur accès au milieu scolaire et à l'emploi. Ces actions devraient également être accompagnées par le développement de mécanismes permettant de mieux informer les personnes ayant une incapacité de leurs droits, de l'aide financière qu'elles peuvent recevoir (couverture des besoins spéciaux et compensation du revenu) et des crédits d'impôt dont elles peuvent bénéficier.

Tout ceci ne pourra que contribuer à améliorer l'intégration socioéconomique des personnes ayant une incapacité. Depuis 1978, le Québec a fait des efforts en ce sens (MSSS, 1992), mais les résultats de l'EQLA 1998 confirment qu'il reste encore beaucoup de chemin à parcourir.

Bibliographie

ALLIE, R., et S. AYOTTE (1996). *Portrait socio-économique des femmes ayant des incapacités*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 72 p. (Collection Statistiques 1995-1996)

DORÉ, S., et A. HÉBERT (1991). *Les rôles de l'Office des personnes handicapées du Québec dans le développement de la recherche sur les personnes handicapées*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, Direction de la planification, de l'évaluation et de la recherche, Service de la recherche et de l'évaluation des programmes, 49 p.

DUNN, P. A. (1990). *Obstacles auxquels font face les personnes âgées ayant une incapacité au Canada*, Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, Statistique Canada, catalogue 82-615, 33 p. (Collection Série thématique spéciale de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités; 1)

FAWCETT, G. (1996). *Vivre avec une incapacité au Canada : un portrait économique*, Hull, Développement des ressources humaines Canada, Bureau de la condition des personnes handicapées, 231 p.

HAMMOUD, A. M., et C. F. GRINDSTAFF (1992). « Socio-demographic Characteristics of the Physically Disabled in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 83, n° 1, p. 57-60.

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

MOCKLE, J. A. (1993). *Portrait statistique des personnes ayant une incapacité selon ESLA et des programmes d'aides techniques administrés par la RAMQ*, Québec, Conseil consultatif sur les aides technologiques, 161 p.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (1984). *À part... égale. L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*, Québec, Ministère des Communications, Gouvernement du Québec, 350 p.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (1992). *Répertoire des programmes et services offerts par les ministères et organismes publics québécois aux personnes handicapées*, Drummondville, 59 p.

SANTÉ QUÉBEC. BELLEROSE, C., C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995a). *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.

SANTÉ QUÉBEC, LAVALLÉE, C., C. BELLEROSE, J. CAMIRAND et P. CARIS (sous la direction de) (1995b). *Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 2, 196 p.

STATISTIQUE CANADA (1990). *Faits saillants : personnes ayant une incapacité au Canada, Enquête sur la santé et les limitations d'activités*, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 82-602, 1 v.

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

STATISTIQUE CANADA (1995). *Un portrait des personnes ayant une incapacité, Projet des groupes cibles*, Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, catalogue 89-542F, 70 p.

Tableau complémentaire

Tableau C.5.1

Élaboration de l'indice portant sur le niveau de revenu du ménage, *Enquête sociale et de santé 1998*

	Taille du ménage		
	1-2 personnes	3-4 personnes	5 personnes
Aucun revenu	Très pauvre	Très pauvre	Très pauvre
Revenu < 10 000 \$	Très pauvre	Très pauvre	Très pauvre
10 000 \$ ≤ Rev. < 20 000 \$	...	Pauvre	...
10 000 \$ ≤ Rev. < 15 000 \$	Pauvre	Pauvre	Très pauvre
15 000 \$ ≤ Rev. < 20 000 \$	Moyen inférieur	Pauvre	Pauvre
20 000 \$ ≤ Rev. < 40 000 \$	...	Moyen inférieur	...
20 000 \$ ≤ Rev. < 30 000 \$	Moyen inférieur	Moyen inférieur	Pauvre
30 000 \$ ≤ Rev. < 40 000 \$	Moyen supérieur	Moyen inférieur	Moyen inférieur
40 000 \$ ≤ Rev. < 60 000 \$	Moyen supérieur	Moyen supérieur	Moyen supérieur
60 000 \$ ≤ Rev. < 80 000 \$	Supérieur	Moyen supérieur	Moyen supérieur
80 000 \$ ≤ Rev. < 100 000 \$	Supérieur	Supérieur	Supérieur
Revenu ≥ 100 000 \$	Supérieur	Supérieur	Supérieur

Chapitre 6

Utilisation d'aides techniques et de services spécialisés

Claude Vincent
Département de réadaptation
Université Laval

Céline Jubinville
Direction des programmes hors Québec et aides techniques
Régie de l'assurance-maladie du Québec

Introduction

Les êtres humains ont appris tôt dans leur histoire à mettre à contribution la technique pour des raisons de survie, d'efficacité et de mieux-être. Pas étonnant, par conséquent, que dans les civilisations anciennes, certains objets et moyens aient été utilisés pour réduire les inconvénients qu'occasionnent les maladies, les anomalies et les traumatismes. L'exemple classique est certes le simple bâton qui a servi d'appui à la marche pour des humains primitifs, perclus d'arthrose ou nés avec une malformation congénitale. C'est d'aussi loin dans l'histoire de l'humanité qu'a émergé la notion d'une aide non humaine pour compenser une limite physique, notion qui a donné naissance, plus tard, à ce que l'on désigne par le terme générique aide technique.

Depuis le 16^e siècle, le génie humain s'applique à trouver des solutions à des problèmes d'ordre fonctionnel de sorte qu'à l'heure actuelle, les produits sont nombreux et variés et les couvertures des régimes d'assurance publics et privés incluent un large éventail d'aides techniques. Il importe donc d'examiner, auprès de la population ayant déclaré une incapacité, la place qu'occupe maintenant l'aide technique qui, selon sa définition même, « vise à corriger une déficience, à compenser une incapacité, à prévenir ou réduire une situation de handicap » (Conseil consultatif sur les aides technologiques [CCAT, 1994a]). Une définition aussi large englobe tout appareil ou dispositif qui sert à ces

fins, quel que soit le milieu dans lequel il est utilisé : domicile, institution, lieu de travail, lieu d'études, transport. Sont donc considérés comme aides techniques les appareils qui compensent les problèmes d'audition, de vision, du langage et de la parole, de mobilité et d'agilité, mais aussi les adaptations et installations aménagées à l'intérieur d'un logement ou d'un véhicule et les équipements médicaux utilisés par la personne elle-même pour lui permettre de vivre dans la communauté (ex. : concentrateur d'oxygène).

Établir le taux d'utilisation d'aides techniques et cerner les besoins exprimés par la population ayant une incapacité s'avèrent importants dans une société où l'autonomie de ces personnes est valorisée et à qui un objectif d'intégration sociale a été proposé il y a plus de vingt ans (Gouvernement du Québec, 1990). Ajoutons que des objectifs de réduction des incapacités et de prévention des situations de handicap ont également été inscrits dans la *Politique de la santé et du bien-être* du Québec formulée en 1992 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992). Il y a quelques années, le ministère de la Santé et des Services sociaux (Bolduc, Bélanger et Trahan, 1992) et le Conseil consultatif sur les aides technologiques (CCAT et Jubinville, 1994b) ont constaté l'écart important entre les besoins en aides techniques chez les personnes âgées qui vivent à domicile, d'une part, et l'accessibilité des aides nécessaires pour y répondre, d'autre part.

En 1996, on estimait que l'État québécois (par l'entremise de pas moins de huit organismes et ministères) dépensait environ 150 millions de dollars annuellement pour payer des aides techniques, dans un marché évalué à 300 millions, secteurs public et privé réunis (CCAT, 1996). Pendant longtemps, le taux d'utilisation d'aides techniques au Québec s'établissait de façon approximative en se basant sur des données américaines sur la prévalence des maladies et des incapacités. Avec les enquêtes canadiennes sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 et de 1991 qui comportaient des questions sur les aides techniques, un pas a été franchi, nous rapprochant ainsi d'une lecture plus juste des réalités d'ici. L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA) permet d'actualiser cette information et de suivre l'évolution du phénomène de l'utilisation d'aides techniques de façon générale, de même que pour des types d'incapacité donnés.

Il y a plusieurs façons de conceptualiser l'utilisation des aides techniques. L'Association canadienne des ergothérapeutes (1997) soutient que la réalisation d'activités significatives est essentielle pour donner un sens à la vie de tout être humain. C'est à partir de cette philosophie que devrait être recommandé l'utilisation des aides techniques afin de contrer les limitations d'activités, que ce soit au domicile, au travail, à l'école, dans la communauté ou dans les loisirs. Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le profil de la personne, les habitudes de vie (rôles sociaux et activités quotidiennes), l'environnement et les propriétés de la technologie influencent l'utilisation ou l'abandon des aides techniques (Bailey, 1989; Batavia et Hammer, 1990; Bynum et Rogers, 1987; Cook et Hussey, 1995; Ihde, 1983; Parker et Thorslund, 1991; Phillips et Zhao, 1993; Scherer, 1993; Vincent et Morin, 1999). Le modèle conceptuel présenté à la figure 6.1 illustre la dynamique entre l'utilisation d'une aide technique et les facteurs

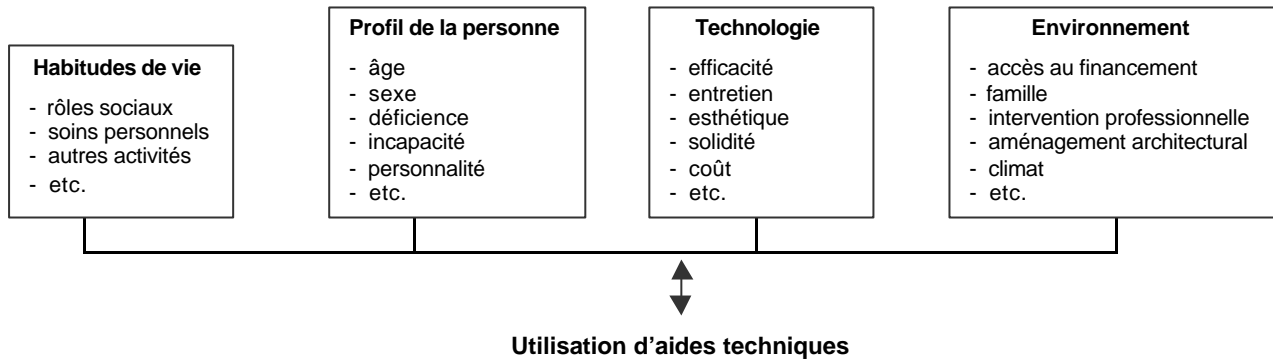
d'influence que sont les habitudes de vie et les facteurs personnels, techniques et environnementaux. Parmi les habitudes de vie, on trouve, par exemple, les rôles sociaux relatifs à la vie professionnelle, domestique ou communautaire, ainsi que les soins personnels (s'habiller, se soigner, manger et faire sa toilette). On peut mentionner, parmi les facteurs personnels, l'âge, les aptitudes, la nature de la déficience (ex. : auditive, visuelle, du langage, locomotrice, manuelle), la motivation, l'expérience antérieure avec une aide technique, les valeurs, etc. L'efficacité, la facilité d'utilisation, l'entretien et l'esthétique sont des exemples de facteurs techniques pouvant avoir une influence sur l'utilisation ou non d'une aide. Les facteurs environnementaux pouvant influencer l'utilisation d'une aide technique sont nombreux; pensons aux aménagements architecturaux, au climat, à la famille, au système socioéconomique, à l'accessibilité des aides techniques et au personnel clinique qui assure l'entraînement. Chacun de ces facteurs peut favoriser ou non l'utilisation d'une aide technique.

Les aides techniques dont il est question dans ce chapitre sont les aides à l'audition, à la vision, à la communication¹, à la mobilité, à l'agilité, ainsi que les aides aux soins personnels et aux traitements médicaux. Les services spécialisés considérés ici sont des services tels ceux d'un interprète oral ou en langage gestuel et le service de relais d'appels téléphoniques. Les aides techniques utilisées pour le transport, le travail, les études et les adaptations de l'habitation, bien que traitées dans certains des chapitres portant sur ces sujets, sont aussi prises en compte dans la présentation qui est faite ici de l'utilisation de l'ensemble des aides techniques.

¹ Les aides à la communication désignent dans ce chapitre les aides qui sont utilisées par les personnes ayant une incapacité liée à la parole.

Figure 6.1

Utilisation d'aides techniques et de services spécialisés, et facteurs d'influence : modèle conceptuel



Ce chapitre vise trois objectifs. Le premier est d'exposer le taux global d'utilisation des aides techniques selon l'âge, le sexe, la gravité de l'incapacité, l'indice de désavantage et le niveau de revenu du ménage. Le chapitre rend compte également du nombre d'aides techniques utilisées par personne. Le second objectif vise à rendre compte des taux d'utilisation des aides spécifiques à l'audition, à la vision, à la communication, à la mobilité, à l'agilité, aux soins personnels et aux traitements médicaux à domicile selon l'âge, le sexe et l'indice de désavantage chez les adultes. Les taux d'utilisation d'aides spécifiques chez les enfants sont aussi présentés. Enfin, le troisième objectif est de décrire les besoins en aides techniques ou en services spécialisés qui ne sont pas comblés, selon l'âge, le sexe, la gravité de l'incapacité, l'indice de désavantage et le niveau de revenu du ménage. Quelques comparaisons entre les taux d'utilisation d'aides techniques en 1986, 1991 et 1998 sont également présentées.

La section sur les aspects méthodologiques présente les indicateurs portant sur les aides techniques, tout en expliquant leur portée et leurs limites de même que leur comparabilité avec les indicateurs de l'ESLA de 1986 et de 1991. La section des résultats fait état des taux globaux d'utilisation d'aides techniques, des taux d'utilisation d'aides spécifiques et des besoins non comblés. Enfin, la conclusion présente une synthèse

des principaux résultats, suggère quelques pistes de recherche et offre certains éléments de réflexion pour la planification et l'intervention.

6.1 Aspects méthodologiques

Les renseignements relatifs à l'utilisation des aides techniques ont été obtenus au moyen du questionnaire de suivi des adultes et des enfants.

Des indicateurs ont été construits pour éclairer les différents aspects de l'utilisation des aides techniques, soit le taux global d'utilisation des aides techniques, le nombre d'aides techniques utilisées par personne, des taux d'utilisation d'aides techniques spécifiques pour le groupe de 15 ans et plus (au nombre de sept), des taux d'utilisation d'aides techniques spécifiques pour les enfants de 14 ans et moins (au nombre de six) et, en dernier lieu, un indicateur des besoins non comblés en aides techniques chez les personnes de 15 ans et plus.

Le taux global d'utilisation des aides techniques indique le pourcentage de personnes qui utilisent *au moins une* aide technique ou des services spécialisés dans leur vie courante, ou des aides, services ou aménagements à l'école, au travail ou dans l'habitation ou encore, des aménagements dans le véhicule (QA-88, 92, 96, 101, 106, 111, 114, 164a, b, c, d, 165a, b, 184a, b, 185a, c, d, e, 216, 218, 244, 249 et QE-1, 2).

Le nombre d'aides techniques utilisées par personne est établi à partir des mêmes questions (à l'exception de QA-165a, b et 184a, b). Ce nombre donne une indication générale de l'ampleur de l'utilisation, mais ne doit pas être interprété comme un indicateur précis, car certains énoncés qui le composent ne le sont pas (ex. : QA-111c peut comprendre plusieurs aides). De façon générale, la construction de l'indice indique un nombre minimum d'aides utilisées et évite de comptabiliser deux fois une même aide, à moins qu'elle ne soit utilisée dans des milieux différents (ex. : une rampe d'accès au domicile et à l'école).

Les sept indicateurs d'utilisation d'aides techniques spécifiques chez les 15 ans et plus portent sur l'audition (QA-88), la vision (QA-92), la communication (QA-96), la mobilité (QA-100 et 101), l'agilité (QA-105 et 106), les soins personnels (QA-111) et le matériel spécialisé pour traitements médicaux (QA-114). Chez les enfants, les indicateurs d'utilisation d'aides techniques spécifiques portent sur les aides auditives (QE-1f), les aides visuelles (QE-1g), les aides à la communication (QE-1h), les aides à la mobilité (QE-1a, b, c, d), les prothèses aux membres inférieurs ou supérieurs (QE-1e), auxquelles s'ajoute une catégorie « autres » (QE-2).

Chez les enfants, les taux d'utilisation des aides spécifiques sont présentés en proportion de l'ensemble des enfants ayant une incapacité. Chez les 15 ans et plus, seuls les répondants déclarant avoir une incapacité liée à la mobilité ou déclarant être limités dans leurs activités en raison d'un problème de santé physique d'une durée de plus de six mois (QS-A15a, b, c, d) sont interrogés sur leur utilisation des aides à la mobilité. En conséquence, le taux d'utilisation pour les aides à la mobilité est établi pour ces personnes. Il en est de même du taux d'utilisation des aides à l'agilité qui est établi pour les personnes ayant une incapacité liée à l'agilité ou qui sont limitées dans leurs activités en raison d'un problème de santé physique d'une durée de plus de six mois. Par ailleurs, le taux d'utilisation des aides à l'audition chez les 15 ans et plus est établi en

proportion des personnes ayant une incapacité liée à l'audition et les taux d'utilisation des aides à la vision et à la communication le sont respectivement en proportion des personnes ayant des incapacités liées à la vision et à la communication.

Pour construire l'indicateur de besoins en aides techniques et services spécialisés non comblés, les réponses positives aux questions portant sur les besoins d'aides suivantes ont été considérées : les aides techniques et les services spécialisés (QA-89, 93, 97, 102, 107), les aides techniques aux soins personnels (QA-112), l'aménagement de l'habitation (QA-245 et 250) et les aides techniques à l'école et au travail (QA-164, 165, 184, 185). Cet indicateur concerne uniquement la population de 15 ans et plus.

Enfin, les raisons invoquées pour expliquer pourquoi les besoins ne sont pas comblés regroupent les réponses données aux questions portant sur les aides techniques et les services spécialisés (QA-91, 95, 99, 104, 109) et les aides aux soins personnels (QA-113). Cet indicateur touche les 15 ans et plus.

La justesse de l'ensemble de ces indicateurs nous apparaît meilleure chez les adultes que chez les enfants. Par exemple, chez les enfants, la question QE-1e qui mesure l'utilisation « d'une jambe, d'un pied, d'une main ou d'un bras artificiels » est trop limitée pour couvrir de façon adéquate la notion d'agilité. Chez les adultes, l'énumération des aides est plus détaillée puisqu'elle inclut également des supports pour le bras (orthèses). Bien qu'il existe une catégorie « autre » dans le questionnaire aux enfants (QE-2), il aurait été souhaitable que la question elle-même renvoie plus clairement à la notion d'agilité ou de soins personnels et intègre d'autres exemples d'aides techniques.

Sur le plan théorique, la notion d'agilité va au-delà de la catégorisation proposée dans l'enquête. D'autres aides techniques chevauchent cette catégorie, par exemple celles qui facilitent la préhension comme les pinces à long manche, les aides à la posture, les objets ou les

manches spécialement adaptés, les interrupteurs activables par une autre partie du corps que les mains permettant le contrôle de l'environnement tels le lit électrique, l'ordinateur, le téléviseur, l'ouverture de la porte ou le téléphone. Également, une aide technique peut servir à plusieurs fins. Par exemple, est-ce qu'une pince à long manche doit nécessairement être classée comme une aide à l'agilité? Ne sert-elle pas aussi aux soins personnels (habillage, prise d'objets)? Cette ambiguïté fait que, parfois, certaines aides peuvent être mal classées par le répondant ou encore peuvent se trouver dans deux catégories, ce qui enlève une part de justesse aux taux spécifiques d'utilisation. Enfin, mentionnons que la notion de la communication écrite (ex. : utilisation des aides compensatoires permettant l'accès à l'ordinateur) n'est pas explicite dans les questions de l'enquête. Dans certains cas, cette notion de communication écrite peut se confondre avec la notion d'agilité. Par exemple, des adultes présentant une déficience motrice aux membres supérieurs, qui utilisent l'ordinateur grâce à des aides compensatoires (remplaçant parfois le clavier ou la souris), peuvent avoir omis de répondre à la question portant sur les aides à l'agilité « autres » (QA-106c), tout simplement parce qu'ils n'associent pas l'utilisation de l'ordinateur à l'agilité mais davantage à la communication écrite. Également, mentionnons que pour les personnes présentant une basse vision ou une déficience visuelle qui se servent des aides compensatoires pour l'utilisation de l'ordinateur, aucune question de l'enquête ne permet de retracer l'utilisation de ces aides.

Par ailleurs, on sait que les familles avec des enfants présentant d'importantes déficiences motrices et sensorielles, susceptibles de recourir à plusieurs types d'aides techniques, quittent souvent leur région pour s'établir près des centres de réadaptation suprarégionaux, afin d'avoir accès à certains services qu'elles ne peuvent obtenir sur place. Il est donc probable que l'utilisation d'aides techniques chez les enfants ne soit pas également répartie dans toutes les régions du Québec. L'estimation des taux d'utilisation

pour l'ensemble du Québec ne devrait pas cependant être biaisée. Toutefois, cela pourrait conduire à des estimations peu précises de l'utilisation des aides techniques chez les enfants pour l'ensemble du Québec.

Les taux de non-réponse partielle sont satisfaisants. Le fait qu'un parent ou un proche a répondu aux questions au nom de l'enfant nous porte à croire qu'il y a justesse dans la réponse, car celui-ci connaît bien les habitudes et les besoins de l'enfant. Pour ce qui est des données relatives aux enfants, aucune comparaison n'est faite entre l'EQLA 1998 et l'ESLA de 1986, en raison des différences dans les populations ciblées.

L'indicateur utilisé pour estimer le taux global d'utilisation d'aides techniques en 1991 diffère de celui de 1998 par deux aspects. Premièrement, l'enquête canadienne de 1991 ne contenait pas de question sur l'utilisation d'aides aux soins personnels pour les 15 ans et plus. On considère que le taux d'utilisation pour ce groupe d'âge est sous-estimé (de moins de 1 %) en 1991 pour cette raison. Deuxièmement, en 1998, la question portant sur les aides pour traitements médicaux est beaucoup plus précise qu'en 1991. Ainsi en 1998, la question spécifie qu'il s'agit d'« aides techniques ou de matériel pour réaliser soi-même des traitements médicaux (concentrateur d'oxygène, appareil respiratoire, neurostimulateur TENS, etc.) ». En 1991, la question était beaucoup plus large et pouvait de ce fait inclure non seulement ces aides mais aussi d'autres aides techniques : « Utilisez-vous d'autres aides techniques ou du matériel spécialisé comme un respirateur, un vaporisateur, des dispositifs TENS, etc.? » Ces différences sont prises en compte dans l'interprétation des taux globaux d'utilisation d'aides techniques de 1991 et 1998.

Enfin, l'utilisation d'aides techniques dans cette enquête est examinée au sein de la population ayant une incapacité et vivant dans les ménages privés seulement, ce qui exclut l'utilisation faite par d'autres groupes de la population dont les personnes vivant dans les ménages collectifs non institutionnels ou institutionnels (dont les institutions de santé et les résidences pour personnes âgées)². De plus, il faut se rappeler que les critères de sélection de l'enquête sont basés sur l'évaluation de la capacité du répondant à exercer différentes fonctions en tenant compte de son utilisation d'aides techniques. Par exemple, le répondant qui déclare bien entendre grâce à l'utilisation d'une aide à l'audition n'est pas considéré comme ayant une incapacité dans cette enquête. Les taux d'utilisation d'aides techniques présentés ici excluent donc l'utilisation faite par ces personnes.

6.2 Résultats

6.2.1 Taux global d'utilisation d'aides techniques et de services spécialisés

Dans l'ensemble de la population québécoise vivant en ménage privé en 1998, le taux global d'utilisation d'aides techniques en raison d'une incapacité est de 4,4 %, ce qui touche environ 314 200 personnes. Il est de 1,4 % chez les enfants et de 5 % chez les 15 ans et plus (tableau 6.1). Quel que soit le groupe d'âge, le taux d'utilisation d'aides techniques dans l'ensemble de la population est demeuré stable entre 1991 et 1998.

² Pour plus de détails sur la population visée par l'enquête, voir le chapitre 1.

Lorsqu'on examine ce taux cette fois au sein des personnes ayant une incapacité, on constate que 29 % d'entre elles utilisent au moins une aide technique en 1998. Le taux d'utilisation d'aides techniques a chuté, de 42 % qu'il était en 1991 à 29 % en 1998. Au cours de cette période, le taux d'utilisation a diminué de 24 % à 16 % pour les 14 ans et moins, de 37 % à 23 % pour les 15 à 64 ans et de 53 % à 44 % pour les 65 ans et plus. La baisse importante du taux d'utilisation d'aides techniques entre 1991 et 1998 s'observe tant chez les personnes de 15 ans et plus qui présentent une incapacité légère (de 31 % à 19 %) que chez celles qui ont une incapacité grave (de 81 % à 65 %) (tableau 6.2). Bien que la construction de l'indice d'utilisation globale d'aides techniques présente quelques différences entre 1991 et 1998, ces différences n'expliquent qu'une partie de la diminution du taux observée au cours de cette période, comme le montre la diminution de l'utilisation de plusieurs des aides techniques composant cet indice (tableau C.6.1).

L'enquête de 1998 démontre que le taux d'utilisation croît avec l'âge et la gravité de l'incapacité. Ainsi, l'utilisation d'aides techniques en 1998 est beaucoup plus importante dans la population avec incapacité de 65 ans et plus (44 %) que dans celle de 15-64 ans (23 %) ou chez les jeunes de 0 à 14 ans (16 %). Chez les 15 ans et plus, comme l'indique le tableau 6.2, plus l'incapacité est grave, plus le taux d'utilisation est élevé, soit 19 % (incapacité légère), 39 % (incapacité modérée) et 65 % (incapacité grave).

Tableau 6.1

Taux global d'utilisation d'aides techniques selon l'âge, population totale¹ et population avec incapacité, Québec, 1991 et 1998

	1991			1998		
	Population totale	Population avec incapacité		Population totale	Population avec incapacité	
	%	%	Pe '000	%	%	Pe '000
0-14 ans	1,4	24,2	18,4	1,4	15,8	18,5
15 ans et plus	5,4	43,5	286,6	5,1	30,5	295,7
15-64 ans	3,2	37,4	147,2	2,9	23,0	145,2
65 ans et plus	20,3	52,6	139,5	18,4	44,3	150,5
Total	4,5	41,5	305,1	4,4	28,9	314,2

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.
 Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau 6.2

Taux global d'utilisation d'aides techniques selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1991 et 1998

	1991		1998	
	%	Pe '000	%	Pe '000
Légère	30,9	98,5	19,0	112,0
Modérée	43,3	100,0	39,1	96,5
Grave	81,0	81,1	65,3	87,2
Total	43,5	286,6	30,5	295,7

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.
 Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

La relation entre l'utilisation d'aides techniques et l'indice de désavantage est assez marquée chez les 15 ans et plus (tableau 6.3). En effet, plus des trois quarts (76 %) des personnes qui sont considérées comme fortement dépendantes selon l'indice de désavantage utilisent une aide technique. Les proportions sont également assez élevées chez les personnes considérées comme modérément (48 %) et légèrement dépendantes (29 %). Enfin, les taux sont plutôt voisins dans les deux catégories inférieures de l'indice de désavantage (21 % et 24 % respectivement).

Tableau 6.3

Taux global d'utilisation d'aides techniques selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	%
Dépendance forte	76,0
Dépendance modérée	48,4
Dépendance légère	29,1
Limitations des activités sans dépendance	20,7
Sans désavantage	23,5
Total	28,9

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

L'enquête ne révèle pas de relation entre le taux d'utilisation d'aides techniques et le sexe ou le niveau de revenu du ménage chez les personnes ayant une incapacité.

6.2.2 Nombre d'aides techniques utilisées

Dans l'enquête de 1998, près de la moitié des personnes utilisant une aide technique en utilisent une seule (47 %), 34 % en utilisent deux à trois et 19 %, quatre et plus (tableau 6.4). Le nombre d'aides techniques utilisées par personne augmente avec l'âge. Soixante-huit pour cent (68 %) des enfants ayant une incapacité et utilisant une aide technique en utilisent une seule contre 55 % des personnes de 15 à 64 ans et 38 % des personnes de 65 ans et plus. L'utilisation de quatre aides et plus est principalement le fait des adultes de 15 à 64 ans (17 %) et des personnes âgées de 65 ans et plus (23 %).

Tableau 6.4

Nombre d'aides techniques utilisées selon l'âge, population avec incapacité et utilisant au moins une aide technique, Québec, 1998

	Une	Deux ou trois	Quatre et plus
	%		
0-14 ans	67,5	30,7 **	1,8 **
15-64 ans	54,7	28,2	17,2
65 ans et plus	37,8	39,1	23,1 *
Total	47,3	33,6	19,1

* 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*.

Dans la population de 15 ans et plus, le nombre d'aides techniques utilisées par personne varie selon la gravité de l'incapacité, l'indice de désavantage lié à l'incapacité et le niveau de revenu du ménage (tableau 6.5). Celle-ci utilise davantage d'aides techniques lorsque l'incapacité est plus grave. À titre d'exemple, 64 % des adultes ayant une incapacité légère utilisent une seule aide technique contre 27 % de ceux qui présentent une incapacité grave. De même, seulement 4,9 % des adultes ayant une incapacité légère utilisent quatre aides et plus, alors que c'est le cas de 21 % des adultes ayant une incapacité modérée et de 39 % des adultes ayant une incapacité grave.

Tableau 6.5

Nombre d'aides techniques utilisées selon la gravité de l'incapacité, l'indice de désavantage lié à l'incapacité et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec incapacité et utilisant au moins une aide technique, Québec, 1998

	Une	Deux ou trois	Quatre et plus
	%		
Gravité de l'incapacité			
Légère	63,7	31,4	4,9 **
Modérée	42,9	36,5	20,6
Grave	27,0	33,7	39,2
Indice de désavantage			
Dépendance forte	23,3 *	28,4	48,3
Dépendance modérée	33,8	39,3	27,0
Dépendance légère	49,4	32,6	18,0
Limitations des activités sans dépendance	56,5	33,2	10,4 **
Sans désavantage	63,9	31,4	4,8 **
Niveau de revenu du ménage			
Très pauvre ou pauvre	43,3	34,7	22,0
Moyen inférieur	37,8	40,0	22,3
Moyen supérieur ou supérieur	58,5	25,6	16,0 *
Total	47,3	33,6	19,1

* 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 proportion d'adultes qui utilisent quatre aides et plus s'accroît fortement avec le niveau de l'indice de désavantage. Allant de 4,8 % chez les personnes sans désavantage à 10 % chez celles qui sont limitées dans leurs activités, elle est de 18 % chez les personnes légèrement dépendantes, de 27 % chez les personnes modérément dépendantes et atteint 48 % chez celles qui sont fortement dépendantes. Inversement, la proportion de personnes qui n'utilisent qu'une seule aide technique diminue avec le niveau de l'indice, passant de 64 % chez les personnes sans désavantage à 23 % chez celles qui sont fortement dépendantes.

Le nombre d'aides techniques utilisées est aussi associé au niveau de revenu du ménage chez les adultes (tableau 6.5). Pour les personnes qui utilisent quatre aides et plus, le niveau de revenu ne semble pas en cause, la proportion variant de 22 % (ménages très pauvres, pauvres ou de revenu moyen inférieur) à 16 % (moyen supérieur ou supérieur). Par contre, la proportion de personnes qui utilisent une seule aide est plus élevée dans chez les personnes des ménages ayant un revenu moyen supérieur ou supérieur (58 %) que chez celles des ménages de revenu moyen inférieur (38 %).

Chez les enfants, le nombre d'aides techniques utilisées est aussi fortement lié à la gravité de l'incapacité. Chez les enfants utilisant des aides techniques, 92 % de ceux qui ont une incapacité légère utilisent une seule aide technique, alors que ceux qui ont une incapacité modérée ou grave, utilisent deux aides ou plus dans une proportion de 84 % (tableau 6.6).

Tableau 6.6

Nombre d'aides techniques utilisées selon la gravité de l'incapacité, population de 0 à 14 ans avec incapacité et utilisant au moins une aide technique, Québec, 1998

	Une	Deux et plus
	%	
Légère	91,5	8,6 **
Modérée ou grave	15,9 **	84,1
Total	67,5	32,5

** 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.

6.2.3 Utilisation d'aides spécifiques chez les adultes

L'utilisation d'aides techniques spécifiques est d'abord examinée dans la population de 15 ans et plus pour les aides à l'audition, à la vision, à la communication, à la mobilité, à l'agilité, aux soins personnels et pour le matériel spécialisé utilisé pour les traitements médicaux à domicile. Rappelons que les services spécialisés sont inclus dans chacune des catégories d'aides, le cas échéant (ex. : les services d'interprète en langage gestuel sont inclus dans les aides à l'audition).

Aides à l'audition

On estime qu'environ 86 600 personnes présentant une incapacité liée à l'audition utilisent des aides à l'audition en 1998, soit 35 % des personnes ayant une incapacité liée à l'audition (tableau 6.7). Les aides techniques les plus souvent mentionnées par les utilisateurs d'aides techniques à l'audition sont les appareils auditifs (65 %, aide à une oreille, 32 %, aux deux oreilles) et les

téléphones à volume réglable (46 %). Les autres aides sont utilisées chacune par 15 %³ ou moins des utilisateurs et les estimations les concernant sont imprécises (données non présentées).

Tableau 6.7

Utilisation d'aides techniques à l'audition selon l'âge, population de 15 ans et plus ayant une incapacité liée à l'audition, Québec, 1986, 1991 et 1998

	1986	1991	1998
	%		
15-64 ans	17,4 †	36,6 †	25,2
65 ans et plus	33,0 †	49,3 †	46,8
Total	24,9	43,1	35,1
Pe '000	40,6	64,1	86,6

† Coefficient de variation non disponible.

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

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

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

Le pourcentage de personnes qui utilisent une aide technique à l'audition, parmi les personnes ayant une incapacité liée à l'audition, a augmenté de façon significative entre 1986 et 1998, passant de 25 % à 35 % (tableau 6.7). Notons que la fluctuation du taux entre 1991 et 1998 n'est pas significative. Contrairement au taux, le nombre estimé de personnes utilisant ces aides a progressé de façon constante entre 1986 et 1998.

L'utilisation d'aides à l'audition est liée à l'âge chez les adultes. En 1998, 47 % des personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité liée à l'audition utilisent une aide à l'audition contre 25 % chez les 15 à 64 ans. L'augmentation du taux d'utilisation entre 1986 et 1998 est significative tant chez les personnes de 15 à 64 ans (de 17 % à 25 %) que chez celles de 65 ans et plus (de 33 % à 47 %).

³ Cette proportion a un coefficient de variation entre 15 % et 25 % et doit être interprétée avec prudence.

Aides à la vision

Les aides à la vision sont utilisées par environ 86 900 personnes en 1998, soit 81 % des personnes présentant une incapacité liée à la vision (tableau 6.8). Les aides utilisées par le plus grand nombre d'utilisateurs sont les lunettes ou les verres de contact (91 %), les loupes ou autres appareils grossissants (39 %) et le matériel de lecture en gros caractères (24 %). Les autres types d'aides à la vision sont rapportés par 10 %⁴ ou moins des utilisateurs et leurs estimations sont imprécises (données non présentées).

Chez les personnes de 15 ans et plus, le taux d'utilisation des aides à la vision est demeuré stable : 84 % en 1986, 83 % en 1991 et 81 % en 1998 (tableau 6.8).

Tableau 6.8

Utilisation d'aides techniques à la vision, population de 15 ans et plus ayant une incapacité liée à la vision, Québec, 1986, 1991 et 1998

	%	Pe '000
1986	83,9 †	82,2
1991	82,8 †	81,5
1998	81,3	86,9

† Coefficient de variation non disponible.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986*.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Aides à la communication

En 1998, 13 % des personnes ayant une incapacité liée à la communication utilisent des aides à la communication, soit environ 6 900 personnes (tableau 6.9). Les données sur l'utilisation des différents types d'aides à la communication sont trop imprécises pour être présentées.

⁴ Cette proportion a un coefficient de variation supérieur à 25 % et est fournie à titre indicatif seulement.

Le taux d'utilisation d'aides à la communication est resté stable (12 % et 13 %) entre 1991 et 1998, chez les 15 ans et plus.

Tableau 6.9

Utilisation d'aides techniques à la communication, population de 15 ans et plus ayant une incapacité liée à la communication, Québec, 1991 et 1998

	%	Pe '000
1991	11,7 †	5,8
1998	13,3 **	6,9

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

† Coefficient de variation non disponible.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Aides à la mobilité

En 1998, on estime qu'environ 79 100 personnes utilisent des aides à la mobilité, soit 12 % des personnes présentant une incapacité liée à la mobilité ou qui se considèrent limitées dans leurs activités à cause d'un problème de santé physique (tableau 6.10). Les aides à la mobilité utilisées par les plus grandes proportions d'utilisateurs sont les cannes (68 %), les fauteuils roulants manuels (30 %), les marchettes⁵ (24 %), les appareils orthopédiques pour le dos ou les jambes (17 %) et les béquilles (15 %). D'autres aides utilisées sont également présentées dans le tableau complémentaire C.6.2.

L'utilisation d'aides à la mobilité chez les 15 ans et plus a fluctué entre 1986 (14 %), 1991 (17 %) et 1998 (12 %), les diminutions de proportions entre 1986 et 1998 et entre 1991 et 1998 étant significatives (tableau 6.10).

⁵ Les termes « ambulateur » ou « cadre de marche » remplacent aujourd'hui cette appellation.

Tableau 6.10

Utilisation d'aides techniques à la mobilité, population de 15 ans et plus ayant une incapacité liée à la mobilité ou limitée dans ses activités à cause d'un problème de santé physique, Québec, 1986, 1991 et 1998

	%	Pe '000
1986	14,1 †	69,0
1991	16,8 †	91,9
1998	11,8	79,1

† Coefficient de variation non disponible.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986*.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

L'utilisation d'aides à la mobilité est associée à l'âge, à la gravité de l'incapacité et à l'indice de désavantage lié à l'incapacité (tableau 6.11). Le groupe des 65 ans et plus ayant une incapacité liée à la mobilité utilise les aides à la mobilité dans une proportion plus grande (18 %) que le groupe des 55-64 ans (8 %), celui des 35-54 ans (10 %) et celui des 15-34 ans (5 %). Quant au lien avec la gravité de l'incapacité⁶, le taux d'utilisation d'aides à la mobilité passe d'environ 4 % à 11 % pour l'incapacité légère à modérée et fait un saut à 32 % chez les personnes ayant une incapacité grave. Il y a aussi un lien progressif entre l'utilisation d'aides à la mobilité et l'indice de désavantage pour les trois catégories supérieures de l'indice : dépendance légère (8 %), dépendance modérée (23 %) et dépendance forte (46 %). L'utilisation d'aides techniques à la mobilité est faible dans les deux catégories inférieures de l'indice de désavantage. Rappelons que les personnes fortement dépendantes selon cet indice sont celles qui comptent sur un aidant pour leurs soins personnels ou leurs déplacements dans la maison. Les personnes modérément dépendantes sont celles qui doivent se tourner vers un aidant pour les sorties,

⁶ Rappelons que l'indice de gravité de l'incapacité n'est pas un indice spécifique à chacun des types d'incapacité (ex. : ici à la mobilité), mais un indice général qui tient compte à la fois de l'étendue et de l'intensité de l'ensemble des incapacités d'une personne.

l'exécution des tâches ménagères quotidiennes ou la préparation des repas.

Tableau 6.11

Utilisation d'aides techniques à la mobilité selon l'âge, la gravité de l'incapacité et l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité liée à la mobilité ou limitée dans ses activités en raison d'un problème de santé physique, Québec, 1998

	%
Âge	
15-34 ans	5,1 **
35-54 ans	9,8
55-64 ans	8,4 *
65 ans et plus	17,5
Gravité de l'incapacité	
Légère	4,2 *
Modérée	11,2
Grave	31,8
Indice de désavantage	
Dépendance forte	45,9
Dépendance modérée	23,3
Dépendance légère	8,4 *
Limitations des activités sans dépendance	3,8 *
Sans désavantage	2,9 **
Total	11,8

* 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*.

Aides à l'agilité

En 1998, on estime qu'environ 11 400 personnes utilisent des aides à l'agilité, soit 1,8 % des personnes présentant une incapacité liée à l'agilité ou qui sont limitées dans leurs activités à cause d'un problème de santé physique (tableau 6.12). Mentionnons, à titre informatif, que le support pour le bras est utilisé par environ 63 %⁷ des utilisateurs d'aides à l'agilité (données non présentées). Les données sur les autres types d'aides à l'agilité sont trop imprécises pour présenter un intérêt.

⁷ Cette proportion a un coefficient de variation entre 15 % et 25 % et doit être interprétée avec prudence.

Le taux d'utilisation d'aides à l'agilité chez les 15 ans et plus a légèrement fluctué entre 1986 (0,5 %), 1991 (2,2 %) et 1998 (1,8 %). L'augmentation entre 1986 et 1998 est significative, mais la variation entre 1991 et 1998 ne l'est pas (tableau 6.12).

Tableau 6.12

Utilisation d'aides techniques à l'agilité, population de 15 ans et plus ayant une incapacité liée à l'agilité ou limitée dans ses activités à cause d'un problème de santé physique, Québec, 1986, 1991 et 1998

	%	Pe '000
1986	0,5 †	2,3
1991	2,2 †	11,8
1998	1,8 *	11,4

† Coefficient de variation non disponible.

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

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

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

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

Il y a une relation significative entre l'utilisation d'aides à l'agilité et le sexe, les femmes étant proportionnellement plus nombreuses que les hommes à utiliser ces aides, soit 2,6 %⁸ contre 0,7 %⁹ (données non présentées).

Aides aux soins personnels

L'enquête permet d'estimer qu'environ 40 000 personnes utilisent des aides aux soins personnels en 1998, soit 4,1 % des personnes présentant une incapacité (tableau 6.13). Les aides techniques les plus souvent mentionnées par les utilisateurs sont les aides pour se laver, faire sa toilette ou s'habiller (90 %), incluant plus particulièrement les aides pour se laver (84 %). Les autres types d'aides mentionnés sont les aides pour utiliser les toilettes et les aides à l'élimination (couches, cathéter pour urine, etc.) (43 %) de même que les aides pour préparer et prendre les repas

⁸ Cette proportion a un coefficient de variation entre 15 % et 25 % et doit être interprétée avec prudence.

⁹ Cette proportion a un coefficient de variation supérieur à 25 % et est fournie à titre indicatif seulement.

(14 %⁹) (données non présentées). Le taux d'utilisation d'aides aux soins personnels n'a pas d'équivalent dans les enquêtes antérieures de 1986 et 1991.

Tableau 6.13

Utilisation d'aides techniques aux soins personnels selon l'âge, la gravité de l'incapacité et l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	%
Âge	
15-64 ans	1,7 *
65 ans et plus	8,7
Gravité de l'incapacité	
Légère	1,3 **
Modérée	3,2 **
Grave	18,0
Indice de désavantage	
Dépendance forte	32,1 *
Dépendance modérée	7,8 *
Dépendance légère	3,1 **
Limitations des activités sans dépendance	1,1 **
Sans désavantage	0,6 **
Total	4,1
Pe '000	40,0

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

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

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

L'utilisation d'aides aux soins personnels est liée à l'âge, à la gravité de l'incapacité et à l'indice de désavantage lié à l'incapacité (tableau 6.13). Bien que le taux d'utilisation de ces aides soit très peu élevé, on constate que près d'une personne sur dix utilise ces aides chez les personnes de 65 ans et plus (9 %). Le taux d'utilisation est d'environ 1,7 % chez les adultes de 15-64 ans. L'utilisation d'aides aux soins personnels augmente avec la gravité de l'incapacité. Le bond important chez les personnes ayant une incapacité grave (18 %) comparativement aux personnes ayant une incapacité légère ou modérée (1,3 % et 3,2 % respectivement) est particulièrement frappant. Enfin, l'utilisation d'aides aux soins personnels est liée à l'indice de désavantage. Malgré l'imprécision des données, la population fortement dépendante se

démarque avec un taux d'utilisation de 32 %, taux nettement plus élevé que ceux de la population modérément dépendante (8 %), de la population légèrement dépendante, de la population limitée dans ses activités ou celle non désavantagée, ces trois derniers groupes présentant un taux d'utilisation d'aides aux soins personnels assez faible, inférieur à 3 %. Rappelons que les personnes fortement dépendantes selon l'indice de désavantage sont celles qui dépendent des autres pour leurs soins personnels ou leurs déplacements dans la maison.

Aides pour traitements médicaux à domicile

En 1998, plus de 20 000 personnes utilisent du matériel spécialisé pour réaliser des traitements médicaux à domicile (par exemple les concentrateurs d'oxygène, les appareils respiratoires, les neurostimulateurs TENS), soit 2,1 % des personnes présentant une incapacité (tableau 6.14). À titre indicatif, mentionnons que le taux d'utilisation du matériel spécialisé pour les traitements médicaux à domicile se situait à 9 % en 1991 (données non présentées). Rappelons toutefois qu'en 1991, la question était plus large qu'en 1998 et que, vraisemblablement, le taux de 1991 incluait non seulement les aides pour traitements médicaux mais également d'autres types d'aides techniques, tandis que le taux de 1998 n'inclut que les premières.

Selon l'enquête de 1998, l'âge n'est pas lié à l'utilisation de ce matériel médical. Toutefois, une relation entre l'utilisation du matériel spécialisé pour les traitements médicaux à domicile et la gravité de l'incapacité est observée (tableau 6.14). Malgré l'imprécision des données, on constate que l'utilisation de ces aides croît lorsque l'incapacité déclarée passe de légère (1,3 %) à modérée (2,7 %) puis à grave (4,5 %).

Tableau 6.14

Utilisation de matériel spécialisé pour les traitements médicaux à domicile selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	%
Légère	1,3 **
Modérée	2,7 **
Grave	4,5 **
Total	2,1 *
Pe '000	20,2

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

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

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

6.2.4 Utilisation d'aides spécifiques chez les enfants

Signalons d'abord que cette section est beaucoup moins développée que la précédente, les catégories d'aides spécifiques mentionnées dans le questionnaire étant moins détaillées pour les enfants que pour les adultes. De plus, des comparaisons ne peuvent être faites avec les données de l'ESLA de 1991 pour la plupart des catégories d'aides (aides à la vision, à la communication, à la mobilité et autres aides), ces données n'étant pas disponibles pour le Québec. Finalement, on remarque que les taux d'utilisation d'aides spécifiques chez les enfants en 1998 doivent être considérés avec réserve à cause de leur imprécision.

Le taux d'utilisation d'aides à l'audition chez les enfants avec incapacité est de 1,5 % (tableau 6.15). Ce taux n'a pas varié de manière significative entre 1991 et 1998 (2,3 %¹⁰ c. 1,5 %) (donnée non présentée). Dans l'enquête de 1998, la question pour les enfants porte sur « une aide auditive comme un système MF ou un appareil auditif ».

¹⁰ Cette proportion a un coefficient de variation entre 16,7 % et 33,3 % et doit être interprétée avec prudence.

Tableau 6.15

Utilisation d'aides techniques spécifiques, population de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998

	%
Aides à l'audition	1,5 **
Aides à la vision	0,3 **
Aides à la communication	—
Aides à la mobilité	14,4 *
Prothèses aux membres inférieurs ou supérieurs	—
Autres aides ou appareils spécialisés	2,4 **

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

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

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

Le taux d'utilisation d'aides à la vision est peu élevé chez les enfants en 1998, soit environ 0,3 % des enfants ayant une incapacité. Les aides à la vision considérées ici sont les « aides visuelles autres que des lunettes ou des verres de contact ». Le taux d'utilisation d'aides à la communication est, pour sa part, négligeable en 1998 chez les enfants ayant une incapacité, selon les données de l'EQLA. La question de l'enquête se rapporte à « une aide à la parole, comme un tableau d'images ou de symboles Bliss ou un appareil électronique de communication non vocale ».

Quant aux aides à la mobilité, le taux d'utilisation est de 14 %. On entend ici par aides à la mobilité les chaussures orthopédiques prescrites par un médecin, les appareils orthopédiques, les fauteuils roulants, les béquilles ou les autres aides à la marche. Le taux d'utilisation des prothèses aux membres inférieurs ou supérieurs (« une jambe, un pied, une main ou un bras artificiels ») est demeuré négligeable en 1998, comme il l'était en 1991 (données non présentées).

Notons qu'il n'y a pas de catégorie d'aides à l'agilité chez les enfants qui soit comparable à celle contenue dans le questionnaire pour la population de 15 ans et plus, et qu'aucune question ne porte sur les aides techniques pour les soins personnels ou les appareils

spécialisés pour les traitements médicaux dans le questionnaire des enfants. Cependant, une question donne l'occasion d'inscrire d'autres genres d'aides techniques ou d'appareils spécialisés; les résultats indiquent un taux d'utilisation de 2,4 % pour ceux-ci.

6.2.5 Besoins en aides techniques non comblés

Cette section porte sur les besoins en aides techniques non comblés chez les adultes ayant une incapacité. Elle s'intéresse aux personnes qui déclarent avoir besoin de certaines aides techniques, tant chez les personnes qui n'en utilisent pas que chez celles qui en utilisent mais déclarent avoir besoin d'autres aides techniques¹¹. Il est à noter qu'aucune question ne concerne cet aspect dans l'enquête auprès des enfants.

En 1998, 8 % des personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité déclarent avoir besoin d'une aide technique ou de services spécialisés qu'elles n'ont pas (tableau 6.16). De ce pourcentage, 4,9 % des personnes utilisent déjà une aide technique mais disent avoir des besoins supplémentaires, tandis que 3,1 % n'en utilisent pas mais déclarent en avoir besoin (données non présentées). Rappelons que les besoins examinés ici sont ceux relatifs aux aides techniques, aux services spécialisés, aux aménagements de l'habitation ainsi qu'aux aides techniques, services ou aménagements requis en milieu de travail ou en milieu scolaire.

¹¹ Le terme « besoin non comblé » est retenu ici pour éviter toute ambiguïté avec la notion de « besoin ». En effet, les besoins des personnes utilisant des aides techniques sont comblés lorsque ces dernières ne requièrent pas d'aides techniques additionnelles.

L'enquête ne révèle aucune relation significative entre les besoins en aides techniques non comblés et le sexe ou l'âge. Cependant, des liens peuvent être établis avec la gravité de l'incapacité, l'indice de désavantage lié à l'incapacité et le niveau de revenu du ménage. Le tableau 6.16 montre une forte relation entre le fait d'avoir besoin d'aides techniques et la gravité de l'incapacité. Près du quart (23 %) des personnes présentant une incapacité grave expriment des besoins à cet égard, comparativement à environ 3,5 % des personnes ayant une incapacité légère. La relation entre les besoins non comblés exprimés et l'indice de désavantage met en évidence les besoins des personnes fortement dépendantes. Ainsi, les besoins non comblés passent d'environ 7 % chez les personnes légèrement dépendantes à 13 % chez celles qui sont modérément dépendantes et à environ 27 % chez celles qui le sont fortement (tableau 6.16).

Tableau 6.16
Besoins en aides techniques non comblés selon la gravité de l'incapacité, l'indice de désavantage lié à l'incapacité et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	%
Gravité de l'incapacité	
Légère	3,5 *
Modérée	10,9
Grave	23,4
Indice de désavantage	
Dépendance forte	26,9 *
Dépendance modérée	12,9 *
Dépendance légère	6,9 *
Limitations des activités sans dépendance	6,7
Sans désavantage	3,3 **
Niveau de revenu du ménage	
Très pauvre ou pauvre	10,6
Moyen inférieur	8,6
Moyen supérieur ou supérieur	5,3 *
Total	8,1

* 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*.

Enfin, les personnes de ménages très pauvres ou pauvres expriment proportionnellement plus de besoins non comblés (11 %) que celles dont le revenu du ménage se situe dans les niveaux moyen supérieur ou supérieur (5 %). Notons, qu'en raison de leur importance numérique dans la population, les personnes de ménages très pauvres ou pauvres représentent 40 % des personnes avec incapacité ayant des besoins d'aides techniques non comblés, les personnes de revenu moyen inférieur, 37 %, et celles des niveaux de revenu moyen supérieur ou supérieur, 23 % (données non présentées).

Tableau 6.17
Besoins non comblés pour certaines aides techniques spécifiques, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	%
Aides à l'audition ¹	6,2 *
Aides à la vision ²	3,8 **
Aides à la communication ³	9,0 **
Aides à la mobilité ⁴	2,8 *
Aides à l'agilité ⁵	0,3 **
Aides aux soins personnels ⁶	1,6 *

1. Personnes ayant une incapacité liée à l'audition.

2. Personnes ayant une incapacité liée à la vision.

3. Personnes ayant une incapacité liée à la communication.

4. Personnes ayant une incapacité liée à la mobilité ou limitées dans leurs activités à cause d'un problème de santé physique.

5. Personnes ayant une incapacité liée à l'agilité ou limitées dans leurs activités à cause d'un problème de santé physique.

6. Personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité.

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

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

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

Le tableau 6.17 présente certains types d'aides spécifiques pour lesquels des besoins non comblés sont exprimés. Environ 6 % des personnes ayant une incapacité liée à l'audition déclarent avoir besoin d'aides à l'audition qu'elles n'ont pas. On remarque également les besoins à l'égard des aides à la mobilité (2,8 %) et des aides aux soins personnels (1,6 %). Les estimations figurant dans ce tableau sont cependant assez imprécises.

Les raisons les plus souvent invoquées pour expliquer pourquoi les besoins en aides techniques ne sont pas comblés sont présentées au tableau 6.18. Les principales sont le coût trop élevé (64 %), l'utilisation intermittente (39 %) et le fait que les aides n'ont jamais été prescrites (38 %).

Tableau 6.18

Raisons expliquant les besoins non comblés pour certaines aides techniques, population de 15 ans et plus avec incapacité¹, Québec, 1998

	%
N'en a pas besoin tout le temps	39,0
L'incapacité n'est pas assez grave	22,7 *
Ne sait pas où les obtenir	21,1 *
Les aides sont trop coûteuses	64,0
Les aides n'ont jamais été prescrites	37,5
Les aides ne sont pas disponibles	10,8 **
Ne savait pas que les aides existaient	12,6 **
Autres raisons	15,6 *

1. Personnes ayant des besoins non comblés pour certaines aides techniques ou services spécialisés (audition, vision, communication, mobilité, agilité, soins personnels).

* 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

Un premier constat de l'enquête est que 29 % de la population ayant une incapacité en 1998 utilise une aide technique. Le taux d'utilisation est de 16 % chez les enfants de 0 à 14 ans ayant une incapacité et de 23 % chez les 15 à 64 ans; il atteint 44 % chez les personnes de 65 ans et plus avec incapacité. Lorsque exprimé pour l'ensemble de la population vivant en ménage privé, le taux d'utilisation d'aides techniques est demeuré le même en 1991 (4,5 %) et en 1998 (4,4 %). Par contre, pour la population avec incapacité, le taux d'utilisation d'aides techniques a nettement diminué, passant de 42 % en 1991 à 29 % en 1998. La diminution du taux d'utilisation d'aides techniques s'observe dans chacun des groupes d'âge, et autant

chez les adultes ayant une incapacité légère que modérée ou grave. La stabilité des taux - lorsque ceux-ci sont exprimés pour l'ensemble de la population - s'explique par la hausse du taux d'incapacité entre 1991 et 1998 (voir chapitre 2).

Il est curieux d'observer à la fois une chute du taux d'utilisation d'aides techniques chez les personnes avec incapacité entre 1991 et 1998 et une hausse du taux d'incapacité dans chacun des grands groupes d'âge. Ces variations à la baisse demeurent difficiles à expliquer, mais quelques hypothèses peuvent être avancées. L'augmentation des problèmes d'ordre psychologique chez les 14 ans et moins pourrait-elle expliquer en partie la baisse du taux d'utilisation d'aides techniques dans ce groupe d'âge? On sait que la solution à ces problèmes ne réside pas dans l'utilisation d'aides techniques. Ne serait-il pas possible également qu'il y ait eu un effet de l'augmentation des maladies d'ordre neurologique chez les adultes? La nature des problèmes qui découlent de ces maladies (problèmes de jugement, d'apprentissage et de mémoire) peut constituer des contre-indications à l'utilisation d'aides techniques. Enfin, on peut penser que les progrès sur les plans technologique et médical permettent de corriger des déficiences de façon plus précoce qu'autrefois, et ce, avant que les incapacités n'apparaissent (ex. : chirurgie de la cataracte, implant cochléaire, chirurgie corrective des articulations). L'effet de ces interventions est d'éviter ou de retarder le recours ultérieur à des aides techniques. Cette dernière hypothèse peut s'appliquer à différents groupes d'âge.

En deuxième lieu, l'enquête de 1998 révèle que le taux global d'utilisation chez les 15 ans et plus avec incapacité croît avec l'âge (15-64 ans : 23 %; 65 ans et plus : 44 %), la gravité de l'incapacité (légère : 19 %; modérée : 39 % et grave : 65 %) et le niveau de l'indice de désavantage (sans désavantage : 24 %; dépendance modérée : 48 %; et dépendance forte : 76 %). Aussi, plus l'incapacité est grave, plus le nombre d'aides techniques utilisées par personne est important, et cela pour les enfants comme pour les adultes ayant

une incapacité. Enfin, le nombre d'aides techniques utilisées augmente avec le niveau de l'indice de désavantage chez les personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité.

Pour ce qui est des taux d'utilisation d'aides spécifiques chez les 15 ans et plus ayant une incapacité, l'enquête ne permet pas d'observer des variations significatives entre 1991 et 1998 pour les aides à l'audition, à la vision, à la communication et à l'agilité. Par contre, il y a eu baisse du taux d'utilisation d'aides à la mobilité entre 1991 et 1998. On note, par ailleurs, une augmentation importante (plus de 10 %) du taux d'utilisation d'aides à l'audition et de la population estimée utilisant ces aides entre 1986 et 1998. L'enquête de 1998 nous apprend que l'utilisation d'aides à la mobilité et d'aides aux soins personnels est fortement liée à l'âge, à la gravité de l'incapacité et à l'indice de désavantage dans la population ayant une incapacité.

La hausse du taux d'utilisation d'aides à l'audition entre 1986 et 1998 attire l'attention. L'augmentation du taux d'utilisation d'aides à l'audition chez les 15 ans et plus, entre 1986 et 1998, reflète peut-être l'effet du programme des aides auditives implanté en 1978 au Québec. Les effets tardifs de ce programme pourraient s'expliquer par la lenteur de l'évolution des mentalités quant à l'utilisation d'aides techniques à l'audition et la faible connaissance de l'existence de ce programme dans la population. Par ailleurs, la baisse du taux d'utilisation d'aides à la mobilité entre 1991 et 1998 laisse perplexe puisque, à notre connaissance, il y a eu plus d'aides attribuées dans les programmes des aides à la mobilité. Les seules hypothèses plausibles sont celles évoquées plus haut pour expliquer la diminution dans le taux global d'utilisation d'aides techniques.

Enfin, l'enquête de 1998 révèle qu'environ 8 % des adultes ayant une incapacité ont des besoins non comblés, c'est-à-dire qu'ils ont besoin d'aides techniques qu'ils n'ont pas. Ce pourcentage se répartit comme suit : 5 % des personnes qui utilisent déjà une aide technique mais qui ont un besoin supplémentaire

et 3 % des personnes qui n'en utilisent pas mais déclarent en avoir besoin. En 1998, la population des 15 ans et plus qui exprime des besoins en aides techniques non comblés est davantage celle qui a une incapacité grave, qui est fortement dépendante et qui a un niveau de revenu pauvre ou très pauvre.

Ces résultats soulèvent trois pistes de recherche principales. La première concerne la diminution du taux d'utilisation d'aides à la mobilité entre 1991 et 1998. Y a-t-il un lien entre cette diminution et (a) les progrès sur le plan médical ou technologique? (b) les troubles psychiques? et (c) les maladies d'ordre neurologique?

Une seconde piste à explorer porte sur la hausse du taux d'utilisation d'aides à l'audition entre 1986 et 1998 et l'effet possible de l'implantation du programme des aides auditives, en 1978, sur le taux d'utilisation d'aides à l'audition dans les années subséquentes.

Les données des enquêtes de 1991 et 1998 sur l'utilisation d'aides techniques chez les enfants sont peu éclairantes en raison de la faible taille de l'échantillon et des faibles proportions impliquées, ce qui conduit à des estimations peu précises de l'utilisation d'aides techniques spécifiques. La prochaine enquête ou un autre projet de recherche en pédiatrie devrait prévoir des stratégies qui pourraient consolider la valeur des données relatives aux enfants. La concentration plus grande d'enfants avec incapacité qui utilisent des aides techniques près des grands centres de réadaptation devrait être prise en compte.

Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

Des éléments de réflexion nous paraissent importants à mettre de l'avant dans une perspective de planification des services d'aides techniques et dans la préparation de la prochaine enquête.

En supposant que les taux d'incapacité se maintiennent dans les prochaines années, même si le taux d'utilisation d'aides techniques devait diminuer quelque

peu, il y a lieu de planifier des programmes d'aides techniques et de services spécialisés pour tenir compte du plus grand nombre de personnes vieillissantes prévu pour les années 2000. Rappelons que l'utilisation d'aides techniques et le nombre d'aides utilisées par personne augmentent avec l'âge et la gravité de l'incapacité.

En matière de maintien à domicile, signalons que les besoins en aides aux soins personnels et en systèmes de télésurveillance et de contrôle de l'environnement vont vraisemblablement continuer de croître pour les prochaines années. À cet égard, rappelons que le taux d'utilisation d'aides aux soins personnels chez les adultes est de 4 % en 1998 et qu'il augmente avec l'âge et la gravité de l'incapacité. Pour faire face à la croissance des besoins dans ces secteurs, deux programmes ministériels ont été instaurés en 1999, soit le programme AVQ-AVD (Activités de la vie quotidienne et activités de la vie domestique) et le programme des aides à la communication. Le premier a été confié aux régies régionales et le second au ministère de la Santé et des Services sociaux et au ministère de l'Éducation. L'objectif du programme AVQ-AVD est de favoriser le maintien à domicile en attribuant des aides techniques (lits électriques, matelas spécialisés,ève-personnes, chaises de bain et d'aisance, sièges releveurs de bain électriques, barres de bain, aides techniques à l'alimentation, etc.). Le programme d'aides à la communication vise la communication orale, non orale et écrite ainsi que la communication avec l'extérieur du domicile (appareils dédiés à la communication non orale, accès à l'ordinateur, téléphones spéciaux munis d'un système d'appel d'urgence, systèmes de contrôle de l'environnement). Lors d'une prochaine enquête, il serait intéressant d'observer l'effet de ces nouveaux programmes sur le taux global d'utilisation d'aides techniques et sa relation avec l'indice de désavantage, mais également sur les taux spécifiques tels que l'utilisation d'aides aux soins personnels et d'aides à la communication.

Dans la prochaine enquête sur les limitations d'activités, il serait souhaitable que certains éléments du questionnaire de 1998 soient modifiés pour en repousser les limites actuelles en ce qui a trait aux aspects touchant les aides techniques. En premier lieu, il faudrait renouveler le vocabulaire pour le mettre à jour et le rendre plus précis. Il serait souhaitable que la prochaine enquête s'inspire des travaux de classification et de terminologie de l'Organisation internationale de normalisation (ISO) et du Conseil consultatif sur les aides technologiques (CCAT).

Les questions sur l'agilité et les aides orthopédiques devraient être repensées pour mieux refléter les réalités. Des questions particulières sur les aides à la posture seraient également indiquées puisqu'il s'agit d'un phénomène grandissant. La RAMQ n'a-t-elle pas dépensé 5,7 millions de dollars pour cette catégorie d'aides techniques en 1998 (RAMQ, 1999)? Celles sur les aides à la communication devraient tenir compte de l'arrivée sur le marché de nouvelles technologies de télécommunication (ex. : téléphone spécial couplé à la télésurveillance). Cette remarque relative à l'évolution technologique vaut d'ailleurs pour l'ensemble des catégories d'aides qui visent à compenser les incapacités, tant chez les enfants que chez les adultes de 15 ans et plus. En ce qui concerne l'utilisation d'appareils spécialisés pour les traitements médicaux à domicile, il faudrait ajouter à la liste l'alimentation parentérale, l'antibiothérapie et la dialyse.

Bibliographie

ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES (1997). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*, Ottawa, CAOT Publications ACE, 238 p.

BAILEY, R. W. (1989). *Human performance engineering: using human factors/ergonomics to achieve computer system usability*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 563 p.

BATAVIA, A. I., et G. S. HAMMER (1990). « Toward the development of consumer-based criteria for the evaluation of assistive devices », *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 27, p. 425-436.

BOLDUC, M., L. BÉLANGER et L. TRAHAN (1992). *Le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : points saillants d'un programme d'évaluation québécois*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 15 p.

BYNUM, H. S., et J. C. ROGERS (1987). « The use and effectiveness of assistive devices possessed by patients seen in home care », *Occupational Therapy Journal of Research*, 7, p. 181-191.

CONSEIL CONSULTATIF SUR LES AIDES TECHNOLOGIQUES (1994a). *Petit vocabulaire des aides techniques*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 72 p.

CONSEIL CONSULTATIF SUR LES AIDES TECHNOLOGIQUES, et C. JUBINVILLE (1994b). *Attribution d'aides techniques aux personnes âgées : état de la situation*, Québec, Conseil consultatif sur les aides technologiques, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 120 p.

CONSEIL CONSULTATIF SUR LES AIDES TECHNOLOGIQUES, et M. CÔTÉ (1996). *La valorisation des aides techniques*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 466 p.

COOK, A. M., et S. M. HUSSEY (1995). *Assistive technologies: principles and practice*, St-Louis, Missouri, Mosby Co, 712 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1990). *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*, L.R.Q. ch. E-20.1, Québec, Éditeur officiel du Québec, 23 p.

IHDE, D. (1983). *Existential technics*, Albany, State University of New York Press, 190 p.

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

PARKER, M. G., et M. THORSLUND (1991). « The use of technical aids among community-based elderly », *American Journal of Occupational Therapy*, 45, p. 712-718.

PHILLIPS, B., et H. ZHAO (1993). « Predictors of assistive technology abandonment », *Assistive Technology*, 5, p. 36-45.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC (1999). *Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance-maladie du Québec*, Québec, La Régie, 241 p.

SCHERER, M. J. (1993). *Living in the state of stuck – How technology impacts the lives of people with disabilities*, Cambridge, MA, Brookline Books, 189 p.

VINCENT, C., et G. MORIN (1999). L'utilisation ou non des aides techniques : comparaison d'un modèle américain aux besoins de la réalité québécoise, *Revue canadienne d'ergothérapie*, 66, (2), p. 92-101.

Tableaux complémentaires

Tableau C.6.1

Variations des composantes du taux global d'utilisation d'aides techniques, population de 15 ans et plus avec incapacité, 1991 et 1998

	1991	1998
	%	
Aides à l'audition	9,3	8,9
Aides à la vision	11,8	8,8
Aides à la communication	0,8 **	0,7 **
Aides à la mobilité	13,1	8,5
Aides à l'agilité	1,7 *	1,3 *
Aides aux soins personnels	..	4,1
Autres aides incluant celles pour les traitements médicaux	9,1	..
Aides pour les traitements médicaux à domicile seulement	..	2,1 *
Aides au travail ou à l'école	1,2 **	1,5 *
Aménagement de l'habitation	7,2	5,1
Adaptation du véhicule	6,8	2,2 *
Taux global d'utilisation	43,5	30,5

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

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

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

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

Tableau C.6.2

Types d'aides techniques à la mobilité utilisées, population de 15 ans et plus avec incapacité et utilisant une aide technique à la mobilité, Québec, 1998

	%
Appareil orthopédique pour le dos ou les jambes	17,3 *
Chaussures orthopédiques	10,6 *
Pied ou jambe artificiels (couramment appelés prothèses)	1,0 **
Canne	68,1
Béquilles	14,6 *
Marchette (couramment appelée cadre de marche ou ambulateur)	24,0
Triporteur ou quadriporteur	7,2 **
Fauteuil roulant manuel	29,7
Fauteuil roulant motorisé	6,5 **
Autres aides à la mobilité	4,4 **

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

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

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

Chapitre 7

Habitation et besoins d'aménagements spéciaux

Patricia Falta
Faculté de l'aménagement
Université de Montréal

Sophie Lanctôt
Société Logique inc.

Mario Montégiani
Direction de la planification, de l'évaluation et de la recherche
Société d'habitation du Québec

Introduction

L'habitation est une composante essentielle du quotidien de tous et chacun, et la façon dont elle répond aux besoins de ses occupants est un indicateur important de la qualité de vie d'une société.

Pour une personne avec incapacité, habiter un lieu qui correspond à ses besoins lui permet d'orienter son énergie et ses ressources vers des activités personnelles valorisantes comme l'éducation, les loisirs et le travail. Ainsi l'habitation est un support essentiel au maintien de l'autonomie et à l'intégration d'une personne active à son domicile et dans la communauté (OPHQ, 1984).

Historiquement, l'habitation a été conçue pour répondre aux besoins premiers d'une population, soit protéger les personnes contre les rigueurs du climat et assurer leur sécurité (conception traditionnelle). Dans le passé, les personnes âgées ou fragiles cohabitaient dans l'unité d'habitation familiale, un milieu résidentiel régulier. En général, l'habitation était peu adaptée à la situation des personnes avec incapacité. Les institutions ont été créées dans le but d'assurer l'hébergement des personnes lourdement handicapées dont les familles ne pouvaient plus assumer la prise en charge (milieu institutionnel). On retrouve ce phénomène en Europe et en Amérique du Nord également.

Ce n'est qu'à compter des années 70 que les organismes gouvernementaux canadiens et québécois ont reconnu la nécessité de maintenir la population avec incapacité dans un milieu de vie naturel, grâce à des habitations dotées de caractéristiques architecturales, fonctionnelles et sécuritaires qui répondent davantage à leurs besoins. Des unités de logement destinées aux personnes handicapées et intégrées à des unités de conception traditionnelle ont été réalisées dans des habitations à loyer modique, puis dans des habitations coopératives ou sans but lucratif (SCHL, 1992).

En 1976, les premières exigences concernant la conception sans obstacles de l'entrée et des espaces communs d'un bâtiment d'habitation sont introduites dans le Code du bâtiment du Québec (Société Logique, 1995). Puis, au début des années 80, l'Office des personnes handicapées du Québec crée un programme d'adaptation de domiciles afin de subventionner les modifications requises aux unités résidentielles de conception traditionnelle, occupées par des personnes avec incapacité (SHQ, 1999). Depuis 1991, le programme est géré par la Société d'habitation du Québec. Il y a d'autres programmes d'adaptation comme ceux de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ, 1999) et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST, 1992), ainsi que le Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAQ).

Enfin, les plus récentes initiatives, telle la réalisation d'unités universellement accessibles et facilement adaptables, reconnaissent qu'il y a une valeur sociale et humaine à offrir à toute la population la possibilité d'habiter des unités qui répondent aux besoins des personnes avec incapacité. Le principe consiste donc à aménager les espaces communs intérieurs et extérieurs ainsi que toutes les unités d'habitation d'un bâtiment de façon à ce que tout occupant ou visiteur, avec ou sans incapacité, puisse y entrer et y circuler, et les utiliser en sécurité, à des coûts comparables à la conception traditionnelle (Société Logique, 1992). L'accessibilité universelle est réalisable dans tout type de bâtiment résidentiel : le logement locatif, le condominium, la résidence privée, etc.. Vieillir chez soi, recevoir des visiteurs avec incapacité et faire face à des situations de handicap temporaire sont autant d'objectifs poursuivis par le concept novateur, intégré et global de l'accessibilité universelle (SCHL, 1996).

Malgré ces initiatives, la majorité du parc résidentiel québécois demeure de conception traditionnelle, d'où l'importance d'étudier les conditions d'habitation des personnes avec incapacité dans une enquête comme l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA). Les données de l'EQLA permettront de mieux connaître les difficultés rencontrées par les personnes avec incapacité sur le plan de l'aménagement de leur habitat. Elles seront très utiles pour estimer les besoins futurs et orienter la production d'unités d'habitation dans le but de relever les défis des prochaines décennies.

Le présent chapitre concerne les personnes de 15 ans et plus avec incapacité. Il traite du mode d'occupation de l'habitation, de l'adéquation entre les caractéristiques de celle-ci et les besoins de ses occupants, des raisons qui justifient l'absence d'aménagements spéciaux ainsi que des difficultés d'utilisation des appareils et accessoires ménagers.

Il porte également sur les ménages qui comptent au moins une personne de 15 ans et plus avec incapacité. Les caractéristiques de l'habitation sont abordées à

l'échelle des ménages de manière à estimer, à des fins de planification, le nombre de logements pour lesquels des aménagements spéciaux sont requis afin de répondre aux besoins des personnes avec incapacité.

7.1 Aspects méthodologiques

L'EQLA porte sur la population québécoise avec incapacité vivant en ménage privé. L'enquête ne fournit pas de données sur les personnes vivant en milieu institutionnel ou en ménage collectif non institutionnel. L'analyse présentée dans ce chapitre porte donc sur le milieu résidentiel régulier. Les questions sur l'habitation (QA-240 à QA-255) du questionnaire de suivi des adultes de l'enquête ont été posées uniquement aux personnes âgées de 15 ans et plus.

7.1.1 Description des indicateurs

Afin d'estimer dans quelle mesure les caractéristiques de l'habitation répondent aux besoins de l'occupant avec incapacité, on a créé trois indicateurs d'adéquation :

- 1- *indicateur d'accès* : les aménagements spéciaux pour entrer et sortir de l'habitation;
- 2- *indicateur de l'intérieur* : les aménagements spéciaux à l'intérieur de l'habitation;
- 3- *indicateur général* : les deux indicateurs précédents réunis.

Ces trois indicateurs sont de construction similaire et utilisent, selon le cas, les réponses aux questions QA-243, QA-245, QA-248, et QA-250, lesquelles concernent l'utilisation ou un besoin d'aménagements ou d'équipements spécialisés¹. Chaque indicateur comporte trois catégories :

¹ Dans ce chapitre, l'expression « aménagements spéciaux » désigne à la fois les aménagements spéciaux et les équipements spécialisés.

Sans besoin : personnes qui n'utilisent pas d'aménagements spéciaux et qui indiquent ne pas en avoir besoin.

Besoins comblés : personnes qui utilisent des aménagements spéciaux et qui n'indiquent pas de besoins additionnels.

Besoins non comblés : personnes qui utilisent ou non des aménagements spéciaux et qui déclarent des besoins d'aménagements spéciaux qu'elles n'ont pas à leur disposition.

Ces indicateurs permettent d'abord d'estimer, au sein de la population avec incapacité, la proportion de personnes qui n'ont pas besoin d'aménagements spéciaux (pour entrer et sortir du logis, à l'intérieur, ou en général²), puis la proportion de celles qui en ont besoin. Nous postulons que les caractéristiques des unités d'habitation de conception traditionnelle conviennent aux personnes qui ne déclarent aucun besoin d'aménagements spéciaux, alors qu'il faut des unités d'habitation dotées de ces aménagements pour les personnes dont les besoins sont comblés ou non.

L'interprétation des indicateurs permet aussi de distinguer les personnes qui ne déclarent aucun besoin d'aménagements spéciaux de celles dont les besoins sont comblés et celles dont les besoins ne le sont pas. Dans le premier cas, les caractéristiques de l'habitation sont présumées adéquates parce qu'elles correspondent aux besoins des personnes; dans le second, elles sont considérées comme inadéquates puisqu'elles ne répondent pas aux besoins exprimés.

Le nombre de répondants avec incapacité qui connaissent des difficultés reliées à l'habitation est relativement faible dans cette enquête, ce qui restreint les possibilités d'analyse. Certaines questions ou des catégories de questions ont été regroupées afin d'améliorer la précision des estimations et de permettre les analyses statistiques. C'est le cas des questions QA-247 et QA-252 qui portent sur les raisons déclarées de ne pas avoir les aménagements spéciaux requis

² L'expression « en général » désigne les aménagements spéciaux à l'intérieur du domicile ou pour y entrer et en sortir.

pour entrer et sortir du domicile, d'une part, et pour l'intérieur, d'autre part. Ainsi, à la question QA-241 sur le genre de logement, les catégories « logement à prix modique, sans but lucratif, HLM » et « coopérative d'habitation » ont été réunies pour former la catégorie « logement social ».

Enfin, seules les incapacités liées à l'audition, à la vision, à la mobilité, à l'agilité et aux activités intellectuelles ou à la santé mentale sont examinées dans l'analyse qui traite de la nature de l'incapacité. L'incapacité liée à la parole et l'incapacité de nature non précisée n'ont pas été retenues car elles n'entraînent aucun besoin d'aménagement spécial du domicile.

7.1.2 Ménages

En plus de s'intéresser aux individus, il est important d'étudier les caractéristiques de l'habitation en ayant recours au ménage comme unité d'analyse. Un ménage est composé d'une personne ou d'un groupe de personnes qui occupent une unité d'habitation (logement). Tel que mentionné auparavant, l'analyse des données selon le ménage permettra d'estimer la proportion des unités d'habitation au Québec pour lesquelles des aménagements spéciaux sont requis. Comme les questions relatives à l'habitation ne s'adressaient qu'aux personnes de 15 ans et plus, l'analyse portera uniquement sur les ménages qui comptent au moins une personne de 15 ans et plus avec incapacité.

7.1.3 Comparabilité des enquêtes

Certains résultats du présent chapitre sont comparés avec les données de *l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991* (ESLA). Il s'agit d'information sur l'adéquation de l'habitation tirée des trois indicateurs d'adéquation déjà présentés.

Aucune comparaison n'est présentée avec les données de *l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986*. Cette enquête comportait très peu de questions sur l'habitation et plusieurs avaient une formulation différente de celle de l'EQLA, ce qui limite les possibilités de comparaison.

7.2 Résultats

7.2.1 Mode d'occupation de l'habitation

En 1998, près de 49 % des personnes de 15 ans et plus avec incapacité sont propriétaires du logement ou de la maison qu'elles habitent et 51 % sont locataires (figure 7.1).

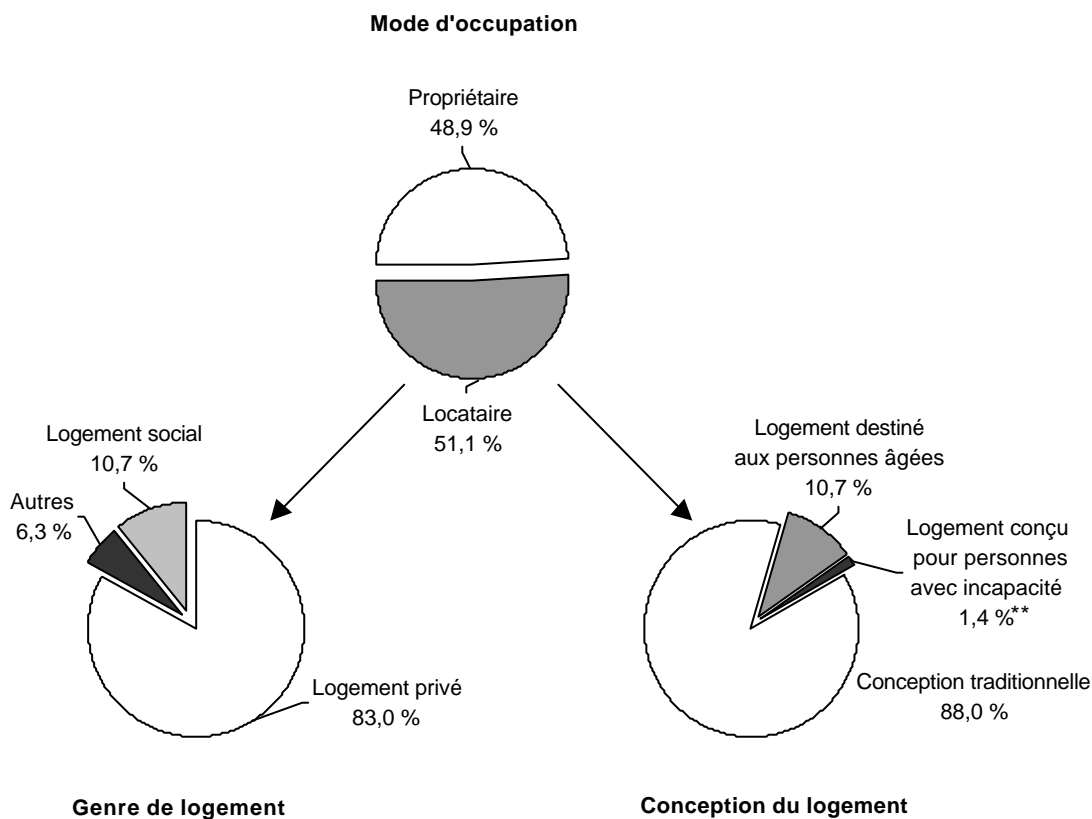
Les locataires avec incapacité résident en grande majorité (83 %) dans une habitation louée privée (appartement ou maison). Seulement 11 % habitent un logement social, qu'il soit coopératif, à loyer modique

ou sans but lucratif, et environ 6 % vivent dans d'autres genres de logement.

Une large majorité (88 %) de locataires vivent dans une habitation de conception traditionnelle, alors que 11 % occupent un logement destiné uniquement aux personnes âgées. Seulement 1,4 % habite un logement conçu pour personnes avec incapacité. Ces deux derniers types de construction se distinguent de la conception traditionnelle par leurs caractéristiques architecturales conçues pour faciliter l'accès, la circulation et l'utilisation des espaces.

Figure 7.1

Mode d'occupation, genre de logement et conception du logement, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998



** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoises sur les limitations d'activités 1998*.

7.2.2 Caractéristiques de l'habitation et besoins de l'occupant

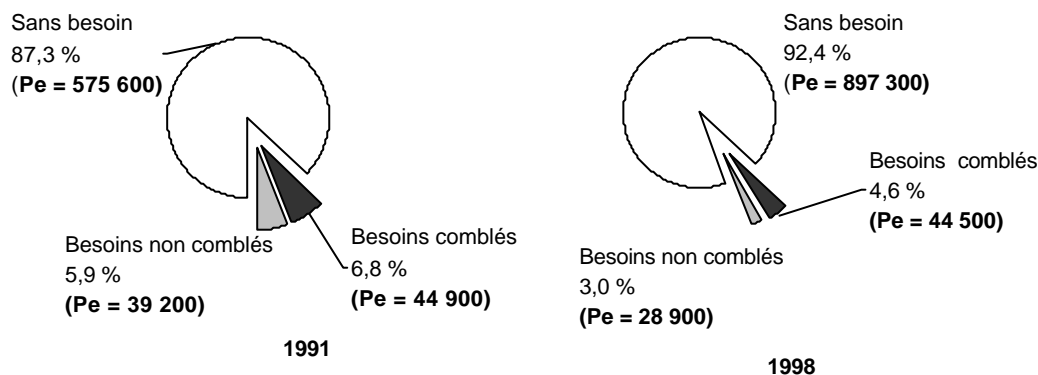
Les données de l'EQLA révèlent qu'une majorité de la population de 15 ans et plus avec incapacité, soit 92 %, affirme ne pas utiliser ni avoir besoin d'aménagements spéciaux, telles une rampe d'accès, une porte facile à ouvrir ou une barre d'appui dans l'habitation (figure 7.2). En 1991, ces personnes étaient en proportion moins nombreuses (87 %).

En 1998, c'est donc près de 8 % de la population avec incapacité qui déclare des besoins d'aménagements spéciaux à l'intérieur ou pour entrer et sortir de son habitation, soit environ 73 400 personnes. De ce nombre, près de 44 500 (4,6 %) disposent des aménagements spéciaux dont ils ont besoin, tandis que les besoins d'environ 28 900 autres (3,0 %) restent non comblés. Ces résultats révèlent une diminution significative entre 1991 et 1998 des proportions de personnes qui indiquent des besoins d'aménagements spéciaux, de celles dont les besoins sont comblés ou non (13 %, 7 % et 6 % respectivement en 1991). Il est surprenant de constater que malgré les efforts déployés en adaptation de domicile entre 1991 et 1998, le nombre estimé de personnes dont les besoins sont comblés est demeuré stable, soit 45 000 environ.

La déclaration de besoins d'aménagements spéciaux du domicile est associée à l'âge (tableau 7.1). Le total des besoins est nettement plus élevé chez les personnes de 65 ans et plus (13 %) que chez le groupe d'âge de 15-64 ans (4,7 %). En proportion, les besoins non comblés sont également supérieurs au sein du premier groupe (3,9 % c. 2,5 %). Cependant, on compte plus de personnes chez les 15-64 ans (environ 15 700) dont les besoins d'aménagements ne sont pas comblés que chez les plus de 65 ans (environ 13 200), en raison du poids démographique du premier groupe. La classification détaillée des groupes d'âges permet d'observer peu de différences significatives. On note tout de même que parmi les personnes de 75 ans et plus avec incapacité, la proportion de celles ayant besoin d'aménagements spéciaux atteint 16 %. Une variation selon l'âge s'observe aussi en ce qui concerne les besoins comblés, où les personnes de 75 ans et plus (13 %) se distinguent des groupes cadets (entre 1,8 % et 5 %). Les besoins de la plupart des personnes de 75 ans et plus sont comblés (13 %), et une minorité (3 %) déclare que ses besoins ne le sont pas.

Figure 7.2

Besoins comblés et non comblés d'aménagements spéciaux du domicile¹, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1991 et 1998



1. Aménagements spéciaux à l'intérieur du domicile ou pour y entrer et en sortir.

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

Tableau 7.1

Besoins comblés et non comblés d'aménagements spéciaux du domicile¹ selon l'âge et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Total	Besoins	Besoins	
	avec besoins	comblés	non comblés	
	%		%	Pe '000
Âge				
15-64 ans	4,7	2,2	2,5	15,7
15-34 ans	3,4 **	2,2 **	1,2 **	2,0
35-54 ans	4,9 *	1,8 **	3,1 *	9,8
55-64 ans	5,6 *	3,0 **	2,6 **	3,9
65 ans et plus	12,9	9,0	3,9	13,2
65-74 ans	9,9 *	5,2 *	4,8 *	8,3
75 ans et plus	16,2	13,3	2,9 **	4,9
Gravité de l'incapacité				
Légère	1,5	1,2 **	0,4 **	2,1
Modérée	8,6	5,0 *	3,5 *	8,7
Grave	32,5	18,9	13,6 *	18,1
Total	7,6	4,6	3,0	28,9

1. Aménagements spéciaux à l'intérieur du domicile ou pour y entrer et en sortir.

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

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

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

Le tableau 7.1 présente aussi les besoins d'aménagements spéciaux selon la gravité de l'incapacité. Plus l'incapacité est grave, plus la proportion de personnes avec incapacité ayant besoin d'aménagements spéciaux augmente. C'est parmi les personnes ayant une incapacité grave qu'on observe la proportion la plus élevée d'individus dont les besoins ne sont pas comblés (14 %).

L'examen de la relation entre la nature de l'incapacité et le besoin d'aménagements spéciaux montre que 13 % des personnes avec une incapacité liée à la mobilité ont besoin d'aménagements spéciaux, contre seulement 1,5 % des personnes dont l'incapacité n'est pas liée à la mobilité (tableau 7.2). Les résultats sont similaires pour

l'incapacité liée à l'agilité (13 % c. 2,1 % chez les personnes ayant d'autres types d'incapacités) et celle liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (10 % c. 7 %). Aucune association n'est notée avec l'incapacité liée à l'audition ou à la vision.

Enfin, les données de l'enquête ne permettent pas d'observer de différences significatives en ce qui concerne les besoins d'aménagements spéciaux selon le mode d'occupation (propriétaire ou locataire), le niveau de revenu du ménage ou le lieu de résidence (rural ou urbain).

Tableau 7.2

Besoins comblés et non comblés d'aménagements spéciaux du domicile¹ selon la nature de l'incapacité², population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Besoins comblés	Besoins non comblés	Total avec besoins
	%		
Audition			
Oui	5,7 *	3,1 **	8,7
Non	4,2	3,0 *	7,2
Vision			
Oui	8,0 *	3,4 **	11,4 *
Non	4,2	2,9	7,1
Mobilité			
Oui	7,7	5,3	13,0
Non	1,1 **	0,4 **	1,5 **
Agilité			
Oui	7,9	5,6	13,4
Non	1,6 **	0,6 **	2,1 *
Intellect/ santé mentale			
Oui	5,0 *	4,8 *	9,7
Non	4,5	2,4 *	6,9

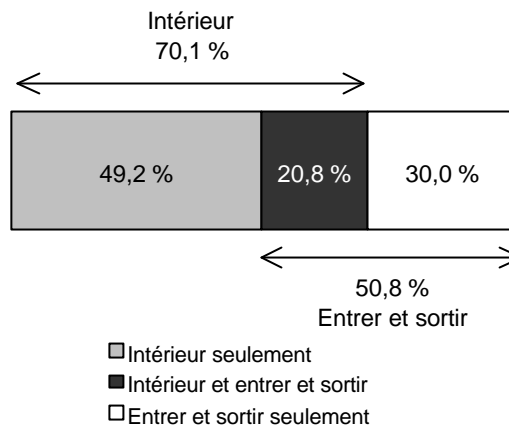
1. Aménagements spéciaux à l'intérieur du domicile ou pour y entrer et en sortir.
 2. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
- * Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
 ** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

Parmi les 8 % de la population de 15 ans et plus avec incapacité qui exprime des besoins d'aménagements spéciaux comblés ou non, environ 70 % mentionne des besoins d'aménagements à l'intérieur du domicile et 51 %, des besoins pour y entrer et en sortir (figure 7.3). Les personnes déclarant à la fois des besoins à l'intérieur et des besoins pour entrer et sortir du domicile représentent 21 % de l'ensemble. Près de 49 % déclarent des besoins d'aménagements spéciaux uniquement à l'intérieur du domicile, et 30 %, uniquement pour y entrer et en sortir.

Figure 7.3

Besoins¹ d'aménagements spéciaux à l'intérieur du domicile ou pour y entrer et en sortir, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant besoin d'aménagements spéciaux du domicile, Québec, 1998



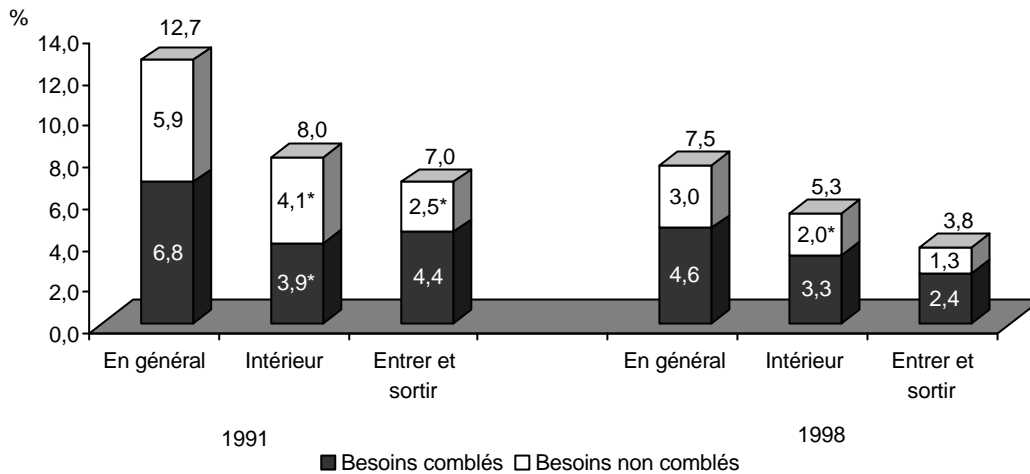
1. Besoins comblés et non comblés.

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

La figure 7.4 présente les proportions des personnes de 15 ans et plus avec incapacité qui ont des besoins d'aménagements spéciaux comblés et non comblés à l'intérieur du domicile, pour y entrer et en sortir, et en général. En 1998, la proportion de la population avec incapacité ayant besoin d'aménagements spéciaux à l'intérieur de l'habitation est de 5 %, alors que celle qui nécessite des aménagements pour y entrer et en sortir est de 3,8 %. En 1991, les proportions étaient plus élevées (8,0 % et 7,0 % respectivement). Dans tous les cas, en 1998, que ce soit à l'intérieur du domicile, pour y entrer et en sortir, ou en général, la proportion de besoins comblés est plus élevée que celle de besoins non comblés.

Figure 7.4

Besoins comblés et non comblés d'aménagements spéciaux à l'intérieur du domicile ou pour y entrer et en sortir, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1991 et 1998



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

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

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

7.2.3 Types d'aménagements spéciaux pour entrer et sortir de l'habitation

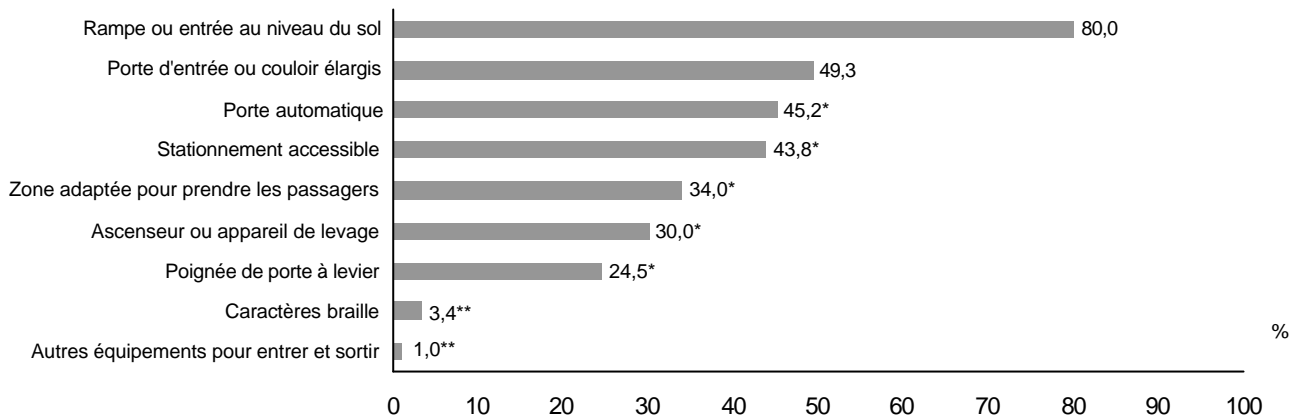
La population de 15 ans et plus avec incapacité utilise des aménagements pour entrer et sortir de l'habitation dans une proportion de 2,4 % (figure 7.4). Parmi les aménagements utilisés, le plus fréquemment mentionné est la rampe d'accès ou l'entrée au niveau du sol (environ 80 % des utilisateurs); suivent la porte d'entrée ou le couloir élargis (49 % des utilisateurs) (figure 7.5), la porte automatique (45 %), le stationnement accessible (44 %), la zone adaptée pour prendre les passagers (34 %), l'ascenseur ou l'appareil de levage (30 %) et la poignée de porte à levier (24 %). D'autres types d'aménagements sont utilisés, dans de très faibles proportions toutefois (entre 1,0 % et 3,4 %).

Près de quatre personnes sur cinq (74 %) qui requièrent des aménagements additionnels pour entrer et sortir de leur logis expriment le besoin d'une rampe d'accès ou d'une entrée au niveau du sol (données non présentées). Les estimations de proportions de la population ayant besoin d'autres types d'aménagements pour entrer et sortir du domicile se situent entre 5 % et 18 %³, selon le type d'aménagement (données non présentées).

³ Cette proportion a un coefficient de variation supérieur à 25 % et est une estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Figure 7.5

Types d'aménagements utilisés pour entrer et sortir du domicile¹, population de 15 ans et plus avec incapacité utilisant des aménagements spéciaux pour entrer et sortir du domicile, Québec, 1998



1. Une personne peut utiliser plus d'un type d'aménagements spéciaux pour entrer et sortir du domicile.

* 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*.

7.2.4 Types d'aménagements spéciaux à l'intérieur de l'habitation

La population de 15 ans et plus avec incapacité utilise des aménagements à l'intérieur de l'habitation dans une proportion de 3,3 % (figure 7.4). Les aménagements utilisés sont présentés à la figure 7.6; la barre d'appui ou la main courante (88 %) sont les plus fréquemment mentionnés. D'autres types d'aménagements sont utilisés (entre 2,5 % et 24 %, selon le type).

Environ 2,0 % des personnes de 15 ans et plus avec incapacité requièrent des aménagements additionnels à l'intérieur (figure 7.4). Près de 69 % d'entre elles indiquent la barre d'appui ou la main courante parmi les aménagements dont elles ont besoin (données non présentées). Des besoins sont exprimés pour d'autres types d'aménagements, dans de faibles proportions toutefois (entre 1 % et 16 %⁴) (données non présentées).

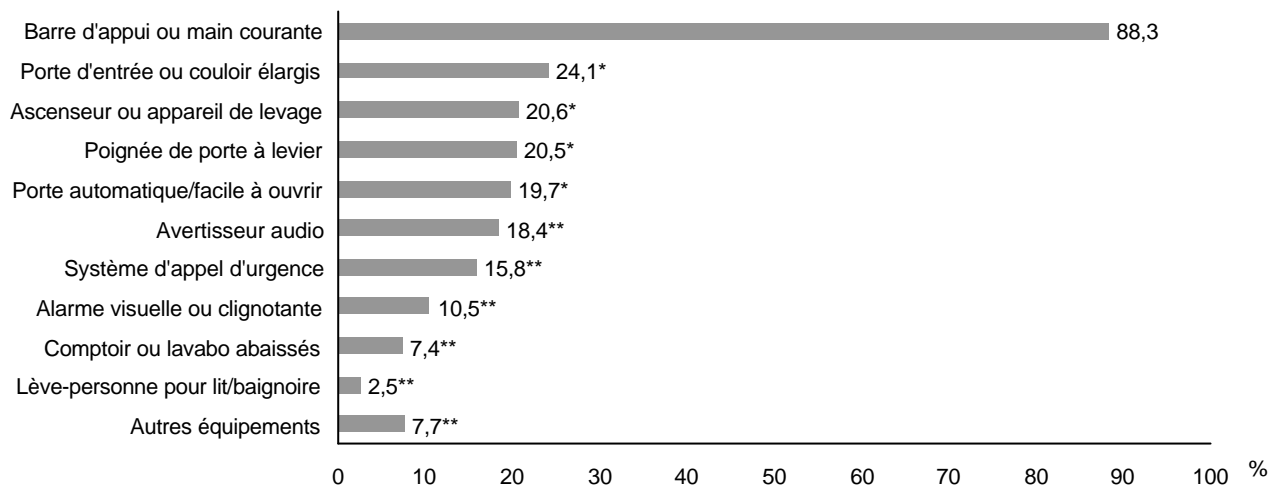
⁴ Cette proportion a un coefficient de variation supérieur à 25 % et est une estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

7.2.5 Explications de l'absence des aménagements spéciaux requis

Comme mentionné précédemment, 3,0 % de la population de 15 ans et plus avec incapacité présente des besoins non comblés d'aménagements spéciaux, que ce soit à l'intérieur du domicile ou pour y entrer et en sortir. La raison la plus fréquemment invoquée (54 %) pour ne pas avoir les aménagements nécessaires en est le coût trop élevé (figure 7.7); par ailleurs, 26 % mentionnent ne pas en avoir besoin tout le temps, et 25 % ne savent pas où les obtenir.

Figure 7.6

Types d'aménagements utilisés à l'intérieur du domicile¹, population de 15 ans et plus avec incapacité utilisant des aménagements spéciaux à l'intérieur du domicile, Québec, 1998



1. Une personne peut utiliser plus d'un type d'aménagements spéciaux à l'intérieur du domicile.

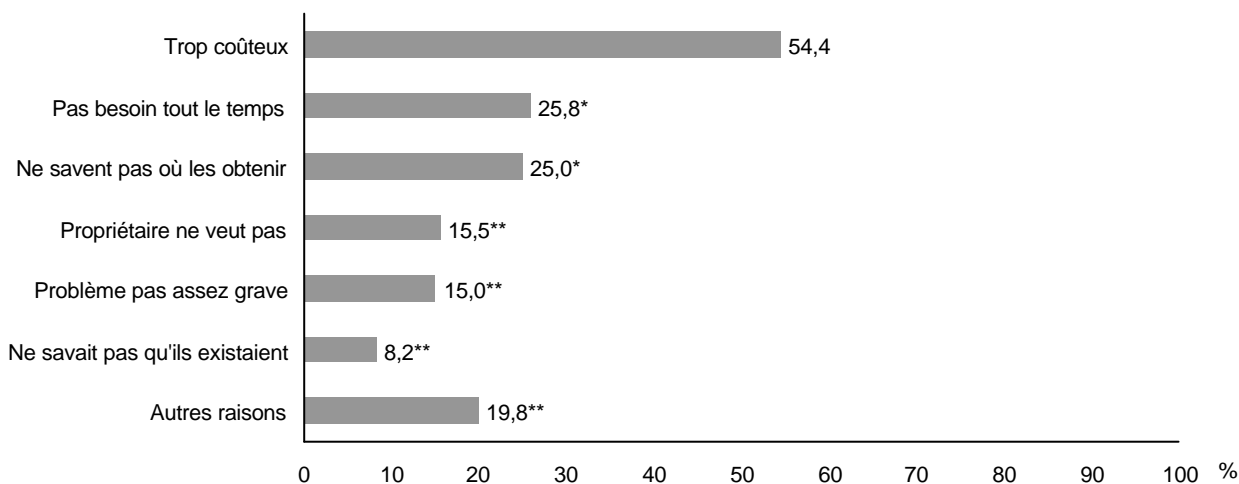
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

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

Figure 7.7

Raisons invoquées¹ pour ne pas avoir les aménagements requis, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant des besoins non comblés d'aménagements spéciaux du domicile², Québec, 1998



1. Une personne peut invoquer plus d'une raison.

2. Aménagements spéciaux à l'intérieur du domicile ou pour y entrer et en sortir.

* 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*.

7.2.6 Difficulté à utiliser les appareils ou accessoires ménagers

Les personnes de 15 ans et plus avec incapacité ont déterminé les appareils ou accessoires ménagers difficiles à utiliser sans aide comme les armoires de cuisine, la cuisinière, la laveuse et la sècheuse, la baignoire, la douche et les toilettes. Environ 13 % (données non présentées) disent éprouver de la difficulté à utiliser l'un ou l'autre appareil ou accessoire. Comme le présente le tableau 7.3, la baignoire ou la douche sont les accessoires les plus souvent mentionnés (7 %). Seulement 1,8 %⁵ de la population avec incapacité indique avoir modifié au moins un appareil ou accessoire à cause de son état ou d'un problème de santé (données non présentées).

Tableau 7.3
Difficulté à utiliser seul les appareils et les accessoires ménagers¹, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Oui	Non	Ne s'applique pas
	%		
Baignoire ou douche	7,1	89,3	3,6
Armoire de cuisine	4,5	91,5	3,9
Cuisinière	4,3	90,8	4,9
Laveuse/sècheuse	4,1	88,4	7,5
Four à micro-ondes	3,3	87,8	8,9
Appareil électronique	2,6	93,2	4,2
Évier/comptoir de cuisine	2,1*	93,5	4,4
Toilettes	2,0*	94,4	3,6
Lavabo de la salle de bains	1,5*	94,8	3,7
Réfrigérateur	1,5*	94,3	4,2

1. Une personne peut avoir de la difficulté à utiliser seule plus d'un appareil ou accessoire ménager.

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

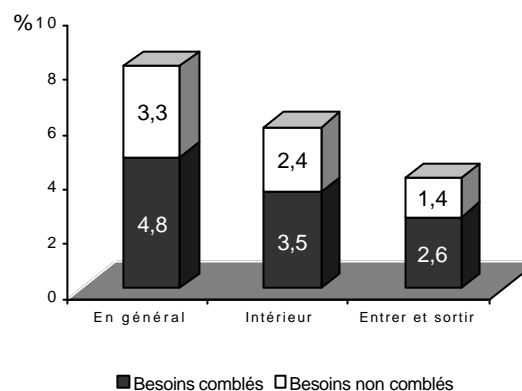
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

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

7.2.7 Caractéristiques de l'habitation et besoins des ménages

Selon l'EQLA, 27 % des ménages privés québécois comptent au moins une personne de 15 ans et plus avec incapacité (donnée non présentée). De ces ménages, 8 % ont au moins un membre ayant besoin d'aménagements spéciaux en général (c.-à-d. à l'intérieur du domicile et/ou pour y entrer et en sortir) et 3,3 % indiquent des besoins non comblés (figure 7.8). En ce qui concerne les aménagements spéciaux à l'intérieur de l'habitation, 6 % des ménages comptant au moins une personne de 15 ans ou plus avec incapacité déclarent des besoins et pour 2,4 % d'entre eux, ceux-ci ne sont pas comblés. Quant aux aménagements spéciaux pour entrer et sortir du domicile, 4,0 % des ménages comptant au moins une personne de 15 ans ou plus avec incapacité déclarent des besoins d'aménagements et pour 1,4 % d'entre eux, ceux-ci ne sont pas comblés.

Figure 7.8
Besoins comblés et non comblés d'aménagements spéciaux à l'intérieur du domicile ou pour y entrer et en sortir, ménages privés comptant au moins une personne de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998



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

Si l'on étend ces résultats à l'ensemble des ménages privés québécois, il ressort qu'environ 2,2 % d'entre eux comptent au moins une personne de 15 ans ou plus avec incapacité ayant des besoins d'aménagements spéciaux dans l'habitation (environ 64 200 ménages), et que 0,9 % a des besoins non comblés (25 900 ménages) (tableau 7.4). Concernant les besoins d'aménagements à l'intérieur, ces mêmes proportions représentent respectivement 1,6 % (47 000 ménages) et 0,6 % (près de 18 700 ménages) de tous les ménages privés québécois. On constate également que 1,1 % exprime des besoins d'aménagements spéciaux pour entrer et sortir du logement (près de 32 200 ménages), et que 0,4 % ont des besoins non comblés (11 600 ménages).

Tableau 7.4
Besoins comblés et non comblés d'aménagements spéciaux à l'intérieur du domicile ou pour y entrer et en sortir, ménages privés, Québec, 1998

	%	Pe
En général	2,2	64,2
Besoins comblés	1,3	38,3
Besoins non comblés	0,9	25,9
Intérieur	1,6	47,0
Besoins comblés	0,9	28,3
Besoins non comblés	0,6	18,7
Entrer et sortir	1,1	32,7
Besoins comblés	0,7 *	20,6
Besoins non comblés	0,4 *	11,6

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

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

Le tableau 7.5 indique la répartition des ménages comptant au moins une personne de 15 ans et plus avec incapacité en fonction de la taille et du type de famille. On note que 37 % comptent deux personnes, et que 32 % en comptent trois et plus. La répartition selon le type de ménage montre que 35 % sont des familles avec un ou plusieurs enfants (couples avec enfants et familles monoparentales réunis), 30 %, des couples sans enfant, et 31 %, des personnes vivant seules. Ces résultats illustrent que ces ménages ont besoin d'une offre de logements de typologie variée.

Tableau 7.5
Répartition des ménages privés comptant au moins une personne de 15 ans et plus avec incapacité selon la taille et le type de ménage, Québec, 1998

	%
Taille	
Une personne	31,2
Deux personnes	36,5
Trois personnes et plus	32,3
Type de ménage	
Seul	31,2
Couple sans enfant	29,9
Couple avec enfant(s)	25,3
Famille monoparentale	9,7
Autres	4,0

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

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Dans l'ensemble, la majorité de la population de 15 ans et plus avec incapacité affirme ne pas avoir besoin d'aménagements spéciaux à domicile. Ainsi, la plupart des ménages qui comptent au moins une personne de 15 ans et plus avec incapacité semblent vivre sans difficulté dans des habitations de conception traditionnelle.

Cependant, 8 % de la population de 15 ans et plus avec incapacité déclare des besoins d'aménagements spéciaux à l'intérieur de l'habitation ou pour y entrer et en sortir. Pour ces personnes, les habitations de conception traditionnelle ne sont pas entièrement adéquates, et il faudrait aménager des unités qui satisfont mieux à leurs besoins. Environ 2,2 % de tous les ménages privés québécois comptent au moins une personne de 15 ans et plus avec incapacité ayant ces besoins.

Or, si la plupart des personnes de 15 ans et plus avec incapacité (4,6 %) ont les aménagements qu'il leur faut, les besoins d'environ 3,0 % d'entre eux demeurent non comblés. Ainsi, on estime qu'environ 0,8 % des ménages privés québécois comptent au moins une personne de 15 ans et plus avec incapacité ayant des

besoins non comblés en matière d'aménagement au domicile (environ 25 900 ménages). La raison invoquée par une majorité de personnes pour ne pas avoir les aménagements requis est le coût trop élevé de ceux-ci.

Enfin, les résultats de l'enquête montrent que la moitié de la population avec incapacité est locataire, et que la très grande majorité vit dans des habitations de conception traditionnelle du secteur privé. Ces résultats diffèrent de ceux de la population en général, où l'on dénombre 56 % de propriétaires et 44 % de locataires, selon des données d'autres sources. Environ 12 % des locataires occupent des logements dont les caractéristiques architecturales ont été conçues pour en faciliter l'accès, la circulation et l'utilisation.

Ces résultats demeurent partiels, puisque l'EQLA n'a posé ces questions qu'aux personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé, soit en milieu résidentiel régulier. Le questionnaire de suivi portant sur les enfants ne comportait pas de question sur l'habitation, et les personnes vivant en ménage collectif non institutionnel n'étaient pas concernées par l'enquête. On pourrait poser des questions sur l'habitation concernant ces groupes dans le cadre d'enquêtes futures.

La comparaison des résultats de l'EQLA 1998 à ceux de l'ESLA de 1991 révèle qu'au sein de la population de 15 ans et plus avec incapacité, la proportion de personnes qui déclarent des besoins d'aménagements spéciaux de leur habitation (comblés ou non) a diminué. Cette baisse reflète une diminution du nombre de personnes ayant des besoins non comblés, puisque les données permettent d'estimer que cette population est passée de 39 200 à 28 900 entre les deux enquêtes. D'autre part, malgré les efforts déployés en adaptation résidentielle entre 1991 et 1998, le nombre de personnes dont les besoins sont comblés est demeuré stable (environ 45 000). Cependant, la ou les causes de ces diminutions ne sont pas établies. Cela est peut-être attribuable à des habitations mieux adaptées aux besoins, à la proportion accrue de personnes ayant une

incapacité légère en 1998 par rapport à 1991 et aux variations de proportions d'individus ayant certains types d'incapacité observées entre les deux années. À cet égard, des analyses poussées des données de l'EQLA 1998 et de l'ESLA de 1991 seraient utiles. On peut également s'interroger sur l'évaluation de la perception de leur situation qu'ont les personnes avec incapacité.

D'autre part, pour broser un meilleur portrait de la situation du logement des personnes avec incapacité, il aurait été utile de connaître leur satisfaction à l'égard des aménagements dont elles disposent. La proportion du revenu brut du ménage consacré au logement est un autre indicateur important lorsqu'on traite d'habitation; or cette question est absente du questionnaire de suivi. Enfin, il aurait été intéressant d'interroger les personnes avec incapacité sur les montants qu'elles ont déboursés pour combler leurs besoins d'adaptation de domicile et sur le type de programme utilisé, le cas échéant.

Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

Les résultats de l'EQLA concernant l'habitation confirment que malgré les efforts déployés jusqu'à présent en matière d'adaptation de domicile, de mesures réglementaires et d'accès universel, le besoin d'unités d'habitation dotées d'aménagements spéciaux demeure important. Toutes les personnes de 15 ans et plus avec incapacité ayant déclaré des besoins d'aménagement non comblés auront possiblement besoin d'un domicile plus accessible qu'à l'heure actuelle.

Certes, la proportion de personnes de 15 ans et plus avec incapacité ayant des besoins comblés ou non d'aménagements spéciaux constitue une minorité (8 %). Cependant, en nombre de ménages ou d'unités d'habitation du Québec, l'estimation des besoins d'aménagements spéciaux atteint 64 200 unités, ce qui est considérable.

Afin de répondre aux besoins actuels et de se préparer aux changements démographiques majeurs que le Québec connaîtra au cours des prochaines décennies, et en raison du vieillissement de la population, les ministères et organismes publics doivent se pencher dès maintenant sur la question de l'habitation, ses caractéristiques architecturales et les services qui y sont dispensés.

Selon les données de l'EQLA, en 1998, 0,9 % de tous les ménages privés québécois comptait au moins une personne de 15 ans et plus avec incapacité qui présentait des besoins non comblés d'aménagements du domicile. Cette estimation s'avère très pertinente à des fins de planification, puisqu'elle quantifie le besoin d'habitations qui comportent des aménagements accessibles au Québec. On estime à 25 900 le nombre de ménages privés ayant des besoins non comblés en matière d'aménagements spéciaux du domicile. À titre indicatif, en 1998-1999, avec un budget annuel de 20 millions de dollars, la Société d'habitation du Québec a réalisé 2 443 adaptations de domicile⁶ (SHQ, 1999). Les résultats de l'enquête sur les besoins d'aménagements spéciaux vont certainement susciter la réflexion sur les montants investis en adaptation résidentielle et sur les autres mesures susceptibles de permettre une meilleure adéquation entre les caractéristiques de l'habitation et les besoins de l'occupant.

Les besoins d'aménagements spéciaux sont associés à l'âge si l'on compare les personnes de 15-64 ans à celles de 65 ans et plus. Cependant, même si la proportion de personnes ayant des besoins non comblés est plus forte chez les 65 ans et plus, on constate, en raison de la structure par âge de la population québécoise, que leur nombre est plus faible (environ 13 200) que chez la population âgée de 15 à 64 ans (environ 15 700). Ainsi, ces données permettent

de supposer que nombre d'individus, au sommet de leur vie active, connaissent des difficultés à domicile aptes à limiter leur participation sociale.

Les données n'ont pas révélé de lien statistiquement significatif entre le revenu du ménage et le besoin en aménagements spéciaux. Cependant, la majorité des personnes ayant des besoins non comblés invoquent le coût trop élevé comme étant une raison de ne pas avoir les aménagements spéciaux requis.

Ces résultats pourront intéresser les organismes payeurs d'adaptation de domicile afin de mieux connaître la demande et d'adapter leur programmation, ce qui facilitera la réalisation des aménagements nécessaires. Les données de l'EQLA pourront éventuellement faire l'objet d'autres analyses qui répondront plus précisément à leurs interrogations.

La population ayant une incapacité grave est celle qui a le plus besoin d'aménagements spéciaux (33 %). En effet, 14 % des personnes ayant une incapacité grave affirment ne pas avoir les aménagements requis et vivent donc, à domicile, des contraintes qui limitent leur capacité d'intégration. Cette population exerce une pression à la hausse sur le niveau de services de maintien à domicile requis et sur la charge des aidants naturels. Des politiques gouvernementales incitatives en matière d'adaptation de domicile et une architecture axée sur l'accessibilité des habitations pourront contribuer à diminuer l'impact sur les services de santé et les services sociaux.

Afin de répondre aux besoins à court, à moyen et à long terme de logements à accessibilité accrue, il est important de produire des unités d'habitation qui présentent des caractéristiques architecturales plus appropriées à la clientèle avec incapacité.

Les résultats de l'EQLA influenceront certainement les décideurs quant aux interventions nécessaires pour répondre au besoin d'habitations accessibles. La diffusion d'information, la remise de prix d'excellence, la

⁶ En fait, les budgets de la SHQ de 20 M\$ en 1998-1999 et en 1999-2000 étaient des budgets spéciaux ayant comme objectif de réduire la liste et la durée d'attente. Normalement, le budget annuel se situe plus autour de 11 M\$ (11,7 M\$ en 1997-1998 et 10,7 M\$ en 2000-2001) (SHQ, 1999).

réalisation de projets de démonstration et l'introduction de critères d'accessibilité pour le logement social (approches retenues par la Société canadienne d'hypothèques et de logement et par la Société d'habitation du Québec depuis les 20 dernières années) ont donné des résultats intéressants, mais cela semble insuffisant pour répondre aux besoins actuels. Par ailleurs, la réglementation permettrait d'accroître grandement le nombre d'unités d'habitation qui répondent mieux aux besoins des personnes avec incapacité.

Depuis 1976, des exigences réglementaires obligent les constructeurs d'unités multifamiliales à aménager une entrée sans obstacles, mais il y a très peu d'exigences en matière d'accessibilité à l'intérieur des unités d'habitation (Société Logique, 1995). Introduire dans la réglementation de construction québécoise de nouvelles normes d'accessibilité pour l'intérieur du domicile favoriseraient l'aménagement d'unités répondant mieux aux besoins de la population avec incapacité, plus particulièrement aux besoins non comblés recensés par l'EQLA.

Bibliographie

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC (1992). *Politique de réadaptation – indemnisation – l'adaptation de domicile*, Québec, 1v. (page multiple).

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (1984). *À part... égale. L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*, Québec, Gouvernement du Québec, 350 p.

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT (1992). *Choix de logements au Canada pour les personnes handicapées*, Ottawa, Centre des relations publiques, 169 p.

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT (1996). *Solutions applicables à la conception de logements accessibles et adaptables*, Ottawa, 120 p.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (1999). *Manuel des directives – indemnisation des dommages corporels – adaptation de domicile*, Québec.

SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (1999). *Programme d'adaptation de domicile, guide à l'intention des ergothérapeutes*, Québec.

SOCIÉTÉ LOGIQUE (1992). *Habitations Perras, 44 unités d'habitation universellement accessibles*, Montréal, Société Logique inc.

SOCIÉTÉ LOGIQUE (1995). *Accessibilité des bâtiments : commentaires sur la réglementation provinciale*, Montréal, Société Logique inc., 21 p.

Activités de la vie quotidienne

Pierre Lafontaine

Alain Saucier

Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Élisabeth Dutil

École de réadaptation

Université de Montréal

Introduction

Une incapacité survenue à la suite d'une déficience physique ou mentale implique souvent des limitations, plus ou moins sévères, dans l'exercice de différentes activités qui permettent de fonctionner normalement dans la société. L'Organisation Mondiale de la Santé a proposé six « rôles de survie » pour mesurer les conséquences sociales de la maladie ou de l'incapacité (WHO, 1980; Wood, 1980; OMS, 1988). Ces rôles représentent un ensemble de capacités fondamentales nécessaires pour survivre dans toute société. Ce sont l'orientation dans le temps et dans l'espace, l'indépendance physique, la mobilité physique (la capacité de se mouvoir efficacement dans son environnement), une occupation appropriée (selon son âge, son sexe et sa culture), l'intégration sociale et finalement l'indépendance économique. La difficulté pour un individu d'accomplir un de ces « rôles de survie » le place en situation de désavantage social ou de handicap (OMS, 1988).

Un de ces rôles fondamentaux, l'indépendance physique, concerne la capacité de maintenir une existence indépendante de façon efficace relativement aux besoins immédiats du corps y compris la nutrition et l'hygiène personnelle (Robine, 1992). Elle est en général mesurée par rapport aux actes élémentaires de la vie quotidienne. La recherche sur cet aspect a donné lieu notamment au développement d'un indice

d'activités de la vie quotidienne, l'indice ADL (Activities of Daily Living) (Katz et Akpom, 1976a et 1976b). Cet indice vise à mesurer la capacité des individus à réaliser certaines activités de base, qu'il s'agisse de fonctions indispensables au maintien de la vie (la nutrition ou la continence) ou d'autres activités essentielles ayant trait au corps comme le bain, l'habillage, la toilette ou le transfert du lit au fauteuil (Katz et autres, 1970). Ces activités qui concernent directement la personne sont mieux connues sous le nom d'activités de la vie quotidienne (AVQ).

Des études ont également porté sur un second type d'activités souvent identifiées sous le nom d'activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) ou activités de la vie domestique (AVD) (Lawton et Brody, 1969; Colvez, Gardent et Bucquet, 1990). Il s'agit d'activités habituelles telles que l'achat de produits essentiels ou l'exécution de travaux ménagers courants (épousseter, faire du rangement). Les études concernant l'ensemble de ces activités (AVQ et AIVQ) cherchent à évaluer l'autonomie ou l'indépendance des personnes dans la réalisation de ces tâches ainsi que l'aide nécessaire à leur accomplissement.

Les renseignements sur le besoin d'aide dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, incluant les activités de la vie domestique, sont utiles aux chercheurs et aux planificateurs. Ils servent à mieux identifier les besoins en services des personnes ayant

une incapacité (Chen et Wilkins, 1998). Ils contribuent également à évaluer, jusqu'à un certain point, l'impact des politiques et des mesures mises de l'avant pour favoriser le maintien à domicile des personnes ayant une incapacité (Robine et Colvez, 1984).

L'Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998 permet d'examiner l'impact de l'incapacité sur la réalisation de certaines activités quotidiennes. Ce chapitre, qui s'intéresse plus particulièrement à l'aide dans la réalisation de ces activités, a pour objectifs :

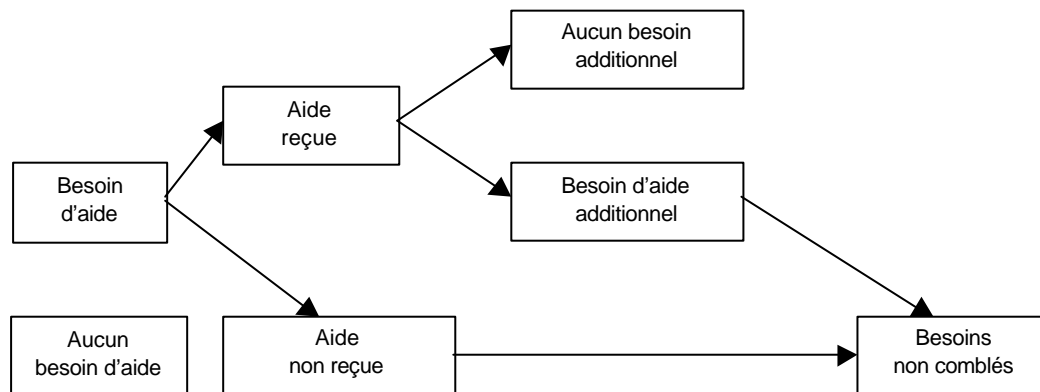
- de connaître la proportion de Québécois ayant une incapacité qui ont besoin d'aide dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et les caractéristiques de cette population;
- de connaître, chez les personnes recevant de l'aide, quelles sont les sources de l'aide reçue, la

fréquence à laquelle cette aide est dispensée, et la proportion de personnes qui doivent payer pour recevoir cette aide.

Les caractéristiques de la population à l'étude analysées sont l'âge, le sexe, le niveau de gravité de l'incapacité, la nature de l'incapacité, le revenu du ménage et la zone de résidence.

Cinq dimensions de l'aide sont retenues dans cette analyse (figure 8.1) : le besoin d'aide, l'aide reçue, l'aide non reçue, les besoins d'aide additionnelle (chez les personnes recevant déjà de l'aide) et les besoins non comblés. L'information recueillie sur l'aide reçue et l'aide non reçue permet d'examiner la population ayant besoin d'aide pour la réalisation des activités de la vie quotidienne. En outre, l'information sur l'aide non reçue, jumelée avec celle sur les besoins d'aide additionnelle exprimés par les personnes recevant déjà de l'aide, constitue une mesure globale des besoins d'aide non comblés.

Figure 8.1
Dimensions de l'aide



Par ailleurs, la fréquence de l'aide reçue fournit une indication supplémentaire de l'étendue des besoins, alors que l'information sur les sources d'aide, en plus de renseigner sur l'importance de chacune d'elles, permet de décrire leurs liens avec la personne recevant de l'aide. Cette information donne un aperçu de l'importance des réseaux formels (ex. : CLSC) et informels (ex. : conjoint, enfants, amis, voisins) d'entraide.

Les diverses dimensions de l'aide sont analysées pour un certain nombre d'activités de la vie quotidienne qui sont regroupées ici en trois types, soit l'aide personnelle, l'aide pour les tâches domestiques et l'aide pour les gros travaux ménagers. Le premier type d'activités fait davantage référence aux activités de la vie quotidienne (AVQ) alors que les tâches domestiques concernent les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).

8.1 Aspects méthodologiques

L'information utilisée provient de la section C du questionnaire de l'EQLA (QA-115 à 153b) qui s'adresse aux personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité. Les questions portent sur la capacité du répondant à effectuer certaines activités de tous les jours. Le questionnaire est structuré de telle sorte que pour chacune des activités considérées, une séquence de questions permet de mesurer chacune des dimensions de l'aide. Chaque séquence commence par une question cherchant à établir si la personne reçoit de l'aide pour la réalisation de cette activité (exemple : QA-115 : « Qui prépare habituellement vos repas? Vous seul. Vous-même et quelqu'un d'autre. Quelqu'un d'autre ».) et, en second lieu, si l'aide reçue est rendue nécessaire en raison de l'état ou d'un problème de santé (ex. : QA-116) (aide reçue). Chez les personnes qui reçoivent de l'aide, des questions supplémentaires sont ensuite posées sur les sources d'aide, sa fréquence, la nécessité de payer pour ce service (ex. : QA-117 à 119) et le besoin d'aide additionnelle (ex. :

QA-120b). Une autre question mesure le besoin d'aide chez les personnes qui n'en reçoivent pas (ex. : QA-120a) (aide non reçue).

Dans ce chapitre, seule l'aide requise (reçue ou non) en raison de l'état ou d'un problème de santé est retenue. Les personnes ayant besoin d'aide sont définies comme étant celles qui reçoivent de l'aide ou qui n'en reçoivent pas mais qui déclarent en avoir besoin (aide reçue ou aide non reçue). Les personnes ayant des besoins non comblés sont définies comme étant celles qui ne reçoivent pas d'aide mais déclarent en avoir besoin ou celles qui en reçoivent mais ont besoin d'aide additionnelle (aide non reçue ou besoin d'aide additionnelle).

Dans les analyses présentées, les proportions portant sur le besoin d'aide ont pour dénominateur la population avec incapacité de 15 ans et plus. Les proportions portant sur l'aide reçue, l'aide non reçue et les besoins non comblés ont pour dénominateur la population ayant besoin d'aide. Enfin, le besoin d'aide additionnelle a comme dénominateur la population qui reçoit de l'aide.

L'aide pour les activités de la vie quotidienne est examinée pour trois types d'activités. L'aide personnelle inclut l'aide pour la préparation des repas, les soins personnels (se laver, faire sa toilette, s'habiller, manger) et les déplacements à l'intérieur de la résidence (QA-115 à 120b, 145 à 149a et 150 à 153b). L'aide pour les tâches domestiques inclut les achats d'épicerie ou d'autres produits essentiels, les travaux ménagers courants (épousseter, ranger) et les finances personnelles (transactions bancaires, paiement de factures) (QA-121 à 126b, 127 à 132b et 139 à 144b). Les questions 133 à 138b se rapportent aux gros travaux ménagers (lavage des murs, entretien extérieur ou déneigement). Ce regroupement en trois types d'activités, en plus de son intérêt pour la planification des services, permet d'améliorer la précision des estimations.

Une personne est considérée comme recevant de l'aide si elle en reçoit pour au moins une des activités considérées (ex. : la préparation des repas) dans un type d'activités donné (dans ce cas, l'aide personnelle). Par ailleurs, si cette même personne ne reçoit pas l'aide dont elle a besoin pour au moins une autre activité du même type (ex. : les déplacements à l'intérieur du domicile), elle est également incluse parmi les personnes n'ayant pas reçu d'aide pour ce type d'activités (toujours l'aide personnelle). Donc, une même personne peut, pour un type d'activités donné, être dénombrée à la fois aux variables « aide reçue » et « aide non reçue », de sorte que la somme du nombre estimé de personnes ayant reçu de l'aide et de celui des personnes n'ayant pas reçu d'aide peut être supérieure au nombre estimé de personnes ayant besoin d'aide. De même, la somme des proportions apparaissant aux variables « aide reçue » et « aide non reçue » peut être supérieure à 100 pour les types d'activités « aide personnelle » et « tâches domestiques » puisqu'ils comprennent chacun plus d'une activité.

Par ailleurs, une personne peut à la fois avoir une « aide non reçue » pour certaines activités et un « besoin d'aide additionnelle » pour d'autres. Ceci fait en sorte que la somme du nombre estimé de personnes pour ces deux variables peut être supérieure au nombre estimé de personnes ayant des « besoins non comblés », lesquelles sont définies par la présence de l'une ou l'autre de ces variables.

8.2 Résultats

8.2.1 Besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne selon l'âge et le sexe

En 1998, environ 480 000 Québécois, soit la moitié (50 %) de la population de 15 ans et plus ayant une incapacité, ont besoin d'aide dans la réalisation de leurs activités quotidiennes (tableau 8.1). Cette proportion est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (57 % c. 40 %) ainsi que dans la population de 65 ans

et plus (72 % des femmes et 54 % des hommes). Environ 90 % des personnes ayant besoin d'aide en reçoivent; cette proportion est plus élevée chez les personnes de 65 ans et plus (94 %), surtout chez les femmes.

On estime par ailleurs que 26 % des personnes ayant besoin d'aide ne reçoivent pas l'aide requise pour au moins une des activités considérées dans l'enquête. Cette proportion est significativement plus élevée chez les 15-64 ans (30 %). En outre, quelque 21 % des personnes qui reçoivent déjà de l'aide déclarent avoir besoin d'aide additionnelle pour au moins une des activités à l'étude. Dans l'ensemble, c'est donc près de 40 % des personnes ayant besoin d'aide qui ont des besoins non comblés, soit parce qu'elles ne reçoivent pas d'aide ou qu'elles ont besoin d'aide additionnelle. Cette proportion s'élève à 44 % chez les 15-64 ans comparativement à 35 % chez les personnes de 65 ans et plus. L'enquête de 1998 permet d'estimer que 192 000 Québécois ayant une incapacité ont des besoins d'aide non comblés pour la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne.

Le pourcentage de personnes ayant besoin d'aide pour les différentes activités de la vie quotidienne se situe à 13 % pour l'aide personnelle, 31 % pour les tâches domestiques et 42 % pour les gros travaux ménagers (tableau 8.2). Quel que soit le type d'activités considéré, le besoin d'aide est toujours plus élevé dans la population de 65 ans et plus. Par ailleurs, la proportion de personnes qui reçoivent de l'aide est aussi plus élevée chez les personnes âgées que chez les 15-64 ans pour les tâches domestiques (88 % c. 76 %) et les gros travaux ménagers (92 % c. 86 %). Inversement, la proportion de personnes ne recevant pas l'aide requise est nettement plus élevée chez les 15-64 ans que chez les personnes âgées pour ces deux types d'activités. Le quart des personnes qui ont besoin d'aide ne reçoivent pas l'aide requise dans le cas de l'aide personnelle (25 %) ou des travaux domestiques (25 %), tandis que cette proportion est de 11 % dans le cas des gros travaux ménagers.

Tableau 8.1

Dimensions de l'aide pour les activités de la vie quotidienne selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Besoin d'aide	Aide reçue ¹	Aide non reçue ¹	Besoin d'aide additionnelle ²	Besoins d'aide non comblés ¹
	%				
Hommes					
15-64 ans	34,0	85,6	24,6	24,3	41,5
65 ans et plus	53,7	90,1	20,3 *	13,6 *	30,7
Total	40,3	87,5	22,8	19,5	36,9
Femmes					
15-64 ans	47,6	86,1	33,4	22,9	45,5
65 ans et plus	71,6	96,0	22,1	21,1	37,1
Total	56,7	90,8	28,0	22,0	41,5
Sexes réunis					
15-64 ans	41,4	85,9	30,1	23,4	44,0
65 ans et plus	64,4	94,0	21,5	18,7	34,9
Total	49,5	89,6	26,1	21,1	39,9
Pe '000	479,9	430,4	126,6	90,8	191,7

1. Parmi les personnes ayant besoin d'aide.

2. Parmi les personnes recevant de l'aide.

* 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 8.2

Dimensions de l'aide pour les activités de la vie quotidienne selon le type d'activités et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Besoin d'aide	Aide reçue ¹	Aide non reçue ¹	Besoin d'aide additionnelle ²	Besoins d'aide non comblés ¹
	%				
Aide personnelle					
15-64 ans	10,6	74,7	28,5	8,9 **	34,4
65 ans et plus	18,7	82,4	20,5 *	12,9 **	30,2
Total	13,5	78,5	24,6	10,9 *	32,4
Tâches domestiques					
15-64 ans	24,4	76,0	31,4	16,6 *	42,7
65 ans et plus	41,8	88,4	18,8	11,0 *	26,8
Total	30,5	82,0	25,3	13,7	35,1
Gros travaux ménagers					
15-64 ans	34,0	85,9	14,1	21,6	32,7
65 ans et plus	56,4	92,0	8,4 *	17,5	24,4
Total	41,8	88,8	11,4	19,6	28,8

1. Parmi les personnes ayant besoin d'aide.

2. Parmi les personnes recevant de l'aide.

* 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 besoins non comblés (aide non reçue ou besoin d'aide additionnelle) diffèrent de façon notable selon l'âge. Ainsi, 43 % des personnes de 15-64 ans ayant besoin d'aide ont des besoins non comblés pour au moins une des activités domestiques comparativement à 27 % des personnes de 65 ans et plus. On observe le même phénomène pour les gros travaux ménagers avec des proportions de 33 % chez les 15-64 ans et de 24 % chez les personnes de 65 ans et plus.

Quel que soit le type d'activités considéré, la proportion de personnes ayant besoin d'aide pour la réalisation des activités de la vie quotidienne est moins élevée chez les hommes que chez les femmes (l'aide personnelle 11 % c. 15 %, les tâches domestiques 24 % c. 36 % ou les gros travaux ménagers 33 % c. 49 %) (tableau 8.3). Par contre, la proportion de

personnes qui reçoivent de l'aide est plus grande chez les hommes que chez les femmes pour l'aide personnelle (89 % c. 73 %), mais moins élevée pour les gros travaux (85 % c. 91 %). Les différences entre les sexes sont aussi significatives en ce qui a trait à l'aide non reçue pour les trois types d'activités. Finalement, on constate que les hommes sont proportionnellement moins nombreux à avoir des besoins non comblés au chapitre de l'aide personnelle (21 % c. 39 %) et des tâches domestiques (27 % c. 39 %).

Un tableau complémentaire en annexe (tableau C.8.1) présente, pour chacune des activités comprises dans les trois types, trois dimensions de l'aide considérées dans cette analyse (le besoin d'aide, l'aide reçue et les besoins d'aide non comblés) selon l'âge.

Tableau 8.3

Dimensions de l'aide pour les activités de la vie quotidienne selon le type d'activités et le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Besoin d'aide	Aide reçue ¹	Aide non reçue ¹	Besoin d'aide additionnelle ²	Besoins d'aide non comblés ¹
	%				
Aide personnelle					
Hommes	11,0	88,8	14,5**	9,2**	21,0*
Femmes	15,4	72,7	30,2	12,2**	38,8
Tâches domestiques					
Hommes	23,6	85,9	19,5	10,6*	27,3
Femmes	36,0	80,0	28,3	15,4	39,0
Gros travaux ménagers					
Hommes	32,9	85,1	15,0	18,5	30,8
Femmes	48,8	90,7	9,5	20,1	27,7

1. Parmi les personnes ayant besoin d'aide.

2. Parmi les personnes recevant de l'aide.

* 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*.

8.2.2 Besoin d'aide selon la nature et la gravité de l'incapacité

Le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne est significativement associé à la présence de chacun des types d'incapacité (tableau 8.4). Ainsi, la proportion de personnes ayant besoin d'aide est plus élevée chez les personnes ayant une incapacité de la parole que chez celles qui n'ont pas ce type d'incapacité (71 % c. 48 %). Cette proportion est aussi plus élevée chez les personnes ayant une incapacité liée à la mobilité (68 % c. 28 %), à l'agilité (65 % c. 35 %), à la vision (60 % c. 48 %) ou aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (59 % c. 46 %). À l'inverse, les personnes ayant une incapacité liée à l'audition ont moins besoin d'aide, en proportion, que les personnes n'ayant pas ce

type d'incapacité (38 % c. 54 %). De même, 39 % des personnes ayant une incapacité de type « autre », c'est-à-dire une incapacité physique de nature non définie, ont besoin d'aide, alors que c'est le cas de la moitié (51 %) des personnes n'ayant pas ce type d'incapacité. Rappelons que l'interprétation de ces associations doit tenir compte du fait qu'une personne peut avoir plus d'une incapacité.¹

¹ Les résultats présentés ici ne permettent donc pas d'établir si le besoin d'aide est associé de façon causale à la présence d'un type d'incapacité. Par exemple, une personne ayant une incapacité liée à l'audition pourrait avoir besoin d'aide en raison d'une incapacité d'une autre nature, liée à la mobilité par exemple, sans que cette personne ait un besoin d'aide pour l'audition.

Tableau 8.4

Dimensions de l'aide pour les activités de la vie quotidienne selon la nature de l'incapacité¹, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Besoin d'aide	Aide reçue ²	Aide non reçue ²	Besoin d'aide additionnelle ³	Besoins d'aide non comblés ²
	%				
Audition					
Oui	37,8	92,2	24,3	21,8 *	40,0
Non	53,5	89,0	26,7	21,1	40,0
Vision					
Oui	60,0	93,1	24,5 *	17,3 *	35,2
Non	48,2	89,2	24,4	21,8	40,6
Parole					
Oui	70,6	93,6	19,1 *	18,8 **	36,7 *
Non	48,3	89,3	26,7	21,3	40,1
Mobilité					
Oui	68,4	92,4	26,0	23,4	41,1
Non	28,1	82,0	26,8	14,4 *	36,9
Agilité					
Oui	65,3	92,1	27,0	23,1	41,5
Non	34,7	85,5	24,5	17,6	37,0
Intellect/santé mentale					
Oui	58,6	88,2	29,3	25,8	44,6
Non	46,4	90,3	24,7	19,2	37,6
Autre					
Oui	39,0	82,9	26,1 *	20,1 *	40,4
Non	50,6	90,2	26,2	21,2	39,8

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

2. Parmi les personnes ayant besoin d'aide.

3. Parmi les personnes recevant de l'aide.

* 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*.

On observe cependant moins d'associations significatives entre la nature de l'incapacité et les autres dimensions de l'aide. Trois types d'incapacité sont associés significativement à l'aide reçue. Les personnes ayant une incapacité liée à la mobilité ou à l'agilité reçoivent en proportion plus d'aide que celles qui n'ont pas ce type d'incapacité (respectivement 92 % c. 82 % et 92 % c. 86 %). À l'inverse, les personnes ayant une incapacité de nature non définie (« autre ») reçoivent moins d'aide que les personnes ayant l'un ou l'autre des types d'incapacité définis (83 % c. 90 %). Les personnes ayant une incapacité liée à la mobilité sont également plus nombreuses en proportion à avoir besoin d'aide additionnelle que les personnes qui n'ont pas ce type d'incapacité (23 % c. 14 %). Finalement, les personnes ayant une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale sont proportionnellement plus nombreuses à avoir besoin d'aide additionnelle (26 % c. 19 %) et à avoir des besoins non comblés (45 % c. 38 %) que celles qui n'ont pas ce type d'incapacité.

L'enquête révèle également des liens entre la gravité de l'incapacité et trois des dimensions de l'aide étudiées. Près de 80 % des personnes présentant une incapacité modérée ou grave ont besoin d'aide pour la réalisation d'au moins une activité de la vie quotidienne comparativement à environ 31 % des personnes ayant une incapacité légère (tableau 8.5). La proportion de personnes qui reçoivent de l'aide est également plus élevée chez les personnes ayant une incapacité modérée ou grave (93 % c. 84 %). Malgré cela, près de 25 % des personnes avec une incapacité modérée ou grave qui reçoivent de l'aide auraient besoin d'une aide additionnelle, comparativement à 15 % chez les personnes ayant une incapacité légère. Toutefois, on n'observe pas de différence significative dans l'enquête entre les deux groupes pour l'aide non reçue et l'ensemble des besoins non comblés (aide non reçue et besoin d'aide additionnelle).

Tableau 8.5

Dimensions de l'aide pour les activités de la vie quotidienne selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Besoin d'aide	Aide reçue ¹	Aide non reçue ¹	Besoin d'aide additionnelle ²	Besoins d'aide non comblés ¹
	%				
Gravité de l'incapacité					
Légère	30,8	84,3	28,2	14,9	37,8
Modérée ou grave	78,2	92,9	24,9	24,6	41,1

1. Parmi les personnes ayant besoin d'aide.

2. Parmi les personnes recevant de l'aide.

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

Tableau 8.6

Dimensions de l'aide pour les activités de la vie quotidienne selon le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Besoin d'aide	Aide reçue ¹	Aide non reçue ¹	Besoin d'aide additionnelle ²	Besoins d'aide non comblés ¹
	%				
Niveau de revenu					
Très pauvre	53,5	79,7	43,2	29,5 *	56,0
Pauvre	56,9	89,6	31,1	26,3	48,7
Moyen inférieur	52,2	92,5	20,8	19,1	34,5
Moyen supérieur	43,2	89,8	22,1	17,5 *	34,3
Supérieur	36,0	93,8	20,2 **	13,5 **	28,0 *

1. Parmi les personnes ayant besoin d'aide.

2. Parmi les personnes recevant de l'aide.

* 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*.

8.2.3 Besoin d'aide selon le niveau de revenu et la zone de résidence

Les personnes des ménages dont les revenus sont les plus élevés (supérieur et moyen supérieur) ont besoin d'aide dans une plus faible proportion (36 % et 43 % respectivement) que celles des autres classes de revenu où ces proportions dépassent 50 % (tableau 8.6).

Par ailleurs, la proportion de personnes recevant de l'aide est moins élevée chez les personnes de ménages très pauvres (80 %) que chez celles des ménages ayant un revenu moyen inférieur (93 %) (tableau 8.6). La situation défavorable des personnes des ménages les moins fortunés se confirme de façon générale au chapitre de l'aide non reçue, des besoins d'aide additionnelle et des besoins non comblés, les proportions étant nettement plus élevées chez les personnes très pauvres et, dans une moindre mesure, chez les personnes pauvres.

Les populations avec incapacité des milieux urbain et rural se distinguent pour deux des dimensions de l'aide analysées. Les personnes vivant en milieu urbain sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer ne pas recevoir l'aide dont elles ont besoin (27 % c. 20 %²) ; par

² Cette proportion a un coefficient de variation entre 15 % et 25 % et doit être interprété avec prudence.

contre, elles sont moins nombreuses à déclarer avoir besoin d'aide additionnelle que les personnes de milieu rural (20 % c. 27 %²). Conséquemment, dans l'ensemble, les besoins non comblés des deux populations ne diffèrent pas de façon significative selon l'enquête (données non présentées).

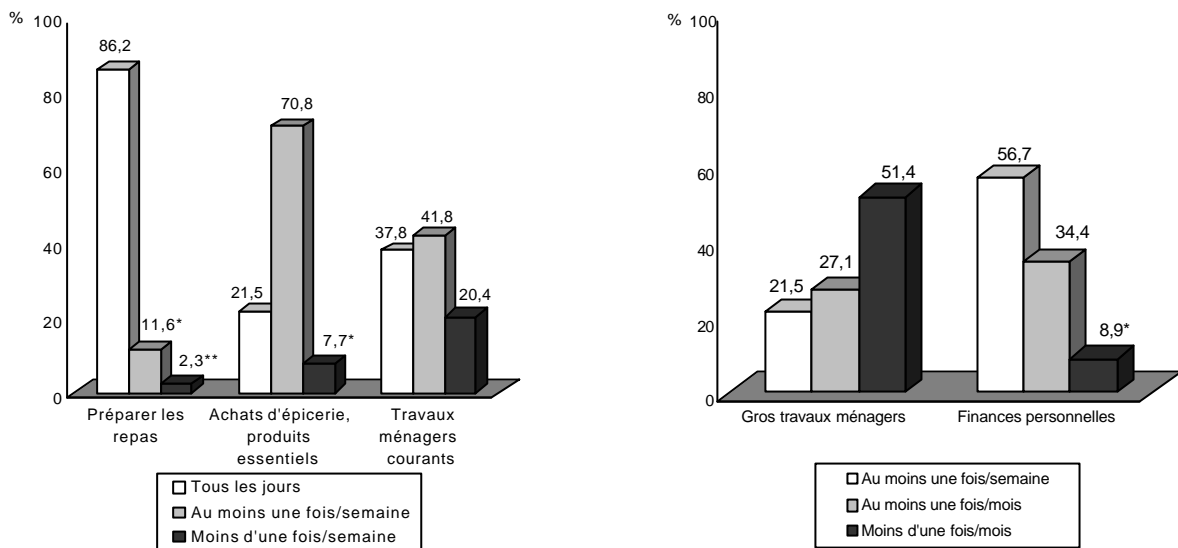
8.2.4 Fréquence, sources et coûts de l'aide reçue

Fréquence de l'aide reçue

La fréquence de l'aide reçue pour la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne s'avère un élément important pour une meilleure connaissance de l'impact de l'incapacité et de la demande qu'elle peut engendrer sur le plan des services à rendre à cette population. L'enquête examine la fréquence de l'aide reçue pour cinq activités : la préparation des repas, les achats d'épicerie et d'autres produits essentiels, les travaux ménagers courants, les gros travaux ménagers et les finances personnelles.

Figure 8.2

Fréquence de l'aide reçue pour certaines activités de la vie quotidienne, population de 15 ans et plus avec incapacité et recevant de l'aide¹, Québec, 1998



- Le dénominateur diffère pour chaque activité. La fréquence de chaque activité est établie en proportion de la population recevant de l'aide pour cette activité.
- * 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*.

Chez les personnes qui reçoivent de l'aide, la fréquence de l'aide est élevée pour la préparation des repas, les achats d'épicerie ou de produits essentiels et les travaux ménagers courants (figure 8.2). Dans les deux premiers cas, les proportions de personnes qui reçoivent de l'aide tous les jours ou au moins une fois par semaine sont supérieures à 90 %. On remarque plus particulièrement que 86 % des personnes aidées pour la préparation des repas reçoivent cette aide tous les jours. Par ailleurs, environ 71 % des personnes qui reçoivent de l'aide pour les achats de biens essentiels déclarent être aidées au moins une fois par semaine.

Tableau 8.7
Fréquence de l'aide reçue pour les travaux ménagers selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité et recevant de l'aide¹, Québec, 1998

	15-64 ans	65 ans et plus
	%	
Travaux ménagers courants		
Tous les jours	45,2	31,2
Au moins une fois/semaine	43,2*	40,6
Moins d'une fois/semaine	11,6	28,2
Gros travaux ménagers		
Au moins une fois/semaine	25,2	17,7
Au moins une fois/mois	26,7	27,6
Moins d'une fois/semaine	48,1	54,7

- La fréquence de chaque activité est établie en proportion de la population recevant de l'aide pour cette activité.
- * Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

La fréquence de l'aide pour les finances personnelles est également non négligeable : 57 % des personnes qui reçoivent de l'aide pour leurs finances personnelles déclarent s'en prévaloir au moins une fois par semaine. Enfin, notons qu'environ la moitié de la population recevant de l'aide pour les gros travaux ménagers en bénéficie moins d'une fois par mois.

La fréquence de l'aide pour chacune de ces activités a été examinée selon l'âge. Les personnes âgées de 65 ans et plus reçoivent moins fréquemment de l'aide pour les travaux ménagers courants ou les gros travaux ménagers que celles de 15-64 ans (tableau 8.7). L'enquête ne permet pas d'observer de variation significative de la fréquence de l'aide selon l'âge pour les autres activités (préparation des repas, achats

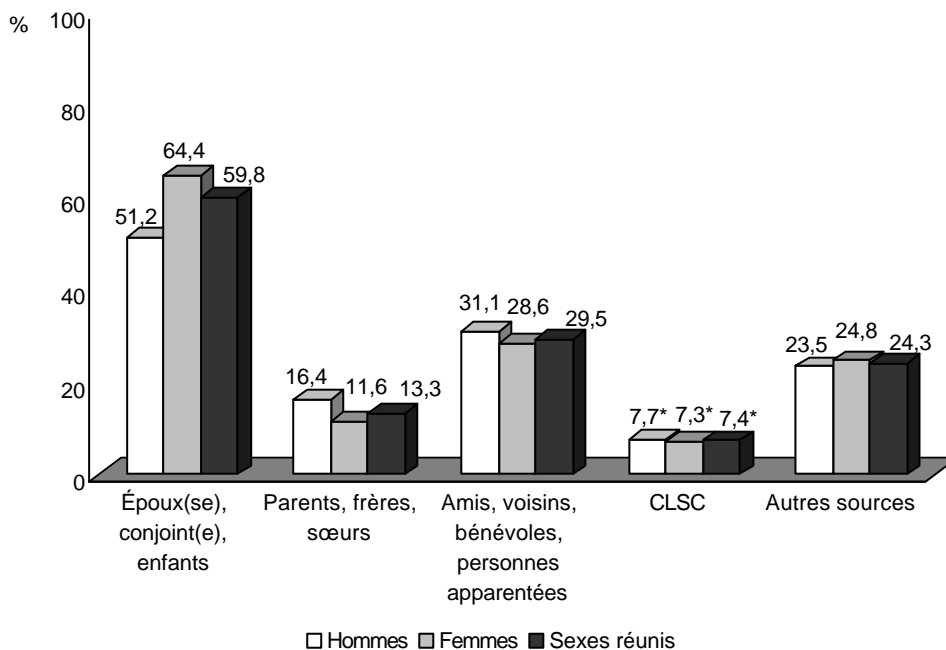
essentiels, finances personnelles).

Sources de l'aide reçue

Le conjoint et les enfants demeurent la source d'aide la plus fréquente (60 %) tant chez les hommes que chez les femmes qui reçoivent de l'aide (figure 8.3). Les amis, voisins, bénévoles et autres personnes apparentées, de même que les personnes et organismes inclus dans les « autres sources » d'aide sont aussi rapportés dans des proportions appréciables (30 % et 24 % respectivement). Enfin, les CLSC, à savoir le personnel du CLSC ou encore une personne payée par le CLSC, constituent la source d'aide la moins mentionnée alors que moins de 10 % des personnes recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne y recourent.

Figure 8.3

Sources de l'aide reçue¹ pour les activités de la vie quotidienne selon le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité et recevant de l'aide, Québec, 1998



1. Une personne peut utiliser plus d'une source d'aide.

* 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*.

Mentionnons que les « autres sources » d'aide incluent des sources d'aide variées : par exemple, les familles et résidences d'accueil, les personnes engagées (femmes de ménage, contractuels, etc.), des services comme la popote roulante et la concierge de l'édifice. Toutefois, les personnes engagées sont plus souvent sollicitées pour les travaux ménagers courants et surtout les gros travaux ménagers (données non présentées).

Le conjoint et les enfants sont une source d'aide utilisée plus fréquemment par les femmes; près de 64 % d'entre elles y recourent comparativement à environ 51 % des hommes. Le recours à toutes les autres sources d'aide ne montre pas de différence significative selon le sexe dans cette enquête.

L'enquête montre par ailleurs que les hommes de 65 ans et plus recourent en plus grande proportion au conjoint et aux enfants que ceux de 15-64 ans (60 % c. 44 %) (la différence chez les femmes n'est pas significative) (tableau 8.8). De plus, les parents ainsi que les frères et

sœurs constituent une source d'aide plus importante pour les personnes de 15-64 ans que pour les plus âgées (21 % c. 5 %). Les différences de recours au CLSC sont aussi marquées entre les personnes de 15-64 ans et celles de 65 ans et plus (4 % c. 11 %). Soulignons que près du tiers (32 %) des personnes de 65 ans et plus utilisent les ressources incluses dans « autres sources » comparativement à 17 % des personnes plus jeunes.

Coûts de l'aide reçue

Le fait de devoir payer pour l'aide reçue dans la réalisation d'au moins une activité de la vie quotidienne a été analysé selon quatre indicateurs, soit l'âge, le sexe, le niveau de revenu du ménage et la zone de résidence. Rappelons que les coûts dont il est question ici sont ceux pour lesquels les personnes n'ont obtenu aucun remboursement.

Tableau 8.8

Sources de l'aide reçue¹ pour les activités de la vie quotidienne selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité et recevant de l'aide, Québec, 1998

	Époux(se), conjoint(e), enfants	Parents, frères, sœurs	Amis, voisins, bénévoles, personnes apparentées	CLSC	Autres sources
	%				
15-64 ans					
Hommes	44,0	28,7	27,7	4,7 **	20,2 *
Femmes	66,4	16,7	26,1	3,6 **	15,5
Total	58,0	21,2	26,7	4,0 *	17,2
65 ans et plus					
Hommes	60,4	0,8 **	35,5	11,4 *	27,8
Femmes	62,3	6,5 *	31,0	10,9 *	33,9
Total	61,7	4,7 *	32,4	11,1	31,9

1. Une personne peut utiliser plus d'une source d'aide.

* 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*.

Chez les personnes qui reçoivent de l'aide, la proportion de celles qui doivent en assumer les coûts est de l'ordre de 37 %, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (tableau 8.9). Cette proportion est significativement plus élevée chez les personnes âgées que chez celles de 15-64 ans (48 % c. 28 %).

Près de la moitié (47 %) des personnes vivant en milieu rural doivent déboursier pour obtenir de l'aide comparativement à 36 % des personnes vivant en milieu urbain (données non présentées). Par contre, il n'existe pas de différence significative selon le niveau de revenu (données non présentées).

Tableau 8.9

Personnes devant payer pour une aide à la réalisation d'au moins une activité de la vie quotidienne selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité et recevant de l'aide, Québec, 1998

	%
Hommes	
15-64 ans	33,5
65 ans et plus	43,3
Total	37,9
Femmes	
15-64 ans	24,4
65 ans et plus	49,6
Total	37,1
Sexes réunis	
15-64 ans	27,8
65 ans et plus	47,6
Total	37,4

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

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

La moitié de la population de 15 ans et plus ayant une incapacité, soit environ 480 000 Québécois, a besoin d'aide dans la réalisation de ses activités de la vie quotidienne, que ce besoin soit comblé ou non. Autrement dit, la moitié des adultes ayant une incapacité peuvent subvenir eux-mêmes à leurs besoins. Cette observation n'est pas étrangère au fait

que plus de 61 % de la population de 15 ans et plus avec incapacité présente une incapacité de gravité légère (voir chapitre 2). Ce besoin d'aide est associé de façon significative à l'âge, au sexe, à la gravité de l'incapacité et au niveau de revenu du ménage.

Les besoins d'aide augmentent considérablement avec l'âge et sont plus élevés chez les femmes. Cet écart entre les sexes peut s'expliquer entre autres par certaines caractéristiques socioculturelles ou économiques et par la nature des tâches à réaliser. On sait, par exemple, que les tâches domestiques sont davantage effectuées par les femmes; en présence d'une incapacité, celles-ci peuvent ne pas toujours bénéficier du soutien requis (Rochon, Saucier et Brunelle, 1993) De plus, elles peuvent avoir moins recours à des ressources externes en raison de leur niveau socio-économique souvent inférieur à celui des hommes. L'âge constitue également un facteur important puisque les femmes ayant une espérance de vie plus élevée que les hommes, elles sont proportionnellement plus nombreuses aux âges avancés et plus souvent seules.

Même si un pourcentage important des personnes qui ont besoin d'aide en 1998 en reçoivent (90 %), il n'en demeure pas moins qu'environ 40 % de la population ayant besoin d'aide voit certains de ses besoins non comblés, soit que l'aide requise n'est pas apportée ou encore qu'une aide additionnelle est nécessaire. L'enquête permet d'estimer qu'environ 192 000 Québécois sont dans cette situation. La proportion de personnes ayant des besoins non comblés est plus élevée chez les personnes de 15-64 ans que chez les personnes âgées, et ce, particulièrement pour les tâches domestiques et les gros travaux ménagers.

Le besoin d'aide est plus grand, en proportion, au sein de la population avec incapacité issue de ménages très pauvres, pauvres ou de revenu moyen inférieur que dans les ménages plus fortunés. Les besoins non comblés sont aussi, toute proportion gardée, plus

importants chez les personnes des ménages très pauvres et pauvres, alors que 44 % de cette population voit ses besoins non comblés. Le fait que les besoins d'aide non comblés sont plus élevés dans les ménages moins fortunés peut s'expliquer en partie par les régimes d'indemnisation. Certains régimes d'assurance publics ainsi que les régimes d'assurance privés offrent une couverture plus généreuse et des indemnités de remplacement du revenu plus élevées à leurs bénéficiaires que les programmes publics. Cette situation n'est pas sans lien avec le niveau de revenu et contribue sans doute au fait que les besoins non comblés sont moindres dans les ménages plus fortunés.

Les résultats de la présente enquête sur les besoins non comblés ne concordent pas, en ce qui a trait à l'âge, avec ceux d'une analyse réalisée avec les données de l'ESLA 1991 (Chen et Wilkins, 1998). Cette dernière concluait que, dans l'ensemble de la population canadienne, l'augmentation des besoins insatisfaits (ou non comblés) était liée au vieillissement et que ceux-ci étaient plus élevés chez les femmes. Les résultats de l'EQLA montrent, eux, que les besoins non comblés, ainsi que l'aide non reçue, sont plus importants en proportion chez les personnes de 15-64 ans ayant une incapacité que chez celles de 65 ans et plus. Par ailleurs, l'EQLA ne permet pas de détecter de différence significative selon le sexe. Ces divergences ou cette possible évolution entre 1991 et 1998 méritent d'être approfondies afin de dégager des facteurs explicatifs. Il est possible que celles-ci reflètent l'impact de divers programmes mis en place au cours de cette période.

Une comparaison plus détaillée des données de l'ESLA et de l'EQLA sur les activités de la vie quotidienne, comprenant une comparaison des données canadiennes et québécoises et des méthodes utilisées, constitue une piste de recherche intéressante. Il serait opportun de reprendre l'analyse contenue dans ce chapitre avec les données de l'ESLA 1991 afin de

comparer l'évolution dans le temps des différentes dimensions considérées ici (besoin d'aide, aide reçue, aide non reçue, besoin d'aide additionnelle, besoins non comblés).

Les résultats de l'enquête, à l'instar de ceux de l'ESLA 1991, illustrent bien l'importance qu'occupent les réseaux d'entraide informels dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. L'*Enquête sociale générale 1990* faisait également ressortir le fait que l'aide naturelle, c'est-à-dire le soutien et les services non professionnels que s'offrent entre eux les membres d'une communauté, constituait la première ressource permettant de pallier les pertes d'autonomie et qu'elle répondait à quelque 70 à 80 % des besoins des personnes âgées vivant à domicile (Lapierre, 1992).

Une analyse plus approfondie de la nature de l'aide informelle, provenant aussi bien de l'intérieur que de l'extérieur du ménage, et de sa complémentarité avec les sources formelles constitue une autre avenue de recherche intéressante. Elle pourrait apporter un éclairage sur les réseaux d'entraide qui sont en développement. Cette analyse pourrait voir à documenter le réseau d'entraide en fonction du statut socioéconomique, puisqu'il semble que les sources d'aide formelles soient davantage importantes chez les personnes financièrement défavorisées (Chen et Wilkins, 1998). Outre la dimension socioéconomique, la dimension géographique pourrait également être considérée (milieu urbain et milieu rural, régions centrales et régions périphériques). Une telle analyse pourrait être réalisée avec les données de la présente enquête. La structure du réseau d'entraide des personnes vivant seules pourrait faire l'objet d'une attention particulière. Une connaissance du niveau de soutien social des personnes ayant une incapacité apporterait une information complémentaire.

Parmi les sources d'aide formelles figurent les CLSC dont les services, selon l'enquête, sont utilisés par quelque 11 % des personnes de 65 ans et plus ayant

une incapacité qui reçoivent de l'aide. Cette proportion paraît faible à prime abord. Il y aurait lieu d'examiner ultérieurement le recours aux services du CLSC, notamment selon la gravité de l'incapacité car il est possible que les personnes présentant une incapacité modérée ou grave y recourent davantage. Une comparaison des sources d'aide pour divers types d'activités constitue également une piste de recherche intéressante.

Finalement il y aurait lieu ultérieurement d'approfondir l'analyse des diverses dimensions présentées dans ce chapitre en tenant compte du niveau de gravité de l'incapacité.

Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

Les données de la présente enquête sur les dimensions de l'aide en regard des activités de la vie quotidienne constituent une source privilégiée d'information pour la planification de services et l'évaluation des ressources nécessaires à la satisfaction de ces besoins d'aide. Par exemple, l'information sur la fréquence de l'aide reçue jumelée à celle sur les sources d'aide peut aider les planificateurs à estimer, sur le plan quantitatif, les besoins en ressources. Les données de l'EQLA s'avèrent déjà fort utiles dans le cadre des travaux de préparation d'une nouvelle politique québécoise de soutien à domicile. Elles permettent de déterminer les besoins en services de la population, de préciser la gamme des services de base à offrir et de quantifier les besoins en ressources. Elles fournissent également un portrait socioéconomique de la clientèle visée par ces services.

Ces données peuvent également servir à une réflexion sur l'accessibilité aux services, notamment pour les personnes les plus démunies sur le plan financier. Le même type de réflexion s'applique également aux personnes de 15 à 64 ans ayant une incapacité chez lesquelles plusieurs besoins d'aide demeurent non comblés, comme le montre l'enquête.

L'importance des sources informelles dans le réseau d'entraide, tout particulièrement celles de l'environnement immédiat des personnes ayant une incapacité, amène à se pencher sur la nécessité de soutenir les aidants naturels et de rendre plus disponibles les ressources appropriées; on pense notamment aux ressources légères de répit et de dépannage. Par ailleurs, avec le vieillissement de la population et l'accroissement de l'espérance de vie, la demande en ressources d'aide auprès du réseau formel pourrait augmenter de même que l'importance relative de ce réseau.

En conclusion, les données de l'EQLA permettent de répondre à diverses préoccupations qui s'inscrivent dans celle, plus large, de la réduction des situations de handicap chez les personnes ayant une incapacité, qui constitue un objectif de *La politique de la santé et du bien-être du Québec* (MSSS, 1992).

Bibliographie

CHEN, J., et R. WILKINS (1998). «Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 1, p. 41-53.

COLVEZ, A., H. GARDENT et D. BUCQUET (1990). « Validation d'indicateurs en gérontologie : application au domaine des indicateurs de capacité fonctionnelle » dans Groupe de recherche sur le besoin et les indicateurs en gérontologie, COLVEZ, A., et H. GARDENT (éd.). *Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie : information, validation, utilisation*, Paris, CTNERHI-INSERM, p.37-78.

KATZ, S., T.D. DOWNS, H. R. CASH et R. C. GRATZ (1970). « Progress in the development of the index of ADL », *Gerontologist*, vol. 10, p.23-30.

KATZ, S., et C. A. AKPOM (1976a). « A measure of primary sociological functions », *International Journal of Health Services*, vol. 6, p. 493-508.

KATZ, S., et C. A. AKPOM (1976b). « Index of ADL », *Medical Care*, suppl., p. 12-25.

LAPIERRE, L. (1992). « Mesures de l'aide extérieure que reçoivent et procurent les aînés », *Rapports sur la santé*, vol. 4, n° 4, p. 355-366.

LAWTON, M. P., et A. M. BRODY (1969). « Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living », *Gerontologist*, vol. 9, p. 179-186.

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

ROBINE, J.-M. (1992). « L'espérance de vie sans incapacité » dans Institut national de la santé et de la recherche médicale, ROBINE, J.-M., M. BLANCHET et J.E.DOWD (éd.), Paris, INSERM, *Espérance de santé – Analyses et prospectives*, p. 1-45.

ROBINE, J.-M., et A. COLVEZ (1984). « Espérance de vie sans incapacité et ses composantes : de nouveaux indicateurs pour mesurer la santé et les besoins de la population », *Population*, vol. 39, n° 1, p. 27-46.

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

WOOD, P. H. (1980). « Comment mesurer les conséquences de la maladie : la Classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps », *Chronique de l'OMS*, vol. 34, p. 400-405.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1980). *International classification of impairments, disabilities and handicaps, A manual of classification relating to the consequences of diseases*, Genève, 207 p.

Tableau complémentaire

Tableau C.8.1

Dimensions de l'aide pour chacune des activités de la vie quotidienne selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Besoin d'aide	Aide reçue ¹	Besoins d'aide non comblés ¹
	%		
Aide personnelle			
Préparation des repas			
15-64 ans	8,8	77,6	29,7
65 ans et plus	13,9	87,1	21,3*
Total	10,6	82,0	25,8
Soins personnels			
15-64 ans	3,0*	87,7	16,2**
65 ans et plus	9,3	79,1	29,3*
Total	5,2	82,3	24,4*
Déplacements à l'intérieur de la maison			
15-64 ans	2,0*	47,7*	54,0*
65 ans et plus	2,2**	79,6	27,8**
Total	2,1*	60,0	43,9*
Tâches domestiques			
Achat de produits essentiels			
15-64 ans	14,9	78,5	27,9
65 ans et plus	30,0	91,1	13,6*
Total	20,2	85,1	20,5
Travaux ménagers courants			
15-64 ans	17,1	73,2	39,6
65 ans et plus	30,1	84,5	25,5
Total	21,7	78,7	32,8
Finances personnelles			
15-64 ans	7,9	85,5	20,9*
65 ans et plus	15,6	92,8	9,8**
Total	10,6	89,3	15,2*
Gros travaux ménagers			
15-64 ans	34,0	85,9	32,7
65 ans et plus	56,4	92,0	24,4
Total	41,8	88,8	28,8

1. Parmi les personnes ayant besoin d'aide.

* 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*.

Chapitre 9

Déplacements

Yves Bussières
INRS–Urbanisation, Culture et Société

Jean-Pierre Thouez
Département de géographie
Université de Montréal

Anne Bernard
INRS-Urbanisation, Culture et Société

Introduction

Les nécessités de la vie quotidienne reliées aux cycles de vie¹ déterminent les besoins en déplacements. Pour les personnes avec incapacité, ces déplacements peuvent être limités par l'état de santé de l'individu mais aussi par les « barrières » physiques, psychosociales et politiques imposées par la société, ainsi qu'en raison de la variabilité géographique dans l'offre des services de transport adapté (Bussière et autres, 1996; Bernard, Bussière et Thouez, 1997). Malgré les efforts pour les diminuer, ces barrières expliquent encore pour les jeunes et les adultes, les problèmes d'insertion sociale, éducative et professionnelle, et pour les personnes âgées, l'isolement sur les plans physique et émotionnel (Thouez, 2001).

La prévalence de l'incapacité tend à augmenter avec l'âge (Thouez et autres, 1993 et 1994), en particulier aux âges avancés de 85 ans et plus; on note donc un accroissement important des restrictions de mobilité pour ce groupe d'âge, d'où les conséquences sur les besoins d'aide, entre autres pour le transport adapté (Bussière, Bernard et Thouez, 1998). Il faut noter que la notion de transport adapté ne réfère pas uniquement aux minibus

spécialisés. C'est aussi le transport par taxi pour personnes ayant une incapacité, ainsi que l'adaptation de véhicules personnels, des services de transport scolaire, des services réguliers de transport en commun urbain (autobus à plancher bas par exemple) et interurbain, sans oublier les adaptations dans le transport aérien et dans les services de traversier. Cambois, Robine et Brouard (1998) notent que si la part de l'espérance de vie sans maladie et sans incapacité s'accroît au sein de l'espérance de vie totale, la situation doit être nuancée selon les attributs de la personne âgée. En effet, l'âge à lui seul ne peut expliquer la demande en besoins d'aide personnelle pour accomplir les activités de la vie courante. Les besoins d'une personne dépendent de son autonomie fonctionnelle et de son état de santé, ainsi que de variables prédisposantes telles que l'âge, le sexe ou le statut socio-économique. Ils peuvent être comblés si des ressources formelles (présence et accessibilité des services) ou informelles (entourage) y répondent de façon satisfaisante.

Dans une première section, ce chapitre examine les limitations et difficultés concernant le déplacement pour de courts et de longs trajets ainsi que l'utilisation de certains modes de transport chez la population de 15 ans et plus avec incapacité vivant en ménage privé. La seconde section aborde la fréquence des déplacements de même que les modes de transport des adultes avec incapacité, d'abord pour les déplacements

¹ Le concept de cycles de vie réfère aux grandes étapes de la vie d'une personne définies selon l'âge ou aux trajectoires définies à partir de l'entrée dans des rôles majeurs dans la société ou de la sortie de ces rôles, par exemple le fait de devenir travailleur, conjoint ou parent puis de cesser de jouer ces rôles sociaux (Hétu, 1992).

locaux, puis pour les déplacements sur de longues distances. Afin de faire le lien avec les cycles de vie, les motifs de déplacement « travail », « études », « santé » et « autres » sont aussi pris en considération dans les analyses. Dans ces deux sections, les indicateurs sont analysés selon différentes caractéristiques sociodémographiques, économiques et sanitaires de la population étudiée. La troisième et dernière section, plus brève, concerne la population de 0 à 14 ans avec incapacité vivant en ménage privé et vise à en décrire les déplacements et les limitations dans ce domaine.

9.1 Aspects méthodologiques

Les questions sur les déplacements sont couvertes par la section F du questionnaire de suivi de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998 (EQLA)* des adultes (15 ans et plus) avec incapacité (QA-211 à QA-239) et par la section C du questionnaire de suivi des enfants de 0 à 14 ans (QE-53 à QE-60). L'EQLA fournit des renseignements relatifs aux déplacements locaux (courts trajets – moins de 80 km) et aux déplacements sur de longues distances (longs trajets – 80 km ou plus). Aucune information n'est toutefois disponible sur les déplacements sur de longues distances des enfants car les longs trajets ne sont pas couverts dans le questionnaire qui leur est adressé.

L'analyse traite d'abord du confinement à la demeure. Les analyses suivantes portent sur la difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets, le besoin d'accompagnement, le besoin ou l'utilisation de divers modes de transport et l'utilisation de certains aménagements spéciaux du véhicule; elles ne concernent que la population non confinée à la demeure et les déplacements locaux. La capacité ou non d'effectuer de longs trajets est examinée au sein de la population adulte avec incapacité.

Certaines informations ne sont disponibles que pour une sous-population donnée. Par exemple, les raisons invoquées pour ne pas quitter la demeure ne sont

fournies que pour les personnes confinées. Dans certains cas, la faiblesse des effectifs réduit les

possibilités d'analyse et ne permet pas de fournir des estimations précises; une mention accompagne alors la présentation des résultats.

La section « Déplacements » de l'EQLA a été sensiblement modifiée par rapport aux questionnaires de l'*Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986*, de même que celle de 1991. Dans ces dernières, il était quasiment impossible d'effectuer la mesure d'une demande de transport, à savoir le calcul d'un volume (nombre) de déplacements global ou par motif (Bussière, Thouez et Laroche, 1993), et ce, pour deux raisons principales : d'une part, la formulation qualitative des questions sur le nombre de déplacements, et, d'autre part, l'hétérogénéité des questions pour chacun des motifs de déplacement. En conséquence, les questions de l'EQLA relatives aux déplacements ont été revues afin de pouvoir dégager des indicateurs de déplacement basés sur les comportements adoptés au cours d'une période de référence, et d'être en mesure de chiffrer le nombre de déplacements. Dans ce chapitre, seuls les comportements de déplacement des personnes avec incapacité font l'objet d'analyses; le calcul de la demande de transport – avec le déplacement comme unité d'analyse – est réservé pour des études ultérieures.

Les déplacements effectués par les personnes sont définis par l'aller seulement (le retour n'est pas comptabilisé). Pour les déplacements locaux, la période de référence est la semaine, et pour les déplacements sur de longues distances, elle est de trois mois. La fréquence des déplacements se divise en quatre catégories : « aucun », « un à quatre », « cinq », « six et plus ». La non-mobilité au cours de la période de référence correspond à la première catégorie. Les personnes dites mobiles sont celles qui effectuent au moins un déplacement (2^e, 3^e et 4^e catégories regroupées). Enfin, les personnes se déplaçant fréquemment sont celles qui font six déplacements et

plus. Pour certaines analyses ne concernant que les personnes mobiles, la catégorie «aucun » est exclue, par définition.

Les motifs de déplacement retenus sont le travail, les études, les raisons de santé et les autres motifs (pour les 0-14 ans, le travail ne figure pas comme motif de déplacement). Les motifs de déplacement autres que le travail, les études ou la santé sont, par exemple, les loisirs, les courses, la visite d'un ami ou d'un parent. Une même personne peut effectuer des déplacements pour divers motifs. Contrairement aux déplacements pour des raisons de santé ou pour d'autres motifs qui concernent la population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, les déplacements pour le travail ne concernent que la population de 15 à 64 ans avec incapacité non confinée et ayant travaillé au cours de la semaine de référence. Enfin, l'analyse des déplacements pour les études porte uniquement sur la population de 15-64 ans avec incapacité non confinée et inscrite dans un établissement d'enseignement au moment de l'enquête.

Tous les modes de transport sont pris en compte. Pour les déplacements locaux, l'EQLA renseigne sur le mode de transport principal utilisé pour chacun des motifs de déplacement. Ces modes de transport sont l'automobile comme conducteur (sauf pour les enfants de 0-14 ans), l'automobile comme passager, le transport en commun ordinaire, la marche à pied, le taxi ordinaire, la bicyclette, le transport adapté, l'autobus scolaire et un autre mode. Il faut noter qu'ici le transport adapté ne réfère pas aux adaptations de différents modes de transport. Il désigne plutôt les services de transport adapté (autobus ou fourgonnette) offerts dans une localité. Les modes de transport secondaires utilisés par les individus dans leurs déplacements locaux ne sont pas couverts par l'enquête. Pour les longs déplacements, l'automobile comme conducteur, l'automobile comme passager, l'autobus

ordinaire, le train, le transport adapté, l'avion et un autre mode sont les modes de transport pour lesquels les renseignements sont disponibles, plusieurs modes de transport pouvant être utilisés par une personne.

Notons enfin que les modifications apportées aux questions de l'EQLA ont été faites avec le souci de conserver des questions des enquêtes ESLA précédentes afin de permettre l'analyse des variations temporelles dans le cadre d'études ultérieures.

9.2 Résultats

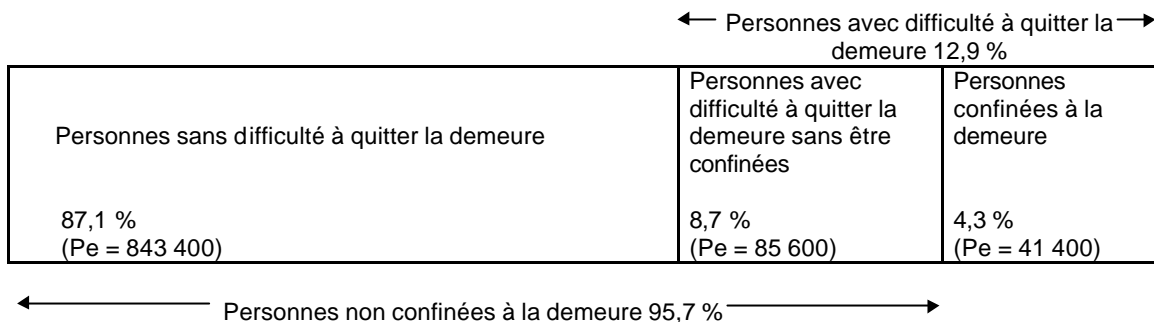
9.2.1 Limitations et difficulté concernant le déplacement des adultes

Chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité, environ 87 % ne déclarent aucune difficulté à quitter la demeure pour des déplacements locaux (trajets de moins de 80 kilomètres) et 13 % disent avoir de la difficulté à le faire. Ces dernières se répartissent comme suit : 9 % ne sont pas confinées à la demeure et 4,3 % le sont. Cette distribution est présentée à la figure 9.1.

Les résultats de l'analyse traitant du confinement à la demeure sont d'abord présentés à la section 9.2.1.1. La difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets et l'utilisation de certains modes de transport abordées aux sections 9.2.1.2 et 9.2.1.3 concernent uniquement les personnes avec incapacité non confinées à la demeure, soit environ 96 % de la population adulte avec incapacité. Enfin, la capacité ou non d'effectuer des déplacements sur de longues distances (section 9.2.1.4) porte sur l'ensemble de la population adulte avec incapacité.

Figure 9.1

Confinement et difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998



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

9.2.1.1 Confinement à la demeure

Sur l'ensemble des personnes ayant déclaré de la difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets, les personnes confinées comptent pour environ le tiers (tableau 9.1). Bien qu'elles constituent une faible minorité (4,3 %) lorsque rapportées à l'ensemble de la population adulte avec incapacité (figure 9.1), le nombre de personnes avec incapacité confinées à la demeure est estimé à environ 41 400 personnes au Québec. Chez les personnes ayant de la difficulté à quitter leur demeure, l'analyse des données ne permet pas d'observer une association entre la présence de confinement à la demeure et l'âge, ni entre le confinement et le sexe. Par contre, elle révèle une association avec la gravité de l'incapacité, la proportion de personnes confinées passant de 15 % chez les personnes ayant une incapacité légère à près de 43 % chez celles dont l'incapacité est grave (tableau 9.1).

Tableau 9.1

Confinement à la demeure selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité et ayant de la difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets¹, Québec, 1998

	%
Légère	15,1**
Modérée	22,6*
Grave	43,5
Total	32,9
Pe '000	41,4

1. Trajets de moins de 80 kilomètres.

* 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 personnes confinées à la demeure invoquent une ou plusieurs raisons pour expliquer le fait de ne pas quitter leur demeure pour de courts trajets. Les principales raisons sont : le fait de sortir aggrave le problème de santé (environ 55 % en font mention), le sentiment d'insécurité à l'extérieur de la demeure (41 %) et le besoin d'aide une fois rendu à destination (38 %) (tableau C.9.1). D'autres raisons sont mentionnées par les personnes confinées, en proportions plus faibles toutefois (entre 8 % et 24 %). Il s'agit notamment de la non-disponibilité d'un accompagnateur, de l'utilisation d'aides techniques non portatives et de l'absence de services de transport adapté.

9.2.1.2 Difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets

Les analyses présentées dans cette section portent sur les personnes de 15 ans et plus avec incapacité, à l'exclusion de celles qui sont confinées à la demeure. Parmi cette population, une minorité, soit près de 9 %, déclare avoir de la difficulté à quitter la demeure pour effectuer de courts trajets (tableau 9.2).

Tableau 9.2
Difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets¹ selon l'âge, le sexe et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998

	%
Hommes	
15-64 ans	6,2*
65 ans et plus	8,2*
Total	6,8
Femmes	
15-64 ans	8,5
65 ans et plus	15,7
Total	11,2
Sexes réunis	
15-64 ans	7,4
65 ans et plus	12,7
Niveau de revenu	
Très pauvre ou pauvre	12,5
Moyen inférieur	9,4
Moyen supérieur ou supérieur	6,4*
Total	9,2
Pe '000	85,6

1. Trajets de moins de 80 kilomètres.

* 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*.

Chez les personnes non confinées, la proportion de celles éprouvant de la difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets varie selon l'âge et le sexe. Les données montrent que ce problème touche davantage les personnes âgées de 65 ans et plus que celles de 15 à 64 ans (13 % c. 7 %) et davantage les femmes que les hommes (11 % c. 7 %). L'analyse révèle aussi que la différence des proportions estimées selon l'âge persiste chez les femmes (16 % chez les 65 ans et plus c. 9 %

chez les 15-64 ans) alors que chez les hommes, les données ne permettent pas d'observer de différence entre ces groupes d'âge (8 % et 6 % respectivement). De plus, des différences selon le sexe ressortent chez les 65 ans et plus mais pas chez le groupe des 15-64 ans. Ces résultats traduisent un effet d'âge, les femmes ayant une espérance de vie plus élevée que les hommes; ce facteur peut expliquer le fait qu'elles sont davantage touchées qu'eux, selon les données de l'enquête.

La difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets est aussi associée au niveau de revenu du ménage (tableau 9.2). Elle se trouve dans une proportion plus élevée chez les personnes vivant dans des ménages très pauvres ou pauvres (environ 13 %) comparativement aux personnes vivant dans des ménages dont le revenu est moyen supérieur ou supérieur (6 %).

La présence d'une difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets est aussi associée à la gravité de l'incapacité de même qu'à l'indice de désavantage lié à l'incapacité (tableau 9.3). Parmi les personnes non confinées à la demeure, une telle difficulté touche environ 39 % des personnes ayant une incapacité grave mais seulement 13 % de celles ayant une incapacité modérée et 2,7 % de celles ayant une incapacité légère. La proportion de personnes ayant ce problème est plus élevée chez les personnes fortement et modérément dépendantes (34 %) comparativement à celles qui se classent à des niveaux moindres de l'indice de désavantage (8 % chez les personnes légèrement dépendantes, 3,7 % chez les personnes limitées dans leurs activités sans dépendance). Selon les données de l'enquête, les personnes avec incapacité mais non désavantagées ne déclarent aucune difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets.

Tableau 9.3

Difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets¹ selon la gravité de l'incapacité et l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998

	%
Gravité de l'incapacité	
Légère	2,7*
Modérée	12,5
Grave	39,0
Indice de désavantage	
Dépendance modérée ou forte	33,5
Dépendance légère	7,7*
Limitations des activités sans dépendance	3,7*
Sans désavantage	-
Total	9,2
Pe '000	85,6

1. Trajets de moins de 80 kilomètres.

* 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*.

Les résultats présentés au tableau 9.4 montrent que chez la population adulte avec incapacité non confinée à la demeure, la difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets est associée à la présence de certains types d'incapacité. Environ 16 % des personnes ayant une incapacité liée à la mobilité déclarent avoir cette difficulté alors que la proportion est plus faible chez celles n'ayant pas ce type d'incapacité (2,1 %). Une association similaire est observée lorsqu'il y a présence d'une incapacité liée à l'agilité (15 % c. 4,6 % chez les personnes n'ayant pas ce type d'incapacité) ou aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (15 % c. 7 %). Il en va de même pour l'incapacité liée à la parole (27 % c. 8 %) et celle liée à la vision (16 % c. 8 %), mais les estimations de proportion souffrent d'un certain degré d'imprécision. Aucune association ne peut être observée à partir des données de l'EQLA concernant la présence ou non d'une incapacité liée à l'audition. Quant aux personnes ayant une « autre » incapacité physique de nature non précisée, elles éprouvent une difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets dans une

moindre proportion que les personnes n'ayant pas ce type d'incapacité (1,9 % c. 10 %).

Tableau 9.4

Difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets¹ selon la nature de l'incapacité², population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998

	%
Audition	
Oui	8,0
Non	9,7
Vision	
Oui	16,3 *
Non	8,5
Parole	
Oui	26,7 *
Non	8,3
Mobilité	
Oui	16,2
Non	2,1 *
Agilité	
Oui	14,7
Non	4,6
Intellect/santé mentale	
Oui	15,4
Non	7,3
Autre	
Oui	1,9 *
Non	10,1
Total	9,2

1. Trajets de moins de 80 kilomètres.

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

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

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

Le besoin d'accompagnement pour effectuer de courts trajets fait partie des renseignements fournis par l'EQLA. Parmi les adultes avec incapacité non confinés, qu'ils aient ou non de la difficulté à quitter leur demeure, 12 % disent avoir besoin d'une personne pour les accompagner dans leurs déplacements locaux (donnée non présentée).

9.2.1.3 Utilisation de certains modes de transport pour de courts trajets

Utilisation d'un véhicule automobile

Chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité et non confinées à la demeure, l'utilisation d'un véhicule automobile (voiture, camionnette ou fourgonnette) comme conducteur est répandue. En effet, plus de la moitié d'entre elles (56 %) conduisent ce type de véhicule pour effectuer de courts trajets (donnée non présentée). Parmi ces personnes, environ 2,9 %² utilisent des aménagements ou des équipements spécialisés lorsqu'elles conduisent, cela en raison de leur état ou de leur problème de santé (donnée non présentée). Parmi les aménagements utilisés se trouvent notamment le volant, les pédales ou les commandes adaptés et les accessoires adaptés pour les clignotants et les essuie-glaces. Les estimations des proportions d'utilisateurs de différents types d'aménagements étant très imprécises, elles ne sont pas présentées.

Parallèlement à ces résultats, les données de l'EQLA indiquent que l'utilisation d'un véhicule automobile comme passager est quasi universelle (environ 98 %) chez les adultes avec incapacité non confinés à la demeure (donnée non présentée). Près de 5 % d'entre eux déclarent avoir de la difficulté comme passager à bord d'un véhicule (donnée non présentée). La proportion d'utilisateurs d'aménagements ou d'équipements spécialisés pour passager (aides pour l'embarquement ou le débarquement, espace pour le fauteuil roulant, etc.) est très faible, soit près de 1%³ (donnée non présentée).

Besoin et utilisation de services de transport adapté

L'importance du transport adapté (services adaptés d'autobus ou de fourgonnettes offerts par les localités) pour les personnes avec incapacité est indéniable, ce qui conduit à décrire le besoin exprimé pour ce genre de

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

³ Cette proportion a un coefficient de variation supérieur à 25 % et est une estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

services et son utilisation et à analyser les liens avec certains facteurs. Il est à noter que la faiblesse des effectifs restreint les possibilités d'analyse.

Chez la population de 15 ans et plus avec incapacité qui n'est pas confinée à la demeure, 3,4 % disent avoir besoin de services de transport adapté pour leurs courts trajets, ce qui représente 31 000 personnes au Québec (tableau 9.5). Le fait d'exprimer le besoin de services de transport adapté ne semble pas associé à l'âge selon les données de l'EQLA. Toutefois, une association avec le sexe est observée, les femmes étant en proportion plus nombreuses à exprimer ce besoin que les hommes (4,3 % c. 2,3 %). De plus, la proportion de personnes ayant un tel besoin croît avec le niveau de gravité de l'incapacité. Chez les personnes dont l'incapacité est grave, la proportion atteint 18 %.

Tableau 9.5
Besoin de services de transport adapté pour de courts trajets¹ selon l'âge, le sexe et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998

	%
Âge	
15-64 ans	3,1*
65 ans et plus	4,1*
Sexe	
Hommes	2,3*
Femmes	4,3
Gravité de l'incapacité	
Légère	0,7**
Modérée	3,6*
Grave	18,2
Total	3,4
Pe '000	31,0

1. Trajets de moins de 80 kilomètres.

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

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

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

Le besoin de services de transport adapté est aussi associé à la présence de certains types d'incapacité. Si l'analyse permet d'observer ces associations malgré la faiblesse des effectifs en cause, elle ne permet toutefois pas de fournir des proportions estimées précises dans plusieurs cas, ce qui appelle à beaucoup de prudence. Quelques résultats tirés du tableau C.9.2 sont commentés ici. Parmi la population adulte avec incapacité et non confinée à la demeure, les personnes ayant une incapacité liée à la mobilité sont en proportion plus nombreuses à avoir besoin de services de transport adapté que les personnes n'ayant pas ce type d'incapacité (6 % c. 1,1 %). C'est aussi le cas des personnes dont l'incapacité est liée à l'agilité (6 % c. 1,3 %). Selon les données de l'enquête, seule la présence ou non d'une incapacité liée à l'audition ne semble pas être associée au besoin de services de transport adapté.

Parmi les 3,4 % d'adultes avec incapacité ayant besoin de services de transport adapté, une minorité, soit 14 %, déclarent que des services de ce genre n'existent pas dans leur région, et 86 % disent qu'ils existent (données non présentées). Chez ce dernier groupe, environ le tiers⁴ utilise ces services presque tous les jours ou fréquemment (donnée non présentée). Les autres, soit les deux tiers (donnée non présentée), les utilisent seulement à l'occasion, rarement ou jamais. Ils expliquent leur faible utilisation ou l'absence d'utilisation par diverses raisons, notamment : « pas besoin plus souvent », « règles pour la réservation ne permettent pas des arrangements de dernière minute », « service non disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ». Les estimations des proportions de personnes invoquant ces raisons étant très imprécises, elles ne sont pas présentées.

Si l'on réfère à l'ensemble de la population adulte avec incapacité non confinée à la demeure, la proportion de personnes utilisant les services de transport adapté, quelle que soit la fréquence d'utilisation, est estimée à

1,9 %⁴ (donnée non présentée). Les personnes ayant exprimé un besoin pour de tels services mais qui ne les utilisent pas (soit parce qu'ils n'existent pas dans leur région ou pour d'autres raisons) représentent 1,4 %, ce qui correspond à environ 13 200 personnes (donnée non présentée).

Utilisation de services locaux de transport en commun ordinaire

Les services locaux de transport en commun ordinaire sont utilisés par le quart des adultes avec incapacité non confinés à la demeure pour leurs courts trajets (tableau 9.6). Les résultats indiquent que l'utilisation du transport en commun local varie selon l'âge et le sexe. En proportion, les personnes de 15 à 64 ans l'utilisent plus que les 65 ans et plus (27 % c. 22 %) et les femmes, plus que les hommes (28 % c. 21 %). Aucune association n'est observée avec la gravité de l'incapacité à partir des données.

Tableau 9.6
Utilisation du service local de transport en commun ordinaire pour de courts trajets¹ selon l'âge, le sexe et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998

	%
Âge	
15-64 ans	26,6
65 ans et plus	21,5
Sexe	
Hommes	20,8
Femmes	28,0
Niveau de revenu	
Très pauvre ou pauvre	31,9
Moyen inférieur	23,5
Moyen supérieur ou supérieur	20,4
Total	24,8
Pe '000	231,0

1. Trajets de moins de 80 kilomètres.

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

⁴ Cette proportion a un coefficient de variation entre 15 % et 25 % et doit être interprétée avec prudence.

L'analyse révèle aussi une association avec le niveau de revenu du ménage. Chez les personnes provenant de ménages très pauvres ou pauvres, la proportion de personnes utilisant le transport en commun local est plus élevée (32 %) que chez les personnes des ménages à revenu moyen inférieur (24 %) ou à revenu moyen supérieur ou supérieur (20 %).

Chez les adultes avec incapacité et non confinés utilisant le transport en commun local, 16 % (donnée non présentée) disent avoir des difficultés à l'utiliser. Parmi les difficultés énoncées par ces personnes se retrouvent notamment la difficulté à se tenir debout lorsque le transport est en marche (69 % mentionnent ce problème), la difficulté à monter à bord et descendre (49 %) et l'insuffisance d'espace pour s'asseoir (42 %) (données non présentées).

9.2.1.4 Limitations dans les déplacements sur de longues distances

Les résultats montrent que près de 15 % des personnes de 15 ans et plus avec incapacité se disent incapables d'effectuer de longs trajets (80 kilomètres ou plus) à cause de leur problème de santé (tableau 9.7). L'incapacité d'effectuer de longs trajets est associée à l'âge. Elle est davantage le fait des personnes âgées de 65 ans et plus que des personnes de 15 à 64 ans puisqu'elle touche près de 20 % des premières comparativement à 12 % des secondes. Elle touche également plus les femmes que les hommes (17 % c. 13 %). La différence selon l'âge s'observe aussi au sein de la population féminine, mais non dans la population masculine.

Tableau 9.7
Incapacité à effectuer de longs trajets¹ selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	%
Hommes	
15-64 ans	11,4
65 ans et plus	15,8
Total	12,8
Femmes	
15-64 ans	13,4
65 ans et plus	22,5
Total	16,8
Sexes réunis	
15-64 ans	12,5
65 ans et plus	19,8
Total	15,1
Pe '000	146,2

1. Les trajets de 80 kilomètres et plus.

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

Tout comme c'est le cas pour la difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets, le fait d'être incapable d'effectuer de longs trajets est associé à la gravité de l'incapacité ainsi qu'à l'indice de désavantage lié à l'incapacité (tableau 9.8). La proportion de personnes incapables de faire de longs trajets augmente avec la gravité de l'incapacité et du désavantage. Elle s'élève à environ 40 %, tant chez les personnes ayant une incapacité grave que chez celles ayant une dépendance forte ou modérée selon l'indice de désavantage. Toutes les personnes ayant une incapacité sans être désavantagées sont capables d'effectuer de longs trajets⁵.

⁵ Ceci découle de la définition de l'indice de désavantage.

Tableau 9.8

Incapacité à effectuer de longs trajets¹ selon la gravité de l'incapacité et l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	%
Gravité de l'incapacité	
Légère	6,8
Modérée	19,6
Grave	43,6
Indice de désavantage	
Dépendance modérée ou forte	39,1
Dépendance légère	15,5
Limitations des activités sans dépendance	9,1
Sans désavantage	–
Total	15,1
Pe '000	146,2

1. Les trajets de 80 kilomètres et plus.

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

La ou les raisons avancées par les individus pour expliquer leur incapacité à se déplacer pour de longs trajets figurent au tableau C.9.3. La raison mentionnée en plus forte proportion est que cela aggrave l'état ou le problème de santé (71 % mentionnent cette raison); viennent ensuite les raisons telles que la difficulté à se déplacer dans la gare, l'aéroport ou le terminus, celle de s'asseoir à bord et la difficulté à monter à bord ou descendre, chacune étant invoquée par environ 40 % des personnes. La difficulté à voir les affiches ou à entendre les annonces est invoquée par une plus petite part des adultes incapables d'effectuer de longs trajets, soit environ 15 %. Les estimations de proportion pour des raisons telles que « c'est trop coûteux » et « salles de toilettes inaccessibles » sont de l'ordre de 10 % ou moins.

Parmi les 85 % de personnes capables de faire de longs trajets, près de 15 % (donnée non présentée) expriment le besoin d'un accompagnateur à cause de leur état ou de leur problème de santé et 1,2 %⁶ soulignent avoir besoin d'installations ou de services de transport

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

spécialisés pour effectuer de longs trajets (donnée non présentée).

9.2.2 Déplacements des adultes : fréquence, motifs et modes de transport

9.2.2.1 Fréquence hebdomadaire des déplacements locaux

Si l'on considère les déplacements locaux (trajets de moins de 80 kilomètres) effectués au cours d'une période de sept jours, quel que soit le motif de déplacement (travail, études, santé, autres), la majorité des personnes de 15 ans et plus avec incapacité non confinées à la demeure sont mobiles et se déplacent relativement fréquemment. En effet, selon les données de l'EQLA, seulement 11 % de ces personnes ne se déplacent pas alors que près de 89 % le font, se répartissant comme suit : environ 37 % effectuent un à quatre déplacements locaux par semaine, 9 % font cinq déplacements, et 42 % font au moins six déplacements par semaine (tableau 9.9).

L'examen de la fréquence des déplacements selon l'âge révèle que c'est parmi le groupe d'âge le plus jeune (15-34 ans) que l'on retrouve la proportion la plus élevée d'individus déclarant au moins 6 déplacements locaux par semaine, soit 67 %. Cette proportion diminue graduellement avec l'âge : elle est de 53 % chez les 35-54 ans, de 37 % chez les 55-64 ans et de 22 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Le taux de non-mobilité au cours de la semaine de référence est de 5 % chez les 15-34 ans comparativement à 18 % chez les 65 ans et plus (tableau 9.9).

Les hommes se déplacent plus fréquemment que les femmes puisque près de 52 % d'entre eux effectuent au moins six déplacements locaux hebdomadaires contre 35 % chez les femmes. L'analyse ne révèle pas de différence selon le sexe en ce qui concerne le taux de non-mobilité et la proportion de personnes se déplaçant cinq fois par semaine (soit l'équivalent d'une fois par jour ouvrable).

Tableau 9.9

Fréquence hebdomadaire des déplacements locaux¹ selon l'âge, le sexe, la gravité de l'incapacité, le niveau de revenu du ménage et la zone de résidence, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998

	Aucun	Un à quatre	Cinq	Six et plus
	%			
Âge				
15-34 ans	5,4 *	18,6	9,0 *	67,0
35-54 ans	7,7	30,3	9,1	53,0
55-64 ans	10,4 *	41,7	10,7 *	37,2
65 ans et plus	17,8	51,3	9,4	21,6
Sexe				
Hommes	9,8	29,2	9,6	51,5
Femmes	12,4	43,8	9,3	34,5
Gravité de l'incapacité				
Légère	8,6	32,4	8,6	50,5
Modérée	12,4	43,3	11,4	33,0
Grave	23,6	51,7	9,4 *	15,4 *
Niveau de revenu				
Très pauvre ou pauvre	16,0	41,1	9,2 *	33,6
Moyen inférieur	10,3	40,7	9,4	39,7
Moyen supérieur ou supérieur	8,3	31,0	9,5	51,2
Zone de résidence				
Métropole	10,0	36,3	11,5	42,2
Capitales régionales	11,2 *	35,1	7,3 *	46,3
Autres villes	11,3	36,4	8,1 *	44,3
Milieu rural	14,8	44,2	7,2 *	33,8
Total	11,2	37,3	9,4	42,1

1. Tous les déplacements locaux (moins de 80 kilomètres), quel que soit le motif (travail, études, santé, autres), sont pris en compte.
* 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*.

Si l'on observe les comportements concernant le déplacement de cette population selon la gravité de l'incapacité, les résultats montrent que ce sont les personnes touchées par une incapacité légère qui se déplacent le plus. En effet, près de 50 % d'entre elles font au moins six déplacements locaux par semaine contre 33 % chez celles ayant une incapacité modérée et une proportion encore plus faible, soit 15 %, chez celles dont l'incapacité est grave (tableau 9.9). La part de la population qui est non mobile est plus grande chez les personnes qui ont une incapacité grave (24 %) comparativement aux personnes ayant une incapacité modérée (12 %) ou à celles ayant une incapacité légère (9 %).

Parmi la population adulte avec incapacité non confinée à la demeure, les personnes les plus mobiles sont issues des classes supérieures de revenu : 51 % des personnes vivant dans un ménage dont le revenu est de niveau moyen supérieur ou supérieur se déplacent au moins six fois par semaine, contre 40 % chez celles dont le ménage a un revenu moyen inférieur et environ 34 % chez celles dont le ménage a un revenu pauvre ou très pauvre (tableau 9.9). Le taux de non-mobilité est plus élevé chez les personnes vivant dans un ménage au revenu pauvre ou très pauvre que chez celles dont le ménage a un revenu moyen supérieur ou supérieur (16 % c. 8 %).

L'analyse des données selon la zone de résidence révèle que c'est dans les zones urbanisées, soit la région métropolitaine de Montréal, les capitales régionales et les autres villes, que les adultes avec incapacité non confinés à la demeure sont en proportion plus nombreux à se déplacer fréquemment : de 42 % à 46 % des citoyens effectuent au moins six déplacements locaux par semaine (tableau 9.9). La proportion est inférieure en milieu rural, soit environ 34 %. Par ailleurs, les adultes avec incapacité non confinés à la demeure et habitant les zones urbanisées sont en proportion moins nombreux (35 % à 36 %) que ceux du milieu rural (44 %) à se déplacer une à quatre fois par semaine.

9.2.2.2 Fréquence hebdomadaire des déplacements locaux selon le motif de déplacement

Les données permettent d'analyser la fréquence hebdomadaire des déplacements locaux des adultes avec incapacité non confinés à la demeure selon le motif de déplacement. Le tableau 9.10 fournit les résultats globaux pour chacun des motifs de déplacement : « travail », « études », « santé » et « autres ». Les déplacements effectués pour d'autres motifs que le travail, les études ou les raisons de santé incluent par exemple les déplacements pour les loisirs, pour les courses ou encore pour visiter un ami ou un parent.

Tableau 9.10

Fréquence hebdomadaire des déplacements locaux¹ selon le motif de déplacement², population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998

	Aucun	Un à quatre	Cinq	Six et plus
	%			
Travail ³	7,2 *	22,4	54,1	16,3
Études ⁴	33,3	24,1 *	36,6	6,0 **
Santé	66,2	31,2	1,4 *	1,1 *
Autres	19,8	50,5	10,0	19,8

1. Trajets de moins de 80 kilomètres.

2. Une personne peut déclarer des déplacements pour plus d'un motif.

3. Population de 15 à 64 ans avec incapacité non confinée et ayant travaillé au cours de la semaine de référence.

4. Population de 15 à 64 ans avec incapacité non confinée et inscrite dans un établissement d'enseignement au moment de l'enquête.

* 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*.

L'analyse qui suit présente les résultats plus détaillés pour chacun des motifs, à l'exception des déplacements pour les études pour lesquels seuls les résultats globaux sont présentés en raison de la faiblesse des effectifs.

Déplacements pour le travail

Les déplacements pour le travail ne concernent que les personnes de 15 à 64 ans avec incapacité qui ne sont pas confinées à la demeure, qui sont en emploi et qui ont travaillé au cours de la semaine de référence. Ces personnes comptent pour 22 % de la population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure (donnée non présentée). Comme le montrent les résultats du tableau 9.11, ces personnes sont en grande majorité mobiles puisque 93 % effectuent au moins un déplacement local par semaine pour le travail; la répartition est la suivante : plus de la moitié des personnes font cinq déplacements par semaine (54 %), soit l'équivalent d'un déplacement par jour ouvrable, environ 22 % se déplacent entre une et quatre fois et 16 % le font au moins six fois. Sept pour cent (7 %) ne déclarent aucun déplacement pour se rendre au travail.

Tableau 9.11

Fréquence hebdomadaire des déplacements locaux¹ pour le travail selon l'âge et le sexe, population de 15 à 64 ans avec incapacité non confinée à la demeure et ayant travaillé au cours de la semaine de référence, Québec, 1998

	Aucun	Un à quatre	Cinq	Six et plus
	%			
Âge				
15-34 ans	3,9**	22,0*	56,5	17,6*
35-54 ans	7,9*	23,5	52,5	16,1
55-64 ans	11,8**	18,2**	55,9	14,1**
Sexe				
Hommes	4,7**	18,9	54,9	21,5
Femmes	10,0*	26,2	53,3	10,6*
Total	7,2*	22,4	54,1	16,3

1. Trajets de moins de 80 kilomètres.

* 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 fréquence des déplacements pour le travail ne varie pas significativement selon l'âge (tableau 9.11). Quel que soit le groupe d'âge, la proportion de personnes effectuant cinq déplacements par semaine est la plus élevée; elle oscille autour de 54 %.

La population de 15 à 64 ans avec incapacité ayant travaillé au cours de la période de référence est constituée de 52 % d'hommes et de 48 % de femmes (données non présentées). L'analyse de la fréquence des déplacements pour se rendre au travail montre une association significative avec le sexe (tableau 9.11). En proportion, les hommes sont plus nombreux que les femmes à se déplacer fréquemment pour le travail : 21 % des hommes en emploi font au moins six déplacements locaux par semaine pour ce motif contre 11 % des femmes en emploi. Les différences observées entre hommes et femmes quant aux catégories « aucun », « un à quatre » ou « cinq » déplacements par semaine pour le travail ne sont pas significatives. Enfin, selon les données, aucune association n'est observée entre la fréquence des déplacements locaux pour le travail et la gravité de l'incapacité.

Déplacements pour les études

Les adultes de 15 à 64 ans qui sont inscrits dans un établissement d'enseignement comptent pour une faible part de l'ensemble de la population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, soit 7% (donnée non présentée). Chez ces personnes, plus de 60 % font un à cinq déplacements par semaine pour se rendre à leur lieu d'études : 37 % effectuent cinq déplacements et 24 % font un à quatre déplacements (tableau 9.10). La part de celles qui n'effectuent aucun déplacement pour les études est de 33 %. Enfin, relativement peu de personnes font six déplacements et plus (6 %). Par ailleurs, aucune association ne peut être observée entre la fréquence des déplacements pour études et l'âge, le sexe ou la gravité de l'incapacité.

Déplacements pour des raisons de santé

L'analyse des déplacements pour des raisons de santé porte sur l'ensemble de la population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure. Parmi cette population, les deux tiers des individus (66 %) ne font aucun déplacement pour des raisons de santé et près de

Tableau 9.12

Fréquence hebdomadaire des déplacements locaux¹ pour des raisons de santé selon l'âge, le sexe et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998

	Aucun	Un à quatre	Cinq	Six et plus
	%			
Âge				
15-34 ans	75,6	21,6	1,3 **	1,5 **
35-54 ans	66,0	31,1	1,5 **	1,4 **
55-64 ans	63,1	34,5	1,6 **	1,3 **
65 ans et plus	63,1	34,7	1,3 **	0,9 **
Sexe				
Hommes	68,7	27,8	2,1 *	1,4 **
Femmes	64,3	33,9	0,8 **	1,0 **
Gravité de l'incapacité				
Légère	70,8	27,0	1,5 *	0,8 **
Modérée ou grave	58,5	38,5	1,2 **	1,8 **
Total	66,2	31,2	1,4 *	1,1 *

1. Trajets de moins de 80 kilomètres.

* 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*.

31 % se déplacent une à quatre fois par semaine pour ce motif (tableau 9.12). Les catégories de personnes qui effectuent cinq déplacements locaux par semaine et celles qui en font au moins six correspondent chacune à 1 % de la population adulte avec incapacité non confinée à la demeure.

La fréquence des déplacements locaux pour des raisons de santé augmente avec l'âge; la proportion de personnes se déplaçant au moins une fois par semaine pour ce motif est d'environ 24 % chez les 15-34 ans comparativement à 34 % chez les 35-54 ans et à 37 % chez les 55-64 ans et les 65 ans et plus. Les femmes sont en proportion plus nombreuses à se déplacer pour des raisons de santé que les hommes : 36 % d'entre elles font au moins un déplacement par semaine pour ce motif contre 31 % chez les hommes. Enfin, c'est parmi la population touchée par une incapacité modérée ou grave qu'on retrouve en plus grande proportion les personnes effectuant des déplacements pour des raisons de santé :

environ 42 % des personnes ayant une incapacité modérée ou grave font au moins un déplacement par semaine (contre 29 % chez les personnes ayant une incapacité légère).

Déplacements pour d'autres motifs

C'est pour d'autres raisons que le travail, les études ou la santé qu'une large majorité de la population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure est mobile. Environ 80 % des individus effectuent au moins un déplacement par semaine pour des raisons telles que les loisirs ou les courses ou encore pour rendre visite à un parent ou à un ami (tableau 9.13). La proportion de personnes qui se déplacent fréquemment (au moins six déplacements par semaine) est de 20 %. Celles qui ne se déplacent pas pour ce type de motif représentent 20 % de la population adulte avec incapacité non confinée à la demeure.

Tableau 9.13

Fréquence hebdomadaire des déplacements locaux¹ pour des motifs autres que le travail, les études ou la santé selon l'âge, le sexe et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998

	Aucun	Un à quatre	Cinq	Six et plus
	%			
Âge				
15-34 ans	15,6	45,3	14,2	24,9
35-54 ans	18,2	49,4	10,2	22,2
55-64 ans	17,0	52,2	11,5*	19,3
65 ans et plus	24,6	53,3	6,9	15,2
Sexe				
Hommes	18,0	44,5	10,4	27,1
Femmes	21,2	55,2	9,6	14,0
Gravité de l'incapacité				
Légère	15,1	49,8	11,5	23,7
Modérée ou grave	28,0	51,6	7,3	13,1
Total	19,8	50,5	10,0	19,8

1. Trajets de moins de 80 kilomètres.

* 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*.

L'analyse des données montre une association entre la fréquence des déplacements locaux pour d'autres motifs et l'âge. La proportion de personnes qui effectuent au moins six déplacements par semaine passe de 25 % chez les 15-34 ans à 15 % chez les 65 ans et plus (tableau 9.13). L'analyse selon le sexe fait ressortir la plus grande mobilité des hommes puisque près de 27 % d'entre eux font au moins six déplacements hebdomadaires pour d'autres motifs contre 14 % des femmes. Enfin, les adultes touchés par une incapacité légère se déplacent fréquemment pour d'autres motifs (au moins six déplacements) dans une plus forte proportion (24 %) que les personnes dont l'incapacité est modérée ou grave (13 %).

9.2.2.3 Mode de transport principal selon le motif de déplacement

Le tableau 9.14 présente le mode de transport principal utilisé par les adultes avec incapacité ayant fait au moins un déplacement local au cours de la semaine de référence, et ce, pour chacun des motifs de déplacement. Les modes de transport secondaires

utilisés par les individus dans leurs déplacements locaux ne sont pas couverts par l'enquête.

Parmi les différents modes de transport, l'automobile est le mode de transport principal utilisé en plus forte proportion par les personnes âgées de 15 à 64 ans en emploi et s'étant déplacées pour leur travail au cours de la semaine de référence. Environ 74 % de cette population utilise principalement ce moyen : près de 70 % comme conducteur et 4,4 % comme passager. Le transport en commun ordinaire et la marche viennent ensuite; respectivement 16 % et 7 % de la population les mentionnent. Finalement, le transport adapté est utilisé en tant que mode de transport principal par une petite proportion d'individus s'étant déplacés pour leur travail au cours de la semaine de référence, soit de l'ordre de 1,5 %.

Tableau 9.14

Mode de transport principal selon le motif de déplacement, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure et ayant effectué au moins un déplacement local au cours de la semaine de référence, Québec, 1998

	Travail ¹	Études ²	Santé	Autres
	%			
Automobile (conducteur)	69,7	31,2 *	48,2	54,2
Automobile (passager)	4,4 *	9,0 **	27,3	24,4
Transport en commun ordinaire	15,6	31,3 *	12,2	9,4
Marche à pied	7,4 *	9,7 **	9,0	8,2
Transport adapté	1,5 **	0,9 **	1,1 **	0,8 **
Autobus scolaire	0,1 **	15,8 **	—	0,1 **
Taxi ordinaire, bicyclette, autre	1,3 **	2,0 **	2,1 **	2,9 *
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

1. Population de 15 à 64 ans avec incapacité non confinée et ayant effectué au moins un déplacement local pour le travail au cours de la semaine de référence.
2. Population de 15 à 64 ans avec incapacité non confinée, inscrite dans un établissement d'enseignement, et ayant effectué au moins un déplacement local pour les études au cours de la semaine de référence.

* 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*.

Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans avec incapacité inscrites dans un établissement d'enseignement et s'étant déplacées au moins une fois pour les d'études au cours de la semaine de référence, 40 % se déplacent principalement en automobile (comme conducteur ou comme passager) et 31 % le font en transport en commun ordinaire. L'autobus scolaire est le mode de transport principal d'environ 16 % de ces individus.

En ce qui concerne les déplacements pour motifs de santé ou pour d'autres motifs, un profil dominé par l'automobile ressort nettement. Dans les deux cas, un peu plus de 75 % des individus utilisent l'automobile comme mode de transport principal, la proportion à titre de conducteur étant plus élevée que celle comme passager : pour le motif « santé », les proportions sont respectivement de 48 % et de 27 %; pour les « autres » motifs, elles sont de 54 % et de 24 %.

Le tableau 9.15 présente, pour chaque mode de transport, la proportion des individus qui l'utilisent en tant que mode principal pour leurs déplacements locaux pour au moins un des motifs de déplacement : « travail », « études », « santé » ou « autres ». Puisque les personnes peuvent mentionner un mode de transport principal différent pour chacun des motifs, la somme des proportions est supérieure à 100 %. L'automobile comme conducteur est identifiée en tant que mode de transport principal pour au moins un des motifs par plus de la moitié des personnes, soit 53 %. Environ 26 % utilisent l'automobile comme passager, 13 %, le transport en commun ordinaire, et 11 %, la marche. Et puis, le taxi ordinaire, le transport adapté, la bicyclette et l'autobus scolaire ne sont identifiés comme mode de transport principal que dans de faibles proportions, de l'ordre de 1 % à 2 % selon le mode.

Tableau 9.15

Mode de transport principal utilisé pour au moins un des motifs de déplacement¹, population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure et ayant effectué au moins un déplacement local² au cours de la semaine de référence, Québec, 1998

	%
Automobile (conducteur)	52,8
Automobile (passager)	26,2
Transport en commun ordinaire	12,9
Marche à pied	10,9
Transport adapté	1,5*
Autobus scolaire	0,9**
Taxi ordinaire	1,8*
Bicyclette	1,1*

1. Une personne peut déclarer un mode de transport principal différent pour chacun des motifs, ce qui explique que le total est supérieur à 100 %.

2. Tous les déplacements locaux, quel que soit le motif (travail, études, santé, autres), sont pris en compte.

* 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*.

Un examen des fréquences hebdomadaires de déplacements locaux présentées au tableau C.9.4 révèle qu'une majorité des personnes, soit 56 %, identifiant l'automobile comme conducteur en tant que mode de transport principal pour au moins un des motifs, se déplacent fréquemment (au moins six fois par semaine). Pour l'automobile comme passager, la plupart des personnes effectuent un à quatre déplacements (71 %). Enfin, pour le transport en commun ordinaire, de même que pour la marche, près de la moitié des individus font aussi un à quatre déplacements par semaine (environ 48 %).

9.2.2.4 Déplacements sur de longues distances

Les personnes capables d'effectuer de longs trajets (80 km ou plus) représentent 85 % (donnée non présentée) de la population adulte ayant une incapacité. Parmi ces personnes, environ 57 % font au moins un long trajet au cours d'une période de 3 mois et près de 23 % en font au moins six, alors que environ 43 % des individus n'effectuent aucun déplacement (tableau 9.16).

Tableau 9.16

Fréquence des déplacements sur de longues distances¹ au cours d'une période de trois mois selon le mode de transport², population de 15 ans et plus avec incapacité capable d'effectuer de longs trajets, Québec, 1998

	Aucun	Un à quatre	Cinq	Six et plus
	%			
Automobile (conducteur)	67,9	17,2	1,7*	13,2*
Automobile (passager)	67,2	22,6	2,2*	8,1
Autobus ordinaire	93,9	4,6	0,2**	1,3*
Train	98,9	0,8**	-	0,4**
Transport adapté	99,5	0,2**	-	0,3**
Avion	95,3	4,0	-	0,7**
Autre	99,4	0,3**	-	0,3**
Tous modes confondus	42,6	31,1	3,7	22,6

1. Trajets de 80 kilomètres ou plus.

2. Une personne peut utiliser plus d'un mode de transport pour ses déplacements sur de longues distances.

* 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*.

Une analyse selon le mode de transport utilisé pour de longs trajets permet de constater que, comme pour les déplacements locaux étudiés précédemment, c'est l'automobile qui est privilégiée. En effet, l'utilisation de l'automobile comme conducteur ou comme passager au moins une fois au cours d'une période de trois mois est le fait d'environ le tiers des individus dans chacun des cas. Près de 13 % des individus font au moins six longs déplacements en automobile comme conducteur et 8 %, en tant que passager. Les autres modes de transport tels que l'autobus_ordinaire, le transport adapté, le train et l'avion ne sont utilisés au cours d'une période de trois mois que par une faible part de la population de 15 ans et plus avec incapacité et capable d'effectuer de longs trajets, soit environ 6 % ou moins selon le mode.

9.2.3 Déplacements locaux des enfants : limitations, fréquence des déplacements et modes de transport

Les déplacements locaux des enfants de moins de 15 ans avec incapacité et leurs limitations dans ce domaine sont aussi couverts par l'enquête. Environ 4,6 %⁷ des enfants de moins de 15 ans avec incapacité ont de la difficulté à quitter leur demeure pour de courts trajets, soit près de 5 300 enfants au Québec. Environ 2,6 %⁷ ont besoin de services de transport adapté, soit

près de 3 000 enfants (données non présentées). Cependant, la faiblesse des effectifs ne permet pas d'effectuer une analyse plus poussée de ces aspects.

Les enfants de moins de 15 ans ayant une incapacité sont majoritairement mobiles puisque 93 % d'entre eux font au moins un déplacement local par semaine et que 58 % effectuent au moins six déplacements (tableau 9.17).

L'analyse selon le motif de déplacement révèle que la majorité des enfants de 5 à 14 ans avec incapacité fréquentant l'école effectuent cinq déplacements hebdomadaires pour se rendre à l'établissement scolaire (61 %). Parmi l'ensemble des enfants avec incapacité âgés de moins de 15 ans, environ 79 % ne font aucun déplacement local pour des raisons de santé et près de 20 % font un à quatre déplacements hebdomadaires pour ce motif. Enfin, près du tiers de ces enfants, soit 30 %, ne se déplacent pas pour d'autres motifs que l'école ou la santé (par exemple pour les loisirs ou pour rendre visite à un parent) alors que 70 % se déplacent au moins une fois par semaine pour ce type de motif et 46 % le font une à quatre fois.

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

Tableau 9.17

Fréquence hebdomadaire des déplacements locaux¹ selon le motif de déplacement², population de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998

	Aucun	Un à quatre	Cinq	Six et plus
	%			
École ³	12,0*	12,7*	60,7	14,6*
Santé	78,7	19,5	1,8**	—
Autres	29,8	46,2	10,0*	14,0*
Tous motifs confondus	6,8*	17,8	17,4	58,0

1. Trajets de moins de 80 kilomètres.

2. Des déplacements pour plus d'un motif peuvent être déclarés pour un même enfant.

3. Population de 5 à 14 ans avec incapacité fréquentant l'école.

* 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 modes de transport privilégiés par les enfants qui effectuent au moins un déplacement local par semaine sont le transport scolaire et la marche pour les déplacements à l'école chez les enfants de 5 à 14 ans fréquentant un établissement scolaire (46 % et 35 % respectivement), et l'automobile pour les déplacements pour raisons de santé (78 %) ou pour d'autres motifs (67 %) chez les enfants de moins de 15 ans (tableau 9.18).

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Les résultats de l'enquête permettent, d'une part, de constater la présence de besoins importants en matière de déplacement chez la population ayant une incapacité et, d'autre part, de faire ressortir un portrait des comportements de déplacement selon les motifs, ces derniers étant en lien avec les cycles de vie.

On observe d'abord qu'environ 9 % des personnes de 15 ans et plus avec incapacité et vivant en ménage privé déclarent avoir de la difficulté à quitter leur demeure pour de courts trajets (environ 85 600 personnes au Québec) et que 4,3 % se disent confinées chez elles en raison de leur état de santé (environ 41 400 personnes). Une majorité de personnes n'a aucune difficulté à se déplacer que ce soit pour de courts ou de longs trajets.

Les adultes avec incapacité non confinés à leur demeure utilisent divers modes de transport, le véhicule automobile étant le plus répandu. Le besoin de services de transport adapté est mentionné par 3,4 % des personnes, ce qui représente près de 31 000 personnes. Cependant, ce besoin n'est pas comblé pour 1,4 % de personnes (environ 13 200), soit parce que le service n'existe pas dans certaines régions, soit pour d'autres raisons (règlements, problèmes de disponibilité, autres).

Tableau 9.18

Mode de transport principal selon le motif de déplacement, population de 0 à 14 ans avec incapacité ayant effectué au moins un déplacement local au cours de la semaine de référence, Québec, 1998

	École ¹	Santé	Autres
	%		
Automobile	10,6 *	77,8	67,4
Transport en commun ordinaire	4,0 **	5,8 **	7,0 **
Marche à pied	35,2	9,9 **	17,2 *
Transport adapté	3,0 **	1,5 **	0,2 **
Transport scolaire	45,6	5,0 **	1,8 **
Taxi ordinaire, bicyclette, autre	1,6 **	—	6,3 **
Total	100,0	100,0	100,0

1. Population de 5 à 14 ans avec incapacité, fréquentant l'école et ayant effectué au moins un déplacement local au cours de la semaine de référence pour se rendre à l'école.

* 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*.

Que ce soit pour les déplacements locaux (moins de 80 km) ou pour les déplacements sur de longues distances (80 km ou plus), l'automobile est le mode de transport qui domine. Pour les déplacements locaux, le transport en commun ordinaire et la marche demeurent cependant des modes non négligeables. Enfin, le transport adapté occupe une très faible part de l'utilisation globale.

Chez les enfants de moins de 15 ans ayant une incapacité, près de 5 % (soit près de 5 300 enfants) ont de la difficulté à se déplacer sur de courts trajets et 2,6 % (soit environ 3 000 enfants) ont besoin de services de transport adapté. Une grande majorité d'entre eux effectue au moins un déplacement par semaine. Près de 6 enfants sur 10 font jusqu'à six déplacements et plus. L'autobus scolaire et la marche sont les modes de transport privilégiés pour se rendre à l'école. Quant aux déplacements pour raisons de santé ou pour d'autres motifs, l'automobile est le mode le plus largement utilisé.

Enfin, il est possible d'effectuer des analyses temporelles à partir des données de l'EQLA et de celles des ESLA de 1986 et de 1991. Cela constitue une voie à explorer dans la recherche sur les déplacements des personnes avec incapacité.

Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

Au cours des prochaines décennies, on peut s'attendre à une croissance significative des besoins de déplacement des personnes avec incapacité, non seulement à cause de l'augmentation du nombre de ces personnes, due au vieillissement de la population, mais également à cause des changements dans les comportements de déplacement eux-mêmes. L'utilisation de l'automobile par la population avec incapacité et le nombre de déplacements effectués par ce mode de transport devraient croître dans la mesure où les générations futures de personnes âgées seront le produit des générations actuelles qui sont très motorisées. Par ailleurs, la croissance de la demande pour les transports

adaptés pourrait très bien dépendre des politiques gouvernementales et de l'évolution de la qualité de l'offre pour de tels services, dont le potentiel d'augmentation est énorme si l'on en juge par sa très faible part de marché actuelle.

Bibliographie

BERNARD, A., Y. BUSSIÈRE et J.-P. THOUÉZ (1997). « Vieillissement et incapacités au Québec : perspectives régionales 1991-2006 », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 26, n^o. 1, p. 91-107.

BUSSIÈRE, Y., J.-P. THOUÉZ et P. LAROCHE (1993). « Un modèle de prospective de la demande de transport des personnes à mobilité réduite: le cas de Montréal, 1986-2011 », *Routes et Transport*, vol. 23, n^o. 3, automne, p. 34-44.

BUSSIÈRE, Y., J.-P. THOUÉZ, R. G. RICE, G. MATHEWS et A. BERNARD (1996). *Portrait et prévisions de la clientèle à mobilité réduite en transport au Québec, 1993-2006*, Étude réalisée pour le Service Recherche-Développement en Transport terrestre des personnes du ministère des Transports du Québec, 3 vol., Montréal, INRS-Urbanisation.

BUSSIÈRE, Y., A. BERNARD et J.-P. THOUÉZ (1998). « Vieillissement et demande de transport adapté au Québec : perspectives régionales, 1993-2006 » dans *La ville des vieux : recherche sur une cité à humaniser*, coordonné par Joel Yerpez, Paris, Éditions de l'Aube, p. 153-168.

CAMBOIS, E., J.-M. ROBINE et M. BROUARD (1998). « Les espérances de vie appliquées à des statuts spécifiques : historique des indicateurs et des méthodes de calcul », *Population*, 53(3), p. 447-476.

HÉTU, J.-L. (1992). *Psychologie du vieillissement*, Montréal, Éditions du Méridien, 317 p.

THOUÉZ, J.-P. (2001). *Le vieillissement chez soi : limitations d'activités et prise en charge de la dépendance*, Paris, Presses universitaires de France. (Collection Territoires et santé) (à paraître).

THOUÉZ, J.-P., Y. BUSSIÈRE, R. PAMPALON et N. CHICOINE (1993). « Vieillissement et limitations fonctionnelles : analyse comparée des données de l'enquête ESLA entre la région métropolitaine de Montréal et la province de Québec, 1986 », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 22, n^o. 1, printemps.

THOUÉZ, J.-P., Y. BUSSIÈRE, N. CHICOINE, P. LAROCHE et R. PAMPALON (1994). « L'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes de la région de Montréal : analyse secondaire de l'enquête ESLA, 1986-1987 », *Canadian Journal on Aging / Revue canadienne du vieillissement*, vol. 13, n^o. 2, p. 187-200.

Tableaux complémentaires

Tableau C.9.1

Raisons invoquées¹ pour ne pas quitter la demeure, population de 15 ans et plus avec incapacité confinée à la demeure, Québec, 1998

	%
Sortir aggrave le problème de santé	54,9
Sentiment d'insécurité à l'extérieur de la demeure	40,7
Besoin d'aide une fois rendu à destination	38,3
Personne n'est disponible pour accompagner	24,4*
Utilisation d'aides techniques non portatives	8,5**
Pas de service de transport adapté	8,4**
Autres raisons	17,1**

1. Une personne peut mentionner plusieurs raisons pour ne pas quitter la demeure.

* 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.9.2

Besoin de services de transport adapté pour de courts trajets¹ selon la nature de l'incapacité², population de 15 ans et plus avec incapacité non confinée à la demeure, Québec, 1998

	%
Audition	
Oui	3,8*
Non	3,3
Vision	
Oui	6,7**
Non	3,0
Parole	
Oui	17,4*
Non	2,7
Mobilité	
Oui	5,7
Non	1,1**
Agilité	
Oui	5,9
Non	1,3**
Intellect/ santé mentale	
Oui	6,2*
Non	2,5*
Autre	
Oui	0,9**
Non	3,7

1. Trajets de moins de 80 kilomètres.

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

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

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

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

Tableau C.9.3

Raisons invoquées¹ pour l'incapacité d'effectuer de longs trajets, population de 15 ans et plus avec incapacité incapable d'effectuer de longs trajets, Québec, 1998

	%
Cela aggrave le problème de santé	71,3
Difficulté à se déplacer dans la gare, l'aéroport ou le terminus	42,1
Difficulté à s'asseoir à bord	41,9
Difficulté à monter à bord ou à descendre	40,0
Difficulté à voir les affiches ou à entendre les annonces	14,8
C'est trop coûteux (le transport ou l'accompagnateur)	11,1 *
Salles de toilettes inaccessibles	9,7 *
Autres raisons	18,7

1. Une personne peut mentionner plusieurs raisons.

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

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

Tableau C.9.4

Fréquence hebdomadaire des déplacements locaux¹ selon le mode de transport principal utilisé pour au moins un des motifs de déplacement², population de 15 ans et plus avec incapacité non confirmée et ayant effectué au moins un déplacement local³ au cours de la semaine de référence, Québec, 1998

	Un à quatre	Cinq	Six et plus
Automobile (conducteur)	32,6	11,0	56,4
Automobile (passager)	71,4	10,9	17,7
Transport en commun ordinaire	48,5	18,0 *	33,5
Marche à pied	47,4	18,3 *	34,3
Transport adapté	56,6 *	35,8 **	7,6 **
Autobus scolaire	15,3 **	79,7	5,0 **
Taxi ordinaire	82,4	8,7 **	8,9 **
Bicyclette	41,1 **	2,4 **	56,5 *

1. Trajets de moins de 80 kilomètres.

2. Une personne peut déclarer un mode de transport principal différent pour chacun des motifs.

3. Tous les déplacements locaux, quel que soit le motif (travail, études, santé, autres), sont pris en compte.

* 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*.

Chapitre 10

Scolarisation des adultes et des enfants et garde des enfants

Diane Charest

Liette Picard

Ministère de l'Éducation du Québec

François Cormier

Ministère de la Famille et de l'Enfance

Jean-Noël Grenier

Consultant

Introduction

Pour les personnes ayant une incapacité, la poursuite des études nécessite souvent que des mesures particulières de soutien soient mises en place. Cela est vrai tant sur le plan de la formation initiale que sur le plan de la formation continue. Au cours des dernières années, des progrès indéniables ont été accomplis en matière de scolarisation des enfants handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage¹ (CSE, 1996). Ces progrès sont liés à la volonté gouvernementale de favoriser l'intégration scolaire de ces élèves qui se traduit notamment dans la Loi sur l'instruction publique et dans la politique de l'adaptation scolaire, mise à jour en 1992 et renouvelée en 1999 (MEQ 1999a; 1999b).

Les données du ministère de l'Éducation (MEQ 1999a) permettent de constater que la grande majorité des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage sont intégrés dans des écoles ordinaires. Bien qu'elle ait progressé au cours des dernières années, l'intégration en classe ordinaire est plus répandue à l'enseignement préscolaire et au primaire qu'au secondaire. Dans la même foulée, on s'attend aussi à ce que les obstacles à l'intégration

scolaire aient diminué au cours des ans et que la participation des élèves aux activités tant scolaires que parascolaires se soit améliorée. Toutefois, des données récentes (MEQ 1999a) indiquent que la réussite scolaire de ces élèves est très variable et qu'elle est fortement influencée par le type d'incapacité.

Par ailleurs, la Loi sur les services de garde à l'enfance reconnaît le droit de tous les enfants à des services de garde de qualité. Au même titre que les enfants sans incapacité, les enfants avec incapacité doivent pouvoir bénéficier de services de garde stimulants, favorisant leur développement et l'acquisition des habiletés nécessaires à leur réussite scolaire. Étant donné les besoins souvent importants des enfants avec incapacité (stimulation précoce, intégration sociale, par exemple) et la surcharge de travail que ceux-ci peuvent représenter pour leurs parents, le soutien et les périodes de répit que permettent les services de garde apparaissent essentiels. Malgré ces besoins, les données administratives du ministère de la Famille et de l'Enfance (MFE, données non publiées) laissent à penser que la proportion des enfants québécois bénéficiant de services de garde est moins élevée chez les enfants ayant une incapacité que chez ceux qui n'en ont pas.

Si la situation scolaire des enfants ayant une incapacité est relativement bien documentée, ce n'est pas le cas

¹ Le ministère de l'Éducation recueille des données sur les enfants handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage. La définition d'un enfant avec incapacité, selon les critères retenus dans l'EQLA, comprend une plus large étendue de problèmes (ex. : les problèmes de santé physique chroniques).

pour celle des adultes. En effet, peu de données existent sur la scolarisation des adultes ayant une incapacité, leur participation à des activités de formation continue, ainsi que sur les différents facteurs qui ont pu influencer leur scolarisation initiale, tel le moment où est survenue l'incapacité. Or, les liens entre le niveau de scolarité atteint par un individu et son insertion sociale et professionnelle sont démontrés dans de multiples travaux de recherche; revenu, participation au marché du travail, dépendance sociale et état de santé sont des variables fortement corrélées avec la scolarité (Kapsalis, 1998; Statistique Canada, 1997; OCDE et Statistique Canada, 1995; Shalla et Schellenberg, 1998).

Ce chapitre brosse un portrait de la scolarisation de la population ayant une incapacité au Québec. Les informations présentées traitent de la scolarisation de la population adulte (15-64 ans) et de celle des enfants (0-14 ans). Pour les enfants, il est également question de l'utilisation des services de garde.

Après avoir exposé certains aspects méthodologiques, les résultats de l'enquête sont présentés. On fait d'abord état des données spécifiques aux adultes où il y est notamment question du plus haut niveau de scolarité atteint, de la diplomation ainsi que des conséquences de l'incapacité sur la scolarisation. La scolarisation des adultes ayant une incapacité est comparée à celle des Québécois sans incapacité. De plus, des comparaisons avec les résultats des enquêtes canadiennes sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 et de 1991 sont faites pour apprécier les progrès réalisés en la matière.

En second lieu, la situation scolaire des enfants est décrite. La fréquentation scolaire, les conséquences de l'incapacité sur la scolarisation et la participation aux activités ainsi que les modalités d'évaluation professionnelle des besoins de ces enfants sont les principaux aspects examinés. En dernier lieu, l'utilisation des différents types de services de garde par les enfants ayant une incapacité est étudiée. Certains changements

observés par rapport aux enquêtes antérieures (ESLA de 1986, 1991) sont analysés.

10.1 Aspects méthodologiques

Le niveau de scolarité des personnes de 15-64 ans ayant une incapacité (qu'elles aient été ou non en formation au moment de l'enquête) est déterminé à partir d'une question de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (QAA-226). Celle-ci correspond au plus haut niveau de scolarité complété tel que déclaré par les adultes lors de l'enquête. L'utilisation de cette variable permet d'établir des comparaisons avec l'ensemble de la population adulte du Québec. Les données ont été regroupées de la façon suivante : moins de 9 années de scolarité, études secondaires (2^e secondaire à 5^e secondaire), études postsecondaires partielles (cégep, école de métiers, etc.), études postsecondaires complétées (diplôme ou certificat d'un cégep, d'une école de métiers, etc. ou études partielles à l'université) et grade universitaire (certificat universitaire de premier cycle, baccalauréat, etc.).

Puisque l'obtention d'un diplôme d'études secondaires est un facteur déterminant pour l'insertion sociale et professionnelle, un regard est porté sur la diplomation des adultes ayant une incapacité. Le taux de diplomation mesure la proportion de personnes ayant déclaré avoir obtenu un diplôme d'études secondaires ou professionnelles (QAA-227) (ou ayant un niveau de scolarité supérieur), que ce diplôme ait été acquis à l'enseignement ordinaire ou à l'éducation des adultes. Cet indicateur sert également à la comparaison avec les résultats des enquêtes canadiennes de 1986 et 1991. Dans ces enquêtes, sont aussi considérées détenir un diplôme d'études secondaires les personnes ayant déclaré une scolarité égale ou supérieure au certificat d'études secondaires.

Les données recueillies permettent également de connaître la perception des adultes quant à leurs capacités de lecture en français, pour les répondants à la version française du questionnaire de l'EQLA, ou en

anglais pour ceux de la version anglaise (QA-262). Bien que la perception ne corresponde pas nécessairement au niveau réel des capacités lorsque ces dernières sont mesurées au moyen de tests, la proportion de personnes qui admettent de faibles capacités n'en constitue pas moins un indicateur des difficultés rencontrées dans l'utilisation de ces compétences dans la vie de tous les jours (OCDE et Statistique Canada, 1995; OCDE et DRHC, 1997; Statistique Canada, 1996). Pour les fins d'analyse les données ont été regroupées de la façon suivante : capacités faibles (1 et 2), capacités moyennes (3) et capacités élevées (4 et 5).

Trois indicateurs sont utilisés pour effectuer les comparaisons avec les enquêtes de 1986 et 1991. Ceux-ci correspondent à l'atteinte de certaines étapes dans le cheminement scolaire : les personnes qui ont complété une 9^e année d'études ou plus (QAA-226), celles qui ont obtenu un diplôme d'études secondaires ou professionnelles ou plus (QAA-227) et celles qui ont entrepris ou complété des études universitaires (QAA-226). Notons que les données sur la scolarité des enquêtes de 1986 et 1991 sont tirées du recensement. Ces données ont été obtenues à partir de questions très différentes de celles utilisées dans le QAA. Malgré la différence des approches, les résultats présentés devraient être comparables.

L'incapacité, lorsqu'elle survient avant que la personne n'ait terminé sa formation initiale, peut avoir un impact sur le parcours scolaire ou la poursuite des études. Pour examiner ces questions, un regard est porté sur le moment où est survenue l'incapacité (QA-167). Lorsque l'incapacité est survenue avant la fin de la scolarisation initiale, l'effet sur la poursuite des études est examiné (QA-168).

De plus, les répondants ont été invités à identifier les conséquences de leur état sur leur cheminement scolaire. Par exemple, en raison de leur incapacité, les adultes peuvent avoir commencé l'école plus tard (QA-169b), avoir interrompu leurs études pendant de longues périodes (QA-169c) ou avoir changé d'orientation scolaire (QA-169e). Les conséquences perçues par ces personnes (QA-169a à 169k et 170) ont été regroupées en un indicateur nommé « cumul des conséquences perçues sur la scolarisation ». Chez les adultes, cet indicateur, basé sur une simple sommation, prend les valeurs suivantes : aucune conséquence, quelques conséquences (une ou deux) et plusieurs conséquences (trois ou plus). Les conséquences de l'incapacité sur la scolarisation sont examinées chez les adultes qui ont déclaré avoir eu une incapacité avant la fin de leurs études ou qui étaient inscrits en formation au moment de l'enquête.

L'information sur la scolarisation des enfants provient des questions QE-29 à 43 du questionnaire de suivi pour les enfants. Elle porte sur les enfants de 5 à 14 ans fréquentant ou ayant déjà fréquenté l'école. Comme dans le cas des adultes, les conséquences de l'incapacité sur la fréquentation scolaire des enfants ont fait l'objet d'un indicateur. Une réduction du nombre de cours (QE-36), le fait que l'enfant doit fréquenter une école à l'extérieur de son quartier (QE-39), le retard d'entrée en première année (QE-40), le retard scolaire (QE-41) ainsi que les absences prolongées de l'école (QE-42) sont les variables qui composent cet indicateur. Celui-ci varie « d'aucune conséquence » à « plusieurs conséquences » lorsque les répondants ont rapporté deux conséquences ou plus. L'information sur les modalités d'évaluation des besoins scolaires des enfants est tirée des questions QE-44 et 45 (enfants de 0-14 ans). Lorsque l'enfant a été évalué par plus d'un type de professionnel (QE-45), on considère que l'évaluation des besoins scolaires a été faite par une équipe multidisciplinaire.

Chez les enfants, les analyses portant sur la nature de l'incapacité ont été effectuées pour les trois types de troubles les plus fréquents dans cet échantillon, soit les troubles émotifs ou de comportement et la déficience intellectuelle (regroupés), les problèmes de santé physique chroniques et les troubles d'apprentissage. Les autres types de troubles ayant des effectifs plus petits (troubles de la vue, de l'audition, de la parole ou autres troubles) ne sont donc pas examinés dans ce chapitre.

Les données sur les services de garde sont également extraites du questionnaire de suivi des enfants (QE-46 à 52) et portent sur les enfants de 0 à 14 ans. Pour l'analyse des données relatives à l'utilisation de ces services, certains indicateurs tirés de l'*Enquête sociale et de santé 1998* sont exploités. Ce sont la zone de résidence, le type de famille (monoparentale ou biparentale) et le revenu du ménage. Règle générale, les analyses chez les enfants sont limitées par la faible taille de l'échantillon lorsque des sous-groupes sont examinés.

10.2 Résultats

10.2.1 Scolarisation des adultes

Cette première section examine le plus haut niveau de scolarité atteint ainsi que la diplomation de la population québécoise de 15-64 ans avec ou sans incapacité. Par la suite, des comparaisons avec les enquêtes antérieures sont effectuées pour voir si la scolarisation de la population ayant une incapacité s'est améliorée au cours des dernières années. La relation entre la nature et la gravité de l'incapacité et la scolarisation est ensuite étudiée ainsi que les conséquences de l'incapacité sur la scolarisation. Finalement, les principales caractéristiques des adultes en formation sont présentées.

10.2.1.1 Plus haut niveau de scolarité atteint et diplomation en 1998

En 1998, les adultes de 15-64 ans avec incapacité sont, en général, moins scolarisés que le reste de la

population québécoise de cet âge (tableau 10.1). En effet, la proportion d'adultes ayant une incapacité qui ont complété moins de 9 ans d'études est plus importante que celle observée chez les adultes sans incapacité (21 % c. 9 %).

Cette situation plus favorable aux personnes sans incapacité s'observe dans les différents groupes d'âge à l'exception des personnes de 55-64 ans. Dans ce cas, l'association n'est pas significative. Par ailleurs, quand on compare entre elles les personnes ayant une incapacité, il ressort que les plus jeunes sont en proportion beaucoup plus scolarisés que leurs aînés, comme c'est le cas dans la population sans incapacité. Par exemple, 45 % des personnes de 55 à 64 ans avec incapacité ont complété moins de 9 années d'études alors que ce pourcentage est de 9 % chez les plus jeunes, soit un écart de 36 points à l'avantage de ces derniers. Chez les personnes sans incapacité, l'écart est de 33 points en faveur des plus jeunes (36 % c. 2,9 %).

Le tableau 10.1 présente également ces données selon le sexe et la langue maternelle. Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes en ce qui a trait au niveau scolaire atteint tant au sein de la population avec incapacité que dans le reste de la population. La situation est différente lorsque les résultats sont examinés selon la langue maternelle. Chez les personnes avec incapacité, la proportion de personnes qui déclarent une scolarité inférieure à une 9^e année d'études est plus élevée chez les allophones (39 %) que chez les francophones (21 %) ou les anglophones (13 %); chez les personnes sans incapacité (comme dans l'ensemble de la population québécoise de 15-64 ans), cette proportion est plus élevée chez les allophones et les francophones (12 % et 9 % respectivement) qui se distinguent des anglophones (3,9 %).

Tableau 10.1

Plus haut niveau de scolarité atteint selon la présence d'une incapacité, l'âge, le sexe et la langue maternelle, population de 15 à 64 ans, Québec, 1998

	Moins de 9 ans d'études	Études secondaires	Études postsecondaires partielles	Études postsecondaires complétées	Grade universitaire
	%				
Âge					
15-34 ans					
Avec incapacité	9,1 *	44,3	10,0 *	23,0	13,6 *
Sans incapacité	2,9	40,7	13,0	26,7	16,8
Total	3,4	41,0	12,7	26,4	16,5
35-54 ans					
Avec incapacité	16,2	41,7	9,8	19,5	12,9
Sans incapacité	8,1	38,3	9,9	23,5	20,3
Total	9,3	38,7	9,8	22,9	19,3
55-64 ans					
Avec incapacité	44,6	24,9	5,4 **	16,2	9,0 *
Sans incapacité	35,9	27,7	7,1	17,2	12,1
Total	37,9	27,0	6,7	17,0	11,4
Sexe					
Hommes					
Avec incapacité	22,9	36,4	8,4	20,4	11,9
Sans incapacité	9,3	39,0	10,7	23,5	17,6
Total	10,8	38,7	10,4	23,1	17,0
Femmes					
Avec incapacité	20,1	39,7	9,0	18,8	12,3
Sans incapacité	9,1	37,1	11,1	24,7	18,1
Total	10,6	37,5	10,8	23,9	17,3
Langue maternelle					
Française					
Avec incapacité	20,5	38,2	8,9	20,8	11,7
Sans incapacité	9,1	39,5	11,0	24,0	16,4
Total	10,6	39,3	10,7	23,6	15,8
Anglaise					
Avec incapacité	12,7 **	42,8	10,8 **	22,1 *	11,6 **
Sans incapacité	3,9 *	29,6	13,8	27,4	25,3
Total	5,0 *	31,3	13,4	26,7	23,6
Autres					
Avec incapacité	38,6	31,0 *	4,6 **	4,8 **	21,0 *
Sans incapacité	11,6	31,8	7,6	23,3	25,8
Total	14,3	31,7	7,3	21,4	25,3
Total					
Avec incapacité	21,4	38,2	8,7	19,5	12,1
Sans incapacité	9,2	38,1	10,9	24,1	17,8
Total	10,7	38,1	10,6	23,5	17,1

* 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 données de l'enquête permettent de déterminer le pourcentage de personnes ayant obtenu un premier diplôme, qu'il soit d'études secondaires ou de formation professionnelle (ou une scolarité supérieure), selon la présence ou non d'une incapacité. Le tableau 10.2 présente le taux d'obtention d'un diplôme des personnes avec ou sans incapacité selon le sexe et l'âge.

En 1998, 52 % des personnes avec incapacité détenaient au moins un diplôme d'études secondaires ou un diplôme d'études professionnelles. Chez les personnes sans incapacité ce pourcentage est de 67 %, une différence de 15 % entre les deux groupes. À l'exception des personnes de 55-64 ans, pour lesquelles les différences sont non significatives, les personnes sans incapacité sont en proportion plus nombreuses à avoir atteint ce premier diplôme.

Tableau 10.2
Taux de diplomation¹ selon la présence d'une incapacité, l'âge et le sexe, population de 15 à 64 ans, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité	Total
	%		
Hommes			
15-34 ans	57,2	69,0	68,2
35-54 ans	52,7	69,3	67,2
55-64 ans	44,7	42,5	43,0
Total	51,8	66,1	64,4
Femmes			
15-34 ans	55,6	73,7	72,1
35-54 ans	59,4	71,4	69,6
55-64 ans	32,4	42,2	39,9
Total	51,9	68,8	66,5
Sexes réunis			
15-34 ans	56,3	71,3	70,1
35-54 ans	56,3	70,4	68,4
55-64 ans	38,1	42,3	41,4
Total	51,9	67,4	65,5

1. Diplôme d'études secondaires ou d'études professionnelles (ou niveau de scolarité supérieur).

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

Au total, les femmes ayant une incapacité déclarent détenir un premier diplôme dans des proportions similaires à celles des hommes. Toutefois, dans la population sans incapacité, des différences existent en faveur d'une plus grande diplomation chez les femmes, en particulier chez celles de 15-34 ans. Le taux de diplomation des femmes appartenant à ce groupe d'âge est de 74 % comparativement à 69 % chez les hommes du même groupe d'âge. Cette différence ne se retrouve pas dans la population avec incapacité, les taux de diplomation des hommes et des femmes de 15 à 34 ans étant sensiblement les mêmes (56 % c. 57 %). Par contre, chez les personnes avec incapacité plus âgées (55-64 ans), le taux de diplomation des hommes est supérieur à celui des femmes (45 % c. 32 %). En somme, plus que le sexe, l'incapacité est un facteur déterminant au niveau de la diplomation.

Des données ont également été recueillies sur la perception des capacités de lecture² des personnes ayant une incapacité (tableau 10.3). Une forte majorité des personnes jugent leurs capacités élevées (79 %). Les personnes ayant complété moins de 9 années d'études sont les plus insatisfaites de leurs capacités de lecture puisque 23 % les jugent comme étant faibles comparativement à 4,9 % des personnes qui ont entrepris ou complété des études secondaires.

² Pour les répondants au questionnaire français, on évalue la capacité de lecture en français et pour les répondants au questionnaire anglais, la capacité de lecture en anglais.

Tableau 10.3

Perception des capacités de lecture¹ selon le plus haut niveau de scolarité atteint, population de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998

	Moins de 9 ans d'études	Études secondaires	Études postsecondaires et universitaires	Total
	%			
Capacités de lecture				
Faibles	23,2	4,9	1,6**	7,5
Moyennes	22,2	16,0	7,7*	14,0
Élevées	54,6	79,1	90,6	78,5

1. Capacités de lecture en français pour les répondants au questionnaire français, en anglais pour ceux du questionnaire anglais.

* 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*.

10.2.1.2 Évolution de la scolarisation des personnes ayant une incapacité

Au sein de la population avec incapacité, des améliorations importantes sur le plan de la scolarisation sont notées de 1986 à 1998. En 1998, 79 % de la population de 15 à 64 ans ayant une incapacité a complété une 9^e année d'études ou plus (figure 10.1). En 1986, ce pourcentage s'établissait à 55 %, alors qu'en 1991, il était de 72 %. C'est donc entre 1986 et 1991 que les améliorations les plus notables concernant l'atteinte de ce niveau d'études peuvent être observées. Bien qu'en apparence moins importants, les gains observés de 1991 à 1998 demeurent significatifs.

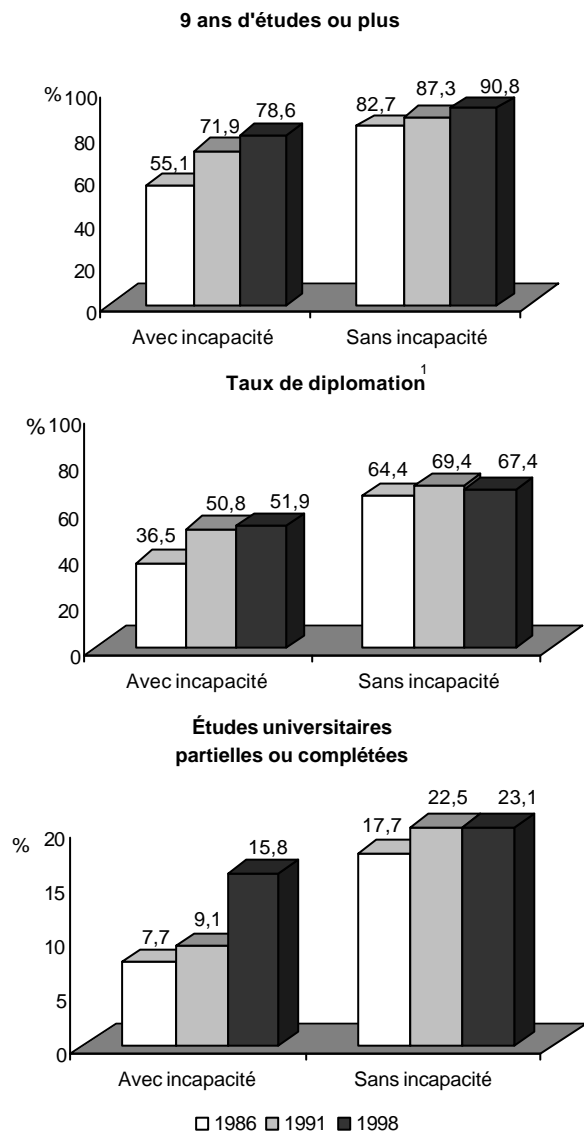
Au cours de la même période, la population québécoise sans incapacité a aussi connu une certaine amélioration de son niveau de scolarisation (figure 10.1). Ainsi, en 1998, 91 % des personnes sans incapacité de 15-64 ans ont complété 9 années d'études ou plus comparative-ment à 83 % en 1986. De plus, le pourcentage de personnes sans incapacité qui ont entrepris ou complété des études universitaires a augmenté de 5 %, passant de 18 % en 1986 à 23 % en 1998. Le taux de

diplomation, quant à lui, a connu une faible amélioration au cours de cette période (de 64 % à 67 %).

Par ailleurs, chez les personnes ayant une incapacité, la diplomation a connu une hausse importante au cours de cette période. En 1986, 36 % des personnes ayant une incapacité détenaient au moins un diplôme d'études secondaires ou de formation professionnelle. En 1991, la proportion est passée à 51 %. Elle n'a cependant pas varié de façon significative entre 1991 et 1998 (52 %). Les progrès enregistrés au chapitre de la diplomation se sont donc produits entre 1986 et 1991.

En 1998, 16 % des personnes ayant une incapacité ont entrepris ou complété des études universitaires. Il s'agit encore une fois d'une amélioration notable puisque cette proportion était de 8 % en 1986 et de 9 % en 1991. Contrairement à la diplomation, c'est au cours des dernières années, soit entre 1991 et 1998, que l'accès aux études universitaires a le plus progressé chez les personnes ayant une incapacité.

Figure 10.1
Évolution de trois indicateurs de scolarisation selon la présence d'une incapacité, population de 15 à 64 ans, Québec, 1986, 1991 et 1998



1. Diplôme d'études secondaires ou d'études professionnelles (ou niveau de scolarité supérieur).

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986*.
 Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.
 Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Les données présentées au tableau 10.4 permettent de constater que les personnes ayant une incapacité de tous les groupes d'âge enregistrent des améliorations sur le plan de la scolarisation. Celles-ci paraissent particulièrement importantes dans les groupes plus âgés. Ainsi, en 1986, 34 % des personnes de 55-64 ans avaient complété au moins 9 années d'études alors que cette proportion s'établit à 56 % en 1998. Pour les personnes de 35-54 ans ces pourcentages sont passés de 58 % à 84 %.

Tableau 10.4
Évolution de trois indicateurs de scolarisation selon l'âge, population de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1986, 1991 et 1998

	1986	1991	1998	Pe '000
%				
9 ans d'études ou plus				
15-34 ans	80,7 †	85,7	90,0	139,2
35-54 ans	58,4 †	74,9	83,6	262,2
55-64 ans	34,3 †	54,0	55,8	86,2
Total	55,1	71,9	78,6	487,6
Taux de diplomation¹				
15-34 ans	50,2 †	55,8	56,3	82,9
35-54 ans	40,9 †	57,6	56,3	177,0
55-64 ans	22,5 †	37,4	38,1	59,2
Total	36,5	50,8	51,9	319,1
Études universitaires partielles ou complétées				
15-34 ans	9,1 †	9,0	14,7	22,8
35-54 ans	11,1 †	12,1	16,9	53,2
55-64 ans	3,1 †	5,3 *	13,2 *	20,3
Total	7,7	9,1	15,4	96,3

1. Diplôme d'études secondaires ou d'études professionnelles (ou niveau de scolarité supérieur).

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

† Coefficient de variation non disponible.

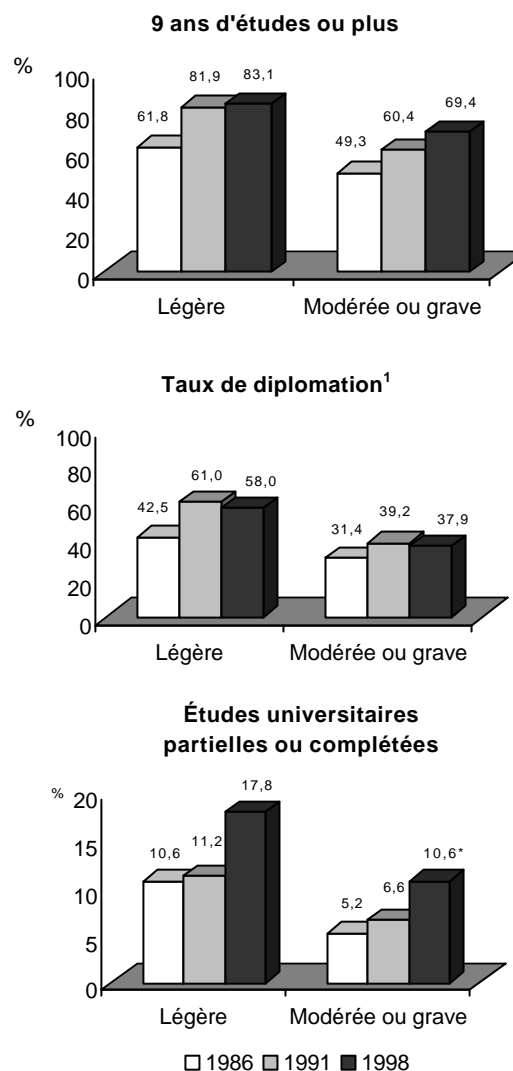
Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986*.
 Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.
 Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Les progrès observés concernant la diplomation sont significatifs chez les personnes de 35 à 64 ans ayant une incapacité. En 1986, 41 % des personnes de 35 à 54 ans détenaient un diplôme d'études secondaires ou d'études professionnelles, alors qu'en 1998, cette proportion s'établit à 56 %. Chez les personnes âgées de 55 à 64 ans, la proportion de personnes détenant l'un ou l'autre de ces diplômes est passée, durant la même période, de 22 % à 38 %. Enfin, la proportion de personnes ayant une incapacité qui ont fait des études universitaires (partielles ou complétées) s'est également accrue dans tous les groupes d'âge entre 1986 et 1998.

10.2.1.3 Gravité et nature de l'incapacité et scolarisation

Le niveau de scolarité atteint par un individu est significativement lié à la gravité de son incapacité (figure 10.2). En effet, en 1998, 83 % des personnes ayant une incapacité légère ont complété au moins une 9^e année d'études comparativement à 69 % des personnes ayant une incapacité modérée ou grave. Les deux autres indicateurs de scolarisation examinés montrent une relation semblable. Ainsi, le taux de diplomation des personnes ayant une incapacité modérée ou grave est inférieur à celui des personnes ayant une incapacité légère en 1998 (38 % c. 58 %). Il en est de même de la proportion de personnes ayant entrepris ou complété des études universitaires (11 % c. 18 %).

Figure 10.2
Évolution de trois indicateurs de scolarisation selon la gravité de l'incapacité, population de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1986, 1991 et 1998



1. Diplôme d'études secondaires ou d'études professionnelles (ou niveau de scolarité supérieur).

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

Note : Coefficients de variation non disponibles pour les données de 1986 et 1991 de cette figure.

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

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

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

On note la forte progression du taux de diplomation chez les personnes avec une incapacité légère entre 1986 et 1998 (de 43 % à 58 %). Pour les personnes ayant une incapacité modérée ou grave, on observe également une tendance à la hausse (de 31 % à 38 %) pour la même période. Peu importe le degré de gravité, une augmentation de la fréquentation universitaire est observée. Toujours pour la période de 1986 à 1998, le pourcentage de personnes ayant une incapacité légère qui ont entrepris ou complété des études universitaires est passé de 11 % à 18 % alors que celui des personnes ayant une incapacité modérée ou grave est passé de 5 % à 11 %.

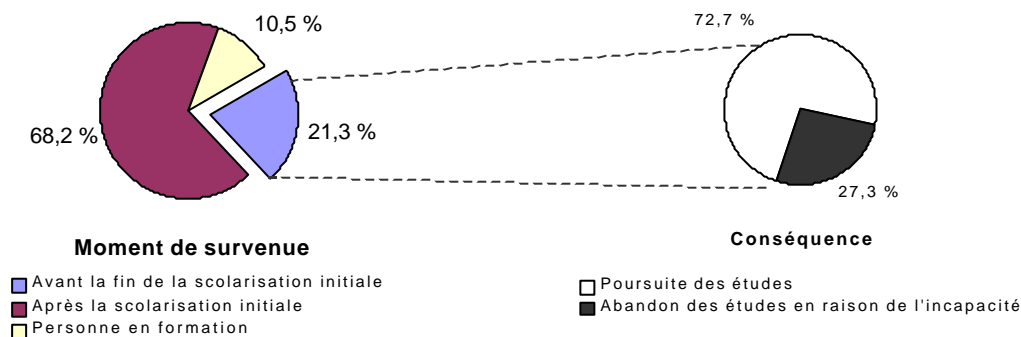
Les données de l'enquête permettent également d'examiner les liens entre la nature de l'incapacité et la scolarisation des personnes. Les personnes ayant une incapacité liée à la mobilité ou à l'agilité et celles qui ont une incapacité physique de nature non précisée se distinguent à cet égard. Ainsi, on note que la proportion de personnes qui ont complété moins de 9 années d'études est plus grande chez les individus ayant une incapacité liée à la mobilité (27 %) que chez les personnes n'ayant pas ce type d'incapacité (17 %) (tableau C.10.1). Il en est de même chez les personnes

ayant une incapacité liée à l'agilité (22 % c. 17 %). À l'inverse, les personnes ayant une incapacité de nature non précisée (« autre ») sont plus scolarisées que celles qui n'ont pas ce type d'incapacité. Enfin, l'enquête ne permet pas d'observer de variation significative du niveau de scolarité pour les autres types d'incapacité.

10.2.1.4 Conséquences de l'incapacité sur la scolarisation

Le moment où survient l'incapacité est un élément important à considérer dans l'analyse des liens entre l'incapacité et la scolarisation d'un individu. Dans l'enquête, environ un adulte sur cinq (21 %) indique que son incapacité est survenue avant la fin de sa scolarisation initiale (figure 10.3). De ce nombre, un peu plus du quart (27 %) déclarer avoir dû interrompre ses études en raison de son incapacité, soit 6 % de l'ensemble des adultes de 15-64 ans ayant une incapacité. Comme on peut s'y attendre, les personnes qui ont interrompu leur scolarité à cause de leur incapacité sont en proportion plus nombreuses à avoir atteint un faible niveau de scolarité que celles qui ne les ont pas interrompues pour cette raison (données non présentées).

Figure 10.3
Moment où est survenue l'incapacité et conséquence sur la poursuite de la scolarisation, population de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec 1998



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

Sans nécessairement entraîner l'abandon des études, l'incapacité, lorsqu'elle survient avant la fin de la scolarisation, peut avoir des conséquences sur le parcours scolaire et les conditions de fréquentation scolaire. Les données de l'enquête permettent d'étudier la perception de ces conséquences chez les personnes dont l'incapacité est survenue avant la fin de la scolarisation initiale et les personnes avec incapacité qui sont actuellement en formation. Rappelons que ces données portent sur des perceptions et doivent être analysées comme telles.

Une proportion importante (41 %) des personnes dont l'incapacité est survenue avant la fin des études (incluant les personnes en formation) déclarent que leur incapacité avait exercé une influence sur leur choix de cours (tableau 10.5). Par ailleurs, approximativement le quart des personnes indiquent avoir pris plus de temps pour atteindre leur niveau scolaire actuel (25 %), avoir interrompu leurs études pour de longues périodes (25 %) ou avoir dû retourner à l'école pour se recycler (24 %) à cause de leur incapacité. Des proportions semblables de personnes affirment avoir réduit le nombre de cours suivis (19 %), changé d'école (18 %) ou avoir fréquenté une classe ou une école spéciale (17 %). Enfin, 16 % affirment avoir eu à changer d'orientation scolaire alors que 12 % indiquent avoir eu à assumer des coûts supplémentaires liés à leur incapacité. Dans l'ensemble, 63 % des personnes dont l'incapacité est survenue avant la fin de leurs études déclarent que leur incapacité avait entraîné l'une ou l'autre des conséquences mentionnées.

Tableau 10.5
Conséquences perçues de l'incapacité sur la scolarisation, population de 15 à 64 ans dont l'incapacité est survenue avant la fin des études¹, Québec, 1998

	%
Leur choix de cours ou de carrière a été influencé	40,8
Ont pris plus de temps pour atteindre leur niveau de scolarité	25,3
Ont interrompu leurs études pour de longues périodes	24,5
Sont retournés à l'école pour se recycler	24,0
Ont suivi moins de cours ou étudié moins de matières que voulu	18,9
Ont changé d'école	17,6
Ont été inscrits à une école spéciale ou à des cours spéciaux	16,9
Ont changé d'orientation scolaire	16,1
Ont dû assumer des coûts supplémentaires pour la poursuite de leurs études	11,9
Ont dû quitter leur localité pour poursuivre leurs études	8,6*
Ont commencé l'école plus tard	7,0*
Ont suivi des cours par correspondance ou à domicile	5,2*
Au moins une des conséquences	62,6

1. Incluant les personnes en formation.

* 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*.

Le tableau 10.6 montre la relation entre le niveau de scolarité des personnes et le nombre de conséquences qu'elles ont dit avoir rencontrées dans leur parcours scolaire à cause de leur incapacité. Les personnes les plus faiblement scolarisées (moins de 9 années d'études) sont en proportion plus nombreuses à faire part de plusieurs conséquences sur leur scolarisation (66 %) que celles qui ont fait des études secondaires ou postsecondaires (respectivement 30 % et 29 %). Il est à noter qu'une proportion importante (43 %) des personnes qui ont entrepris ou complété des études postsecondaires ou universitaires indiquent n'avoir perçu aucune des conséquences mentionnées sur leur fréquentation scolaire.

Tableau 10.6

Cumul des conséquences perçues sur la scolarisation selon le plus haut niveau de scolarité atteint, population de 15 à 64 ans dont l'incapacité est survenue avant la fin de la scolarisation¹, Québec, 1998

	Moins de 9 ans d'études	Études secondaires	Études postsecondaires et universitaires	Total
	%			
Aucune conséquence	13,7**	38,4	42,5	37,5
Quelques conséquences	20,8**	31,8	28,4	28,7
Plusieurs conséquences	65,5	29,8	29,1	33,9

1. Incluant les personnes en formation.

** 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*.

10.2.1.5 Adultes en formation

L'EQLA indique que 11 % des adultes de 15 à 64 ans ayant une incapacité fréquentent une école, un collège ou une université en 1998 (figure 10.3). En raison du petit nombre de personnes inscrites en formation au moment de l'enquête dans l'échantillon, une description très générale de la formation suivie est présentée (tableau 10.7).

De façon générale, les personnes avec incapacité qui sont en formation actuellement sont plus scolarisées que celles qui ne le sont pas et elles sont aussi plus jeunes (données non présentées). En effet, plus des trois quarts (78 %) des personnes en formation sont âgées de 15 à 34 ans. La majorité (72 %) des personnes poursuivent leur formation à temps complet et une faible proportion de personnes (7 %) suivent des cours à domicile.

Quand on examine la distribution des personnes qui étudient selon le type d'école fréquentée, on obtient la répartition suivante : 34 % sont inscrites dans une école secondaire ordinaire; environ 9 % fréquentent une école spéciale de niveau secondaire; environ 5 % sont inscrites à l'éducation des adultes, 24 % sont au cégep ou dans un institut technique et 27 % fréquentent l'université.

Tableau 10.7

Caractéristiques des adultes de 15 à 64 ans avec incapacité inscrits en formation, Québec, 1998

	%
Âge	
15-34 ans	77,6
35 ans et plus	22,4*
Type de fréquentation	
Inscrit à temps plein	72,2
Inscrit à temps partiel le jour	9,0**
Inscrit à temps partiel le soir	18,8*
Cours par correspondance ou à domicile	
Oui	7,3**
Non	92,7
Type d'établissement fréquenté	
École secondaire ordinaire	33,8
École spéciale	8,5**
Cégep ou institut technique	23,8*
Université	26,6
Centre d'éducation des adultes	5,4**
Autre	1,8**
Besoin d'installations ou de services	11,8*

* 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 personnes inscrites au niveau secondaire fréquentent en majorité des classes régulières uniquement (89 %) et se répartissent entre le premier et le deuxième cycle de l'enseignement secondaire (données non présentées). Questionnées sur les besoins d'installations adaptées et de services nécessaires à la poursuite de leur formation, les

personnes en formation ont été peu nombreuses en proportion (12 %) à exprimer des besoins, que ce soit sur le plan des ressources physiques (locaux, équipements) ou humaines (accompagnateurs, orthopédagogues, orthophonistes, etc.).

10.2.2 Scolarisation des enfants ayant une incapacité

Cette section présente dans un premier temps des données sur la fréquentation scolaire des enfants. Elle décrit par la suite les conséquences de l'incapacité sur la scolarisation des enfants et sur leur participation aux activités scolaires et parascolaires. Enfin, il est question des services d'évaluation des besoins scolaires dont ils peuvent bénéficier.

10.2.2.1 Fréquentation scolaire

En 1998, 96 % des enfants de 5 à 14 ans ayant une incapacité fréquentent ou ont déjà fréquenté l'école (donnée non présentée). Dans le reste du texte, les enfants fréquentant ou ayant déjà fréquenté l'école sont désignés comme fréquentant l'école³.

La grande majorité de ces enfants (80 %) fréquentent une école ordinaire, 12 % une école ordinaire offrant des classes spéciales ou des classes d'appoint alors que 8 % sont inscrits dans une école spéciale (tableau 10.8). Lorsque les enfants sont inscrits dans une école ordinaire, il est peu fréquent qu'ils aient déjà fréquenté une école spéciale puisque seulement 1,4 %⁴ de ces enfants sont dans une telle situation (donnée non présentée). Étant donné leur âge, la majorité des enfants (67 %) se retrouvent au niveau primaire.

³ En fait, 94 % des enfants fréquentaient l'école au moment de l'enquête, auxquels s'ajoutent 2 % des enfants ayant déjà fréquenté l'école. Pour les enfants qui ne fréquentent pas l'école (6 %), la principale raison invoquée (5 %) est qu'ils étaient trop jeunes (données non présentées).

⁴ Cette proportion a un coefficient de variation supérieur à 25 % et est une estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Tableau 10.8

Caractéristiques relatives à la scolarisation, enfants de 5 à 14 ans avec incapacité et fréquentant l'école, Québec, 1991 et 1998

	1991	1998
	%	
Type d'école fréquentée		
Ordinaire	69,5	80,2
Ordinaire offrant des classes spéciales	20,0	12,1*
Spéciale	10,5	7,7*
Niveau scolaire		
Préscolaire	..	17,0*
Primaire	..	67,3
Secondaire	..	15,6*
Autre	..	0,1**
Total (fréquentant l'école)	100,0	100,0
Pe '000	54,5	84,6

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

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

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

De 1991 à 1998, le pourcentage d'enfants ayant une incapacité fréquentant une école ordinaire (offrant ou non des classes spéciales) n'a pas varié de manière significative (de 89 % à 92 %) (tableau 10.8). Le changement le plus important semble s'être effectué sur le plan de l'organisation même des écoles ordinaires. En effet, entre 1991 et 1998, la proportion des enfants fréquentant une école ordinaire sans classes spéciales est passée de 70 % à 80 % alors que la proportion de ceux qui fréquentaient une école ordinaire offrant des classes spéciales a diminué de 20 % à 12 %.

En 1998, parmi ceux et celles qui fréquentent une école ordinaire, 86 % sont intégrés dans des classes régulières, environ 8 % sont dans des classes spéciales et environ 6 % sont partiellement intégrés, c'est-à-dire qu'ils suivent leurs cours à certains moments en classe régulière tout en ayant accès à d'autres moments à des classes spéciales (tableau 10.9). Les enquêtes ne permettent pas d'observer d'augmentation significative

de la proportion d'enfants intégrés en classe régulière entre 1991 et 1998; toutefois, on note une diminution significative, entre 1991 et 1998, de la proportion d'enfants partiellement intégrés (de 15 % à 6 %) et une augmentation significative de la proportion d'enfants fréquentant des classes spéciales uniquement (de 3,7 % à 8 %).

Tableau 10.9

Types de classe fréquentée dans les écoles ordinaires, enfants de 5 à 14 ans avec incapacité et fréquentant une école ordinaire, Québec, 1991 et 1998

	1991	1998
	%	
Classe régulière uniquement	81,4	86,1
Classe spéciale uniquement	3,7 †	8,0 **
Classe régulière et classe spéciale	14,9	5,9 **

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

† Coefficient de variation entre 16,7 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Finalement, parmi l'ensemble des enfants qui suivent une partie ou la totalité de leurs cours dans des classes spéciales ou encore qui fréquentent ou ont déjà fréquenté une école spéciale, la majorité (65 %) suivent des cours de formation générale (données non présentées).

10.2.2.2 Conséquences de l'incapacité sur la scolarisation des enfants et la participation aux activités

Pour environ le tiers des enfants (34 %), l'incapacité a eu une ou plusieurs conséquences sur leur fréquentation scolaire (tableau 10.10). Il s'agit d'un retard scolaire pour le quart des enfants (25 %) qui ont mis plus de temps que les enfants de leur âge pour atteindre leur niveau scolaire. Par ailleurs, une proportion importante d'enfants (16 %) ont dû fréquenter une école hors de leur quartier, toujours en raison de leur incapacité.

D'autres conséquences sont également mentionnées telles que le fait de devoir suivre un nombre restreint de cours ou encore de s'absenter de l'école pour une longue période. Cette situation diffère peu de celle qui prévalait en 1991; on remarque cependant une augmentation significative de la proportion d'enfants qui doivent fréquenter une école hors de leur quartier (de 9 % à 16 %) entre 1991 et 1998.

Tableau 10.10

Conséquences perçues de l'incapacité sur la scolarisation, enfants de 5 à 14 ans avec incapacité et fréquentant l'école, Québec, 1991 et 1998

	1991	1998
	%	
Suivent un nombre réduit de cours	8,2	5,2 **
Reçoivent de l'aide à l'école (accompagnateur, lecteur...)	10,6	6,3 **
Doivent fréquenter une école hors de leur quartier	8,9	16,1 *
Ont commencé l'école plus tard	4,3 †	2,8 **
Ont pris plus de temps pour atteindre son niveau scolaire	25,7	24,8
Ont dû s'absenter de l'école plus d'un mois	8,6	6,9 **
Au moins une des conséquences	..	33,8

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

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

† Coefficient de variation entre 16,7 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Même si, pour environ les deux tiers des enfants (66 %), l'incapacité n'a eu aucune conséquence sur leur fréquentation scolaire, il n'en demeure pas moins qu'elle a eu « une conséquence » pour environ un enfant sur cinq (18 %) et « plusieurs conséquences » pour 15 % d'entre eux (tableau 10.11).

Le tableau 10.11 permet de constater que les conséquences de l'incapacité sont d'autant plus nombreuses que l'incapacité est grave. Pour près des trois quarts des enfants (71 %) ayant une incapacité légère, l'incapacité n'a pas eu de conséquences sur leur fréquentation scolaire, alors que ce pourcentage n'est que de 16 % environ lorsque le niveau de l'incapacité est modéré ou grave. Chez 60% des enfants ayant une incapacité modérée ou grave, l'incapacité a occasionné « plusieurs conséquences » sur la fréquentation scolaire, telles qu'identifiées par l'indicateur de cumul des conséquences perçues.

L'enquête permet de vérifier s'il existe une relation entre les conséquences perçues de l'incapacité et la nature de l'incapacité, pour trois des troubles les plus fréquents chez les enfants, soit les troubles émotifs ou

de comportement et la déficience intellectuelle (regroupés), les problèmes de santé physique chroniques et les troubles d'apprentissage. Les enfants présentant des troubles émotifs, de comportement ou une déficience intellectuelle ainsi que ceux qui présentent des troubles d'apprentissage sont proportionnellement plus nombreux à éprouver des conséquences liées à leur incapacité (respectivement 50 % et 68 % ont éprouvé au moins une conséquence) que les enfants ne présentant pas de tels troubles (respectivement 24 % et 17 %). L'enquête ne permet pas d'observer de différence significative chez les enfants présentant ou non des problèmes de santé physique chroniques.

Tableau 10.11

Cumul des conséquences perçues sur la scolarisation selon la gravité et la nature de l'incapacité¹, enfants de 5 à 14 ans avec incapacité et fréquentant l'école, Québec, 1998

	Aucune conséquence	Une conséquence	Plusieurs conséquences
	%		
Gravité de l'incapacité			
Légère	71,4	17,8 *	10,9 *
Modérée ou grave	16,2 **	24,0 **	59,9 *
Troubles émotifs/déficience intellectuelle			
Oui	49,5	20,1 *	30,4 *
Non	76,1	17,1 *	6,9 **
Problèmes de santé physique chroniques			
Oui	58,1	23,9	18,1
Non	68,3	17,1 *	14,6 *
Troubles d'apprentissage			
Oui	31,7 *	32,1 *	36,2 *
Non	82,8	11,8 *	5,5 **
Total	66,2	18,4	15,4 *

1. Un enfant peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

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

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

La présence d'une incapacité chez les enfants d'âge scolaire se traduit également par des limitations dans leur participation aux activités scolaires et parascolaires pour le tiers des enfants (33 %) (tableau 10.12). Ainsi, 22 % de ces enfants ont déjà été limités dans leur participation aux cours d'éducation physique ou à des jeux exigeant un effort physique, tandis qu'environ 15 % à 17 % des enfants ont déjà été limités dans des jeux avec les autres enfants, dans leur participation aux activités régulières de la classe ou dans leur participation aux autres activités scolaires et parascolaires.

La comparaison de ces résultats avec ceux obtenus en 1991 révèle des différences. En 1998, la proportion d'enfants ayant déjà été limités dans leur participation aux activités scolaires ou parascolaires est de 33 % comparativement à 46 % en 1991. Toute proportion gardée, les enfants sont moins nombreux en 1998 à avoir déjà connu des limitations dans leur participation aux activités d'éducation physique qu'en 1991 (22 % c. 39 %).

Tableau 10.12

Limitations dans la participation aux activités scolaires et parascolaires, enfants de 5 à 14 ans avec incapacité et fréquentant l'école, Québec, 1991 et 1998

	1991	1998
	%	
Éducation physique ou jeux physiques	38,8	21,5
Jeux avec les autres	21,8	17,0*
Activités régulières de la classe	16,1	15,4*
Autres activités scolaires et parascolaires ¹	11,9	16,2*
Au moins une de ces activités	46,4	33,3

1. En 1991, la question porte sur les autres activités scolaires seulement.

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

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Comme on peut s'y attendre, les enfants ayant une incapacité modérée ou grave sont plus nombreux en proportion à connaître des limitations dans leur participation à des activités qui se déroulent à l'école (tableau 10.13). Plus de la moitié des enfants (environ 53 %) ayant une incapacité modérée ou grave ont déjà connu des limitations dans leur participation aux cours d'éducation physique ou à des jeux physiques comparativement à 18 % des enfants ayant une incapacité légère. Ils sont aussi proportionnellement plus nombreux à être limités dans les activités régulières de la classe et les autres activités scolaires et parascolaires.

Le quart des enfants ayant des troubles émotifs ou de comportement ou une déficience intellectuelle ont déjà vécu des limitations dans la participation aux activités régulières de leur classe (26 %) ou dans leurs jeux avec les autres (27 %) comparativement à environ 10 % des enfants n'ayant pas de tels troubles (10 % et 11 % respectivement) (tableau 10.13). Par ailleurs, pas moins de 43 % des enfants ayant des problèmes de santé physique chroniques ont déjà été limités dans leur participation aux cours d'éducation physique ou à des jeux exigeant un effort physique comparativement à 17 % des enfants n'ayant pas de tels problèmes. Les relations entre ces limitations et la présence de troubles d'apprentissage ne sont pas significatives.

10.2.2.3 Évaluation des besoins scolaires de l'enfant

Parmi les mesures mises en œuvre pour soutenir le développement des enfants ayant une incapacité figure l'évaluation de leurs besoins scolaires. Les données de l'enquête indiquent que 32 % des enfants âgés de 0 à 14 ans ont bénéficié d'une telle évaluation (donnée non présentée). De prime abord, ce pourcentage semble peu élevé. Toutefois, considérant que la majorité des enfants ont une incapacité légère (90 %) (voir chapitre 2), ces résultats sont plus probants. De plus, on peut faire l'hypothèse que les très jeunes enfants (ceux d'âge préscolaire) n'ont pas encore bénéficié de telles évaluations en raison précisément de leur âge.

Tableau 10.13

Limitations dans la participation aux activités scolaires et parascolaires selon la gravité et la nature de l'incapacité¹, enfants de 5 à 14 ans avec incapacité et fréquentant l'école, Québec, 1998

	Education physique ou jeux physiques	Jeux avec les autres	Activités régulières de la classe	Autres activités scolaires et parascolaires
	%			
Gravité de l'incapacité				
Légère	18,3 *	15,0 *	12,5 *	14,0 *
Modérée ou grave	52,8 *	36,4 **	43,1 **	37,5 **
Troubles émotifs/déficiência intellectuelle				
Oui	22,1 *	27,0 *	25,5 *	22,3 *
Non	20,8 *	11,3 **	9,6 **	12,8 *
Problèmes de santé physique chroniques				
Oui	42,8 *	22,2 **	17,7 **	21,4 **
Non	16,6 *	15,9 *	14,9 *	15,1 *
Troubles d'apprentissage				
Oui	17,1 **	18,6 **	17,5 **	14,6 **
Non	23,6 *	16,2 *	14,4 *	17,0 *

1. Un enfant peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

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

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

Lorsque les enfants bénéficient d'une telle évaluation, le plus souvent cette dernière est menée par plus d'un professionnel : 69 % des enfants ont été évalués par une équipe multidisciplinaire alors que 31 % ont vu leurs besoins scolaires évalués par un seul professionnel (tableau 10.14). Comme l'indique ce tableau, plus de la moitié des enfants ont été évalués par un psychologue ou un psychiatre (53 %), environ le tiers par un orthopédagogue (34 %) et environ le quart (26 %) par un physiothérapeute, un ergothérapeute ou un orthophoniste.

Tableau 10.14

Type d'évaluation et professionnel consulté, enfants de 0 à 14 ans avec incapacité et ayant fait l'objet d'une évaluation professionnelle de leurs besoins scolaires, Québec, 1998

	%
Type d'évaluation	
Équipe multidisciplinaire	68,7
Un seul professionnel	31,3 *
Professionnel consulté ¹	
Psychologue ou psychiatre	53,4
Orthopédagogue	33,8 *
Physiothérapeute/ergothérapeute/orthophoniste	25,7 *
Professeur	22,0 *
Travailleur social	15,9 **
Autre	14,8 **

1. Chaque enfant a pu être évalué par plus d'un 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*.

10.2.3 Services de garde

L'EQLA donne quelques informations quant aux besoins et à l'utilisation des services de garde. Il faut toutefois noter que le petit nombre d'enfants ayant besoin de services de garde dans l'échantillon restreint grandement l'analyse.

10.2.3.1 Besoins en services de garde

Environ 40 % des enfants âgés entre 0 et 14 ans et ayant une incapacité ont déjà eu besoin de services de garde (tableau 10.15). Les enfants les plus jeunes sont proportionnellement plus nombreux à avoir déjà eu besoin d'un tel service; c'est le cas d'environ 50 % des enfants de 0 à 4 ans, de 42 % des enfants de 5 à 11 ans et de 27 % de ceux âgés entre 12 et 14 ans. C'est en milieu urbain, soit dans la région métropolitaine (40 %) ou dans les autres villes québécoises (46 %), que les besoins les plus importants sont identifiés.

Tableau 10.15

Enfants ayant déjà eu besoin de services de garde selon l'âge et la zone de résidence, enfants de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998

	%
Âge	
0-4 ans	50,3*
5-11 ans	41,8
12-14 ans	26,6*
Zone de résidence	
Métropole	39,9
Capitales régionales et autres villes	45,6
Milieu rural	20,8**
Total	39,8

* 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*.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête ne permettent pas d'observer de différence significative dans les besoins de services selon que l'on considère la gravité ou la nature de l'incapacité de l'enfant pour les trois types de troubles examinés.

Selon les données de l'enquête, environ 16 %⁵ des enfants avec incapacité ayant déjà eu besoin de services de garde ont déjà subi un refus d'accueil à cause de leur incapacité (donnée non présentée).

10.2.3.2 Utilisation des services de garde

Un peu moins du quart des enfants ayant une incapacité (22 %) utilisent un service de garde en 1998 (tableau 10.16). Environ 45 % des enfants de 4 ans ou moins utilisent ce type de services, alors que la proportion est de 22 % chez les enfants de 5 à 11 ans. Chez les enfants de 12 à 14 ans, cette proportion n'est que de 3,3 %. Les résultats de l'enquête ne permettent pas de démontrer de lien entre le type de famille (monoparentale ou biparentale) et le revenu du ménage, d'une part, et l'utilisation d'un service de garde d'autre part.

Tableau 10.16

Utilisation de services de garde selon l'âge, enfants de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998

	%
Âge	
0-4 ans	45,2*
5-11 ans	21,9*
12-14 ans	3,3**
Total	21,6
Pe '000	25,0

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

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

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

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

Parmi les enfants ayant une incapacité qui utilisent un service de garde, environ 42 % fréquentent une garderie, 38 % sont gardés chez quelqu'un d'autre, 29 % le sont au domicile des parents et 27 % utilisent les services de garde en milieu scolaire (tableau 10.17). Rappelons que les enfants peuvent fréquenter plus d'un type de services de garde.

Tableau 10.17

Types de services de garde utilisés¹, enfants de 0 à 14 ans avec incapacité et utilisant un service de garde, Québec, 1991 et 1998

	1991	1998
	%	
Garderie	27,7	42,0*
Au domicile des parents	49,9	29,0*
Chez quelqu'un d'autre	27,4	38,0*
À l'école	..	27,4*

1. Chaque enfant peut utiliser plus d'un service de garde.

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

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Comparativement aux données de l'enquête de 1991, il n'y a pas de différence significative quant à la proportion des enfants qui fréquentent un service de garde (25 % c. 22 %) (donnée non présentée). Par contre, les types de services utilisés se sont modifiés (tableau 10.17). En 1991, la moitié des enfants (50 %) étaient gardés au domicile de leurs parents comparativement à 29 % en 1998. Cette diminution s'explique probablement par le changement dans les types de services disponibles. On sait que durant cette période les services de garde en milieu scolaire se sont développés de façon importante. En 1998, plus du quart des enfants ayant une incapacité sont gardés en milieu scolaire (27 %) alors que ce choix de réponse était absent dans l'enquête de 1991.

10.2.3.3 Séjour dans un camp de vacances

Approximativement le quart des enfants ayant une incapacité (24 %) ont déjà séjourné dans un camp de

vacances en 1998 (tableau 10.18). Cette proportion varie selon l'âge de l'enfant. Ainsi, les enfants plus âgés ont fait de tels séjours dans des proportions variant entre approximativement 22 % pour les enfants de 5 à 11 ans et 46 % pour ceux âgés de 12 à 14 ans. Environ 13 % des enfants ayant déjà séjourné dans un camp de vacances l'ont fait dans un camp de vacances pour enfants ayant un problème de santé (données non présentées).

Tableau 10.18

Enfants ayant séjourné dans un camp de vacances selon l'âge, enfants de 0 à 14 ans avec incapacité, Québec, 1998

	%
Âge	
0-4 ans	3,8**
5-11 ans	21,6*
12-14 ans	45,7
Total	24,0

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

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

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

L'enquête ne permet pas d'observer une relation entre le séjour dans un camp de vacances et la nature de l'incapacité, sa gravité ou la zone de résidence des enfants.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

L'enquête québécoise sur les limitations d'activités permet de constater les progrès accomplis au cours des 15 dernières années, progrès qui se traduisent par un rehaussement notable de la scolarisation des personnes ayant une incapacité. L'augmentation du pourcentage d'adultes de 15 à 64 ans qui détiennent un premier diplôme de même qu'un accès plus important aux études universitaires entre 1986 et 1998 sont les principaux indicateurs de cette amélioration. Il est à

noter que tous les groupes d'âge ont bénéficié de gains sur le plan de la scolarisation.

Toutefois, ces résultats ne sauraient faire oublier que les besoins de rattrapage scolaire des personnes ayant une incapacité sont toujours très importants. À titre d'exemple, en 1998, environ la moitié des personnes ayant une incapacité (52 %) détiennent au moins un diplôme d'études secondaires ou d'études professionnelles comparativement à une proportion de 67 % dans la population sans incapacité.

Sans grande surprise, on constate que la gravité de l'incapacité est fortement corrélée avec le plus haut niveau de scolarité atteint par les individus. De plus, la présence de certains types d'incapacité, telles les incapacités liées à la mobilité et à l'agilité, est associée à une plus faible scolarité. Il conviendrait toutefois d'examiner plus à fond le rôle de l'âge, par exemple, dans de telles associations.

L'enquête permet aussi d'établir que dans un cas sur cinq approximativement (21 %), l'incapacité est survenue avant la fin de la formation initiale. Si on tient également compte des personnes actuellement en formation (11 %), on constate que près du tiers des personnes ont une incapacité au moment de la poursuite de leurs activités de formation. Cette donnée vient nuancer l'interprétation qu'on peut faire des relations observées entre le niveau de scolarisation et l'incapacité. L'enquête fournit également des indications sur les conséquences perçues de l'incapacité, lorsque celle-ci survient avant la fin des études, permettant de constater que le cumul des conséquences joue un rôle important dans la poursuite des études. Par ailleurs, il faut noter qu'une proportion non négligeable (38 %) des personnes indiquent que leur incapacité n'avait pas eu de conséquences sur leur cheminement scolaire, du moins telles qu'elles sont mesurées dans l'enquête.

En ce qui a trait aux enfants, l'enquête révèle qu'une très forte proportion des enfants de 5 à 14 ans ayant

une incapacité fréquentent l'école (94 %) en 1998 et que la majorité d'entre eux reçoivent un enseignement régulier (80 %), les autres étant scolarisés en classe spéciale ou dans une école spéciale. Cela doit être mis en relation avec le profil des enfants ayant une incapacité qui s'est modifié de façon importante depuis 1991. En effet, en 1998, les enfants présentant des troubles émotifs ou de comportement, ou des troubles d'apprentissage, sont proportionnellement plus nombreux qu'ils ne l'étaient en 1991, comme le démontre le chapitre 3. Ces résultats vont dans le même sens que ceux présentés par le MEQ dans sa politique de l'adaptation scolaire (MEQ, 1999a). Selon le MEQ, ces élèves sont davantage représentés dans l'effectif des élèves handicapés ou en difficulté et les élèves ayant des problèmes de comportement éprouvent plus de difficultés dans leur intégration sociale.

L'incapacité a eu des conséquences sur la fréquentation scolaire d'environ le tiers des enfants (34 %) ayant une incapacité. Ces conséquences sont, toute proportion gardée, moins nombreuses chez les enfants dont la gravité de l'incapacité est qualifiée de légère. Parmi les conséquences de l'incapacité sur la scolarisation figure le retard scolaire qui, selon l'enquête, touche 25 % des enfants ayant une incapacité. Il faut souligner à nouveau que le petit nombre d'enfants d'âge scolaire ayant une incapacité dans l'échantillon limite grandement les possibilités d'analyse des résultats de l'enquête.

Par ailleurs, un peu plus de 20 % des enfants ayant une incapacité utilisent des services de garde. L'utilisation varie selon l'âge des enfants. Toute proportion gardée, l'utilisation des services de garde semble nettement moins élevée chez les enfants ayant une incapacité que chez ceux qui n'en ont pas. En effet, à titre comparatif, l'*Enquête sur les besoins des familles en matière de services de garde* (BSQ, 1999), réalisée à l'automne 1998 pour le ministère de la Famille et de l'Enfance et le ministère de l'Éducation, révèle que 70 % des

parents font garder leurs enfants de moins de 5 ans alors que 62 % le font pour leurs enfants de 5 à 12 ans. L'EQLA révèle pour sa part que les taux d'utilisation des enfants avec incapacité sont de 45 % chez les enfants de moins de 5 ans et de 20 % chez ceux de 5 à 12 ans (donnée non présentée). L'écart entre ces résultats peut s'expliquer surtout par les obstacles à l'accessibilité, la sévérité des incapacités, les équipements inadéquats, le personnel éducateur non spécialisé et l'insuffisance de l'aide gouvernementale pour l'intégration des enfants avec incapacité. Les données d'enquête ne permettent toutefois pas de valider ces hypothèses.

Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

Les résultats présentés sur la scolarisation de la population adulte ayant une incapacité indiquent que malgré les progrès accomplis, des besoins importants subsistent. Dans les programmes que le ministère de l'Éducation mettra en œuvre au cours des prochaines années, notamment en ce qui concerne la formation de base commune à l'éducation des adultes, une attention particulière devra être apportée à la situation des personnes ayant une incapacité.

Concernant les enfants, les résultats de l'enquête sont une source d'information pertinente au moment où des indicateurs pour évaluer l'impact de la nouvelle politique de l'adaptation scolaire du ministère de l'Éducation sont à développer. Ainsi, il sera possible d'apprécier la progression des élèves ayant une incapacité tant sur le plan de la fréquentation scolaire que de la réduction des conséquences de l'incapacité sur la scolarisation.

Les résultats de l'enquête font ressortir des difficultés et des obstacles particuliers pour les élèves ayant des troubles d'apprentissage, des troubles émotifs ou de comportement ou une déficience intellectuelle. Ces élèves font l'objet d'une attention particulière dans la politique et le plan d'action qui en découle (MEQ, 1999a et 1999b). Par ailleurs, la Loi sur l'instruction publique oblige les établissements scolaires à élaborer un plan d'intervention pour chacun des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage. À cet égard, l'information recueillie dans l'enquête sur l'évaluation des besoins scolaires des enfants apporte un éclairage sur le type de professionnel qui est mis à contribution, ainsi que sur le recours à des équipes multidisciplinaires.

En 1998-1999, 1 517 enfants avec incapacité ont bénéficié d'une subvention du ministère de la Famille et de l'Enfance pour leur intégration dans une garderie ou un centre de la petite enfance (MFE, données non publiées). Devant une demande à la hausse de la part des parents québécois pour des places à contribution réduite (5 \$ par jour) et une offre de places dont le développement apparaît insuffisant, la tentation de discriminer les enfants ayant une incapacité risque d'être de plus en plus forte. Il est permis d'envisager, à la lecture des résultats de l'enquête, que des efforts devront être faits pour accueillir un plus grand nombre d'enfants ayant une incapacité dans les différents types de services de garde. D'où l'importance que le financement gouvernemental des services de garde prenne en considération les coûts supplémentaires occasionnés par l'accueil d'un enfant avec incapacité, afin que les parents de ces enfants ne soient pas pénalisés par le manque de ressources.

Bibliographie

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1999). *Enquête sur les besoins des familles en matière de services de garde, Rapport d'analyse descriptive*, Québec, Les publications du Québec, 115 p.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ÉDUCATION (1996). *L'intégration scolaire des élèves handicapés et en difficulté, avis à la ministre de l'Éducation*, Sainte-Foy, Le Conseil, 124 p.

KAPSALIS, C. (1998). *Le lien entre l'alphabétisme, le travail et les bénéficiaires de l'aide sociale*, Ottawa, Direction générale de la recherche appliquée, Politique stratégique, Développement des ressources humaines Canada, document de travail n° W-98-1F, 26 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (1999a). *Prendre le virage du succès, Une école adaptée à tous ses élèves, Politique de l'adaptation scolaire*, Québec, Gouvernement du Québec, 37 p. et annexes.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (1999b). *Prendre le virage du succès, Une école adaptée à tous ses élèves, Plan d'action en matière d'adaptation scolaire*, Québec, Gouvernement du Québec, 15 p.

OCDE et DRHC (1997). *Littératie et société du savoir : nouveaux résultats de l'Enquête internationale sur les capacités de lecture et d'écriture des adultes*, Paris et Ottawa, 207 p.

OCDE et STATISTIQUE CANADA (1995). *Littératie, économie et société : résultats de la première enquête internationale sur l'alphabétisme des adultes*, Paris et Ottawa, 217 p.

SHALLA, V., et G. SCHELLENBERG (1998). *La valeur des mots : alphabétisme et sécurité économique au Canada*, Ottawa, Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, catalogue 89-552-MPF, n° 3, 78 p.

STATISTIQUE CANADA (1996). *Lire l'avenir : un portrait de l'alphabétisme au Canada*, Ottawa, Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, 131 p.

STATISTIQUE CANADA (1997). *Éducation et formation des adultes au Canada : rapport découlant de l'enquête sur l'éducation et la formation des adultes, 1994*, Hull, Développement des ressources humaines Canada, 135 p.

Tableau complémentaire

Tableau C.10.1

Plus haut niveau de scolarité atteint selon la nature de l'incapacité¹, population de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998

	Moins de 9 ans d'études	Études secondaires	Études postsecondaires partielles	Études postsecondaires complétées	Grade universitaire
	%				
Audition					
Oui	24,3	31,3	10,6*	19,3	14,6*
Non	20,7	40,8	8,2	19,1	11,2
Vision					
Oui	24,3*	44,3*	9,5**	11,0**	10,9**
Non	21,1	38,4	8,7	19,8	12,0
Parole					
Oui	36,8*	29,5*	6,9**	20,4**	6,4**
Non	20,7	39,3	8,8	19,1	12,2
Mobilité					
Oui	26,7	40,2	7,7*	15,9	9,6*
Non	17,4	37,8	9,6	21,7	13,6
Agilité					
Oui	21,7	38,9	8,2*	18,0	7,8*
Non	17,4	38,7	9,0	20,0	14,8
Intellect/santé mentale					
Oui	26,3	38,7	7,4*	18,1	9,5*
Non	19,5	38,6	9,3	19,7	12,9
Autre					
Oui	7,5**	42,7	9,5**	26,1	14,3*
Non	23,5	38,3	8,6	18,2	11,5
Total	21,4	38,8	8,7	19,2	11,9

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

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

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

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

Chapitre 11

Activité sur le marché du travail

Serge Hamel

Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique
Ministère de la Solidarité sociale

Ourdia Naïdji

Direction de la recherche, du développement et des programmes
Office des personnes handicapées du Québec

Introduction

Le travail constitue une valeur fondamentale dans notre société. En plus de la récompense pécuniaire qu'il procure par opposition à la dépendance à un soutien public du revenu, il joue un rôle de premier plan dans les domaines de l'interaction sociale et de la formation de l'identité, en permettant à la personne de contribuer à la vie de la collectivité. Pour les personnes ayant une incapacité, le lieu de travail offre une occasion privilégiée de contacts réguliers hors du foyer lorsque des limitations affectent leur participation aux autres types d'activités.

De nombreuses études antérieures permettent de démontrer que la présence d'une incapacité n'entraîne pas automatiquement l'inemployabilité, ou l'incapacité des personnes à se chercher et à occuper un emploi. Fawcett (1996) donne un bon aperçu des facteurs influençant la participation au travail des personnes ayant une incapacité, à partir des données des enquêtes sur la santé et les limitations d'activités de 1986 et de 1991 (ESLA). On constate que la proportion de personnes employées ou à la recherche d'un emploi est sensiblement plus faible chez les personnes ayant une incapacité que dans le reste de la main-d'œuvre, alors que la proportion de chômeurs y est plus élevée (Statistique Canada, 1995, données provenant de l'ESLA de 1991). Le renforcement de la formation semble toutefois réduire l'impact de l'incapacité au regard du marché du travail (Fawcett, 1996; Commission des communautés européennes, 1997). Par ailleurs, un

âge élevé constitue souvent une contrainte de recherche d'un emploi, en particulier pour les personnes ayant une incapacité. D'ailleurs, le nombre et le niveau de gravité des incapacités sont plus élevés pour les personnes plus âgées (Statistique Canada, 1995). Ces deux facteurs, ainsi que la nature de l'incapacité, jouent un rôle important dans la présence ou non des personnes sur le marché du travail.

D'autres obstacles sont également identifiés. Plusieurs études démontrent ainsi que les besoins spécifiques des personnes ayant une incapacité, que ce soit sur le plan des aides techniques, de l'adaptation ou des services, nuisent à l'intégration sur le marché du travail lorsqu'ils sont non comblés (Fawcett, 1996). La perception négative de l'incapacité de la part des employeurs constitue une autre difficulté identifiée dans les études (Commission canadienne des droits de la personne, 1998; Mercier et autres, 1998). Par ailleurs, on peut facilement imaginer que la recherche d'emploi constitue un défi accru pour les personnes ayant une incapacité. Dans certains cas, les obstacles rencontrés les découragent à se chercher un emploi. Enfin, les femmes ayant une incapacité sont moins présentes sur le marché du travail que les hommes (Harvey, 1990). La liste des constats pourrait s'allonger puisque la documentation scientifique récente sur ce sujet s'est développée de façon importante au cours des dernières années.

Les orientations québécoises en matière d'emploi reposent sur le postulat que la participation au marché du travail est aussi souhaitable pour les personnes ayant

une incapacité, mais capables de travailler, que pour les personnes qui n'en ont pas (Office des personnes handicapées du Québec, 1992). Par contre, leur accès à l'emploi est plus difficile. Plusieurs des obstacles en cause font l'objet d'analyses dans ce chapitre. On peut supposer que le maintien en emploi présente aussi des difficultés particulières pour les personnes ayant une incapacité. Toutefois, le nombre de thèmes abordés a empêché d'approfondir un tel sujet dans le questionnaire de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA).

Le présent chapitre vise principalement à décrire la participation au marché du travail des personnes ayant une incapacité et les contraintes de cette participation. La première section traite du statut d'emploi de la population à l'étude, la divisant en trois sous-populations : les personnes en emploi, celles en chômage et celles qui sont inactives. Le taux de chômage est présenté à la deuxième section. La troisième section aborde les conditions d'emploi des personnes occupées. La section suivante analyse les limites au genre et à la quantité de travail effectué en raison de l'incapacité, quel que soit le statut d'emploi, ainsi que la capacité de travailler des personnes ne faisant pas partie de la population active. Les deux sections suivantes s'intéressent au désavantage sur le plan du travail relié à l'incapacité, et aux besoins d'aide, d'aménagements spéciaux ou d'installations adaptées. Enfin, les sections sept et huit traitent de la recherche d'emploi et de la discrimination sur le marché du travail.

11.1 Aspects méthodologiques

La section E du questionnaire de suivi de l'EQLA (QA-172 à 210) s'adresse aux personnes de 15 à 64 ans. Ces questions ont été analysées pour la plupart, et ont servi à créer plusieurs indicateurs. Certains traduisent des concepts largement répandus dans la littérature portant sur le marché du travail.

Le premier indicateur est le statut d'emploi, qui distingue les personnes en emploi, les personnes en chômage et

les personnes ne faisant pas partie de la population active. Les questions permettant d'établir ce statut (QA-172 à 178) sont couramment utilisées par Statistique Canada pour déterminer le statut d'emploi. Ce fut notamment le cas lors des enquêtes de l'ESLA de 1986 et de 1991. Les personnes en emploi sont définies comme les personnes ayant travaillé la semaine précédant l'enquête, avec rémunération dans une entreprise, sans rémunération dans une entreprise ou sur une ferme familiale, à son compte ou pour une allocation dans un atelier de travail. Les personnes en vacances, en congé à cause d'une maladie, en grève, en lock-out ou absentes du marché du travail pour d'autres raisons sont aussi considérées en emploi. Les personnes en chômage sont celles qui ont cherché du travail au cours des quatre semaines ayant précédé l'enquête. Ces dernières devaient aussi mentionner qu'elles auraient pu commencer à travailler la semaine précédente si un emploi avait été disponible. Dans le cas contraire, elles pouvaient être déjà en emploi, être temporairement malades ou invalides ou avoir des raisons personnelles ou familiales qui les auraient empêchées de commencer à travailler cette semaine-là. Toutes les personnes n'étant pas en emploi ou en chômage sont définies comme ne faisant pas partie de la population active.

Créé à partir du statut d'emploi, un indicateur présente l'activité ou l'inactivité sur le marché du travail. Le taux d'activité correspond au nombre de personnes en emploi et en chômage rapporté à l'ensemble de la population. C'est son complément, soit le taux d'inactivité, qui est présenté plutôt dans ce chapitre; il correspond au nombre de personnes ne faisant pas partie de la population active sur l'ensemble de la population. Le taux de chômage mesure le rapport du nombre de personnes en chômage sur l'ensemble des personnes faisant partie de la population active. Les mêmes taux sont calculés par Statistique Canada lors de son enquête périodique sur la population active. Ces taux permettent donc d'établir un parallèle entre la population ayant une incapacité et l'ensemble de la population; l'inclusion de la population ayant une incapacité dans l'ensemble de la

population empêche toutefois de faire des tests de signification statistique.

Trois caractéristiques du travail chez les personnes en emploi sont présentées : le nombre d'heures travaillées au cours de la semaine ayant précédé l'enquête (QA-173), regroupées en catégories, la catégorie professionnelle (QRI-165) et la taille de l'entreprise où la personne travaille actuellement (QAA-50).

Les limitations au travail sont abordées différemment selon le statut d'emploi des personnes. D'abord, l'impact de leur état ou problème de santé sur le travail réalisé est vérifié chez les personnes occupées sous trois aspects : le changement d'emploi, le changement de genre de travail et la réduction de la quantité de travail (QA-180). Ensuite, la perception des limitations quant au genre ou à la quantité de travail qu'elles peuvent ou pourraient faire à cause de leur état ou de leur problème de santé est vérifiée tant chez les personnes occupées (QA-181) que chez celles en chômage (QA-189). Enfin, les personnes occupées seulement sont questionnées sur leur perception des difficultés éventuelles à changer d'emploi ou à obtenir de l'avancement (QA-183).

Pour les personnes ne faisant pas partie de la population active, il est intéressant de connaître leur capacité à travailler. Un indicateur permet de distinguer les personnes totalement incapables de travailler, celles limitées dans le genre et la quantité de travail et celles qui seraient capables de travailler sans limitation (QA-198 et 199). Notons qu'il s'agit ici de la perception des répondants quant à leur capacité de travailler. Cette perception peut être influencée par la durée de leur absence du marché du travail, qui remonte parfois à quelques années, et par de nombreux autres facteurs dont l'âge, le taux de chômage de la région, etc.

Les besoins d'aide, d'aménagements spéciaux et d'installations adaptées en milieu de travail sont analysés à partir de quelques indicateurs. Les besoins d'aide et d'aménagement du travail sont identifiés pour les personnes en emploi (QA-184), en chômage (QA-

194) et pour les personnes inactives (QA-207). Les items sont les suivants : aide de quelqu'un (comme un lecteur ou un interprète), aide technique (comme un système d'amplification ou la conversion de l'imprimé en braille), redéfinition des tâches, horaire flexible ou réduction du temps de travail, transport adapté et autres. Les besoins d'installations adaptées sont identifiés pour les mêmes sous-groupes (QA-185, 195 et 208), pour les items suivants : mains courantes ou rampes d'accès, stationnement accessible, ascenseurs adaptés, poste de travail adapté, toilettes accessibles et autres. Pour les personnes en emploi, des sous-questions se sont ajoutées sur la disponibilité de l'aide pour chacun des items (QA-184 et 185). Un indicateur de réponse à ces besoins en trois catégories a été créé : besoins d'aide, d'aménagements et d'installations adaptés comblés totalement (disponibilité de l'aide pour chacun des besoins exprimés), en partie (disponibilité pour certains besoins et non-disponibilité pour d'autres) ou pas du tout (non-disponibilité pour tous les besoins exprimés).

La discrimination perçue face à l'emploi au cours des cinq années ayant précédé l'enquête est aussi analysée sous les aspects suivants : la discrimination face à l'embauche (QA-187a, 196a et 209a), la discrimination face à la promotion (QA-187b, 196b et 209b), la discrimination face à l'accès à des cours de formation (QA-187c, 196c et 209c) et la discrimination entraînant une fin d'emploi (QA-187d, 196d et 209d). Un autre indicateur (QA-188, 197 et 210) permet de connaître la perception des personnes quant au fait qu'un employeur actuel ou éventuel considère leur état ou leur problème de santé comme un désavantage sur le plan du travail. La discrimination demeure une réalité difficile à mesurer. Certaines personnes peuvent y être très sensibles et même dans certains cas, peuvent en accroître l'importance. D'autres personnes, au contraire, peuvent en avoir subi sans s'en rendre compte ou sans vouloir la mentionner.

L'EQLA traite de façon approfondie la recherche d'emploi chez les personnes ne faisant pas partie de la population active. Sont examinées la recherche d'emploi

au cours des deux années précédant l'enquête (QA-202), celle que les personnes prévoient faire dans les deux années suivant l'enquête (QA-204), et enfin, la nature des obstacles rencontrés dans cette recherche (QA-203). Un indicateur combine la recherche d'emploi selon les questions QA-202 et 204. Parce qu'on rattache à l'emploi une valeur positive importante, il est possible que des personnes interrogées répondent qu'elles ont fait ou feront une recherche d'emploi, même si dans les faits, elles n'en avaient pas cherché de façon active. Il faut donc prendre en compte cette limite dans l'interprétation de ces données, dont la valeur peut être surestimée.

L'impact de l'incapacité de la personne sur la recherche d'emploi est évalué auprès des personnes en chômage par une question à choix de réponse dichotomique (QA-191). Comme dernier indicateur relatif à la recherche d'emploi, le désir d'un emploi à temps plein ou à temps partiel est vérifié auprès des personnes en chômage (QA-192) et des personnes inactives (QA-205).

L'information sur les besoins d'aides, d'aménagements et d'installations, la discrimination et la recherche d'emploi est disponible dans l'EQLA et dans l'ESLA de 1991. Cependant, le faible nombre de personnes de l'échantillon pour ces questions réduit considérablement la capacité d'observer des différences significatives.

Les principaux indicateurs de cette section portant sur le marché du travail sont examinés selon les principales caractéristiques de la population ayant une incapacité (scolarité, âge, sexe, nombre d'incapacités, nature et gravité de l'incapacité et zone de résidence). Par contre, dans plusieurs cas, le peu de répondants à certaines questions est un obstacle à l'analyse. On reviendra en conclusion sur les aspects les plus importants qui ne peuvent être pris en compte pour cette raison.

La plupart des variables ont un taux de non-réponse partielle de 5 % ou moins. La capacité de travailler de la

population inactive a un taux de non-réponse partielle de 5,5 %; c'est le fait surtout des personnes âgées de 55 à 64 ans. La non-réponse à la question sur la discrimination face à une promotion dépasse à peine 5,1 %; elle est associée surtout au sexe féminin, à une scolarité plus faible, à l'incapacité de nature motrice seulement et à l'incapacité modérée ou grave. Signalons également la non-réponse de 8 % à la question sur la recherche d'emploi envisagée pour la période des deux années à venir (QA-204) et la non-réponse quant aux obstacles rencontrés dans la recherche d'emploi (QA-203), variant de 5,4 % à 8 % selon les items. Les caractéristiques identifiées chez les non-répondants sont : un âge entre 55 et 64 ans, l'incapacité de nature motrice seulement, ainsi que le fait d'être en emploi ou à la retraite (statut d'activité habituel sur 12 mois). Enfin, la recherche d'emploi passée et prévue (QA-202 et 204) a un taux de non-réponse de 8,5 %. Dans tous les cas, les caractéristiques identifiées ont peu d'impact sur les estimations; les biais mesurés sont donc négligeables.

11.2 Résultats

11.2.1 Statut d'emploi

Le statut d'emploi permet de connaître la proportion de personnes ayant une incapacité qui sont en emploi ou au chômage ou encore celles qui sont inactives sur le marché du travail.

11.2.1.1 Évolution du statut d'emploi

L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* permet d'estimer que 51 % de la population de 15 à 64 ans ayant une incapacité fait partie de la population inactive (tableau 11.1). Il y a donc moins d'une personne sur deux dans cette population qui est soit occupée (42 %), soit au chômage (6 %). Le taux d'inactivité, mesuré en 1998, est demeuré pratiquement le même que celui observé lors de l'ESLA de 1991 (54 %). Par rapport à l'ESLA de 1986, le taux d'inactivité a diminué, passant de 63 % à 51 %.

Tableau 11.1

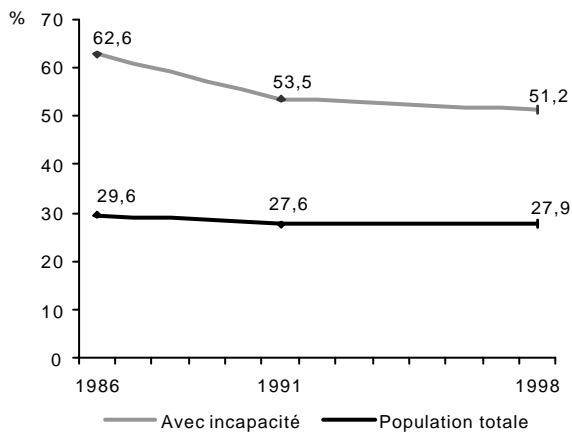
Statut d'emploi, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1986, 1991 et 1998

	1986		1991		1998	
	%	Pe '000	%	Pe '000	%	Pe '000
Occupé	31,1	120,3	38,5	163,0	42,5	267,8
En chômage	6,3	24,5	8,0	33,9	6,4	40,1
Inactif	62,6	242,4	53,5	226,7	51,2	322,6
Total	100,0	387,2	100,0	423,5	100,0	630,5

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986*.Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991*.Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

L'*Enquête sur la population active* de Statistique Canada en 1998 révèle, pour sa part, que la population inactives avec ou sans incapacité représentait au Québec 30 % des personnes de 15 à 64 ans en 1986, 28 % en 1991 et 28 % en 1998 (figure 11.1). Bien que l'écart demeure très élevé entre les personnes ayant une incapacité et l'ensemble de la population, la proportion de personnes inactives parmi les 15 à 64 ans ayant une incapacité semble avoir diminué davantage, entre 1986 et 1998, que celle de l'ensemble de la population du même groupe d'âge.

Figure 11.1

Taux d'inactivité, population avec incapacité et population totale¹ de 15 à 64 ans, Québec, 1986, 1991 et 1998

1. La population totale désigne la population avec et sans incapacité.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.
Statistique Canada, *Enquête sur la population active, 1986 et 1991*.

11.2.1.2 Facteurs liés au statut d'emploi

L'âge et le sexe sont des facteurs importants associés à la participation au travail des personnes ayant une incapacité (tableau 11.2). Les personnes de 15-34 ans ou de 35-54 ans sont proportionnellement plus occupées (47 % et 49 % respectivement) que celles de 55-64 ans (24 %). Le taux d'inactivité est plus élevé chez les personnes de 55-64 ans (74 %) que chez les groupes plus jeunes (43 % et 45 %).

Les hommes ayant une incapacité sont occupés dans une proportion d'environ 48 % comparativement à 38 % des femmes. Celles-ci sont également moins actives sur le marché du travail, leur taux d'inactivité étant de 56 % comparativement à 46 % chez les hommes.

Le plus haut niveau de scolarité atteint est fortement relié au statut d'emploi des personnes ayant une incapacité. En effet, les personnes ayant un niveau de scolarité postsecondaire sont, toutes proportions gardées, plus occupées (60 %) que celles ayant moins de 9 ans de scolarité (22 %) ou entre une 2^e et une 5^e secondaire (37 %).

La proportion de personnes occupées parmi la population ayant une incapacité est plus élevée dans la métropole (48 %) qu'en milieu rural (33 %). Au contraire, le taux d'inactivité est plus élevé dans ce dernier (62 %) que dans la première (46 %).

L'examen du statut d'activité habituel au cours d'une période de 12 mois (présenté au chapitre 5) apporte un certain éclairage sur le statut d'emploi mesuré ici, rappelons-le, au moment de l'enquête. Précisons que le statut d'activité comporte un éventail plus large de catégories et n'est pas centré sur l'activité sur le marché du travail; ainsi, le statut d'activité habituel « sans emploi » peut inclure les personnes à la recherche ou non d'un emploi. Le tableau C.11.1 montre que près de la moitié des « inactifs » de 15 à 34 ans sont aux études (45 %). Chez les personnes de 35 à 54 ans, une bonne proportion tient maison (32 %) cependant que 39 % sont sans emploi sur une période de 12 mois également. Entre 55 et 64 ans, on observe que 39 % des « inactifs » sont à la retraite et que 30 % tiennent maison. Pour chacun des groupes d'âge

examinés, des proportions importantes de personnes en chômage ou inactives au moment de l'enquête ont été également sans emploi au cours d'une période de 12 mois.

Parmi les adultes de 15 à 64 ans, la proportion de personnes occupées est beaucoup plus élevée chez ceux ayant une incapacité reliée à l'audition (53 %) que chez ceux n'ayant pas ce type d'incapacité (40 %) (tableau 11.3). Au contraire, l'inactivité sur le marché du travail est plus élevée parmi les personnes ayant une incapacité reliée à la parole (74 %), à la mobilité (64 %), à l'agilité (59 %) et aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (59 %), que chez celles qui n'ont pas l'incapacité en question.

Tableau 11.2

Statut d'emploi selon l'âge, le sexe, le plus haut niveau de scolarité atteint et la zone de résidence, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998

	Occupé	En chômage	Inactif
	%		
Âge			
15-34 ans	46,6	10,9*	42,6
35-54 ans	49,2	6,1*	44,7
55-64 ans	24,0	2,1**	73,9
Sexe			
Hommes	47,5	7,1*	45,5
Femmes	38,3	5,8*	55,9
Plus haut niveau de scolarité atteint			
Moins de 9 ans d'études	22,0	4,1**	73,9
Études secondaires	36,7	8,0*	55,3
Études postsecondaires et grade universitaire	60,4	6,2*	33,4
Zone de résidence			
Métropole	47,6	6,2*	46,3
Capitales régionales	40,6	6,0**	53,4
Autres villes	41,1	7,6*	51,3
Milieu rural	32,5	5,7**	61,8
Total	42,5	6,4	51,2

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

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

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

Tableau 11.3

Statut d'emploi selon la nature¹, le nombre et la gravité des incapacités, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998

	Occupé	En chômage %	Inactif
Audition			
Oui	52,9	6,1*	41,0
Non	39,8	6,5	53,8
Vision			
Oui	34,6	7,4**	58,0
Non	43,3	6,3	50,4
Parole			
Oui	24,2*	2,2**	73,6
Non	43,5	6,6	49,9
Mobilité			
Oui	31,3	5,0*	63,7
Non	51,2	7,5	41,3
Agilité			
Oui	36,1	4,9*	59,0
Non	46,9	7,5	45,6
Intellect/santé mentale			
Oui	33,2	8,2*	58,6
Non	45,9	5,5	48,6
Autre			
Oui	49,7	6,7**	43,6
Non	41,4	6,3	52,3
Nombre d'incapacités			
Une	50,0	6,9	43,1
Deux	36,1	5,7*	58,2
Trois et plus	23,4	5,1**	71,5
Gravité de l'incapacité			
Légère	50,0	7,4	42,6
Modérée	31,8	4,5**	63,7
Grave	17,6	3,9**	78,5
Total	42,5	6,4	51,2

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

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

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

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

Plus les personnes ont des incapacités, et moins elles sont occupées. En effet, 50% de celles ayant une seule incapacité sont occupées comparativement à environ 36 % de celles ayant deux incapacités et 23 % de celles en ayant trois ou plus. La présence de trois incapacités ou plus accroît considérablement le taux d'inactivité (72 %) comparativement à une (43 %) ou à deux (58 %) incapacités. De même, plus l'incapacité est

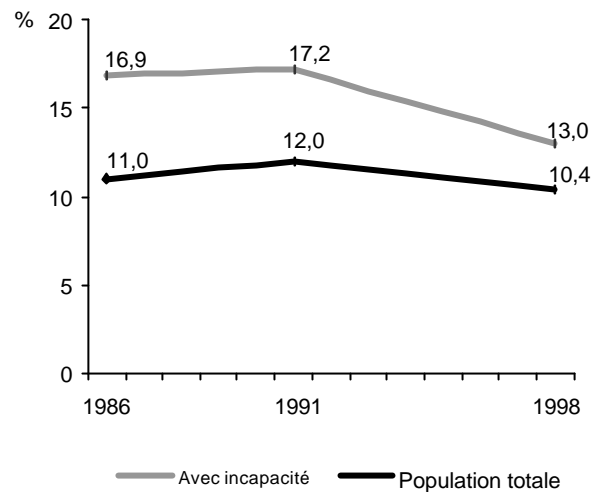
grave et moins les personnes sont actives sur le marché du travail. En effet, les personnes ayant une incapacité légère (50 %) sont davantage occupées que celles ayant une incapacité modérée (32 %) ou grave (18 %). On sait cependant que l'âge est plus avancé chez les personnes ayant une incapacité grave, ce qui peut influencer cette relation.

11.2.2 Taux de chômage

Le taux de chômage reflète mieux la difficulté à trouver un emploi que la proportion de personnes en chômage. En effet, ce dernier indicateur prend en compte l'ensemble des personnes, y compris les personnes inactives, qu'elles soient en mesure ou non d'occuper un emploi. Ainsi, une simple variation dans la proportion de personnes inactives sur le marché du travail provoque un changement de valeur de cet indicateur, alors que le taux de chômage reste inchangé.

Le taux de chômage des personnes ayant une incapacité est de l'ordre de 13 % en 1998 selon l'EQLA comparativement à 10 % dans l'ensemble de la population québécoise (Statistique Canada, 1998). L'écart entre le taux de chômage dans la population ayant une incapacité et la population québécoise en général semble s'être rétréci entre 1986 et 1998 (figure 11.2). Le taux de chômage est significativement plus élevé chez les personnes avec incapacité âgées de 15-34 ans (19 %) que chez celles de 35-64 ans (11 %) (figure 11.3).

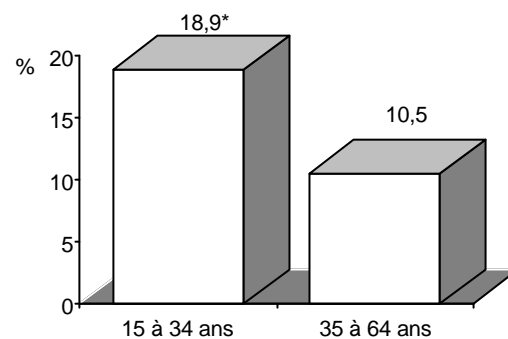
Figure 11.2
Taux de chômage, population avec incapacité et population totale¹ de 15 à 64 ans, Québec, 1986, 1991 et 1998



1. La population totale désigne la population avec et sans incapacité.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la population active 1986, 1991 et 1998*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Figure 11.3
Taux de chômage selon l'âge, population de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998



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

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

11.2.3 Caractéristiques du travail chez les personnes en emploi

Quelques caractéristiques du travail chez les personnes en emploi sont examinées, soit les heures travaillées, les catégories professionnelles et la taille de l'entreprise.

Selon le tableau 11.4, presque quatre personnes sur cinq (79 %) ayant une incapacité et qui occupaient un emploi avaient travaillé à temps plein (30 heures ou plus) au cours de la semaine de référence. Environ une personne sur dix avait travaillé entre 20 et 29 heures (10 %) et un peu plus d'une personne sur dix avait travaillé moins de 20 heures (12 %).

Tableau 11.4
Nombre d'heures travaillées, personnes occupées de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998

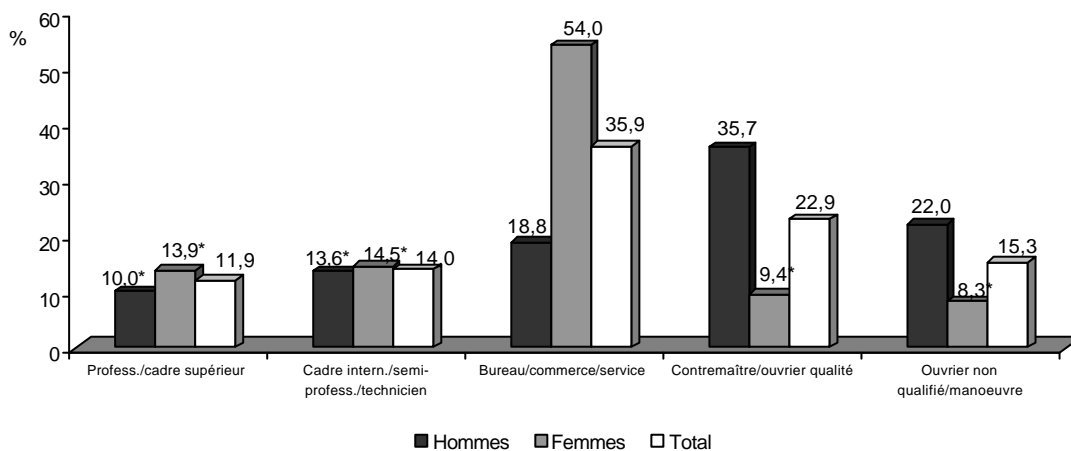
	%
Moins de 20 heures	11,9
20 à 29 heures	9,5
30 heures et plus	78,6
Total	100,0

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

La figure 11.4 présente les catégories professionnelles des personnes occupées selon le sexe. Les personnes ayant une incapacité occupent des emplois surtout dans la catégorie professionnelle des employés de bureau, de commerce et de service (36 %). Viennent ensuite les contremaîtres et les ouvriers qualifiés (23 %), les ouvriers non qualifiés et les manœuvres (15 %), les cadres intermédiaires, les semi-professionnels et les techniciens (14 %) et enfin, les professionnels et les cadres supérieurs (12 %). Les femmes sont plus nombreuses que les hommes, en proportion, parmi les employés de bureau, de commerce et de service alors que c'est l'inverse parmi les contremaîtres et les ouvriers qualifiés ou parmi les ouvriers non qualifiés et les manœuvres.

La majorité des personnes ayant une incapacité travaillent dans une petite entreprise comptant moins de 50 employés (55 %) (tableau 11.5). Les personnes de 15-34 ans sont proportionnellement plus nombreuses que celles de 35-64 ans à travailler dans une entreprise comptant moins de 20 employés (49 % c. 36 %).

Figure 11.4
Catégories professionnelles selon le sexe, personnes en emploi¹ de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998



1. Personnes qui occupent un emploi « actuellement » selon la question QRI-161.

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

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

Tableau 11.5

Taille de l'entreprise où elles travaillent selon l'âge, personnes occupées de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998

	15-34 ans	35-64 ans	Total
	%		
1 à 19 employés	48,9	35,6	39,4
20 à 49 employés	16,9 *	14,7	15,3
50 à 99 employés	10,0 **	12,1	11,5
100 à 499 employés	12,9 *	20,6	18,4
500 employés et plus	11,4 *	17,0	15,4
Total	100,0	100,0	100,0

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

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

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

11.2.4 Limitations au travail

11.2.4.1 Limitations au travail des personnes actives

Cinq indicateurs liés à l'impact de l'incapacité sur l'emploi sont pris en considération. Il s'agit du changement d'emploi, du changement de genre de travail et de la réduction de la quantité de travail vécus par les personnes occupées, de la perception des limitations quant au genre ou à la quantité de travail chez les personnes occupées ou en chômage et finalement, chez les personnes occupées, de la difficulté perçue à changer d'emploi ou à obtenir de l'avancement.

Les trois premiers indicateurs visent à identifier les conséquences de l'incapacité sur un emploi occupé actuellement ou antérieurement. Les résultats, présentés au tableau 11.6, montrent que 12 % des personnes occupées ont déjà changé d'emploi, 14 % ont changé le genre de travail qu'elles faisaient et 24 % ont réduit la quantité de travail effectué, à cause de leur incapacité.

On observe certaines associations entre ces indicateurs et la nature de l'incapacité. Comparées à celles qui

n'ont pas ce type d'incapacité, les personnes ayant une incapacité liée à l'audition sont moins affectées quant au genre (8 % c. 17 %) ou à la quantité (16 % c. 27 %) de travail qu'elles effectuent. Les associations avec les autres types d'incapacité vont en sens contraire. Ainsi, les incapacités liées aux activités intellectuelles ou à la santé mentale entraînent plus souvent un changement d'emploi (18 % c. 11 %) ou une réduction de la quantité de travail (37 % c. 21 %). De plus, une proportion plus élevée des personnes ayant une incapacité liée à la mobilité ont dû changer de genre de travail par rapport à celles n'ayant pas ce type d'incapacité. Par ailleurs, les personnes ayant une incapacité liée à la mobilité ou à l'agilité ont dû réduire la quantité de travail effectué en plus grande proportion que celles n'ayant pas l'incapacité en question (36 % c. 18 % pour la mobilité et 31 % c. 20 % pour l'agilité). On ne note pas de lien entre ces indicateurs et les types d'incapacité suivants : vision, parole et « autre ».

Les résultats montrent également une association entre le nombre d'incapacités ou leur gravité et les indicateurs d'effet de l'incapacité sur l'emploi. Ainsi, on observe que 27 % des personnes ayant trois incapacités ou plus ont déjà changé d'emploi en raison de leur incapacité, comparativement à 11 % pour celles ayant une seule incapacité. La réduction de la quantité de travail varie fortement selon le nombre d'incapacités (19 %, 29 % et 56 % pour les personnes ayant respectivement une, deux ou trois incapacités ou plus). Par contre, le genre de travail effectué n'est pas associé au nombre d'incapacités pour le seuil de signification choisi.

Parmi cette population en âge de travailler, la gravité de l'incapacité est associée autant au changement d'emploi, au changement de genre de travail qu'à la réduction de la quantité de travail. Ainsi, 63 % des personnes dont l'incapacité est grave ont dû réduire la quantité de travail effectué, contre 41 % lorsque l'incapacité est modérée et 18 %, lorsqu'elle est légère.

Tableau 11.6

Effet de l'incapacité sur l'emploi¹ selon la nature², le nombre et la gravité des incapacités, personnes occupées de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998

	Changement d'emploi	Changement de genre de travail %	Réduction de la quantité de travail
Audition			
Oui	9,7 **	8,5 **	15,5 *
Non	13,4	16,5	27,2
Vision			
Oui	13,8 **	10,5 **	22,4 **
Non	12,4	14,8	24,2
Parole			
Oui	43,9 **	42,2 **	45,3 **
Non	11,4	13,6	23,5
Mobilité			
Oui	15,2 *	18,9 *	36,5
Non	11,2 *	12,3	18,3
Agilité			
Oui	15,3 *	18,2 *	31,0
Non	11,0 *	12,4	20,4
Intellect/santé mentale			
Oui	18,0 *	15,5 *	37,4
Non	11,0	14,2	20,6
Autre			
Oui	10,7 **	17,8 *	23,3 *
Non	12,8	13,8	24,3
Nombre d'incapacités			
Une	10,8	12,7	18,7
Deux	13,0 *	17,1 *	29,4 *
Trois et plus	27,1 **	24,4 **	56,0
Gravité de l'incapacité			
Légère	10,2	11,3	18,3
Modérée	19,6 *	26,7 *	41,0
Grave	23,9 **	22,2 **	63,5 *
Total	12,4	14,4	24,1

1. Emploi actuel ou antérieur.

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

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

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

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

Un autre indicateur vise à connaître la perception qu'ont les personnes occupées de leurs limitations dans leur emploi actuel et, chez les personnes en chômage, celle de leurs limitations dans un emploi éventuel. Les résultats sont présentés au tableau 11.7. Les personnes actives sur le marché du travail déclarent,

dans une proportion de 35 %, être limitées quant au genre ou à la quantité de travail qu'elles peuvent faire en raison de leur incapacité. Les incapacités reliées à la parole, à la mobilité, à l'agilité, aux activités intellectuelles ou à la santé mentale ainsi qu'à l'audition sont associées à ces limitations au travail.

Tableau 11.7

Limitations quant au genre ou à la quantité de travail selon la nature¹, le nombre et la gravité des incapacités, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité occupées ou en chômage, Québec, 1998

	Occupé	En chômage	Total
	%		
Audition			
Oui	17,8 *	39,6 **	20,0 *
Non	35,8	67,5	40,2
Vision			
Oui	29,6 *	47,3 **	32,7 *
Non	31,2	63,6	35,3
Parole			
Oui	68,6 *	77,3 **	70,2 *
Non	29,8	61,5	34,0
Mobilité			
Oui	49,5	84,7	54,4
Non	22,4	49,5 *	25,8
Agilité			
Oui	41,4	71,9	45,1
Non	25,5	57,1	29,8
Intellect/santé mentale			
Oui	44,5	60,0 *	47,5
Non	27,6	62,8	31,4
Autre			
Oui	30,8 *	77,4 *	36,4
Non	31,1	59,3	34,8
Nombre d'incapacités			
Une	23,5	53,7	27,1
Deux	41,4	80,8	46,8
Trois et plus	71,8	70,5 *	71,6
Gravité de l'incapacité			
Légère	21,4	55,4	25,7
Modérée ou grave	66,8	83,1	69,1
Total	31,1	61,8	35,1
Pe '000	83,2	24,7	107,9

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

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

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

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

Lorsque les personnes ayant un type d'incapacité sont comparées à celles n'ayant pas l'incapacité en question, de plus grandes proportions de personnes ayant une incapacité relative à la parole (70 % c. 34 %), à la mobilité (54 % c. 26 %), aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (48 % c. 31 %) et à l'agilité (45 % c. 30 %) affirment être limitées quant au genre ou à la quantité de travail qu'elles peuvent faire dans leur entreprise ou leur emploi actuel, en raison de leur incapacité. Relativement aux personnes ayant un problème d'audition, elles sont au contraire moins

nombreuses en proportion à déclarer de telles limitations (20 % c. 40 %). On n'observe pas de différence concernant les limitations au travail selon la présence d'une incapacité de nature visuelle ou de type « autre ».

Le nombre d'incapacités et leur gravité entraînent aussi des limitations au travail. Environ 69 % des personnes qui ont une incapacité modérée ou grave disent être limitées quant au genre ou à la quantité de travail qu'elles peuvent ou pourraient faire, en raison de leur

état, comparativement à 26 % de celles ayant une incapacité légère. Chez les personnes qui ont trois incapacités ou plus, 72 % se disent dans cette situation contre 47 % de celles qui en ont deux et 27 % de celles ayant une seule incapacité.

incapacité. On observe que près des trois quarts (73 %) des personnes ayant une incapacité qui sont en emploi pensent qu'il ne leur serait pas difficile de changer d'emploi ou d'obtenir de l'avancement, alors que 15 % disent que ce serait difficile et 12 %, très difficile.

Le tableau 11.8 présente, chez les personnes en emploi, le degré de difficulté perçue à changer d'emploi ou à obtenir de l'avancement en raison de leur

Tableau 11.8

Difficulté à changer d'emploi ou à obtenir de l'avancement en raison de l'incapacité selon la nature¹, le nombre et la gravité des incapacités, personnes occupées de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998

	Pas difficile	Difficile ou très difficile
	%	
Audition		
Oui	80,7	19,3 *
Non	70,1	29,9
Vision		
Oui	81,6	18,5**
Non	72,2	27,8
Parole		
Oui	24,1**	76,0*
Non	74,3	25,7
Mobilité		
Oui	59,7	40,3
Non	79,2	20,8
Agilité		
Oui	64,2	35,8
Non	77,3	22,7
Intellect/santé mentale		
Oui	59,2	40,8
Non	76,5	23,6
Autre		
Oui	84,3	15,7
Non	70,9	29,1
Nombre d'incapacités		
Une	78,9	21,1
Deux	64,4	35,6
Trois et plus	40,1*	59,9
Gravité de l'incapacité		
Légère	80,3	19,7
Modérée ou grave	43,0	57,1
Total	72,9	27,1

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

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

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

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

Ce degré de difficulté est associé à la nature de l'incapacité. Lorsque comparées aux personnes n'ayant pas l'incapacité en question, ce sont davantage les personnes ayant une incapacité liée à la mobilité (40 % c. 21 %), à l'agilité (36 % c. 23 %) ou aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (41 % c. 24 %) qui pensent qu'il est difficile ou très difficile de changer d'emploi ou d'obtenir de l'avancement dans leur emploi actuel, en raison de leur incapacité. À l'inverse, les personnes ayant un problème d'audition considèrent moins difficile que les autres de réaliser ces changements de travail (19 % c. 30 %). C'est le cas aussi des personnes ayant un type « autre » d'incapacité (16 % c. 29 %). Par contre, on ne note pas d'association selon la présence d'une incapacité liée à la vision, alors que la faible taille de l'échantillon des personnes occupées ayant une incapacité liée à la parole ne permet pas de vérifier l'association.

On observe aussi que 21 % des personnes ayant une seule incapacité, comparativement à 60 % de celles qui ont trois incapacités ou plus, croient qu'en raison de leur incapacité il serait difficile ou très difficile de changer d'emploi ou d'obtenir de l'avancement dans leur emploi actuel. De même, les personnes ayant une incapacité légère sont proportionnellement moins nombreuses que celles ayant une incapacité modérée ou grave (20 % c. 57 %) à penser qu'il serait difficile ou très difficile de changer d'emploi ou d'obtenir de l'avancement.

11.2.4.2 Capacité de travailler des personnes inactives

Dans le cadre de l'enquête, il est demandé aux personnes inactives sur le marché du travail si elles se considèrent totalement incapables de travailler dans un emploi ou dans une entreprise en raison de leur incapacité. Les personnes capables de travailler doivent mentionner si elles se considèrent limitées quant au genre ou à la quantité de travail qu'elles pourraient faire à cause de leur état. Un peu plus de la moitié de ces personnes se déclarent incapables de travailler (54 %) et près d'une personne sur cinq se dit limitée dans sa capacité à travailler (18 %). Ce sont

donc 28 % des personnes inactives qui sont capables de travailler sans limitations dues à leur incapacité (tableau 11.9).

On ne constate pas de différence à cet égard selon le sexe. Par contre, les différences selon l'âge sont marquées. L'incapacité de travailler est beaucoup plus élevée dans les groupes de 35-54 ans (58 %) et de 55-64 ans (61 %) que chez les plus jeunes (33 %).

La capacité de travailler de la population inactive varie selon la nature de l'incapacité. Comparées aux personnes n'ayant pas ce type d'incapacité, les personnes ayant une incapacité liée à la parole (80 % c. 51 %), aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (72 % c. 45 %), à l'agilité (67 % c. 42 %) ou à la mobilité (66 % c. 38 %) sont plus nombreuses à se déclarer incapables de travailler alors qu'au contraire, les personnes ayant une incapacité liée à l'audition ou de type « autre » sont moins nombreuses, toutes proportions gardées.

Le nombre d'incapacités affecte aussi la capacité à travailler des personnes inactives. Alors que 36 % des personnes ayant une seule incapacité se disent totalement incapables de travailler, c'est le cas d'environ deux personnes sur trois (64 %) ayant deux incapacités, et de près de quatre personnes sur cinq (79 %) qui en ont trois ou plus. À l'inverse, seulement une personne sur vingt (5 %) ayant trois incapacités ou plus se déclare capable de travailler sans limites dues à son état, contre 44 % de celles qui ont une seule incapacité.

Le niveau de gravité de l'incapacité est associé à la capacité de travailler des personnes inactives. Lorsque l'incapacité est légère, les personnes déclarent une incapacité totale de travailler dans environ un cas sur trois (35 %) alors qu'on retrouve dans cette situation plus des trois quarts (77 %) des personnes lorsque l'incapacité est modérée ou grave. De plus, seulement 7 % de ces dernières disent ne pas être limitées dans leur capacité de travail.

Tableau 11.9

Capacité de travailler selon l'âge, la nature¹, le nombre et la gravité des incapacités, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité inactives sur le marché du travail, Québec, 1998

	Incapable de travailler	Limité dans le travail	Capable de travailler
	%		
Âge			
15-34 ans	32,7	20,2*	47,1
35-54 ans	58,1	21,7	20,2
55-64 ans	61,2	12,2*	26,6
Audition			
Oui	39,0	14,5*	46,6
Non	56,7	19,0	24,3
Vision			
Oui	63,2	13,0**	23,8*
Non	52,4	18,8	28,7
Parole			
Oui	80,1	15,5**	4,4**
Non	51,3	18,4	30,3
Mobilité			
Oui	66,4	16,5	17,1
Non	38,4	20,2	41,4
Agilité			
Oui	66,7	19,8	13,5
Non	42,0	16,7	41,3
Intellect/santé mentale			
Oui	71,9	13,5	14,6*
Non	45,3	20,4	34,3
Autre			
Oui	32,5*	29,4*	38,2*
Non	56,3	16,8	26,9
Nombre d'incapacités			
Une	36,4	19,2	44,3
Deux	64,3	18,6*	17,1*
Trois et plus	79,2	15,8*	5,0**
Gravité de l'incapacité			
Légère	34,7	19,5	45,8
Modérée ou grave	76,8	16,6	6,6*
Total	53,7	18,2	28,1
Pe '000	173,2	58,3	91,1

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

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

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

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

11.2.5 Désavantage sur le plan du travail

Cette section présente la perception des personnes avec incapacité quant au fait que leur employeur actuel ou un employeur éventuel considère leur incapacité comme un désavantage sur le plan du travail.

Environ 39 % des personnes ayant une incapacité déclarent qu'en raison de leur état, elles sont ou seraient perçues par un employeur comme

désavantagées sur le plan du travail (tableau 11.10). Les personnes ayant une incapacité qui sont en chômage ou inactives sur le marché du travail sont proportionnellement plus nombreuses que les personnes occupées à percevoir que les employeurs les considèrent désavantagées par leur incapacité sur le plan du travail (46 % et 52 % c. 22 %). C'est aussi le cas des personnes de 35-64 ans (43 %) comparativement aux plus jeunes (27 %).

Tableau 11.10

Incapacité perçue comme un désavantage sur le plan du travail selon le statut d'emploi, l'âge et le plus haut niveau de scolarité atteint, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998

	%
Statut d'emploi	
Occupé	22,0
En chômage	45,7
Inactif	52,1
Âge	
15-34 ans	27,5
35-64 ans	42,6
Plus haut niveau de scolarité atteint	
Moins de 9 ans d'études	51,7
Études secondaires	38,6
Études postsecondaires partielles	39,6
Études postsecondaires complétées	31,0
Grade universitaire	30,1
Total	38,7

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

La perception du désavantage varie également en fonction du niveau de scolarité. Les personnes ayant un niveau de scolarité de moins de 9 ans sont proportionnellement plus nombreuses (52 %) que celles qui ont complété un niveau postsecondaire (31 %) ou un niveau universitaire (30 %) à déclarer qu'un employeur actuel ou éventuel les considère ou considérerait comme désavantagées sur le plan du travail.

Le tableau 11.11 montre que les personnes ayant une incapacité relative à la parole (73 %), aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (53 %), à la mobilité ou à l'agilité (50 %) sont plus nombreuses à percevoir leur incapacité comme un désavantage que celles n'ayant pas ces types d'incapacité (37 %, 33 %, 30 % et 31 % respectivement). Inversement, les personnes ayant une incapacité relative à l'audition (27 %) déclarent en moins grande proportion être désavantagées que les personnes sans ce type d'incapacité (42 %).

Tableau 11.11

Incapacité perçue comme un désavantage sur le plan du travail selon la nature¹, le nombre et la gravité des incapacités, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998

	%
Audition	
Oui	27,1
Non	41,7
Vision	
Oui	40,8
Non	38,5
Parole	
Oui	72,5
Non	36,7
Mobilité	
Oui	50,2
Non	29,9
Agilité	
Oui	49,5
Non	31,3
Intellect/santé mentale	
Oui	53,1
Non	33,3
Autre	
Oui	33,7
Non	39,4
Nombre d'incapacités	
Une	27,2
Deux	51,6
Trois et plus	64,4
Gravité de l'incapacité	
Légère	26,8
Modérée	58,5
Grave	72,4
Total	38,7

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

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

Les personnes ayant deux ou trois incapacités ou plus sont proportionnellement plus nombreuses à penser qu'un employeur considérerait leur incapacité comme un désavantage (52 % et 64 % respectivement) comparativement à celles qui en ont une seule (27 %). L'observation va dans le même sens pour les personnes qui ont une incapacité modérée ou grave (59 % et 72 %) comparées à celles dont l'incapacité est de gravité légère (27 %).

11.2.6 Besoins d'aide, d'aménagements et d'installations en milieu de travail

On peut s'attendre à ce que nombre de personnes ayant une incapacité aient besoin d'aide, d'aménagements ou d'installations adaptées pour travailler. Le tableau 11.12 indique la proportion des personnes ayant de tels besoins selon leur statut d'emploi. Douze pour cent (12 %) des personnes mentionnent le besoin d'une redéfinition des tâches et 14 %, celui d'un horaire flexible ou d'une réduction du temps de travail. Il est surprenant de constater que les autres besoins d'aide ou d'aménagements spéciaux sont mentionnés par environ 2 % ou moins des personnes, ces proportions étant assez imprécises cependant. Le besoin de redéfinition des tâches touche davantage les personnes en chômage (25 %) que les personnes occupées (9 %).

Nombre de personnes ayant une incapacité sont aussi susceptibles d'avoir besoin d'installations adaptées. Les

besoins de ce type mentionnés par l'ensemble des personnes de 15-64 ans sont : un poste de travail adapté (6 %), un stationnement accessible (3,4 %), des toilettes accessibles (2,8 %), des ascenseurs adaptés (2,6 %) et des mains courantes ou rampes d'accès (2,2 %)

L'enquête permet de vérifier si les personnes occupées ayant un besoin d'aide, d'aménagements ou d'installations adaptées ont eu réponse à leurs besoins. Le tableau 11.13 montre que les besoins d'aide ou d'aménagements spéciaux sont comblés pour un peu plus des deux tiers (67 %) des personnes occupées ayant une incapacité. Ils le sont en partie (6 %) ou ne le sont pas (27 %) pour l'autre tiers. Quant aux besoins d'installations adaptées, ils sont comblés pour près des deux tiers des personnes (63 %). Pour l'autre tiers, ils le sont en partie (6 % des personnes occupées) ou pas du tout (31 %).

Tableau 11.12

Nature des besoins d'aide, d'aménagements ou d'installations adaptées en milieu de travail selon le statut d'emploi, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998

	Occupé	En chômage	Inactif	Total
Aide et aménagements				
Aide de quelqu'un	0,7**	1,6**	0,9**	0,9**
Aide technique	0,2**	-	1,0**	0,4**
Redéfinition des tâches	8,7*	24,6*	13,6**	11,6
Horaire flexible, réduction du temps de travail	12,1	14,6**	19,1**	13,8
Transport adapté	1,5**	2,5**	2,7**	1,9**
Autres	2,1**	0,6**	2,3	2,0**
Installations adaptées				
Mains courantes, rampes d'accès	1,3**	1,4**	5,5**	2,2**
Stationnement accessible	3,2**	2,0**	4,9**	3,4*
Ascenseurs adaptés	1,4**	2,7**	6,0**	2,6*
Poste de travail adapté	4,4*	7,5**	8,7**	5,7*
Toilettes accessibles	2,2**	-	6,2**	2,8*
Autres	0,1**	-	1,8**	0,5**

* 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 11.13

Réponse à leurs besoins d'aide, d'aménagements ou d'installations adaptées en milieu de travail, personnes occupées de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998

	Pour chaque besoin	Pour une partie des besoins	Besoins non comblés
	%		
Aide ou aménagements	67,1	5,6	27,3
Installations adaptées	63,1	6,1 *	30,7

* 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*.

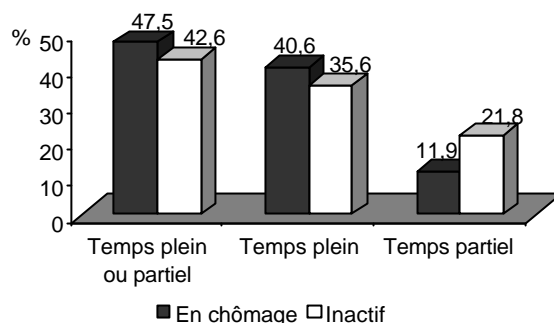
11.2.7 Recherche d'emploi

La recherche d'emploi pour les personnes en chômage et pour celles ne faisant pas partie de la population active est analysée sous les aspects de l'emploi désiré (temps plein ou temps partiel), de la capacité à se chercher du travail, de l'expérience de recherche d'emploi et des obstacles rencontrés.

Près d'une personne en chômage sur deux (48 %) désire un emploi peu importe qu'il soit à temps plein ou à temps partiel (figure 11.5). Bon nombre aussi des personnes en chômage souhaitent obtenir un emploi à temps plein seulement (41 %) et 12 %, à temps partiel seulement. Chez les personnes inactives, 43 % désirent un emploi à temps plein ou à temps partiel et 36 % en souhaitent un à temps plein seulement. Une proportion de 22 % souhaite travailler à temps partiel seulement.

Figure 11.5

Personnes désirant un emploi à temps plein ou partiel, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité en chômage ou inactives sur le marché du travail, Québec, 1998



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

Personnes en chômage

Les personnes en chômage mentionnent dans une proportion de 39 % que leur incapacité a une influence sur leur capacité à se chercher du travail (tableau 11.14). Sans vouloir établir de comparaison, mais plutôt à des fins de repère, on observe que 27 % des personnes occupées (tableau 11.8) déclarent qu'à cause de leur incapacité, il leur serait difficile ou très difficile de changer d'emploi ou d'obtenir de l'avancement dans leur emploi actuel. On peut donc faire l'hypothèse que les personnes en chômage ont davantage de contraintes, provenant de leur état, pour la recherche d'emploi.

Quelques caractéristiques de l'incapacité ont une influence sur la capacité des personnes en chômage à se chercher du travail (tableau 11.14). On observe une association entre celle-ci et la nature (mobilité et agilité), le nombre et la gravité des incapacités. Les personnes ayant une incapacité liée à la mobilité (63 %) ou à l'agilité (56 %) sont davantage affectées que celles qui n'ont pas ces types d'incapacité (26 % et 31 % respectivement).

Tableau 11.14

Personnes affectées dans leur recherche d'emploi selon la nature¹, le nombre et la gravité des incapacités, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité et en chômage, Québec, 1998

	%
Audition	
Oui	23,1**
Non	43,0
Vision	
Oui	27,7**
Non	40,3
Parole	
Oui	21,6**
Non	39,3
Mobilité	
Oui	63,3
Non	26,3*
Agilité	
Oui	55,8*
Non	31,3*
Intellect/santé mentale	
Oui	51,5*
Non	30,8*
Autre	
Oui	18,4**
Non	42,2
Nombre d'incapacités	
Une	28,6*
Deux	52,9*
Trois et plus	66,9*
Gravité de l'incapacité	
Légère	32,7*
Modérée ou grave	60,3*
Total	38,9

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

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

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

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

Personnes ne faisant pas partie de la population active

À peine 14 % des personnes qui ne font pas partie de la population active au moment de l'enquête ont cherché du travail au cours des deux dernières années (tableau 11.15). Ce sont davantage les personnes de 15-34 ans (23 %), comparativement aux personnes de 35-64 ans (12 %), qui en ont cherché.

Tableau 11.15

Personnes qui ont cherché du travail au cours des deux dernières années selon l'âge, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité inactives sur le marché du travail, Québec, 1998

	%
15-34 ans	23,1*
35-64 ans	11,8
Total	14,3

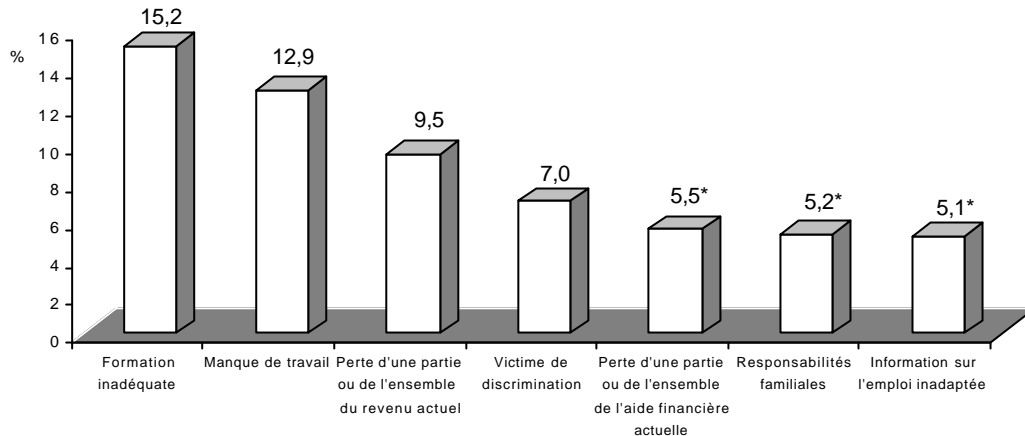
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

Il est demandé aux personnes inactives sur le marché du travail si elles ont rencontré des obstacles qui les ont découragées à se chercher du travail, qu'elles aient été ou non à la recherche d'un emploi au cours des deux dernières années. Plusieurs obstacles potentiels sont énoncés et les personnes répondent vrai ou faux à chacun d'eux. Ceux mentionnés par une proportion estimée de plus de 5 % des personnes sont présentés à la figure 11.6.

Figure 11.6

Principaux obstacles rencontrés dans la recherche d'emploi, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité et inactives sur le marché du travail, Québec, 1998



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

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

Les obstacles déclarés par les personnes sont, par ordre décroissant : une formation inadéquate (15 %), le manque de travail (13 %), la crainte de perdre le revenu actuel (9 %), le fait d'avoir été victime de discrimination (7 %), la crainte de perdre l'aide financière actuelle (5 %), les responsabilités familiales (5 %) et une information sur l'emploi inadaptée à leurs besoins (5 %). La peur d'être mises à l'écart par les autres travailleurs est déclarée par environ 3,8 %¹ des personnes inactives. L'obstacle d'une formation inadéquate s'explique : on observe que 17 % des personnes ayant une 5^e secondaire ou moins en font mention, comparativement à 8 % des personnes ayant une scolarité de niveau postsecondaire ou plus (données non présentées).

Parmi les personnes ne faisant pas partie de la population active au moment de l'enquête, environ 24 % comptent faire une recherche d'emploi au cours des deux prochaines années (tableau 11.16). Ce sont davantage des personnes de 15-34 ans (48 %), celles ayant une seule incapacité (32 %) et celles chez qui la

gravité de l'incapacité est légère (31 %) qui ont cette intention.

Tableau 11.16

Personnes qui comptent chercher du travail au cours des deux prochaines années selon l'âge, le nombre d'incapacités et leur gravité, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité inactives sur le marché du travail, Québec, 1998

	%
Âge	
15-34 ans	48,0
35-64 ans	17,4
Nombre d'incapacités	
Une	31,9
Deux	19,4*
Trois et plus	12,8*
Gravité de l'incapacité	
Légère	30,7
Modérée	17,2*
Grave	13,2*
Total	24,1

* 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*.

¹ Cette proportion a un coefficient de variation entre 15% et 25% et doit être interprétée avec prudence.

Près des trois quarts des personnes (74 %) ne faisant pas partie de la population active ne cherchent pas de travail, n'en ont pas cherché au cours des deux années qui ont précédé l'enquête et n'envisagent pas de recherche d'emploi dans les deux années à venir (donnée non présentée). Toutefois, on a observé précédemment que près de la moitié (46 %) des personnes hors de la population active se disent capables de travailler. Il y a donc un écart important qui peut s'expliquer notamment par la poursuite des études, les obligations familiales ou le découragement à se chercher du travail.

11.2.8 Discrimination dans l'emploi

Cette section porte sur diverses formes de discrimination, soit celles relatives à l'embauche, à la promotion, à la formation et à la fin de l'emploi. En 1998, environ 11 % des personnes ayant une incapacité déclarent qu'on leur a refusé un emploi au cours des cinq dernières années, 6 % qu'on leur a refusé une promotion, 3,7 % qu'on leur a refusé l'accès à des cours de formation et 8 % qu'on a mis fin à leur emploi, et ce, en raison de leur incapacité (tableau 11.17).

Les personnes ayant une incapacité qui sont en chômage déclarent dans une proportion plus grande que les personnes occupées qu'on leur a refusé un emploi au cours des cinq dernières années (26 % c. 7 %). C'est le cas aussi pour les personnes inactives (13 %), qui elles-mêmes surpassent les personnes occupées sur ce point. Par ailleurs, les personnes inactives se sont vu refuser l'accès à des cours de formation en plus grande proportion que les personnes occupées.

Les personnes en chômage ayant une incapacité sont aussi proportionnellement plus nombreuses à déclarer qu'on a mis fin à leur emploi en raison de leur état (19 %), comparativement aux personnes occupées (4,3 %) ou inactives (9 %).

Les hommes déclarent dans une plus grande proportion que les femmes qu'on leur a refusé un emploi (15 % c. 8 %) au cours des cinq dernières années. Les hommes sont aussi proportionnellement plus nombreux que les femmes à déclarer qu'on leur a refusé une promotion (8 % c. 3,8 %).

Tableau 11.17

Formes de discrimination perçue selon le sexe et le statut d'emploi, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998

	Embauche	Promotion	Formation	Fin d'emploi
	%			
Sexe				
Hommes	15,0	8,3	4,2 *	9,2
Femmes	8,1	3,8 *	3,2 *	6,3
Statut d'emploi				
Occupé	7,1 *	5,6 *	2,2 **	4,3
En chômage	26,3 *	9,2 **	5,2 **	19,2
Inactif	13,0	5,6 *	4,8 *	9,1
Total	11,3	5,9	3,7 *	7,6
Pe '000	70,8	36,8	23,1	48,0

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

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

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

Les personnes ayant une incapacité relative à la parole, à la mobilité, à l'agilité, aux activités intellectuelles ou à la santé mentale disent, dans de plus fortes proportions que les personnes n'ayant pas ces incapacités, être victimes de discrimination face à l'embauche (tableau 11.18). Ces proportions vont de 27 % (parole) à 15 % (mobilité, agilité), comparativement à environ 9 % ou 10 % chez les personnes n'ayant pas l'incapacité en question. Par contre, les personnes ayant une incapacité de nature auditive déclarent moins souvent cette forme de discrimination que les autres personnes avec incapacité (8 % c. 12 %). Les personnes ayant

une incapacité liée à la parole se sentent discriminées face à une promotion (20 %) en plus grande proportion que celles n'ayant pas ce type d'incapacité (5 %). L'incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale est aussi associée aux autres formes de discrimination, soit celles relatives à la promotion, à la formation et à la fin d'un emploi. Enfin, on ne note pas de différence dans ces formes de discrimination entre les personnes ayant une incapacité liée à la vision ou de type « autre » et les autres personnes avec incapacité.

Tableau 11.18

Formes de discrimination perçue selon la nature¹, le nombre et la gravité des incapacités, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998

	Embauche	Promotion	Formation	Fin d'emploi
	%			
Audition				
Oui	8,3*	5,3**	3,9**	5,2**
Non	12,1	6,0	3,6*	8,3
Vision				
Oui	12,9*	4,7**	5,5**	8,5**
Non	11,2	6,0	3,5*	7,6
Parole				
Oui	27,5*	19,7*	18,2*	15,7**
Non	10,4	5,1	2,9*	7,2
Mobilité				
Oui	14,6	6,6*	3,7*	10,1
Non	8,8	5,4*	3,7*	5,8
Agilité				
Oui	14,8	6,8*	3,8*	10,1
Non	8,9	5,3*	3,6*	5,9
Intellect/santé mentale				
Oui	18,3	10,7*	7,4*	10,6*
Non	8,5	4,1*	2,3*	6,5
Autre				
Oui	7,5*	4,5**	2,2**	5,2**
Non	11,8	6,1	3,9*	8,0
Nombre d'incapacités				
Une	8,0	4,3*	2,6*	5,6
Deux	12,9	6,1*	4,3**	9,8*
Trois et plus	21,9	12,1*	7,3**	12,6*
Gravité de l'incapacité				
Légère	6,9	4,2*	2,3*	5,4
Modérée	17,6	8,5*	6,0*	11,6*
Grave	26,5*	11,1*	7,6**	13,9*

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

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

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

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

Le nombre d'incapacités et leur gravité sont liés à chacune des formes de discrimination à l'étude. Les personnes ayant trois incapacités ou plus se démarquent de manière significative de celles ayant une seule incapacité quant à la discrimination face à l'embauche (22 % c. 8 %) ou à celle relative à une promotion (12 % c. 4,3 %). Enfin, environ 10 % des personnes ayant deux incapacités, et 13 % de celles qui en ont trois ou plus, disent qu'on a mis fin à leur emploi en raison de leur état, comparativement à 6 % de celles ayant une seule incapacité.

Plus l'incapacité est grave, plus grande est la discrimination perçue face à l'embauche en raison de l'incapacité des personnes. L'écart entre la proportion de personnes ayant une incapacité légère (7 %) et celles des personnes ayant une incapacité modérée (18 %) ou grave (26 %) est significatif. Les résultats de l'enquête révèlent la même tendance en ce qui concerne la discrimination entraînant une fin d'emploi. Environ 14 % des personnes ayant une incapacité grave et 12 % de celles ayant une incapacité modérée, en comparaison de 5 % de celles ayant une incapacité légère, pensent qu'en raison de leur état ou de leur problème de santé on a mis fin à leur emploi. Les personnes ayant une incapacité modérée ou grave pensent, en plus grande proportion que celles dont l'incapacité est légère, que leur employeur leur a refusé l'accès à des cours de formation, en raison de leur incapacité.

Conclusion

L'EQLA permet de conclure qu'en 1998, la population ayant une incapacité fait davantage partie de la population active qu'en 1986. Le progrès réalisé est substantiel, soit 12 points de pourcentage (de 37 % à 49 %). Quoi qu'il en soit, en 1998, le taux d'inactivité des personnes ayant une incapacité est élevé comparativement à celui de l'ensemble de la population québécoise (51 % contre 28 %). Même si on excluait les personnes qui se déclarent incapables de travailler de l'ensemble des personnes ayant une incapacité, le

taux d'inactivité serait de 34 %. On peut faire l'hypothèse que l'amélioration de l'accès au marché du travail pour les personnes ayant une incapacité passe par l'amélioration de bon nombre d'autres aspects, notamment l'accès à l'enseignement supérieur et professionnel. En effet, l'EQLA confirme que la scolarité est fortement reliée au statut d'emploi des personnes ayant une incapacité. Des analyses multivariées seraient toutefois nécessaires pour vérifier l'importance de ce facteur par rapport à d'autres variables associées au statut d'emploi (âge, sexe, nombre d'incapacités, nature et gravité de l'incapacité).

Comme on pouvait s'y attendre à la suite de résultats d'autres études auprès de cette population, plusieurs variables sont reliées au fait d'occuper un emploi. L'âge plus jeune, le sexe masculin, un niveau de scolarité élevé, la zone de résidence (la métropole), la nature de l'incapacité (notamment l'audition), la gravité (légère) et le nombre d'incapacités (une) sont associés à une proportion plus élevée de personnes en emploi. Inversement, le taux d'inactivité est plus élevé chez les personnes ayant les caractéristiques opposées. En ce qui concerne le taux de chômage, le nombre peu élevé des chômeurs dans l'échantillon restreint les conclusions qu'on peut tirer de l'analyse. Toutefois, on observe que le taux de chômage de la population ayant une incapacité, bien que plus élevé que celui de l'ensemble de la population québécoise, semble se rapprocher de ce dernier entre 1986 et 1998. Est-ce une indication selon laquelle les personnes ayant une incapacité, qui s'insèrent dans la population active, auraient plus de facilités qu'auparavant à obtenir un emploi et à s'y maintenir? L'EQLA ne permet malheureusement pas de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

Les données de l'EQLA permettent d'aborder la notion de capacité à travailler des personnes ayant une incapacité. On observe qu'un peu plus d'une personne sur deux ne faisant pas partie de la population active se dit incapable de travailler. L'âge plus avancé, la faible scolarité, le nombre plus élevé d'incapacités, la gravité

modérée ou grave de l'incapacité et sa nature (parole, activités intellectuelles ou santé mentale, agilité et mobilité) sont associés à des proportions sensiblement plus élevées de personnes incapables de travailler. Il s'agit toutefois de la perception des individus de leur capacité à travailler. Cette perception peut être le reflet de leur état d'incapacité, mais peut aussi provenir de la place que le marché du travail leur fait ou d'autres facteurs tels que la crainte de perdre leur accès à certains programmes sociaux. Une conjoncture économique difficile, le manque d'efforts des entreprises pour adapter les milieux de travail à leurs besoins, la rareté des emplois disponibles et les compétences de plus en plus élevées exigées pour accéder à des emplois de qualité sont autant de facteurs qui peuvent décourager les personnes ayant une incapacité de se déclarer capables de travailler et de se chercher un emploi. Il serait important que des études plus spécialisées soient faites pour bien distinguer les dimensions médicale, fonctionnelle et sociale de l'incapacité à travailler.

En complément aux observations précédentes, l'analyse des données de l'EQLA révèle que près de la moitié des personnes hors de la population active sont capables de travailler avec ou sans limitations. Certaines raisons connues expliquent que des personnes en âge de travailler et capables de le faire se retrouvent hors de la population active, notamment le fait d'être aux études à temps plein ou le choix de demeurer à la maison par obligation familiale. Par contre, la proportion observée de personnes capables de travailler qui se classent hors du marché du travail est élevée dans la population de l'EQLA. On peut faire l'hypothèse que bon nombre de ces personnes pourraient se retrouver dans la population active si l'accès au marché du travail leur était facilité. Une meilleure connaissance des caractéristiques de cette population et des contraintes d'accès à l'emploi serait souhaitable. Cela permettrait de mieux définir et de mettre en place des programmes et des politiques favorisant un accès équitable à l'emploi pour les personnes ayant une incapacité.

Les personnes ayant une incapacité et en emploi au moment de l'enquête travaillent à temps plein dans une proportion de près de quatre sur cinq (79 %). Cette proportion est comparable à celle de l'ensemble de la population, qui est de 78 % en 1998, selon l'*Enquête sur la population active* (Statistique Canada, 1998).

Les personnes ayant une incapacité occupent des emplois surtout dans les catégories professionnelles des employés de bureau, de commerce et de service ou des contremaîtres et ouvriers qualifiés. Un peu plus de la moitié d'entre elles travaillent dans une entreprise de moins de 50 employés, particulièrement les plus jeunes. Beaucoup d'autres caractéristiques des emplois occupés devraient être connues, si on veut éventuellement pouvoir évaluer l'accessibilité des divers emplois pour les personnes ayant une incapacité, et ainsi investir ces connaissances dans les politiques et programmes d'accès à l'emploi de cette population, que ce soit au niveau de l'offre ou de la demande d'emploi. À titre de piste de recherche, il serait intéressant de comparer la population québécoise avec et sans incapacité au niveau de l'emploi.

L'EQLA vise aussi à connaître les besoins d'aide ou d'aménagement du travail pour les personnes ayant une incapacité, ainsi que les besoins d'installations adaptées. Les horaires flexibles ou la réduction du travail et la redéfinition des tâches se démarquent quant à la fréquence des besoins d'aménagement du travail. Pour ce qui est des besoins d'installations adaptées, c'est l'adaptation du poste de travail qui semble la plus présente. Cela se vérifie tant pour les personnes en emploi et celles en chômage que pour celles hors de la population active. Environ les deux tiers des personnes en emploi ayant mentionné un besoin ou plus disent que ceux-ci ont été satisfaits de façon complète. Une majorité des personnes en chômage et de celles ne faisant pas partie de la population active disent n'avoir aucun besoin de ce genre. Ce résultat apparaît surprenant en raison notamment du taux de chômage et du taux d'inactivité

plus élevés observés dans cette population comparativement à ceux de l'ensemble de la population québécoise en âge de travailler. Les personnes ayant une incapacité auraient-elles tendance à minimiser leurs besoins pour se déclarer plus aptes à occuper un emploi qu'elles ne le sont réellement? Il aurait été intéressant de pouvoir comparer ces besoins entre les personnes en emploi, celles en chômage et celles hors de la population active, notamment en relation avec la nature, la gravité et le nombre d'incapacités. Malheureusement, le faible nombre de répondants à ces questions dans l'échantillon de l'enquête ne permet pas ce niveau d'analyse. Cela aurait possiblement permis d'identifier les formes d'aide à mettre en place pour accroître l'accès à l'emploi des personnes ayant une incapacité.

En ce qui concerne la recherche d'emploi, on observe que les personnes en chômage voient leur capacité à se chercher du travail réduite, lorsque le nombre et la gravité des incapacités augmentent ou lorsque celles-ci sont reliées à la mobilité ou à l'agilité. Tout au plus le quart des personnes ne faisant pas partie de la population active mentionnent qu'elles ont fait des recherches d'emploi au cours des deux années ayant précédé l'enquête ou qu'elles en feront au cours des deux années subséquentes. L'obstacle le plus souvent mentionné par ces personnes est leur formation qu'elles jugent inadéquate, suivi par la perception d'un manque de travail disponible. Cela permet de croire que des interventions pourraient réduire ces obstacles, puisque ceux-ci ne semblent pas, à première vue, directement reliés à l'incapacité.

Enfin, la discrimination à l'égard des personnes ayant une incapacité apparaît bien présente sur le marché du

travail, que ce soit face à l'embauche, face à une promotion, face à l'accès à une formation ou même lors d'une mise à pied. En effet, entre 3,7 % et 11 % des personnes déclarent avoir été victimes de discrimination au cours des cinq dernières années, selon la situation de discrimination. Celle reliée à l'embauche semble la plus fréquente, en particulier lorsque l'incapacité est modérée ou grave ou le nombre d'incapacités est élevé. La nature de l'incapacité semble aussi être un facteur lié à certaines formes de discrimination, notamment à l'embauche lorsque l'incapacité est reliée à la parole, à la mobilité, à l'agilité et aux activités intellectuelles ou à la santé mentale, et par rapport à la fin d'un emploi pour ces trois derniers types d'incapacité. La sensibilisation des employeurs demeure donc toujours d'actualité.

Force est de constater, à la suite de l'analyse des données de l'EQLA, que les obstacles rencontrés par les personnes ayant une incapacité paraissent encore fort nombreux face au marché du travail. De plus, ceux-ci prennent de multiples formes, étant parfois reliés aux caractéristiques sociodémographiques des personnes, parfois aux caractéristiques de leur incapacité ou plutôt au marché du travail lui-même. Ce chapitre permet de cibler des aspects qui mériteraient d'être approfondis, soit à l'aide d'une analyse plus complète des données de l'EQLA ou par d'autres études éventuelles. Cela est indispensable à l'établissement et à la mise en œuvre de politiques et de programmes favorisant l'équité en matière d'emploi pour les personnes ayant une incapacité, ce qui vraisemblablement n'est pas encore atteint.

Bibliographie

COMMISSION CANADIENNE DES DROITS DE LA PERSONNE (1998). *Employeurs sans obstacle* [En ligne]. <http://www.chrc-ccdp.ca/ee/bfe-eso.asp?l=f>

COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES. DIRECTION GÉNÉRALE DE L'EMPLOI, DES RELATIONS INDUSTRIELLES ET DES AFFAIRES SOCIALES (1997). *L'emploi en Europe*, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 142 p.

FAWCETT, G. (1996). *Vivre avec une incapacité au Canada : un portrait économique*, Hull, Développement des ressources humaines Canada, Bureau de la condition des personnes handicapées, 231 p.

MERCIER, C., G. PROVOST, F. VINCELETTE et G. DENIS (1998). *Impact-travail. Rapport final Montréal-Centre*, Rapport déposé à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et à la Division de la recherche psychosociale de l'hôpital Douglas, vol. 1, 47 p.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (1992). *Orientations concernant les mesures à privilégier pour l'emploi des personnes handicapées*, Drummondville, Gouvernement du Québec, 32 p.

HARVEY, E.B. (1990). *Certaines conséquences socio-économiques de l'incapacité pour les femmes au Canada*, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 82-615F, 33 p.

STATISTIQUE CANADA (1995). *Un portrait des personnes ayant une incapacité*, projet des groupes cibles, Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie (89-542F), 71 p.

Tableau complémentaire

Tableau C.11.1

Statut d'activité habituel sur une période de 12 mois selon l'âge et le statut d'emploi, personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, Québec, 1998

	En emploi	Aux études	Tient maison	À la retraite	Sans emploi
	%				
15-34 ans					
Occupé	76,3	14,3 *	1,3**	0,8 **	7,4 **
En chômage	23,6 **	33,2 *	14,1**	-	29,0 **
Inactif	9,0 **	44,7	23,7*	0,5 **	22,2 *
35-54 ans					
Occupé	84,9	1,4**	2,0**	1,7 **	10,0 *
En chômage	39,6 *	3,3**	28,3**	4,1 **	24,8 **
Inactif	14,9	3,7**	31,8	10,4	39,3
55-64 ans					
Occupé	83,2	0,2**	5,4**	3,9 **	7,3 **
En chômage	33,1 **	3,4**	12,4**	19,1 **	32,0 **
Inactif	5,3 **	0,1**	29,5	39,3	25,8

* 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*.

Chapitre 12

Pratique d'activités physiques et de loisirs

Luc Noreau

Département de réadaptation
Université Laval
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

Roger Cantin

Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

Serge Trépanier

Service de la recherche, du développement et des programmes
Office des personnes handicapées du Québec

Introduction

Le loisir se définit comme une activité pratiquée lors de temps libre et qui entraîne un bénéfice particulier pour la personne. Certaines évidences permettent de croire que les bénéfices de la pratique d'activités de loisirs se situent tant à un niveau psychologique, physique et social que spirituel (Caldwell et Smith, 1988). Par exemple, Iso-Ahola (1982,1983) mentionne que le loisir contribue à la perception de la compétence personnelle (*self-efficacy*) et au maintien d'une bonne santé psychologique. Bien que la pratique d'activités physiques favorise surtout le maintien d'une bonne santé physique, certaines de ces activités ont également un impact social important alors qu'elles permettent le développement de relations interpersonnelles. Dans le contexte où il y a restriction d'activités due à la présence d'incapacité, la pratique de loisir (activités physiques ou autres) peut s'avérer essentielle au maintien d'un niveau minimal de qualité de vie. Entre autres, le loisir peut servir de compensation partielle à un faible niveau de satisfaction à l'égard du travail (Spreitzer et Snyder, 1987).

Une étude récente sur le loisir des personnes ayant une incapacité (Noreau et autres, 1995) a permis d'identifier des caractéristiques des personnes ou de leur environnement qui peuvent les prédisposer à la pratique de certains types d'activités de loisirs. Sur le plan des caractéristiques personnelles, il est apparu que la gravité des incapacités physiques tend à influencer le type de

pratique de loisir. Ainsi, un plus haut degré d'incapacité (faible niveau d'autonomie fonctionnelle et nécessité d'utiliser des dispositifs d'accès à la résidence) semble diminuer le temps de pratique d'activités de type distraction ou sports et passe-temps, lesquelles nécessitent une participation plus active de la personne et se déroulent davantage à l'extérieur du domicile. Ce type d'activités est remplacé par une pratique de loisirs à domicile, souvent moins exigeante, ce qui maintient le temps total de pratique à un niveau comparable à celui des personnes ayant moins d'incapacités. Dans le cas d'un faible niveau d'autonomie fonctionnelle, l'écoute de la télévision devient une des activités de loisir prépondérantes.

Les résultats de l'étude montraient également que les personnes sans emploi ou qui ne sont pas aux études disposent de plus de temps pour pratiquer une activité de loisir. Cependant, elles ne semblaient pas pratiquer davantage de loisirs exigeant une implication personnelle puisque la majorité du temps additionnel dont elles disposaient était occupé par l'écoute de la télévision, ce qui tendrait à confirmer que la télévision est une activité « tampon » qui remplit le temps libre supplémentaire. Sur le plan environnemental, parmi les variables mesurées, la disponibilité d'une automobile pour les déplacements semblait favoriser la pratique d'activités de sports et passe-temps et, à l'opposé, lorsque ce moyen de transport n'était pas disponible, les personnes tendaient à occuper davantage leur temps

libre avec des activités de type médias et communications dont l'écoute de la télévision.

L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA) permettra de poursuivre l'analyse de la pratique de loisir des personnes ayant une incapacité et de vérifier certaines conclusions de l'étude mentionnée précédemment (Noreau et autres, 1995). L'analyse des données de l'EQLA portera sur des éléments de la pratique de loisir et sur des facteurs personnels (âge, nature et gravité des incapacités, occupation, etc.) ou environnementaux (soutien social, revenu) qui peuvent influencer cette pratique. Les résultats présentés portent essentiellement sur la population de 15 ans et plus ayant une incapacité. Des comparaisons avec la population sans incapacité s'ajoutent pour certains aspects de la pratique de l'activité physique.

12.1 Aspects méthodologiques

Deux composantes distinctes de la participation aux loisirs sont décrites dans le présent chapitre à partir des données de l'enquête : la pratique d'activités physiques pendant les heures de loisirs et la pratique d'activités de loisirs, autres que l'activité physique. Les données utilisées proviennent de deux sources, soit la section H (Loisirs) du questionnaire de suivi de l'EQLA et la section IV (Activités physiques) du questionnaire autoadministré (QAA) de *l'Enquête sociale et de santé 1998*.

La section des résultats est divisée en six sous-sections. La première (12.2.1) porte sur la participation à des activités physiques et de loisirs. La question QA-256 demandait aux répondants s'ils pratiquent « des activités physiques, comme la marche, le jardinage, la natation, l'exercice physique, des promenades en fauteuil roulant, de la bicyclette » pendant leurs heures de loisirs. Faisant suite à la question précédente, QA-259 demandait aux répondants s'ils ont « d'autres activités de loisirs, comme aller au cinéma, au concert, participer à des rencontres avec la parenté ou les amis, jouer au bingo, ou encore s'adonner à un passe-temps, etc. ».

Pour décrire de façon plus précise la participation à des activités physiques, un indicateur de fréquence de pratique a été construit à partir de la question 12 du QAA, laquelle demandait « combien de fois par semaine le répondant a pratiqué des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans ses temps libres, au cours des 3 derniers mois ». La fréquence de pratique a été regroupée en trois catégories : aucune fois ou 1-3 fois par mois, 1 fois par semaine, 2-3 fois par semaine ou plus.

La participation à certaines activités physiques a été colligée à partir des questions QAA-17 et QAA-18; sept types d'activités sont distingués : la marche, les activités individuelles pratiquées durant l'été (ex. : golf, vélo, patin à roues alignées) ou durant l'hiver (ex. : ski alpin ou de randonnée, patinage), les sports d'équipe (soccer, baseball, basket-ball), les sports en duel (tennis, badminton, arts martiaux), les activités de conditionnement physique (course, natation, aérobic) et les autres activités physiques (ex. : baignade, danse ou jardinage). Le but de cette description n'est pas de présenter un relevé exhaustif de la participation à des activités physiques, mais un aperçu général des types d'activités qui ont été pratiquées par les personnes ayant une incapacité au cours des 12 mois précédant l'enquête, sans égard à la fréquence de pratique.

Les sous-sections 12.2.2 et 12.2.3 présentent la fréquence de pratique de l'activité physique et la participation aux autres activités de loisirs selon des indicateurs portant sur des facteurs personnels : la gravité, le nombre et la nature des incapacités et la perception de l'état de santé. Les sous-sections 12.2.4 et 12.2.5 portent sur la fréquence de pratique de l'activité physique et sur la participation aux autres activités de loisirs en relation avec des indices économiques et sociaux : la scolarité relative, le statut d'activité habituel (sur une période de 12 mois), le niveau de revenu du ménage, la conduite d'un véhicule automobile (QA-215) et le niveau à l'indice de soutien social. Enfin, la sous-section 12.2.6 porte sur le désir exprimé par certaines personnes d'augmenter leur pratique d'activités

physiques ou de loisirs (QA-257, QA-260) et sur les principaux obstacles qui limitent la pratique de ces activités (QA-258, QA-261).

L'utilisation de deux questionnaires (QA et QAA) qui ont parfois été remplis à deux moments différents (à quelques jours d'intervalle) et selon des modes de collecte distincts peut mettre en évidence des différences dans les pratiques déclarées. Ainsi, le croisement de l'indicateur de fréquence de pratique d'activités physiques (QAA-12) avec le taux de pratique (QA-256) a été analysé afin de déterminer la concordance entre les réponses à ces deux questions. Les réponses d'environ 6 % des répondants ne concordent pas. Ceux-ci ont indiqué ne pas pratiquer d'activités physiques (telles que décrites à la question QA-256) tout en déclarant une fréquence de pratique d'une fois par semaine ou plus au cours des trois mois ayant précédé l'enquête. Ce taux est relativement faible, mais nécessite d'être signalé aux lecteurs.

Le taux de non-réponse partielle dans l'ensemble des données utilisées est faible (inférieur à 5 %) à l'exception des sept indicateurs sur les types d'activités physiques pratiquées (QAA-17 et QAA-18). Neuf pour cent (9 %) des personnes se sont abstenues de répondre à la question portant sur la pratique de la marche; ce sont principalement des personnes âgées de plus de 65 ans, des femmes et des personnes tenant maison ou étant retraitées. Le taux de non-réponse partielle est relativement élevé pour les sports individuels estivaux (17 %) et hivernaux (15 %), les activités de conditionnement physique (16 %), les sports d'équipe (15 %) et les sports en duel (14 %). Les non-répondants à ces indicateurs sont plus fréquemment des personnes de plus de 55 ans, de sexe féminin, avec une incapacité de gravité modérée ou grave et des personnes dont le statut d'activité est de tenir maison ou d'être à la retraite. Enfin, la question regroupant les autres activités physiques a un taux de non-réponse partielle de 10 %; les personnes de plus de 55 ans et celles qui tiennent maison ou sont à la retraite ont plus souvent négligé de répondre. Étant donné les caractéristiques des non-

répondants, la pratique de ces activités pourrait être légèrement surestimée dans la population ayant une incapacité.

12.2 Résultats

12.2.1 Pratique d'activités physiques et de loisirs

Globalement, près des deux tiers (65 %) de la population avec incapacité pratiquent des activités physiques durant les heures de loisirs (tableau 12.1). La différence dans le taux de pratique entre les hommes et les femmes est relativement faible (moins de 5 %) mais demeure statistiquement significative. Dans la population en général, il est connu que la pratique de l'activité physique est plus élevée chez les personnes plus jeunes, et ce phénomène est également observé dans la population ayant une incapacité puisque le taux de pratique diminue avec l'âge. Alors que les personnes de 15-34 ans participent à des activités physiques dans une proportion de 76 %, ce comportement n'est observé que chez 55 % de celles de 65 ans et plus.

La pratique d'activités de loisirs autres que les activités physiques est un élément important à l'égard de l'intégration sociale, d'autant plus que plusieurs personnes présentent une incapacité qui limite la pratique soutenue d'activités physiques. Plus de 72 % des personnes ayant une incapacité (tableau 12.2) participent à d'autres types d'activités de loisirs (cinéma, concert, rencontre sociale, s'adonner à un passe-temps, etc.). Le taux de participation ne diffère pas significativement entre les hommes et les femmes.

Tableau 12.1

Pratique d'activités physiques de loisirs selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	15-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	65 ans et plus	Total
	%				
Hommes	77,0	71,5	64,7	58,2	67,1
Femmes	74,6	69,6	62,4	52,0	62,7
Sexes réunis	75,7	70,4	63,5	54,5	64,6
Pe '000	123,7	221,9	96,5	185,2	627,3

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

Tableau 12.2

Pratique d'activités de loisirs autres que les activités physiques selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	15-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	65 ans et plus	Total
	%				
Hommes	76,6	77,6	71,9	62,3	71,5
Femmes	83,3	77,7	71,2	65,0	72,9
Sexes réunis	80,1	77,6	71,5	63,9	72,3
Pe '000	130,8	244,9	108,6	217,3	701,6

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

Comme pour la pratique de l'activité physique, le taux de pratique de loisirs varie avec l'âge. Les personnes entre 15 et 54 ans ont un taux de pratique similaire (environ 80 %), alors que le taux baisse à 64 % chez celles de 65 ans et plus. Puisque les personnes de ce dernier groupe sont celles qui ont habituellement le plus de temps libre, il est surprenant de constater qu'elles n'ont pas une plus grande participation à des activités de loisirs. Ce phénomène soulève l'hypothèse de la présence d'autres facteurs qui limitent la pratique de loisirs chez les personnes âgées ayant une incapacité.

Malgré qu'une forte proportion de personnes mentionnent qu'elles pratiquent des activités physiques, cela n'indique pas si cette pratique est suffisante pour avoir une incidence positive sur leur santé. À cet effet, une fréquence de pratique d'activités physiques soutenue d'au moins deux fois par semaine semble être la fréquence minimale pouvant amener des bénéfices tant au plan physique et psychologique que social.

Il a été possible de comparer la fréquence de pratique de l'activité physique dans la population québécoise (au cours d'une période de trois mois) selon la présence d'une incapacité. Bien qu'un taux de pratique de 65 % soit observé dans la population avec incapacité à partir d'une question générale (tableau 12.1), seulement 30 % ont déclaré s'adonner à l'activité physique à raison d'au moins deux fois par semaine au cours d'une période de trois mois (tableau 12.3). Ce taux atteint 41 % dans la population sans incapacité. Globalement, cette fréquence de pratique ne diffère pas significativement selon le sexe dans la population avec incapacité. Cependant un écart significatif de 4 % dans la pratique est noté entre les hommes et les femmes sans incapacité.

Tableau 12.3

Pratique d'activités physiques à une fréquence de 2 fois/semaine ou plus¹ selon l'âge, le sexe et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	15-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	65 ans et plus	Total
	%				
Hommes					
Avec incapacité	39,7	29,0	32,2	27,6	31,1
Sans incapacité	49,1	36,5	43,4	50,8	43,4
Femmes					
Avec incapacité	41,0	30,0	27,4	25,7	29,8
Sans incapacité	38,3	39,6	45,5	37,2	39,5
Sexes réunis					
Avec incapacité	40,4	29,5	29,7	26,5	30,4
Sans incapacité	43,8	38,0	44,5	43,2	41,4
Pe '000					
Avec incapacité	65,6	97,8	45,4	90,3	299,1
Sans incapacité	811,8	762,9	233,4	208,3	2 016,4

1. Pratique d'activités physiques de loisirs, 20 à 30 minutes par séance, au cours d'une période de 3 mois.

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

Le lien entre l'âge et la fréquence de pratique soutenue de l'activité physique (2 fois par semaine ou plus) diffère dans les deux populations. Chez les femmes ayant une incapacité, on note une diminution importante de la pratique soutenue entre 15-34 ans (41 %) et 65 ans et plus (26 %). À l'opposé, chez les femmes sans incapacité, la fréquence de pratique soutenue se maintient à partir de 35 ans, et cela, à des niveaux plus élevés que chez celles qui ont une incapacité. Chez les hommes ayant une incapacité, on ne détecte pas de différence dans la fréquence de pratique soutenue d'un groupe d'âge à l'autre, alors que chez les hommes sans incapacité, cette fréquence est modulée selon l'âge. Elle est à son plus bas niveau à 35-54 ans (37 %) pour revenir, à 65 ans et plus, au niveau d'environ 50 % qui est similaire à celui du groupe d'âge des 15-34 ans.

La participation à des activités physiques chez les personnes avec incapacité varie selon le type d'activités (tableau 12.4). La marche est l'activité physique la plus pratiquée avec un taux de participation de 79 %. Bien que statistiquement significative, la différence entre les hommes et les femmes est peu importante (4 %). Le taux de participation à la marche se maintient à un niveau élevé chez les personnes de

64 ans et moins (78 % à 91 %), mais diminue substantiellement à 68 % chez les aînés.

Les autres types d'activités présentent une participation plus faible que la marche. Ainsi, les activités individuelles estivales et les activités de conditionnement physique sont pratiquées par environ 40 % des individus avec incapacité. La pratique des activités hivernales ne touche que 24 % de cette population. Globalement, les sports d'équipe et les sports en duel montrent un taux de participation encore plus faible (environ 15 %). Enfin, les autres activités physiques regroupées (baignade, danse ou jardinage) présentent un fort taux de participation (62 %).

Tableau 12.4

Pratique de certains types d'activités physiques¹ selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Hommes	Femmes	15-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	65 ans et plus	Total
	%						
Marche	76,3	80,5	91,1	83,0	77,9	68,0	78,7
Activité individuelle (été)	50,5	32,5	76,7	51,1	30,2	10,9	40,5
Activité conditionnement physique	38,2	37,3	67,5	40,5	30,5	19,9	37,7
Activité individuelle (hiver)	28,7	20,4	50,0	30,2	14,8*	6,0*	24,1
Sport d'équipe	21,5	9,9	47,0	14,0	3,9**	2,0**	15,0
Sport en duel	16,9	14,5	40,9	17,7	6,6**	2,3**	15,6
Autres activités physiques	62,7	61,7	90,2	74,5	55,4	38,1	62,1

1. Activités pratiquées au moins une fois au cours d'une période de 12 mois.

* 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 différence dans la pratique observée entre les hommes et les femmes est importante pour les sports d'équipe, les activités individuelles pratiquées en hiver et, de façon particulière, pour les activités individuelles pratiquées en été, dont le taux de pratique est d'environ 20 % plus élevé chez les hommes. C'est surtout une variation de la participation avec l'âge qui est observée dans certains types d'activités. Ainsi, les activités individuelles estivales sont pratiquées par 77 % de la population de 15-34 ans ayant une incapacité, mais le taux de participation chute d'environ 20 % dans chaque catégorie d'âge, pour se situer à seulement 11 % chez les personnes de 65 ans et plus.

Les sports d'équipe et les sports en duel sont pratiqués par plus de 40 % des individus de 15-34 ans ayant une incapacité. La participation diminue de façon radicale avec l'augmentation en âge et se situe à moins de 3 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Fait intéressant, près de 40 % des personnes âgées de 65 ans et plus déclarent pratiquer une des autres activités (baignade, danse, jardinage), pourcentage beaucoup plus élevé que pour tout autre type d'activités à l'exception de la marche.

12.2.2 Fréquence de pratique d'activités physiques selon les caractéristiques de l'incapacité et la perception de l'état de santé

Ainsi que mentionné dans la section précédente, environ 30 % des personnes ayant une incapacité pratiquent une activité physique à raison de deux fois par semaine ou plus. La fréquence de pratique peut être influencée par divers facteurs dont la nature de l'incapacité qui limite les activités de la personne.

La présence d'une incapacité de type sensoriel (audition, vision, parole) ou d'une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale n'est pas significativement associée à une variation de la fréquence de pratique d'activités physiques dans l'enquête. Cependant, chez les personnes ayant une incapacité motrice (mobilité ou agilité), la pratique soutenue (2 fois par semaine ou plus) est significativement diminuée à un taux de près de 23 % en comparaison à environ 40 % chez les personnes n'ayant pas ces types d'incapacité (tableau 12.5). De même, plus la gravité ou le nombre d'incapacités s'accroissent, plus la pratique de l'activité physique diminue. On note, spécifiquement, que les personnes ayant une incapacité grave ou encore plus de quatre incapacités distinctes maintiennent une fréquence de pratique soutenue dans une proportion d'environ 15 %

seulement (tableau 12.6). La perception de l'état de santé de la personne peut également influencer la possibilité de maintenir une participation soutenue à l'activité physique. À l'aide d'un indicateur subjectif, soit l'état de santé perçu, il a été observé que plus de 40 % des individus qui perçoivent leur état de santé comme

très bon ou excellent ont une pratique soutenue d'activités physiques. Inversement, cette pratique est inférieure à 15 % chez ceux qui se considèrent en mauvaise santé.

Tableau 12.5

Fréquence de pratique d'activités physiques¹ selon la nature de l'incapacité², population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Aucune ou 1-3 fois/ mois	1 fois/ semaine	2 fois/ semaine ou plus
	%		
Mobilité			
Oui	71,5	6,7	21,7
Non	48,3	12,1	39,7
Agilité			
Oui	69,5	7,1	23,4
Non	52,1	11,2	36,7
Total	60,3	9,3	30,4

1. Pratique d'activités physiques de loisirs, 20 à 30 minutes par séance, au cours d'une période de 3 mois.

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

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

Tableau 12.6

Fréquence de pratique d'activités physiques¹ selon la gravité et le nombre d'incapacités et la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Aucune ou 1-3 fois/ mois	1 fois/ semaine	2 fois/ semaine ou plus
	%		
Gravité de l'incapacité			
Légère	51,7	11,6	36,7
Modérée	71,8	5,0 *	23,1
Grave	78,9	6,6 **	14,5 *
Nombre d'incapacités			
Une	50,2	12,3	37,5
Deux	67,9	5,6 *	26,5
Trois	75,7	6,3 **	18,0 *
Quatre et plus	77,2	6,4 **	16,5 *
Perception de l'état de santé			
Excellent	42,1	9,7 **	48,2
Très bon	46,5	12,5 *	41,0
Bon	57,6	10,5	32,0
Moyen	71,6	6,5 *	21,9
Mauvais	79,3	6,3 **	14,4 *
Total	60,3	9,3	30,4

1. Pratique d'activités physiques de loisirs, 20 à 30 minutes par séance, au cours d'une période de 3 mois.

* 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*.

12.2.3 Pratique de loisirs selon les caractéristiques de l'incapacité et la perception de l'état de santé

Les caractéristiques de l'incapacité (nature, gravité, nombre) peuvent vraisemblablement influencer la participation aux autres activités de loisirs, tout comme aux activités physiques. L'analyse montre une réduction de la pratique de loisirs avec la présence de certains types d'incapacités sensorielles et motrices (tableau 12.7). Les personnes ayant une incapacité de type sensoriel (vision, parole) présentent un taux de pratique plus bas (57 % et 56 % respectivement) que celles n'ayant pas ces types d'incapacités (74 % et 73 %). Il en est de même des personnes ayant une incapacité motrice (mobilité 65 %, agilité 67 %) ou une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (62 %), par rapport à celles qui n'ont pas ces types d'incapacités (de 76 % à 80 %). Par ailleurs, les personnes ayant une incapacité physique non définie (incapacité « autre ») ont un taux de pratique de loisirs plus élevé (87 %) que celles ayant une incapacité de type défini (71 %). Les taux de pratique des personnes ayant ou non une incapacité relative à l'audition sont semblables.

Des associations significatives sont également observées entre la pratique de loisirs et la gravité ou le nombre d'incapacités. Il est intéressant de souligner que chez les personnes dont l'incapacité est légère ou modérée, le taux de pratique de loisirs est supérieur à 70 % (tableau 12.8). De plus, on note qu'un peu moins de 50 % de celles ayant une incapacité grave pratiquent des activités de loisirs dans leur temps libre. De même, les individus ayant quatre incapacités ou plus indiquent un taux de pratique qui n'excède pas 40 %.

Tableau 12.7
Pratique d'activités de loisirs autres que les activités physiques selon la nature de l'incapacité¹, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	%
Audition	
Oui	70,9
Non	72,9
Vision	
Oui	56,7
Non	74,2
Parole	
Oui	55,5
Non	73,2
Mobilité	
Oui	65,4
Non	79,8
Agilité	
Oui	66,6
Non	77,5
Intellect/santé mentale	
Oui	62,0
Non	75,7
Autre	
Oui	86,9
Non	70,7
Total	72,3

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

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

Nonobstant la présence chez elles d'une incapacité, la pratique de loisirs atteint 83 % chez les personnes qui se considèrent en très bonne santé, contre 68 % chez celles qui qualifient leur santé de moyenne ou 58 % pour celles qui la qualifient de mauvaise. De façon surprenante, les individus qui se perçoivent en excellente santé n'ont pas le taux le plus élevé de pratique de loisirs (71 %). À titre explicatif de ce phénomène, on observe que près de 50 % des individus se disant en excellente santé indiquent une pratique soutenue d'activités physiques (2 fois par semaine et plus), ce qui pourrait laisser moins de temps pour la pratique d'autres types de loisirs.

Tableau 12.8

Pratique d'activités de loisirs autres que les activités physiques selon la gravité et le nombre d'incapacités et la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	%
Gravité de l'incapacité	
Légère	78,4
Modérée	70,6
Grave	48,2
Nombre d'incapacités	
Une	79,3
Deux	72,0
Trois	60,8
Quatre et plus	40,0
Perception de l'état de santé	
Excellent	70,6
Très bon	83,4
Bon	78,5
Moyen	68,5
Mauvais	57,6
Total	72,3

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

12.2.4 Fréquence de pratique d'activités physiques selon des indicateurs sociaux et économiques

Bien que la présence d'une incapacité puisse avoir un impact direct sur l'aptitude d'une personne à une pratique soutenue d'activités physiques, d'autres facteurs à caractère socioéconomique peuvent également limiter son niveau de pratique. Ces facteurs peuvent être reliés à la capacité d'en assumer les coûts, à la capacité de se déplacer ou au soutien de l'entourage. L'enquête montre une association entre la pratique d'activités physiques et la scolarité (tableau 12.9). Le taux de pratique soutenue d'activités physiques (2 fois par semaine ou plus) est significativement plus bas (23 %) chez les individus ayant la plus faible scolarité relative. Dans les autres groupes de scolarité (de faible à plus élevée), le taux de pratique soutenue ne diffère pas significativement. Cependant, si l'on regroupe les individus qui pratiquent des activités physiques à raison d'« une fois par semaine » et ceux qui le font « deux fois par semaine ou plus », on observe une tendance à l'augmentation

du taux avec le niveau de scolarité. Ainsi, environ 28 % des individus faiblement scolarisés pratiquent des activités physiques au moins une fois par semaine alors que ce pourcentage se situe à 46 % et à 51 % respectivement chez ceux qui ont une scolarité élevée ou plus élevée.

Tableau 12.9

Fréquence de pratique d'activités physiques¹ selon la scolarité relative, le statut d'activité habituel, le niveau de revenu du ménage, la conduite d'un véhicule automobile et l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Aucune 1-3 fois/ mois	1 fois/ ou semaine	2 fois/ semaine ou plus
	%		
Scolarité relative			
Plus faible	72,2	5,3 *	22,5
Faible	60,2	7,8 *	32,0
Moyenne	57,2	7,7 *	35,1
Élevée	53,6	15,1	31,3
Plus élevée	49,3	14,2 *	36,5
Statut d'activité habituel			
En emploi	56,1	10,5	33,5
Aux études	36,3	17,3 *	46,4
Tient maison	61,6	9,9 *	28,5
À la retraite	66,1	7,2 *	26,7
Sans emploi	65,1	7,2 *	27,7
Niveau de revenu			
Très pauvre	67,0	4,7 **	28,3
Pauvre	63,9	10,0 *	26,1
Moyen inférieur	61,6	8,5 *	29,9
Moyen supérieur	55,5	11,1	33,4
Supérieur	53,3	11,9 **	34,9
Conduite d'un véhicule automobile			
Oui	56,7	11,0	32,3
Non	63,4	7,3	29,4
Indice de soutien social			
Faible	68,5	7,8 *	23,7
Élevé	57,1	10,0	33,0
Total	60,3	9,3	30,4

1. Pratique d'activités physiques de loisirs, 20 à 30 minutes par séance, au cours d'une période de 3 mois.

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

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

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

En regard du statut d'activité habituel, le taux de pratique soutenue d'activités physiques est apparu significativement plus élevé chez les étudiants (46 %) que chez les autres groupes à l'exception des personnes en emploi. Le contexte particulier du milieu scolaire (infrastructures, cours d'éducation physique) jumelé à leur plus jeune âge expliquent probablement cette pratique plus importante. Par ailleurs, malgré un accroissement de leur temps libre, les personnes à la retraite ou sans emploi apparaissent moins actives (27 % et 28 % respectivement) que les étudiants.

Le niveau de revenu du ménage est associé de façon significative à la fréquence de pratique d'activités physiques. Bien que le taux varie peu entre les niveaux de revenu, on observe un taux de pratique d'activités physiques supérieur lorsque le niveau de revenu est plus élevé. Le niveau de soutien social de l'individu semble être également un facteur déterminant de la pratique de l'activité physique soutenue. Ainsi, 33 % des individus présentant un niveau élevé à l'indice de soutien social ont une pratique d'activités physiques soutenue alors que ce taux diminue à 24 % chez ceux qui perçoivent un plus faible soutien de leur entourage.

L'association entre la fréquence de pratique de l'activité physique et ces indicateurs sociaux et économiques a été analysée également pour la population sans incapacité. Essentiellement les mêmes relations sont observées (données non présentées); seuls les taux de pratique diffèrent, comme il a été montré précédemment (tableau 12.3).

Enfin, l'enquête a permis d'observer une association significative entre la conduite d'un véhicule automobile et la pratique de l'activité physique : les personnes conduisant un véhicule automobile sont plus actives que celles qui n'en conduisent pas.

12.2.5 Pratique de loisirs selon des indicateurs sociaux et économiques

Le lien entre la pratique des autres activités de loisirs et certains indicateurs sociaux et économiques est également marqué (tableau 12.10). Les individus les plus scolarisés ont un taux de pratique de loisirs significativement plus élevé que ceux qui sont les moins scolarisés (81 % c. 67 %). Au plan du statut d'activité habituel, un fort taux de pratique d'activités de loisirs est observé chez les individus en emploi ou aux études (83 % et 86 % respectivement), comparés à ceux qui ont un autre statut d'activité, dont le taux de pratique n'excède pas 70 %. De même, lorsque le niveau de revenu du ménage atteint un niveau moyen supérieur, le taux de pratique de loisirs s'élève à plus de 80 %. À l'inverse, en présence d'un très faible niveau de revenu, la pratique de loisirs diminue à près de 50 %.

La possibilité de conduire un véhicule automobile est un facteur qui semble faciliter la pratique de loisirs. Plus de 81 % des individus qui conduisent un véhicule pratiquent des activités de loisirs alors que ce taux baisse à 66 % chez ceux qui n'en conduisent pas. Enfin, chez les personnes ayant un niveau élevé à l'indice de soutien social, le taux de pratique de loisirs est de 78 %. Ce taux de pratique diminue à 64 % chez les personnes qui ont un faible niveau de soutien social.

Tableau 12.10

Pratique d'activités de loisirs autres que les activités physiques selon la scolarité relative, le statut d'activité habituel, le niveau de revenu du ménage, la conduite d'un véhicule automobile et l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	%
Scolarité relative	
Plus faible	67,3
Faible	74,4
Moyenne	75,1
Élevée	75,9
Plus élevée	81,1
Statut d'activité habituel	
En emploi	83,4
Aux études	85,7
Tient maison	70,0
À la retraite	66,8
Sans emploi	60,8
Niveau de revenu	
Très pauvre	53,5
Pauvre	66,7
Moyen inférieur	71,9
Moyen supérieur	81,7
Supérieur	83,4
Conduite d'un véhicule automobile	
Oui	81,4
Non	65,7
Indice de soutien social	
Faible	64,4
Élevé	78,1
Total	72,3

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

12.2.6 Augmentation de la pratique d'activités physiques ou de loisirs et principaux obstacles rencontrés

Malgré une intention réelle de maintenir une pratique satisfaisante d'activités physiques ou de loisirs, certains obstacles peuvent limiter la participation des personnes avec incapacité. Le tableau 12.11 présente le pourcentage de personnes ayant exprimé le désir d'augmenter leur pratique d'activités physiques ou de loisirs. Plus de 50 % de la population avec incapacité souhaite augmenter sa pratique d'activités physiques. Ce sont davantage les personnes de 15 à 54 ans qui expriment ce souhait (63 % à 66 %) bien que ce soit

dans cette catégorie d'âge que le taux de pratique est le plus élevé. Au niveau des autres activités de loisirs, près de 40 % des personnes espèrent augmenter leur participation. Les groupes de 15-34 ans (55 %) et de 35-54 ans (51 %) veulent adopter ce comportement dans une plus forte proportion. Aucune différence significative n'a été observée entre les hommes et les femmes pour ces variables.

Tableau 12.11

Personnes souhaitant augmenter leur pratique d'activités physiques ou de loisirs selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Activités physiques	Activités de loisirs
	%	
15-34 ans	65,5	55,3
35-54 ans	62,7	50,6
55-64 ans	54,3	37,9
65 ans et plus	35,8	22,7
Total	52,5	39,6

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

Le tableau 12.12 présente les principaux obstacles identifiés par les individus qui souhaitent augmenter leur pratique d'activités physiques. Plus de 60 % de ceux-ci mentionnent qu'ils sont « incapables physiquement d'en faire plus », ce qui peut s'expliquer par les exigences d'une telle pratique par des individus ayant une incapacité. Le coût et l'éloignement des lieux de pratique sont également mentionnés comme obstacles mais dans de moindres proportions (21 % et 14 % respectivement). Sur le plan des autres activités de loisirs, la capacité physique d'en faire plus apparaît également comme un des obstacles les plus importants (42 %). Les coûts reliés à la pratique sont mentionnés par près de 36 % des personnes et limitent ainsi davantage la pratique de loisirs que celle des activités physiques. D'autres obstacles ont été identifiés tant pour expliquer la difficulté de participer aux activités physiques qu'aux activités de loisirs : le besoin d'être aidé, mentionné par environ 10 % de cette population, la timidité ou le malaise, le transport inadéquat, etc. Parmi les « autres obstacles », sont mentionnés des

éléments aussi divers que la température (activités physiques), le manque de relations sociales, les obligations familiales ou la crainte de sortir le soir (données non présentées).

Tableau 12.12

Principaux obstacles mentionnés¹ par les personnes souhaitant augmenter leur pratique d'activités physiques ou de loisirs, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Activités physiques	Activités de loisirs
	%	
Incapable physiquement d'en faire plus	60,5	42,2
Coût trop élevé	21,0	35,9
Lieu trop éloigné	13,9	15,5
Besoin d'être aidé	11,3	10,2
Timide ou mal à l'aise	7,3	7,7
Transport inadéquat	5,5	5,7*
Installations non adaptées	4,9	3,5*
Manque d'encouragement	4,9	5,5*
Besoin d'appareils spéciaux	3,2*	2,1**
Autres obstacles	17,9	16,5

1. Une personne peut avoir mentionné plus d'un obstacle.

* 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

Les résultats de ce chapitre ont permis une description générale de la pratique d'activités physiques et de loisirs au sein de la population ayant une incapacité. Malgré les limitations fonctionnelles qui peuvent découler de leur état, les deux tiers de cette population participent, de façon générale, à une forme d'activités physiques durant les heures de loisirs. Cependant, en regard d'une pratique effective sur le plan sanitaire (2 fois par semaine ou plus), moins du tiers des personnes avec incapacité pratique de façon assez soutenue pour influencer leur état de santé, alors que cette proportion atteint 40 % dans la population sans incapacité; de plus, l'écart entre les deux populations semble s'accroître avec l'âge.

Ces différences entre les deux populations pourraient s'expliquer non seulement par l'impact de l'incapacité dans les activités quotidiennes, mais aussi par des exigences accrues (déplacement, transport, équipements adaptés, etc.) reliées au maintien d'une fréquence régulière d'activités physiques. L'impact de l'incapacité et ces exigences accrues semblent faire obstacle à la pratique de l'activité physique de façon plus importante chez les personnes âgées ayant une incapacité.

Certains indicateurs sociaux et économiques semblent limiter la pratique de l'activité physique : une faible scolarité, un niveau de revenu peu élevé et un faible soutien social. Cependant, on note que ces indicateurs sont également associés à la pratique de l'activité physique chez les personnes sans incapacité et ne peuvent donc expliquer à eux seuls le taux plus faible de pratique de l'activité physique soutenue chez les personnes ayant une incapacité. Les activités qui obtiennent la faveur populaire chez les personnes ayant une incapacité (marche, baignade, danse, jardinage) semblent posséder des caractéristiques communes : organisation simple et peu coûteuse requérant un faible niveau d'habiletés motrices et un équipement limité.

Quant aux autres activités de loisirs, les résultats montrent que plus de 72 % des individus en pratiquent durant leur temps libre. La baisse de la participation avec l'âge aux activités de loisirs suggère que le temps libre supplémentaire, généralement observé chez les personnes les plus âgées, n'est pas utilisé pour participer à ce type d'activités. Noreau et autres (1995) avaient observé que la majorité du temps additionnel dont disposaient les personnes ayant une incapacité était occupé par l'écoute de la télévision, laquelle constituerait une activité « tampon » qui remplit le temps libre supplémentaire. Comme la pratique de loisirs constitue une habitude de vie qui permet l'épanouissement de la personne tout au long de son existence, il serait important, dans le cadre d'une prochaine enquête, de disposer d'informations plus précises sur les loisirs – autres que les activités

physiques – pratiqués par les personnes ayant une incapacité (fréquence, nature et types d'activités).

L'impact potentiel de la présence d'une incapacité ne peut s'interpréter de façon identique pour la pratique de l'activité physique et celle des autres activités de loisirs. Considérant les exigences de la pratique de l'activité physique sur le plan des habiletés motrices, il est plausible que les incapacités reliées à la mobilité et à l'agilité ainsi qu'une santé physique précaire limitent davantage la pratique de ces activités. Le fait que « l'incapacité d'en faire plus physiquement » ait été mentionné par 60 % des individus comme un obstacle au désir d'augmenter la pratique est un indicateur de ce phénomène.

En regard des autres activités de loisirs, les résultats suggèrent que la présence d'incapacités, leur gravité et leur nombre limitent effectivement la pratique de loisirs. Cependant, les conséquences sociales et économiques de ces incapacités (scolarité limitée, chômage, faible revenu, difficultés de transport, faible soutien social) sont également des facteurs à ne pas négliger dans l'interprétation des causes potentielles d'une faible pratique de loisirs. Par exemple, on observe de grands écarts dans le taux de pratique de loisirs selon les différents niveaux de revenu du ménage. De plus, 36 % des individus qui souhaitent augmenter leur pratique de loisirs ont mentionné que les coûts étaient un obstacle important.

Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

Il est connu que la présence d'une incapacité risque de limiter de façon significative la participation d'un individu à des activités productives (travail, études, etc.). Dans ce contexte, la participation aux loisirs devient pour certains la seule activité qui permet de maintenir un niveau adéquat de participation sociale et de limiter une détérioration de la qualité de vie. Il demeure donc prioritaire de favoriser un plus grand accès à la participation aux loisirs chez les personnes ayant une incapacité. Comme la réduction des incapacités n'est

souvent plus possible chez une majorité d'entre elles, les interventions doivent davantage porter sur l'élimination des obstacles environnementaux qui limitent leur participation aux loisirs. D'une part, les facteurs socioéconomiques semblent être des obstacles majeurs à une participation plus soutenue aux activités de loisirs. D'autre part, on devra reconnaître de façon plus explicite la pratique de loisirs comme une habitude de vie pouvant avoir un impact significatif dans le domaine sociosanitaire. Cette reconnaissance devrait se concrétiser par le développement d'incitatifs réels sur les plans social et économique qui tendraient à atténuer les conséquences sociales de la présence d'incapacités. Ces différents facilitateurs sont des éléments essentiels à une augmentation significative de la participation aux loisirs des personnes ayant une incapacité.

Bibliographie

CALDWELL, L. L., et E. A. SMITH (1988). « Leisure: an Overlooked Component of Health Promotion », *Canadian Journal Public Health*, vol. 79, p. S44-S48.

ISO-AHOLA, S. E. (1982). « People Today: Withdrawing, Coping, Adapting », *Parks and Recreation*, vol. 17, p. 62-66.

ISO-AHOLA, S. E. (1983). « Social, Psychological Foundations for Leisure and Resultant Implications for Leisure Counseling » dans DOWD, T. E. (éd.), *Leisure Counseling: Concepts and Applications*, Springfield, Il., C. C. Thomas.

NOREAU, L., G. MURPHY, G. TREMBLAY, et R. CANTIN (1995). « Niveau de pratique de loisir et influence des caractéristiques personnelles et environnementales chez des personnes ayant une déficience motrice », *Loisirs et Société*, vol. 18, n° 1, p. 209-232.

SPREITZER, E., et E. SNYDER (1987). « Educational-Occupational Fit and Leisure Orientation as Related to Life Satisfaction », *Journal of Leisure Research*, vol. 19, n° 2, p. 149-158.

État général de santé et de bien-être

Madeleine Levasseur

Institut national de santé publique du Québec

Introduction

Ce chapitre a pour but de décrire l'état général de santé de la population ayant une incapacité et, lorsque les données le permettent, de le comparer à celui de la population sans incapacité. Le fait que l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités* est rattachée à l'*Enquête sociale et de santé* rend possible la comparaison entre les deux populations. Ceci fait en quelque sorte l'originalité de cette enquête puisque les enquêtes sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 et de 1991 ne permettaient pas une telle comparaison.

La perception de l'état de santé et les douleurs ou les malaises sont les principaux indicateurs retenus. Ces mesures qui intègrent les connaissances et les expériences individuelles relatives à la santé sont considérées comme des mesures de l'état général de santé parce qu'elles ont été reliées empiriquement aux concepts de santé physique, mentale et sociale (Ware, 1987). Deux indicateurs relatifs à la morbidité déclarée sont également utilisés. Il s'agit de la prévalence des problèmes de santé et du nombre et de la durée des problèmes de santé.

À partir de l'étude du concept de perception de la santé chez des personnes de 60 ans et plus, Jylha (1994) souligne que pour évaluer leur santé, les répondants utilisent la comparaison et la relativisation. Selon l'auteur, il existe une relation complexe entre la santé et la maladie. Les répondants doivent faire le poids entre le diagnostic médical et leurs propres expériences, entre leur maladie et leur vie de tous les jours, entre leur limitation d'activités et leur liberté d'action. Avoir un

problème de santé et se considérer en bonne santé ne sont pas des phénomènes incompatibles.

Pour Elby et autres (1996), l'autoévaluation de la santé, chez les personnes âgées en particulier, chevauche le concept de qualité de vie. C'est la présence d'un état ou d'un problème de santé qui empêche l'accomplissement d'activités désirées, plus que le nombre de problèmes, qui augmente la probabilité d'une évaluation négative de l'état de santé. L'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Santé Québec, 1995) montre aussi que la proportion de personnes qui se disent en mauvaise santé augmente à mesure que s'aggrave la perte d'autonomie fonctionnelle.

L'âge et dans une moindre mesure le sexe, la scolarité et le revenu comptent parmi les caractéristiques sociodémographiques associées à la perception de l'état de santé (Mackenbach et autres, 1994; Reijneveld, 1998). Il est également observé que l'autoévaluation varie en fonction du soutien social (Fylkesnes et Forde, 1992; Santé Québec, 1995).

La douleur peut affecter le bien-être physique et mental des individus. À partir des données de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) de 1994-1995, Millar (1996) observe une association entre la douleur chronique et certaines maladies chroniques et aussi la détresse psychologique. Les journées d'incapacité et d'alitement sont plus fréquemment rapportées par les personnes qui éprouvent de la douleur. Toutes proportions gardées, les personnes qui souffrent de maladies chroniques sont plus nombreuses à déclarer des douleurs que celles qui n'en ont pas (Bowling et Windsor, 1997). Elles sont également plus

nombreuses à éprouver des douleurs d'intensité forte ou modérée.

Des variations de la douleur en fonction de l'âge et du sexe sont également documentées. Selon Millar (1996), la proportion de personnes qui souffrent de douleurs chroniques augmente avec l'âge; elle est aussi plus élevée chez les femmes que chez les hommes quel que soit l'âge. L'étude de Bowling et Windsor (1997) montre que le lien avec l'âge n'est pas constant et celle de Kind et autres (1998) révèle que ce n'est qu'à partir de 70 ans que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à ressentir de la douleur.

La comparaison entre la morbidité déclarée par la population avec incapacité et celle par la population sans incapacité permet de vérifier comment se différencient les deux populations en ce qui concerne les problèmes de courte durée et de longue durée. Elle permet également de vérifier quels sont les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés dans l'une et l'autre des populations. Selon Verbrugge (1995), les problèmes de santé chroniques les plus fréquents ne sont pas nécessairement ceux qui ont le plus d'impact sur l'incapacité. Certains problèmes à prévalence élevée, comme l'arthrite, ont un impact faible ou modéré alors que l'impact de problèmes à faible prévalence, comme le cancer ou les maladies cérébrovasculaires, est important.

D'après une enquête menée en Ontario, la proportion d'enfants ayant des problèmes de santé physiques et mentaux est plus élevée chez ceux qui ont une incapacité que chez ceux qui n'en ont pas (Oderkirk, 1993). Pour Wallander et Thompson (1995), les enfants souffrant d'une maladie chronique physique sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de comportement que des troubles mentaux graves; ce sont surtout des problèmes d'ajustement psychosociaux.

Ce chapitre présente, en comparant la population de 15 ans et plus avec incapacité à la population sans

incapacité, la perception de l'état de santé selon l'âge et le sexe ainsi qu'en fonction de la scolarité, du niveau de revenu, du statut d'activité et du soutien social. Par la suite, il analyse la perception de l'état de santé par rapport à la nature, à la gravité et au nombre d'incapacités et aussi en regard du désavantage lié à l'incapacité. La prévalence des douleurs ou des malaises est présentée en fonction de l'âge et du sexe dans la population ayant une incapacité. Puis, le chapitre examine les conséquences des douleurs ou des malaises sur les activités habituelles. Il étudie également les douleurs ou les malaises selon les caractéristiques de l'incapacité, soit la nature, la gravité et le nombre d'incapacités et l'indice de désavantage lié à l'incapacité. Enfin, la morbidité déclarée est présentée selon l'âge, incluant les 0-14 ans, en comparant les deux populations.

13.1 Aspects méthodologiques

Description des indicateurs

La question sur la perception de l'état de santé fait partie du questionnaire autoadministré (QAA) auquel devaient répondre tous les membres de 15 ans et plus du ménage choisi pour l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Le libellé est le suivant : « Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général excellente, très bonne, bonne, moyenne, mauvaise? » (QAA-1)

Les trois questions relatives aux douleurs ou aux malaises sont semblables à celles utilisées dans l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP). Elles sont intégrées à l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités* et s'adressent à la population de 15 ans et plus. La première question est formulée comme suit : « En général, éprouvez-vous des douleurs ou des malaises? » (QA-85) Aux personnes qui répondent par l'affirmative, la question suivante est posée : « Comment décririez-vous l'intensité habituelle de ces douleurs ou malaises? Faible, modérée, forte. » (QA-86) Le libellé de la dernière question est le suivant : « Combien d'activités

ces douleurs ou ces malaises vous empêchent-ils de faire? Aucune, quelques-unes, plusieurs, la plupart. » (QA-87) Construit à partir des deux premières questions, l'indicateur portant sur les douleurs ou les malaises comprend quatre catégories : aucun (douleur ou malaise), intensité faible, intensité modérée, intensité forte.

Les données sur la morbidité déclarée proviennent du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Celles qui portent plus spécifiquement sur les problèmes de santé sont colligées en réunissant, pour chaque personne, les problèmes déclarés à six sections de ce questionnaire. Il s'agit des sections portant sur les problèmes à l'origine de l'incapacité à court terme au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (section I) et de la limitation des activités à long terme (section II), les raisons de consultation d'un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines (section III) et de consommation de médicaments au cours d'une période de deux jours (section IV), ainsi que sur la survenue d'accidents avec blessures au cours d'une période de douze mois (section V) et la présence de problèmes de santé chroniques ou de longue durée (section VI). Au total, les problèmes déclarés peuvent être des maladies ou des affections de courte ou de longue durée ou simplement des symptômes. Tous les problèmes sont ensuite repris à la section IX, et pour chacun on demande : a) depuis quand la personne a le problème, b) si le problème a été confirmé par un médecin, c) si la personne a consulté quelqu'un pour le problème. On peut mentionner au passage que dans environ 80 % des cas, les problèmes déclarés auraient été confirmés par un médecin. Cette information provient des réponses obtenues pour environ 90 % des problèmes de santé.

Chaque problème déclaré est codé selon la 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) (Organisation mondiale de la santé, 1977). En prenant comme base les regroupements de la CIM-9 et la fréquence observée, les problèmes (codes) déclarés ont

été regroupés en 31 catégories¹ incluant une catégorie « autres » constituée des problèmes déclarés par de plus petites proportions de la population.

La prévalence des problèmes de santé est définie comme la proportion de personnes ayant déclaré au moins un problème dans une catégorie donnée par rapport à la population totale, à la population du même sexe ou à la population d'un groupe d'âge, selon le cas.

Le second indicateur de la morbidité déclarée catégorise la population selon le nombre et la durée des problèmes de santé. Il compte quatre catégories, soit la proportion de la population ayant déclaré « aucun problème de santé », « des problèmes de courte durée seulement », « un problème de longue durée » et « plus d'un problème de longue durée ». Les personnes ayant des problèmes de longue durée sont celles qui, à la section VI (problèmes de longue durée), ont répondu avoir au moins un problème ou, qui, à la section IX, ont répondu avoir un problème d'une durée de six mois et plus. Les personnes n'ayant que des problèmes de courte durée sont celles qui ont déclaré des problèmes non classés comme étant de longue durée.

Portée et limites des données

Il faut garder en mémoire qu'à l'exception de la scolarité relative, les variables de croisement utilisées dans l'analyse qui suit ne sont pas normalisées selon l'âge. Or, on sait que l'âge est un facteur important lorsqu'il s'agit de la santé. Par conséquent, le statut d'activité de même que les indicateurs reliés à l'incapacité comptent parmi les variables pour lesquelles l'âge devient possiblement un facteur de confusion lorsqu'il s'agit de vérifier les relations qui peuvent exister entre celles-ci et la perception de la santé et les douleurs ou les malaises.

Il faut rappeler aussi que les problèmes de santé sont rapportés en grande partie par une tierce personne. Une

¹ La prévalence n'étant pas présentée par sexe, la catégorie « troubles de la menstruation ou de la ménopause » n'est pas retenue.

sous-estimation de la déclaration de certains problèmes est donc possible. Ajoutons également une mise en garde concernant les périodes de temps de référence différentes selon les questions. Comme la prévalence d'un problème est fonction de l'incidence (nombre de nouveaux cas) et de la durée du problème, la prise en compte d'une période de référence plus ou moins longue selon les questions aura un effet sur la prévalence.

13.2 Résultats

13.2.1 Perception de l'état de santé

Variations selon l'âge et le sexe

Environ le quart des personnes de 15 ans et plus avec incapacité (26 %) jugent leur état de santé excellent ou

très bon, près de 38 % le qualifient de bon et environ 36 % considèrent leur état de santé moyen ou mauvais (tableau 13.1). D'une manière générale, les hommes et les femmes perçoivent leur santé de façon semblable mais on observe des variations selon l'âge. Les jeunes adultes de 15-34 ans se démarquent des 55 ans et plus en étant proportionnellement plus nombreux à se considérer en excellente ou en très bonne santé. Par ailleurs, ils sont moins nombreux à se dire en moyenne ou mauvaise santé que les trois autres groupes d'âge. Chez les femmes toutefois, seuls les écarts de perception d'un état de santé moyen ou mauvais entre les 15-34 ans et les 55 ans et plus sont significatifs. Par ailleurs, les personnes de 35-54 ans, de 55-64 ans et de 65 ans et plus apprécient leur santé de façon similaire. La proportion de personnes qui se perçoivent en bonne santé est relativement constante selon l'âge et le sexe.

Tableau 13.1

Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Excellent ou très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Moyen ou mauvais	Pe
	%					'000
Hommes						
15-34 ans	44,2	39,3	14,9 *	1,7 **	16,6 *	13,0
35-54 ans	30,3	34,5	24,7	10,5 *	35,2	48,9
55-64 ans	23,9 *	32,0	26,9 *	17,3 *	44,2	31,6
65 ans et plus	23,4	35,9	28,8	11,9 *	40,7	55,3
Total	29,4	35,4	24,7	10,6	35,3	148,8
Femmes						
15-34 ans	31,8	44,7	18,8 *	4,8 **	23,6 *	20,1
35-54 ans	26,2	38,5	21,0	14,4	35,4	62,4
55-64 ans	18,4 *	36,4	31,5	13,7 *	45,2	36,3
65 ans et plus	19,8	40,3	31,4	8,6 *	40,0	81,3
Total	23,5	39,8	26,1	10,6	36,7	200,1
Sexes réunis						
15-34 ans	37,5	42,2	17,0	3,3 **	20,3	33,0
35-54 ans	28,0	36,7	22,6	12,7	35,3	111,2
55-64 ans	21,0	34,3	29,3	15,4	44,7	67,9
65 ans et plus	21,2	38,5	30,3	9,9	40,3	136,8
Total	26,1	37,9	25,5	10,6	36,0	348,9

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

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

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

Dans la population sans incapacité, la proportion de personnes qui qualifient leur santé d'excellente ou de très bonne diminue avec l'âge (tableau 13.2). Contrairement à la population sans incapacité, les hommes et les femmes ayant une incapacité apprécient leur santé de façon semblable.

Une comparaison de la population avec incapacité et de la population sans incapacité montre évidemment des écarts importants en ce qui concerne le fait de se considérer en excellente ou très bonne santé (26 % c. 60 %) et en moyenne ou mauvaise santé (36 % c. 6 %). Les différences sont apparentes dans tous les groupes d'âge et aussi selon le sexe. Par contre, la proportion de personnes qui évaluent leur santé comme étant bonne est semblable dans les deux populations à partir de 35 ans.

Variations selon des caractéristiques socioéconomiques et le soutien social

Dans la population avec incapacité comme dans la population sans incapacité, la perception de l'état de santé est associée à la scolarité relative, au niveau de revenu du ménage et au statut d'activité habituel.

Parmi les personnes avec incapacité, celles ayant le plus faible niveau de scolarité sont proportionnellement plus nombreuses à s'estimer en moyenne ou mauvaise santé (46 %) que les personnes des autres niveaux de scolarité qui, elles, présentent des proportions semblables (27 % à 36 %) (tableau 13.3). À l'inverse, les personnes de plus faible niveau de scolarité sont moins nombreuses à se percevoir en excellente ou en très bonne santé (18 %) que celles d'un niveau de scolarité moyen à un niveau plus élevé (28 % à 36 %), toutes proportions gardées. La proportion de personnes qui se disent en bonne santé ne diffère pas de façon significative selon le niveau de scolarité relative.

Tableau 13.2

Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Avec incapacité			Sans incapacité		
	Excellent ou très bon	Bon	Moyen ou mauvais	Excellent ou très bon	Bon	Moyen ou mauvais
	%					
Hommes	29,4	35,4	35,3	61,1	33,1	5,9
Femmes	23,5	39,8	36,7	58,9	34,9	6,2
Sexes réunis						
15-34 ans	37,5	42,2	20,3	64,7	30,5	4,9
35-54 ans	28,0	36,7	35,3	60,9	33,9	5,3
55-64 ans	21,0	34,3	44,7	53,8	37,1	9,1
65 ans et plus	21,2	38,5	40,3	45,4	44,2	10,4
Total	26,1	37,9	36,1	60,0	34,0	6,0

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

Tableau 13.3

Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Avec incapacité			Sans incapacité		
	Excellent ou très bon	Bon	Moyen ou mauvais	Excellent ou très bon	Bon	Moyen ou mauvais
	%					
Scolarité relative						
Plus faible	17,7	36,1	46,2	52,3	39,0	8,7
Faible	26,3	37,9	35,7	56,6	37,0	6,4
Moyenne	28,1	40,7	31,2	61,3	33,6	5,1
Élevée	28,0	39,0	33,0	60,6	33,3	6,1
Plus élevée	36,5	36,7	26,9	67,8	27,9	4,4
Niveau de revenu du ménage						
Très pauvre	16,4*	25,9	57,7	55,1	35,7	9,3*
Pauvre	19,8	33,6	46,6	53,5	37,2	9,3
Moyen inférieur	25,2	38,6	36,2	56,9	36,8	6,3
Moyen supérieur	30,7	45,9	23,4	62,0	33,0	5,0
Supérieur	43,3	33,1	23,6*	68,5	26,9	4,6*
Statut d'activité habituel						
En emploi	38,9	42,6	18,5	63,1	32,8	4,1
Aux études	35,5	46,2	18,4*	63,6	29,9	6,5
Tient maison	21,9	41,1	37,0	52,6	38,4	9,0
À la retraite	20,8	35,7	43,6	49,4	40,4	10,2
Sans emploi	14,2*	25,7	60,1	52,6	34,0	13,4*

* 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*.

Dans la population sans incapacité, le profil est semblable, mais les personnes ayant le plus haut niveau de scolarité se démarquent des personnes des autres catégories de scolarité en étant proportionnellement plus nombreuses à se considérer en excellente ou en très bonne santé et moins nombreuses à se dire en bonne santé. Ce n'est pas le cas chez les personnes avec incapacité.

En ce qui concerne le niveau de revenu du ménage, on observe que, d'une manière générale, les personnes les plus pauvres évaluent plus négativement leur santé dans les deux populations. Toutes proportions gardées, les personnes avec incapacité appartenant aux deux catégories les plus pauvres jugent leur état de santé moyen ou mauvais en plus grand nombre que les personnes des trois autres catégories de revenu. Dans

la population sans incapacité la situation est assez semblable; les deux classes les plus pauvres s'estiment en moyenne ou mauvaise santé dans des proportions similaires et se différencient des deux classes les plus favorisées. Par ailleurs, les personnes provenant des trois classes de revenu le plus faible s'opposent à celles des deux classes de revenu supérieur par de plus faibles proportions dans la catégorie de perception d'un état de santé excellent ou très bon.

L'autoévaluation de l'état de santé varie en fonction du statut d'activité habituel dans les deux populations. Chez les personnes avec incapacité, ce sont les personnes sans emploi qui évaluent le plus négativement leur santé. Elles se distinguent des autres groupes par leur forte proportion (60 %) de personnes qui se considèrent en moyenne ou en mauvaise santé

et leur faible proportion de personnes qui se disent en bonne santé (26 %). À l'opposé, les personnes en emploi ou aux études sont les moins nombreuses en proportion à se dire en moyenne ou en mauvaise santé (18 %) et les plus nombreuses à se percevoir en excellente ou en très bonne santé (39 %). Quant aux personnes à la maison ou à la retraite, elles occupent une position intermédiaire : près de deux personnes sur cinq qualifient leur santé de moyenne ou mauvaise et une sur cinq, d'excellente ou de très bonne.

Dans la population sans incapacité, les personnes sans emploi se fondent avec les personnes à la maison et à la retraite pour former un groupe qui apprécie moins positivement sa santé que les personnes en emploi ou aux études.

Chez les personnes avec incapacité de même que chez les personnes sans incapacité, la perception de l'état de santé est associée à l'indice de soutien social. Dans les deux populations, les individus ayant un niveau élevé de soutien social évaluent plus favorablement leur santé que ceux dont le niveau de soutien est faible (tableau 13.4). Chez les personnes ayant une incapacité, 29 % de celles dont l'indice de soutien social est élevé déclarent un état de santé excellent ou très bon, contre 20 % de celles dont l'indice de soutien social est faible. Inversement, un indice de soutien social faible correspond à une évaluation d'un état de santé moyen ou mauvais pour 44 % des personnes. On observe aussi des écarts significatifs pour chaque état de santé perçu dans la population sans incapacité.

Variations selon la nature, le nombre et la gravité des incapacités et selon l'indice de désavantage

En ce qui concerne la nature de l'incapacité, deux catégorisations sont utilisées. La première retient les personnes ayant une incapacité d'un type donné, par opposition aux personnes n'ayant pas ce type d'incapacité mais pouvant en avoir d'autres. Ces types d'incapacité ne sont pas exclusifs. La seconde réunit dans des catégories mutuellement exclusives les personnes ayant une ou plusieurs incapacités de nature semblable.

Les données de l'enquête montrent une association étroite entre la perception de l'état de santé et la présence d'une incapacité (non exclusive) liée à la mobilité, à l'agilité et aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (tableau 13.5). Dans les trois cas, les personnes qui déclarent ces types d'incapacité sont proportionnellement plus nombreuses à se percevoir en moyenne ou en mauvaise santé que les personnes n'ayant pas ces types d'incapacité; parallèlement, elles sont moins nombreuses, toujours en proportion, à se dire en excellente ou en très bonne santé. Un autre lien, plus faible apparemment, est observé concernant l'incapacité liée à l'audition. Comparativement aux personnes qui n'ont pas ce type d'incapacité, les personnes qui rapportent une incapacité liée à l'audition tendent à apprécier plus favorablement leur santé. Enfin, la perception de l'état de santé n'est pas associée à l'incapacité liée à la vision ou à la parole ni à l'incapacité physique de nature non précisée.

Tableau 13.4

Perception de l'état de santé selon l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Avec incapacité			Sans incapacité		
	Excellent ou très bon	Bon	Moyen ou mauvais	Excellent ou très bon	Bon	Moyen ou mauvais
	%					
Indice de soutien social						
Faible	19,7	36,1	44,2	50,4	40,1	9,5
Élevé	29,0	37,9	33,1	62,4	32,4	5,2

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

Tableau 13.5

Perception de l'état de santé selon la nature de l'incapacité¹ population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Excellent ou très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Moyen ou mauvais
	%				
Audition					
Oui	31,9	37,5	22,4	8,2 *	30,6
Non	24,1	37,9	26,5	11,5	38,0
Vision					
Oui	24,3 *	32,0	29,1	14,6 *	43,6
Non	26,4	38,6	24,9	10,2	35,1
Parole					
Oui	22,6 *	30,4 *	27,7 *	19,3 *	47,0
Non	26,2	38,2	25,4	10,2	35,5
Mobilité					
Oui	14,3	34,6	33,7	17,4	51,1
Non	38,9	41,4	16,5	3,2 *	19,7
Agilité					
Oui	18,2	33,3	32,6	15,9	48,5
Non	33,2	42,1	19,0	5,8	24,8
Intellect/santé mentale					
Oui	20,3	33,8	28,1	17,3	45,5
Non	27,9	39,6	24,2	8,3	32,5
Autre					
Oui	29,6	42,7	22,3 *	5,4 **	27,7
Non	25,7	37,4	25,8	11,1	37,0

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

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

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

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

La perception de l'état de santé est associée à la nature exclusive de l'incapacité. Ce sont les personnes ayant une incapacité liée à la communication seulement qui évaluent leur santé le plus favorablement (tableau 13.6); près de 90 % la qualifient de bonne à excellente. Les personnes qui ne déclarent qu'une incapacité motrice et celles qui ne rapportent qu'une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale évaluent leur santé plus positivement que les personnes qui ont des incapacités multiples incluant une incapacité motrice. Toutes proportions gardées, ces dernières sont plus nombreuses à se considérer en moyenne ou mauvaise santé que les personnes appartenant aux autres catégories d'incapacité. En regroupant les personnes qui ont des incapacités

multiples, on constate que plus de la moitié d'entre elles (52 %) se disent en moyenne ou en mauvaise santé en regard d'environ 10 % à 36 % pour les personnes ayant une incapacité dans un seul domaine.

Le tableau suivant (tableau 13.7) vient appuyer cette observation. On constate, en effet, que la proportion de personnes qui déclarent une moyenne ou une mauvaise santé augmente entre une et trois incapacités. La différence n'est pas significative entre les personnes qui ont trois incapacités et celles qui en ont quatre ou plus. La déclaration d'une excellente ou très bonne santé oppose plutôt les personnes qui ont une seule incapacité à celles qui en ont plus d'une (37 % c. 11 % à 16 %).

Tableau 13.6

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

	Excellent ou très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Moyen ou mauvais
	%				
Motricité seulement	24,2	40,2	26,1	9,5	35,7
Communication seulement	49,3	40,8	9,2 *	0,7 **	9,9 *
Intellect/santé mentale seulement	34,5	39,7	21,0 *	4,7 **	25,7 *
Incapacités multiples	15,3	32,6	32,9	19,3	52,2
Motricité et communication	16,7 *	34,9	35,2	13,1 *	48,3
Motricité et intellect/santé mentale	11,0 *	29,9	32,1	27,1	59,2
Communication et intellect/ santé mentale	29,9 **	52,5 *	10,9 **	6,7 **	17,6 **
Motricité, communication et intellect/santé mentale	12,9 **	24,2 *	38,4	24,5 *	62,9

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

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

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

Tableau 13.7

Perception de l'état de santé selon le nombre d'incapacités et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Excellent ou très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Moyen ou mauvais
	%				
Nombre d'incapacités					
Une	37,3	41,1	17,6	4,0 *	21,6
Deux	15,7	40,7	29,9	13,7	43,6
Trois	10,7 *	28,1	37,7	23,4	61,2
Quatre et plus	12,9 **	20,0 *	41,0	26,1 *	67,0
Gravité de l'incapacité					
Légère	34,9	43,5	17,9	3,7 *	21,5
Modérée	14,7	34,8	36,6	13,9	50,5
Grave	6,1 **	17,3 *	40,0	36,6	76,6

* 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*.

On observe également un lien étroit entre l'autoévaluation de la santé et la gravité de l'incapacité. La proportion de personnes qui s'estiment en mauvaise santé s'accroît avec la gravité de l'incapacité, passant de près de 4 % à environ 37 %. En même temps, la proportion de personnes qui jugent leur état de santé excellent ou très bon ou bon diminue alors que la gravité de l'incapacité augmente.

La perception de l'état de santé varie en fonction de l'indice de désavantage lié à l'incapacité. D'une manière générale, on observe que les personnes ayant une dépendance forte ou modérée de même que celles qui ont une dépendance légère évaluent plus négativement leur santé que les personnes ayant des limitations d'activités sans dépendance ou qui n'ont aucun désavantage lié à leur incapacité (tableau 13.8).

Tableau 13.8

Perception de l'état de santé selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Excellent ou très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Moyen ou mauvais
	%				
Indice de désavantage					
Dépendance forte ou modérée	10,6 *	26,0	35,2	28,2	63,5
Dépendance légère	15,8	36,4	34,2	13,6	47,8
Limitations des activités sans dépendance	29,2	41,8	24,0	4,9 *	29,3
Sans désavantage	46,5	43,7	9,1 *	0,7 **	9,7 *

* 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*.

13.2.2 Douleurs ou malaises

Plus de la moitié de la population avec incapacité (56 %) est en général exempte de douleurs ou de malaises (tableau 13.9). Les personnes qui ressentent des douleurs ou des malaises (44 %) se répartissent de la façon suivante : environ 14 % qualifient leur intensité de forte, près de 25 %, de modérée, et seulement 5 % environ jugent leur intensité faible. Les personnes de 15-34 ans sont proportionnellement moins nombreuses à rapporter des douleurs ou des malaises que celles de 35-64 ans. Les données ne permettent pas cependant d'observer une différence significative selon l'âge en ce qui concerne l'intensité des douleurs ou des malaises.

On n'observe pas non plus d'écart significatif entre les hommes et les femmes quant à l'absence de douleurs ou de malaises ou quant à leur intensité.

Chez les personnes qui éprouvent des douleurs ou des malaises, ces sensations empêchent approximativement 22 % d'entre elles d'accomplir la plupart de leurs activités et près de 26 %, de faire plusieurs activités. On estime à environ 36 % la proportion de personnes dont quelques activités seulement ne peuvent être accomplies et à près de 16 % la proportion de celles qui peuvent effectuer leurs activités habituelles malgré les douleurs ou les malaises ressentis (données non présentées).

Tableau 13.9

Intensité des douleurs ou des malaises selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Aucune	Faible	Modérée	Forte	Toutes intensités confondues
	%				
Hommes	58,2	5,0	24,5	12,3	41,8
Femmes	53,6	5,6	25,3	15,5	46,4
Sexes réunis					
15-34 ans	63,1	5,2 **	21,9	9,8 *	36,9
35-54 ans	51,8	5,5 *	25,9	16,8	48,2
55-64 ans	48,1	6,8 *	28,9	16,2	51,9
65 ans et plus	59,0	4,6 *	23,7	12,8	41,0
Total	55,6	5,3	24,9	14,1	44,4
Pe '000	539,7	51,8	242,1	136,8	378,9

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

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

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

Tableau 13.10

Intensité des douleurs ou des malaises selon le nombre d'activités non accomplies, population de 15 ans et plus avec incapacité qui éprouve des douleurs ou des malaises, Québec, 1998

	Faible	Modérée	Forte
	%		
Activités non accomplies			
Aucune	17,6 *	68,4	14,1 *
Quelques-unes	16,5	67,9	15,6
Plusieurs	7,4 *	50,3	42,3
La plupart	6,2 **	34,4	59,4

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

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

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

L'intensité des douleurs ou des malaises est associée au nombre d'activités ne pouvant être accomplies. Toutes proportions gardées, les personnes qui ne peuvent faire la plupart ou plusieurs de leurs activités sont plus nombreuses à ressentir des douleurs ou des malaises de forte intensité, que les personnes dont quelques activités seulement ne peuvent être faites ou celles où aucune réduction n'est observée (tableau 13.10). L'inverse se produit pour des douleurs ou des malaises d'intensité faible ou modérée.

Selon les données de l'enquête, il n'y a pas de lien entre les douleurs ou les malaises et l'incapacité liée à la parole, aux activités intellectuelles ou à la santé mentale ou à une incapacité de type non défini (« autre ») (tableau 13.11). Par ailleurs, on note une association entre les douleurs ou les malaises et l'incapacité de nature auditive, selon laquelle les

personnes ayant ce type d'incapacité sont proportionnellement moins nombreuses à éprouver des douleurs ou des malaises d'intensité forte ou modérée et plus nombreuses à en être exemptes que les personnes qui n'ont pas ce type d'incapacité. Quoiqu'il semble plus faible, le lien avec l'incapacité de nature visuelle va également dans le sens de douleurs ou malaises moins intenses. Par contre, les personnes qui déclarent une incapacité liée à la mobilité ou à l'agilité sont plus nombreuses à avoir des douleurs ou des malaises d'intensité forte ou modérée, en proportion, que les personnes qui ne rapportent pas ces types d'incapacité. Inversement, elles sont moins nombreuses, toujours en proportion, à ne pas en éprouver.

Tableau 13.11

Intensité des douleurs ou des malaises selon la nature de l'incapacité¹, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Aucune	Faible	Modérée	Forte	Toutes intensités confondues
	%				
Audition					
Oui	67,9	3,5 *	19,3	9,3	32,1
Non	51,4	5,9	27,0	15,8	48,6
Vision					
Oui	63,9	2,9 **	23,2	10,0 *	36,1
Non	54,6	5,6	25,1	14,6	45,4
Parole					
Oui	62,8	3,0 **	19,5 *	14,7 *	37,2
Non	55,2	5,5	25,2	14,1	44,8
Mobilité					
Oui	42,1	5,7	31,4	20,9	57,9
Non	70,8	5,0	17,8	6,5	39,9
Agilité					
Oui	38,8	6,6	32,1	22,4	61,2
Non	71,0	4,2 *	18,4	6,4	29,0
Intellect/santé mentale					
Oui	54,0	4,5 *	24,1	17,4	46,0
Non	55,9	5,7	25,4	13,1	44,1
Autre					
Oui	59,0	7,7 **	25,2	8,2 **	41,0
Non	55,3	5,1	24,9	14,7	44,7

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

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

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

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

Le tableau 13.12 met en lumière la relation entre les douleurs ou les malaises et la nature exclusive de l'incapacité. Près de la moitié des personnes avec incapacités multiples (53 %) ressentent en général des douleurs ou des malaises. Toutes proportions gardées, les personnes ayant une incapacité motrice seule ou en cooccurrence rapportent des douleurs ou des malaises (toutes intensités confondues) dans des proportions plus élevées (48 % à 70 %) que les personnes ayant une incapacité de tout autre nature exclusive (9 % à 22 %).

Cependant, les personnes ayant à la fois une incapacité motrice et une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale sont les plus touchées par la présence de douleurs ou de malaises (70 %). Si l'on compare l'intensité des douleurs ou malaises, la situation diffère légèrement. On constate qu'une incapacité motrice, seule ou en cooccurrence avec une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale, occasionne plus souvent des douleurs ou malaises de forte intensité (de 17 % à 27 %) qu'une incapacité liée à la communication seulement (2,2 %) ou aux activités intellectuelles ou à la santé mentale seulement (5 %).

On observe une étroite association entre la déclaration de douleurs ou de malaises et le nombre d'incapacités ainsi que la gravité de l'incapacité (tableau 13.13). Les personnes qui ne rapportent qu'une seule incapacité se démarquent des personnes ayant plus d'une incapacité en étant moins nombreuses en proportion à éprouver des douleurs ou des malaises. Par ailleurs, la

proportion de personnes qui, en général, sont exemptes de douleurs ou de malaises diminue lorsque la gravité de l'incapacité augmente (de 67 % à 28 % environ), en même temps que s'accroît la proportion de personnes qui ressentent des douleurs ou des malaises de forte intensité (de 8 % à 37 % environ).

Tableau 13.12

Intensité des douleurs ou des malaises selon la nature exclusive de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Aucune	Faible	Modérée	Forte	Toutes intensités confondues
	%				
Motricité seulement	47,9	6,9	28,5	16,6	52,1
Communication seulement	86,0	2,0 **	9,7 *	2,2 **	14,0
Intellect/santé mentale seulement	77,6	4,0 **	13,3 *	5,1 **	22,4
Incapacités multiples	46,6	4,5 *	30,5	18,3	53,4
Motricité et communication	52,0	4,1 **	32,2	11,7 *	48,0
Motricité et intellect/santé mentale	29,9	7,2 **	37,0	25,9	70,1
Communication et intellect/santé mentale	91,4	1,9 **	6,3 **	0,4 **	8,6
Motricité, communication et intellect/santé mentale	44,0	2,6 **	27,0	26,5	56,0

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

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

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

Tableau 13.13

Intensité des douleurs ou des malaises selon le nombre d'incapacités et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Aucune	Faible	Modérée	Forte	Toutes intensités confondues
	%				
Nombre d'incapacités					
Une	68,0	5,3	19,4	7,3	32,0
Deux	43,9	5,3 *	30,4	20,4	56,1
Trois	34,2	6,2 **	36,3	23,3	65,8
Quatre et plus	45,2	4,1 **	27,0	23,8 *	54,8
Gravité de l'incapacité					
Légère	66,9	5,1	20,0	8,0	33,1
Modérée	43,3	6,2 *	33,8	16,6	56,7
Grave	28,2	4,7 **	30,5	36,7	71,8

* 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 douleurs ou les malaises varient également en fonction de l'indice de désavantage lié à l'incapacité. Comparées aux personnes limitées dans leurs activités mais sans dépendance et à celles qui ne sont pas désavantagées par leur incapacité, les personnes fortement, modérément ou légèrement dépendantes sont proportionnellement plus nombreuses à rapporter des douleurs ou des malaises (tableau 13.14). Elles sont aussi plus nombreuses à éprouver des douleurs ou des malaises de forte intensité.

Enfin, douleurs ou malaises et perception de l'état de santé sont intimement reliés. La proportion de personnes qui sont en général exemptes de douleurs ou de malaises diminue à mesure que la perception de l'état de santé devient plus négative, passant de 74 % à 24 % (tableau 13.15). Parallèlement, les personnes ayant des douleurs ou des malaises de forte intensité sont plus nombreuses, en proportion, parmi celles se déclarant en moyenne ou mauvaise santé que parmi celles qui se disent en excellente, très bonne ou bonne santé.

Tableau 13.14

Intensité des douleurs ou des malaises selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Aucune	Faible	Modérée	Forte	Toutes intensités confondues
	%				
Indice de désavantage					
Dépendance forte ou modérée	45,3	5,7 *	24,0	25,0	54,7
Dépendance légère	40,3	5,5 *	35,0	19,2	59,7
Limitations des activités sans dépendance	57,6	6,7	25,3	10,5	42,4
Sans désavantage	80,7	2,5 **	13,7	3,1 **	19,3

* 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 13.15

Intensité des douleurs ou des malaises selon la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Aucune	Faible	Modérée	Forte	Toutes intensités confondues
	%				
Perception de l'état de santé					
Excellent ou très bon	73,5	4,8 *	16,1	5,5 *	26,5
Bon	61,6	5,2 *	24,6	8,6	38,4
Moyen	41,3	5,3 *	34,2	19,3	58,7
Mauvais	24,4	6,1 **	32,2	37,2	75,6
Moyen ou mauvais	36,3	5,5	33,6	24,5	63,7

* 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*.

13.2.3 Morbidité déclarée

Cette section présente les indicateurs de morbidité déclarée en comparant la population avec incapacité et

la population sans incapacité. Les tableaux complémentaires C.1 et C.2 présentent les résultats pour l'ensemble de la population. Rappelons que les

problèmes de santé dont il est question ici ont été recueillis dans un contexte plus large que celui de l'EQLA. Il ne s'agit pas de problèmes spécifiquement reliés à une incapacité mais plutôt de l'ensemble des problèmes de santé déclarés. Ces problèmes sont ceux qui sont reliés aux incapacités à court ou à long terme, à la consultation médicale, à la prise de médicaments, à un accident avec blessures ou à une maladie chronique, peu importe la présence d'une incapacité. Dans ce qui suit, quatre groupes d'âge sont considérés, soit les 0-14 ans, les 15-34 ans, les 35-64 ans et les 65 ans et plus.

Enfants de 0-14 ans

Selon les données de l'enquête, environ 62 % des 0-14 ans ayant une incapacité ont au moins un problème de santé de longue durée, comparativement à près de 24 % des enfants sans incapacité (tableau 13.16). Un écart important sépare les jeunes des deux populations, surtout en ce qui concerne le fait d'avoir plus d'un problème de longue durée (28 % c. 6 %). Les jeunes ayant une incapacité sont proportionnellement moins nombreux à ne rapporter aucun problème de santé (24 % c. 58 %). Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les deux populations

quant à la déclaration de problèmes de courte durée seulement.

Le tableau 13.17 présente la prévalence des problèmes de santé chez les 0-14 ans. Seuls sont retenus les problèmes dont les effectifs sont suffisants pour permettre la comparaison entre les deux populations. Certains de ces problèmes ou classes de problèmes ont une prévalence significativement plus élevée dans la population avec incapacité, soit l'asthme (16 % c. 6 %), les troubles mentaux (12 % c. 0,6 %), les autres allergies (12 % c. 8 %), les maux de tête (6 % c. 2,5 %), les troubles digestifs fonctionnels (4,5 % c. 2,0 %) et la catégorie « autres problèmes » (25 % c. 6 %). Par contre, aucune différence significative n'est décelée en ce qui concerne les autres problèmes énumérés, dont certains peuvent être qualifiés de problèmes de courte durée comme la grippe, les autres affections respiratoires et les maladies de l'oreille qui sont surtout des otites chez les enfants. Enfin, les allergies ou affections cutanées, la rhinite allergique ainsi que les accidents avec blessures ne semblent pas être plus fréquents chez les enfants avec incapacité que chez les enfants sans incapacité.

Tableau 13.16
Nombre et durée des problèmes de santé, population de 0-14 ans, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité	Total
	%		
Aucun problème	24,3	57,6	54,7
Problèmes de courte durée seulement	14,0	18,6	18,2
Un problème de longue durée	33,6	17,4	18,8
Plus d'un problème de longue durée	28,1	6,4	8,3
Au moins un problème de longue durée	61,7	23,8	27,1
Pe '000	70,3	293,5	363,8

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

Tableau 13.17

Prévalence des problèmes de santé, population de 0-14 ans, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité	Total
	%		
Asthme	15,6 *	5,7	6,6
Allergies ou affections cutanées	12,7 *	8,6	8,9
Troubles mentaux	12,5 *	0,6 **	1,6 *
Autres allergies	12,1 *	7,5	7,9
Autres affections respiratoires	7,7 *	7,8	7,8
Accidents avec blessures	7,6 *	5,3	5,5
Rhinite allergique	7,0 *	4,4	4,6
Maux de tête	5,7 **	2,5	2,8
Grippe	4,6 **	4,8	4,8
Troubles digestifs fonctionnels	4,5 **	2,0	2,2
Maladies de l'oreille	4,3 **	2,8	2,9
Autres problèmes	25,0	5,6	7,3

* 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*.

Jeunes adultes de 15-34 ans

La proportion des 15-34 ans qui ont plus d'un problème de longue durée est plus élevée chez les personnes ayant une incapacité que chez les personnes sans incapacité (56 % c. 20 %) (tableau 13.18). On n'observe cependant pas de différence significative entre les deux populations quant à la proportion de personnes qui ne rapportent qu'un seul problème de longue durée. Comparativement aux jeunes adultes sans incapacité, ceux qui ont une incapacité sont moins nombreux, en proportion, à n'avoir aucun problème de santé (11 % c. 43 %) ou que des problèmes de courte durée (5 % c. 12 %).

Comme dans le cas du groupe d'âge précédent, les classes de problèmes présentées sont celles dont les effectifs sont suffisants pour comparer les deux populations. La moitié des problèmes de santé qui figurent au tableau 13.19 ont une prévalence significativement plus élevée dans la population ayant une incapacité que dans la population sans incapacité. Il s'agit des problèmes suivants : les maux de dos ou de la colonne (29 % c. 7 %), les autres allergies (25 % c. 13 %), les maux de tête (24 % c. 13 %), les accidents avec blessures (22 % c. 8 %), l'arthrite et le rhumatisme (18 % c. 4 %) ainsi que les allergies ou affections cutanées, l'asthme, les périodes de grande nervosité, les troubles mentaux, les autres affections respiratoires, les troubles digestifs fonctionnels, la grippe, le malaise ou la fatigue et la classe « autres problèmes ». Toutefois, on n'observe pas de différence significative entre les deux populations quant à la prévalence de la rhinite allergique.

Tableau 13.18

Nombre et durée des problèmes de santé, population de 15-34 ans, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité	Total
	%		
Aucun problème	10,9 *	42,9	40,3
Problèmes de courte durée seulement	5,4 *	11,5	11,0
Un problème de longue durée	27,4	25,2	25,4
Plus d'un problème de longue durée	56,3	20,4	23,3
Au moins un problème de longue durée	83,7	45,6	48,7
Pe '000	136,6	843,1	979,7

* 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 13.19

Prévalence des problèmes de santé, population de 15-34 ans, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité	Total
	%		
Maux de dos ou de la colonne	29,0	6,8	8,6
Autres allergies	24,8	13,2	14,1
Maux de tête	23,9	12,9	13,8
Accidents avec blessures	22,4	7,7	8,8
Arthrite ou rhumatisme	18,1	3,9	5,0
Rhinite allergique	16,5	15,0	15,2
Allergies ou affections cutanées	13,8	10,2	10,5
Asthme	13,3	4,7	5,4
Périodes de grande nervosité	11,6 *	2,6	3,3
Troubles mentaux	11,0 *	2,0	2,8
Autres affections respiratoires	8,8 *	4,2	4,6
Troubles digestifs fonctionnels	7,4 *	3,0	3,3
Grippe	5,0 *	3,2	3,3
Malaise ou fatigue	5,0 *	1,6	1,9
Autres problèmes	21,0	6,4	7,5

* 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*.

Adultes de 35-64 ans

En regard des personnes de 35-64 ans sans incapacité, les personnes avec incapacité du même groupe d'âge sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses à déclarer plus d'un problème de santé de longue durée

(74 % c. 28 %) et moins nombreuses à n'avoir que des problèmes de courte durée (3 % c. 10 %) ou aucun problème (6 % c. 35 %) (tableau 13.20).

Tableau 13.20

Nombre et durée des problèmes de santé, population de 35-64 ans, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité	Total
	%		
Aucun problème	6,4	34,9	30,4
Problèmes de courte durée seulement	3,2*	10,3	9,2
Un problème de longue durée	16,8	26,5	25,0
Plus d'un problème de longue durée	73,6	28,3	35,4
Au moins un problème de longue durée	90,4	54,8	60,4
Pe '000	422,4	1 385,3	1 807,7

* 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 13.21

Prévalence des problèmes de santé, population de 35-64 ans, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité	Total
	%		
Arthrite ou rhumatisme	38,1	10,8	15,1
Maux de dos ou de la colonne	37,6	10,0	14,3
Maux de tête	24,8	13,8	15,5
Accidents avec blessures	20,7	6,2	8,4
Périodes de grande nervosité	18,0	3,0	5,3
Troubles mentaux	17,4	3,4	5,6
Hypertension	16,2	8,6	9,8
Autres allergies	14,5	8,8	9,7
Autres affections ostéoarticulaires	13,1	2,4	4,1
Allergies ou affections cutanées	12,9	7,6	8,4
Troubles digestifs fonctionnels	11,7	4,1	5,3
Maladies cardiaques	10,9	2,9	4,2
Rhinite allergique	9,3	9,7	9,7
Asthme	9,0	2,9	3,8
Diabète	8,5	2,4	3,4
Hypercholestérolémie	7,7	3,3	4,0
Autres affections respiratoires	7,0	3,9	4,4
Troubles de la thyroïde	6,8	4,5	4,9
Maladies de l'œil	6,8	1,9	2,7
Troubles du sommeil	6,6	1,4	2,2
Bronchite ou emphysème	6,3	1,5	2,3
Autres troubles digestifs	6,1	2,0	2,6
Troubles urinaires ou maladies du rein	5,7	1,0	1,7
Grippe	5,1	3,5	3,7
Malaise ou fatigue	4,8*	1,6	2,1
Ulcères gastriques ou duodénaux	4,1*	1,3	1,7
Autres maladies du sang	3,9*	1,1	1,6
Anémie	3,4*	1,2	1,5
Maladies de l'oreille	1,9*	0,4*	0,7*
Autres problèmes	30,2	7,4	11,0

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

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

À l'exception de la rhinite allergique, tous les problèmes de santé présentent une prévalence plus élevée chez les personnes avec incapacité que chez les personnes sans incapacité dans ce groupe d'âge (tableau 13.21). Dans certains cas les écarts sont importants. Ainsi, une proportion semblable de personnes avec incapacité, soit près de 38 %, ont déclaré des problèmes d'arthrite ou de rhumatisme et des maux de dos ou de la colonne, comparativement à environ 11 % et 10 % respectivement dans la population sans incapacité. On peut aussi mentionner les problèmes suivants : maux de tête (25 % c. 14 %), accidents avec blessures (21 % c. 6 %), périodes de grande nervosité (18 % c. 3%), troubles mentaux (17 % c. 3,4 %), autres affections ostéoarticulaires (13 % c. 2,4 %), maladies cardiaques (11 % c. 2,9 %), hypertension (16 % c. 9 %), allergies ou affections cutanées (13 % c. 8 %), autres allergies (15 % c. 9 %) et troubles digestifs fonctionnels (12 % c. 4,1 %). D'autres problèmes à prévalence plus faible sont à signaler, soit le diabète (8 % c. 2,4 %), les

maladies de l'œil (7 % c. 1,9 %), la bronchite ou l'emphysème (6 % c. 1,5 %). La catégorie « autres problèmes » est également plus importante dans la population avec incapacité (30 % c. 7 %).

Personnes de 65 ans et plus

Chez les 65 ans et plus, près de quatre personnes sur cinq ayant une incapacité (81 %) ont plus d'un problème de santé de longue durée, comparativement à une personne sur deux (51 %) chez celles qui ne présentent aucune incapacité (tableau 13.22). Les personnes avec incapacité sont proportionnellement moins nombreuses que les personnes sans incapacité à n'avoir qu'un seul problème de longue durée ou aucun problème de santé. Toutefois on ne détecte pas de différence significative entre les deux populations quant à la présence de problèmes de courte durée seulement.

Tableau 13.22

Nombre et durée des problèmes de santé, population de 65 ans et plus, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité %	Total
Aucun problème	5,2 *	19,8	13,7
Problèmes de courte durée seulement	2,6 *	4,9	3,9
Un problème de longue durée	11,5	24,3	19,0
Plus d'un problème de longue durée	80,7	51,0	63,4
Au moins un problème de longue durée	92,2	75,3	82,3
Pe '000	313,5	359,3	672,8

* 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*.

Pour la majorité des problèmes de santé, on observe une prévalence plus élevée dans la population avec incapacité que dans la population sans incapacité (tableau 13.23). Il faut rappeler que, dans ce groupe des 65 ans et plus, près de deux personnes sur cinq (42 %) ont une incapacité (chapitre 2). Certaines classes de problèmes sont à mentionner pour leur écart de prévalence entre les deux populations : l'arthrite ou le rhumatisme (47 % c. 26 %), l'hypertension (43 % c. 32 %), les maladies cardiaques (33 % c. 16 %), les maladies de l'œil (30 % c. 14 %), les maux de dos ou de la colonne (25 % c. 9 %), les troubles digestifs

fonctionnels (19 % c. 8 %), les périodes de grande nervosité (14 % c. 4,2 %), les troubles mentaux (13 % c. 3,9 %), la bronchite ou l'emphysème (12 % c. 2,6 %) et les troubles urinaires ou maladies du rein (12 % c. 2,6 %). La classe « autres problèmes » est également plus importante dans la population avec incapacité (37 % c. 16 %). Enfin, il n'y a pas de différence significative entre les deux populations en ce qui a trait à la prévalence de l'hypercholestérolémie et de quelques autres problèmes à prévalence plus faible dont la grippe et la rhinite allergique.

Tableau 13.23

Prévalence des problèmes de santé, population de 65 ans et plus, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité	Total
	%		
Arthrite ou rhumatisme	46,6	26,2	34,7
Hypertension	43,3	32,1	36,7
Maladies cardiaques	33,4	15,7	23,1
Maladies de l'œil	29,8	14,5	20,8
Maux de dos ou de la colonne	24,9	9,3	15,8
Troubles digestifs fonctionnels	19,2	7,5	12,4
Troubles de la thyroïde	14,1	10,1	11,8
Diabète	14,0	8,5	10,8
Périodes de grande nervosité	13,7	4,2*	8,2
Troubles du sommeil	13,2	8,5	10,5
Autres maladies du sang	12,8	7,4	9,7
Troubles mentaux	12,7	3,9*	7,6
Bronchite ou emphysème	12,3	2,6*	6,6
Autres affections ostéoarticulaires	12,3	4,2*	7,5
Troubles urinaires ou maladies du rein	12,2	2,6*	6,6
Autres affections respiratoires	11,5	5,2	7,8
Maux de tête	11,4	6,7	8,7
Allergies ou affections cutanées	11,4	6,8	8,7
Accidents avec blessures	11,0	4,0*	6,9
Asthme	10,2	2,7*	5,9
Hypercholestérolémie	10,2	10,2	10,2
Autres allergies	9,1	4,8	6,6
Anémie	5,9*	1,9*	3,6
Autres troubles digestifs	5,7*	4,9	5,2
Ulcères gastriques ou duodénaux	4,9*	2,8*	3,6
Malaise ou fatigue	4,1*	2,3*	3,0
Grippe	3,4*	2,5*	2,9*
Rhinite allergique	2,6**	2,4*	2,5*
Maladies de l'oreille	1,5**	0,5**	0,9**
Autres problèmes	37,2	15,7	24,6

* 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

Les résultats de l'enquête indiquent que les personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité sont plus nombreuses, en proportion, à se considérer en moins bonne santé que les personnes sans incapacité mais que, malgré leur incapacité, près de trois personnes sur cinq jugent leur état de santé de bon à excellent. Les deux populations se différencient surtout par les états extrêmes de santé perçus, soit la perception d'être en « excellente ou très bonne » santé ou d'être en « moyenne ou mauvaise » santé. Par contre, la proportion de personnes qui se considèrent en bonne santé est semblable dans les deux populations.

La perception de l'état de santé se comporte de la même façon selon les caractéristiques démographiques et socioéconomiques dans les deux populations. En ce qui concerne l'âge, il faut toutefois noter plus d'homogénéité dans la population avec incapacité. Ainsi les personnes de 35 ans et plus avec incapacité évaluent leur santé de façon similaire et plus négativement que les 15-34 ans, tandis que chez les personnes sans incapacité, l'appréciation devient moins favorable à mesure que l'âge augmente.

Dans la population avec incapacité comme dans la population sans incapacité, la perception de l'état de santé est associée à la scolarité relative ainsi qu'au niveau de revenu du ménage. D'une manière générale, on peut dire que les personnes de plus faible niveau de scolarité ou de revenu s'estiment en moins bonne santé que les personnes de niveau élevé de scolarité ou de revenu, dans les deux populations.

Les variations de l'état de santé perçu selon le statut d'activité habituel montrent que, dans les deux populations, les personnes en emploi ou aux études se considèrent en meilleure santé que les personnes sans emploi, à la retraite ou à la maison. Toutefois, chez les

personnes avec incapacité, les personnes sans emploi sont les plus nombreuses à se considérer en moyenne ou mauvaise santé, plus encore que les personnes à la retraite ou à la maison, dont la plupart sont des personnes âgées de plus de 65 ans, ce qui n'est pas le cas dans la population sans incapacité.

Chez les personnes avec incapacité de même que chez les personnes sans incapacité, la perception de l'état de santé varie selon le niveau de soutien social dans le sens attendu. Les personnes ayant un niveau élevé de soutien social évaluent plus favorablement leur santé que celles dont le niveau de soutien est faible.

L'enquête montre que la perception de l'état de santé est étroitement associée aux caractéristiques de l'incapacité, ce qui vient appuyer en quelque sorte les classifications et catégories retenues. Ainsi, on observe que la proportion de personnes qui se considèrent en moyenne ou en mauvaise santé s'accroît avec la gravité de l'incapacité de même qu'avec le nombre d'incapacités (jusqu'à trois ou plus).

L'enquête nous apprend également que les personnes dont l'incapacité est d'ordre moteur ou d'ordre intellectuel ou mental exclusivement évaluent leur santé de façon similaire. Ce sont les personnes ayant plus d'un type d'incapacité incluant une incapacité motrice qui jugent le moins favorablement leur santé. Enfin, on constate que les personnes ayant une dépendance forte, modérée et même légère se perçoivent en moins bonne santé que les personnes limitées dans leurs activités mais sans dépendance ou les personnes sans désavantage.

Les douleurs ou les malaises sont ressentis par une proportion relativement importante de la population de 15 ans et plus avec incapacité, soit environ deux personnes sur cinq. Et, pour la majorité d'entre elles, l'intensité de ces douleurs ou de ces malaises est forte ou modérée. Les personnes de 35 à 64 ans semblent être plus touchées que les plus jeunes. Selon les

données de l'enquête, il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes quant à la présence ou à l'intensité des douleurs ou des malaises éprouvés.

Ces observations diffèrent en partie de celles de l'ENSP de 1996 selon laquelle, toutes proportions gardées, le nombre de personnes qui éprouvent de la douleur chronique augmente avec l'âge et les femmes sont plus nombreuses que les hommes à ressentir de la douleur. Il faut cependant rappeler que cette enquête porte sur l'ensemble de la population tandis que les données de la présente enquête ne portent que sur la population avec incapacité. Les quelques autres études recensées ne montrent pas de lien constant entre la douleur et l'âge ou le sexe.

La majorité des personnes qui ressentent des douleurs ou des malaises ont dû réduire leurs activités à cause de ces sensations. L'intensité des douleurs ou des malaises est associée à la réduction du nombre d'activités dans le sens attendu. Ainsi, les personnes qui ne peuvent faire plusieurs ou la plupart de leurs activités sont plus nombreuses à éprouver des douleurs ou des malaises de forte intensité que les personnes dont « aucune » ou « quelques-unes » ne peuvent être accomplies.

Les données de l'enquête montrent une association entre les douleurs ou les malaises et les caractéristiques de l'incapacité. Ainsi, toutes proportions gardées, les personnes ayant une incapacité motrice, seule ou en cooccurrence, sont plus touchées par les douleurs ou les malaises que les personnes ayant une incapacité de toute autre nature exclusive, c'est-à-dire liée à la communication ou aux activités intellectuelles ou à la santé mentale, ou à leur combinaison. Par ailleurs, la proportion de personnes qui éprouvent des douleurs ou des malaises augmente avec le nombre d'incapacités et avec le niveau de gravité de l'incapacité.

Enfin, on constate que les personnes ayant une dépendance forte, modérée ou légère sont moins nombreuses à être exemptes de douleurs et de malaises que les personnes limitées dans leurs activités mais sans dépendance ou les personnes sans désavantage.

Somme toute, douleurs et malaises et perception de l'état de santé évoluent de façon semblable en présence des caractéristiques de l'incapacité. Ces deux indicateurs sont d'ailleurs intimement liés.

En ce qui a trait à la morbidité déclarée, les données de l'enquête révèlent que dans la population avec incapacité, près du quart des 0-14 ans, environ un jeune adulte (15-34 ans) sur dix et près de 6 % et de 5 % respectivement des 35-64 ans et des 65 ans et plus ne rapportent aucun problème de santé. Cela souligne le fait que la cause de l'incapacité n'est pas toujours un problème de santé encore présent ou n'est pas perçue comme telle. On peut penser par ailleurs que certaines causes d'incapacité tels une anomalie congénitale mineure, un trouble d'apprentissage ou le vieillissement ne sont pas perçues comme des problèmes de santé. Il serait intéressant de pousser l'analyse en vérifiant la nature et les causes déclarées des incapacités chez les personnes qui ne déclarent pas de problème de santé ou qui déclarent seulement des problèmes de courte durée, ce qui représente 13 % de l'ensemble de la population, et de 8 % à 38 % selon le groupe d'âge.

Comme on pouvait s'y attendre, la proportion de personnes ayant des problèmes de longue durée est plus élevée dans la population avec incapacité que dans la population sans incapacité, chez les enfants comme chez les adultes. Toutefois, ce qui distingue le plus les deux populations à cet égard est le fait d'avoir plus d'un problème de longue durée. L'écart est important dans chacun des groupes d'âge.

Les problèmes les plus fréquemment rencontrés chez les enfants de 0-14 ans sont en général les mêmes dans les deux populations. La prévalence de ces problèmes est également semblable sauf en ce qui concerne les allergies et l'asthme, les troubles mentaux, les maux de tête, les troubles digestifs fonctionnels et les « autres problèmes », dont les prévalences sont plus élevées chez les enfants avec incapacité. La prévalence des troubles mentaux est particulièrement élevée, soit environ 12 % contre près de 1 %. Il faut souligner que la présence de déficience intellectuelle, de troubles émotifs ou de comportement ou de troubles d'apprentissage sont des critères de sélection et entrent donc dans la définition d'une incapacité chez les enfants. Il se peut aussi qu'il s'agisse, en partie du moins, de troubles de comportement reliés à des problèmes d'adaptation chez des enfants qui souffrent de maladies de longue durée comme le suggèrent Wallander et Thompson (1995).

Dans le groupe des 15-34 ans, un plus grand nombre de classes de problèmes ont une prévalence plus élevée dans la population avec incapacité que dans la population sans incapacité. Il s'agit des problèmes suivants : les maux de dos ou de la colonne, les autres allergies, les maux de tête, les accidents avec blessures, l'arthrite ou le rhumatisme ainsi que l'asthme, les périodes de grande nervosité, les troubles mentaux, les autres affections respiratoires, les troubles digestifs fonctionnels, la grippe, le malaise ou la fatigue et la classe « autres problèmes ».

Chez les 35-64 ans, la prévalence de tous les problèmes – sauf la rhinite allergique, les troubles de la thyroïde et la grippe – est plus élevée dans la population avec incapacité que dans la population sans incapacité. Des écarts importants entre les deux populations s'observent dans le cas des problèmes ostéoarticulaires (arthrite ou rhumatisme, maux de dos ou de la colonne, etc.), des maux de tête, des accidents avec blessures, des périodes de grande nervosité, des

troubles mentaux, des maladies cardiaques, de l'hypertension, des allergies et affections cutanées, des autres allergies, des troubles digestifs fonctionnels et de la catégorie « autres problèmes ». Il faut souligner que dans ce groupe d'âge la population avec incapacité est sans doute plus âgée, donc plus touchée par les problèmes de santé reliés à l'âge.

Le profil de la population de 65 ans et plus avec incapacité, en ce qui concerne les problèmes de santé, se rapproche plus de celui de la population sans incapacité que ce qui est observé pour les personnes du groupe d'âge précédent. Quelques problèmes méritent cependant d'être mentionnés pour leur prévalence plus élevée dans la population avec incapacité, soit l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos ou de la colonne, l'hypertension, les maladies cardiaques, les maladies de l'œil, les troubles digestifs fonctionnels, les périodes de grande nervosité, les troubles mentaux, la bronchite ou l'emphysème et les troubles urinaires ou maladies du rein.

Enfin, il faut souligner l'importance que prend la classe « autres problèmes » dans la population ayant une incapacité, soit de 25 % à 37 % environ selon le groupe d'âge. Cette classe comprend des problèmes peu fréquents dans l'ensemble de la population. Certains d'entre eux sont probablement des problèmes de faible prévalence (cancers, maladies cérébrovasculaires, etc.) ayant un fort impact sur l'incapacité, comme le suggère Verbrugge (1995).

Ce survol de la morbidité déclarée montre que les problèmes les plus fréquemment rencontrés dans les deux populations sont les mêmes mais avec une prévalence plus élevée dans la population avec incapacité. Des études plus détaillées par sexe et par groupe d'âge donneraient un portrait plus complet de la situation. Par ailleurs, la lumière pourrait être faite sur la classe « autres problèmes » dans chacun des groupes d'âge. La co-morbidité est aussi un sujet qui devrait intéresser chercheurs et intervenants. Enfin, la

possibilité de comparer la population avec et sans incapacité est en réalité un atout important pour les études ultérieures.

Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

Ce portrait de l'état général de santé de la population avec incapacité fournit aux planificateurs des éléments intéressants sur les caractéristiques de cette clientèle. Comme éléments positifs, on peut dire que la majorité de la population de 15 ans et plus avec incapacité évalue plutôt favorablement son état de santé ou n'éprouve pas de douleur. On constate aussi qu'une proportion non négligeable (13 %) de l'ensemble de la population ayant une incapacité ne déclare aucun problème de santé ou rapporte seulement des problèmes de courte durée.

Pour faciliter la planification des services aux personnes les plus touchées par l'incapacité, l'enquête permet d'identifier les principales caractéristiques des personnes de 15 ans et plus qui évaluent négativement leur santé ou qui éprouvent de la douleur. Sur le plan démographique ou socioéconomique, ces personnes sont le plus souvent : a) des hommes ou des femmes de 35 ans et plus, b) des personnes de faible niveau de scolarité ou de revenu, c) des personnes sans emploi, à la retraite ou à la maison et d) des personnes ayant un faible soutien social. Sur le plan de l'incapacité, ces personnes sont celles qui déclarent : a) une incapacité modérée ou grave, b) plus d'une incapacité, c) des incapacités multiples incluant une ou plus d'une incapacité motrice et d) une incapacité impliquant une dépendance.

Bibliographie

BOWLING, A., et J. WINDSOR (1997). « Discriminating power of the health status questionnaire 12 in relation to age, sex and longstanding illness: findings from a survey of households in Great Britain », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 51, p. 564-573.

ELBY, E. M., D. B. HOGAN et T. S. FUNG (1996). « Correlates of self-rated health in persons aged 85 and over: results from the canadian Study of Health and Aging », *Revue canadienne de santé publique*, vol.87, n° 1, p.28-31.

FYLKESNES, K., et O. H. FORDE (1992). « Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health », *Social Science and Medicine*, vol. 35, n° 3, p. 271-279.

JYLHA, M. (1994). « Self-rated health revisited: exploring survey interview episodes with the elderly respondents », *Social Science and Medicine*, vol. 39, n° 7, p. 983-990.

KIND, P., P. DOLAN, C. GUDIX et A. WILLIAMS (1998). « Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey », *British Medical Journal*, vol. 316, n° 7133, p. 736-741.

MACKENBACH, J. P., J. VAN DEN BOS, I. M. JOUNG, H. VAN DE MHEEN et K. STRONKS (1994). « The determinants of excellent health: different from the determinants of ill-health? », *International Journal of Epidemiology*, vol. 23, n° 6, p. 1273-1281.

MILLAR, W. J. (1996). « La douleur chronique », *Rapports sur la santé*, vol. 7, n° 4, p. 51-58.

ODERKIRK, J. (1993). « Les enfants ayant une incapacité », *Tendances sociales canadiennes*, n° 31, p. 22-24.

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

REIJNEVELD, S. A. (1998). « The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking », *International Epidemiological Association*, vol. 27, p. 33-40.

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.

VERBRUGGE, L. (1995). « New thinking and science on disability in mid- and late lifes », *European Journal of Public Health*, vol. 5, n° 1, p. 20-28.

WALLANDER, J. L., et R. J. THOMPSON (1995). « Psychosocial ajustment of children with chronic physical conditions » dans ROBERTS, M. C. (éd.). *Handbook of Pediatric Psychology*, New York, London, The Guilford Press, p. 124-141.

WARE, J. E. Jr. (1987). « Standards for validating health measures: definition and content », *Journal of Chronic Diseases*, vol. 40, n° 6, p. 473-480.

Tableaux complémentaires

Tableau C.13.1

Nombre et durée des problèmes de santé, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité	Total
	%		
Aucun problème	8,6	40,7	35,8
Problèmes de courte durée seulement	4,5	12,0	10,8
Un problème de longue durée	18,5	24,1	23,3
Plus d'un problème de longue durée	68,5	23,2	30,1
Au moins un problème de longue durée	87,0	47,3	53,3

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

Tableau C.13.2

Prévalence des problèmes de santé, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité	Total
	%		
Arthrite ou rhumatisme	34,0	7,8	11,8
Maux de dos ou de la colonne	28,5	7,0	10,3
Hypertension	20,6	6,3	8,5
Maux de tête	18,4	10,7	11,9
Accidents avec blessures	16,5	6,3	7,8
Maladies cardiaques	15,7	2,6	4,6
Troubles mentaux	14,5	2,5	4,3
Autres allergies	14,1	9,6	10,3
Périodes de grande nervosité	13,9	2,4	4,1
Maladies de l'œil	13,2	2,3	4,0
Troubles digestifs fonctionnels	12,6	3,6	5,0
Allergies ou affections cutanées	12,6	8,5	9,1
Asthme	10,7	4,0	5,0
Autres affections ostéoarticulaires	10,6	1,7	3,0
Autres affections respiratoires	8,8	4,9	5,5
Diabète	8,2	1,8	2,8
Rhinite allergique	8,0	9,7	9,4
Troubles de la thyroïde	8,0	3,0	3,8
Bronchite ou emphysème	7,6	1,4	2,3
Troubles du sommeil	7,3	1,4	2,3
Troubles urinaires ou maladies du rein	7,0	0,9	1,8
Hypercholestérolémie	6,7	2,2	2,9
Autres maladies du sang	5,7	1,1	1,8
Autres troubles digestifs	4,9	1,6	2,1
Grippe	4,5	3,6	3,7
Malaise ou fatigue	4,1	1,3	1,8
Anémie	4,1	1,1	1,5
Ulcères gastriques ou duodénaux	3,6	1,0	1,4
Maladies de l'oreille	2,0*	0,9	1,1
Autres problèmes	30,5	7,4	10,9

* 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 14

Détresse psychologique, idées suicidaires et parasuicides

Michel Prévile

Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Université de Sherbrooke

Richard Boyer

Centre de recherche Fernand-Séguin
Université de Montréal

Diane Bégin

Services de l'adaptation et de l'intégration sociale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

Plusieurs études montrent que de façon concomitante avec les stress psychosociaux, les problèmes de santé physique, particulièrement les problèmes chroniques de santé, sont fortement associés aux symptômes de détresse psychologique (Williamson et Schulz, 1992; Turner et Noh, 1988; Wells, Golding et Burnam, 1988). La principale explication avancée concernant cette association est que les symptômes de détresse psychologique constituent une réponse au stress imposé par les problèmes de santé physique ou une restriction d'activités (Rodin et Voshart, 1986; Kaplan et autres, 1987; Katon, 1984; Kennedy, Kelman et Thomas, 1990). Par ailleurs, la détresse psychologique peut aussi constituer un facteur limitant le processus d'adaptation des personnes ayant une limitation d'activités (Armenian et autres, 1998; Callahan et autres, 1998; Penninx et autres, 1998).

La notion de détresse psychologique est généralement utilisée dans la littérature pour caractériser les sujets ayant répondu à des échelles standardisées, administrées par des intervieweurs non cliniciens ou autoadministrées et ne faisant appel à aucun jugement clinique. L'échelle de détresse psychologique utilisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) fait partie de cette famille d'échelles.

Le modèle conceptuel sous-jacent à cette échelle postule l'existence d'un continuum de santé ou de maladie mentale : à une extrémité se trouve une réaction d'adaptation aux circonstances de la vie qui peut se traduire par un sentiment normal de tristesse, et à l'autre, une réaction plus sévère pouvant s'accompagner d'idées ou de tentatives suicidaires et d'incapacités fonctionnelles graves (Klerman et Weissman, 1989; Klerman, 1990; Gold, 1990). Il existe un large consensus dans la littérature épidémiologique en santé mentale autour du fait que la détresse psychologique recouvre le plus souvent deux principaux syndromes : la dépression et l'anxiété. Chacun de ces syndromes comporte deux éléments : une composante psychologique et une composante somatique, laquelle se traduirait par une tendance à ressentir et à exprimer la dépression ou l'anxiété par des symptômes physiques (Lipman et autres, 1969; Katon, Reis et Kleinman, 1984; Dobson, 1985; Mirowsky et Ross, 1989a; Vassend, 1989; Watson et Kendall, 1989).

Bien que les échelles de détresse psychologique soient souvent critiquées à cause de l'absence de seuil permettant de déterminer la présence d'un trouble psychiatrique chez les sujets étudiés, plusieurs chercheurs considèrent ces mesures comme des outils intéressants parce qu'elles permettent de surveiller un large éventail de problèmes qui, bien qu'ils ne rencontrent pas les critères diagnostiques, sont associés

à l'adoption de comportements d'adaptation inappropriés touchant les habitudes de sommeil, les comportements alimentaires, l'exercice physique, le tabagisme, les activités sociales, par exemple, qui ont des conséquences individuelles et sociales importantes (Abeles et autres, 1994; Ferraro, 1990). L'utilité de ces mesures repose, en outre, sur le fait qu'elles permettent de prendre en considération des formes moins aiguës de problèmes psychologiques (Brown, Craig et Harris, 1985; Kendell, 1988; Vaillant et Schnurr, 1988). Leur utilité se justifie aussi par les coûts élevés associés à l'utilisation d'intervieweurs cliniciens ou à l'utilisation d'instruments de mesure diagnostiques dans les enquêtes populationnelles. Ces outils sont économiques, faciles d'utilisation, non invasifs et largement acceptés par la population.

À part quelques études de cas, aucune recherche auprès de populations en général ne semble avoir examiné les relations possibles entre les types ou les niveaux d'incapacité liés à des problèmes de santé physique et les idées ou les comportements suicidaires. Toutefois l'étude de Boyer et autres (1992), s'appuyant sur les données de l'*enquête Santé Québec 1987*, indique que la prévalence de l'idéation suicidaire semble plus élevée chez les personnes sévèrement restreintes dans leurs activités journalières à cause d'un problème de santé physique ou mentale.

La relation entre le suicide et la présence de divers troubles mentaux est, par contre, beaucoup mieux documentée. Une méta-analyse portant sur 249 articles scientifiques conclut que presque tous les troubles mentaux sont associés à une plus forte proportion de suicides, à l'exception du retard mental et de la démence. Les personnes présentant un trouble mental fonctionnel seraient plus à risque de suicide que celles souffrant d'un trouble mental organique (Harris et Barraclough, 1997). Les recherches menées l'aide de la

technique de l'autopsie psychologique¹ suggèrent que plus de 75 % des victimes de suicides accomplis souffraient d'un trouble psychiatrique dans les mois qui ont précédé leur suicide (Clark et Horton-Deutsch, 1992); une étude québécoise, s'appuyant sur cette méthodologie, arrive à la même conclusion (Grunberg et autres, 1994; Lesage et autres, 1994). L'étude récente menée par le Coroner du Québec rapporte aussi que près de la moitié des personnes décédées à la suite d'un geste suicidaire présentaient un trouble mental (Saint-Laurent et Tennina, 2000) et enfin, l'*enquête Santé Québec 1987* permet de constater que 13 % des individus déclarant souffrir d'un problème de santé mentale rapportent des idéations suicidaires sérieuses contre 7,5 % chez les personnes ne rapportant pas de tels problèmes (Boyer et autres, 1992).

La détresse psychologique sévère est fortement associée aux idées suicidaires sérieuses et aux tentatives de suicide. Cette étroite relation est corroborée dans le cadre de plusieurs enquêtes de Santé Québec depuis celle de 1987 (Boyer et autres, 1992). Dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*, Boyer et Saint-Laurent (2000) montrent que, pour l'ensemble de la population québécoise, les personnes présentant un niveau élevé de détresse psychologique rapportent avoir sérieusement pensé au suicide au cours d'une période de 12 mois dans une plus grande proportion (14 %) que les personnes avec des degrés moindres de détresse psychologique (1,5 %). Une relation semblable est observée lorsque la présence d'une tentative suicidaire au cours d'une période de 12 mois est considérée. Ces résultats, pour l'ensemble de la population du Québec, suggèrent que les personnes avec une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale, telles que mesurées dans l'enquête, rapporteront des idées

¹ La technique de l'autopsie psychologique consiste à reconstruire le passé psychologique et social d'une personne décédée à la suite d'un suicide. Des entrevues sont menées par des intervieweurs à l'aide d'instruments standardisés auprès de personnes ayant bien connu la personne qui s'est suicidée.

suicidaires sérieuses et des tentatives de suicide dans de plus fortes proportions que les personnes sans incapacité ou avec un autre type d'incapacité.

Le présent chapitre rapporte la prévalence d'un niveau élevé de détresse psychologique ainsi que la prévalence d'idées et de tentatives suicidaires observées dans la population du Québec âgée de 15 ans et plus et présentant des incapacités. Les résultats observés dans cette population sont comparés à ceux notés dans la population ne présentant aucune incapacité. Ce chapitre comporte deux sections. La première section présente la prévalence d'un niveau élevé de détresse psychologique en fonction de la présence et de la gravité de l'incapacité et selon les variables sociodémographiques généralement associées à la détresse psychologique. Cette section présente aussi les principales variables associées à l'utilisation des services de santé pour des symptômes de détresse psychologique et à la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes avec et sans incapacité. La deuxième section décrit la prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide en fonction de la présence de l'incapacité chez les personnes et des variables sociodémographiques généralement associées au suicide.

14.1 Aspects méthodologiques

L'échelle de détresse psychologique utilisée dans cette enquête (IDPESQ) est une version française réduite et autoadministrée du *Psychiatric Symptoms Index* (PSI) développé par F. W. Ilfeld à partir du *Hopkins Symptoms Distress Checklist* (Ilfeld, 1976; Prévaille et autres, 1992). Certains chercheurs ont critiqué ces échelles de détresse psychologique, suggérant que les items d'ordre somatique contenus dans ces échelles, tels les problèmes de sommeil, d'appétit et le manque d'énergie, pouvaient aussi bien concerner la santé physique que mentale de la population (Bolla-Wilson et Bleecker, 1989; Berry, Storandt et Coyne, 1984). Pour tenir compte de ce phénomène, lors des enquêtes sociales et de

santé de 1992-1993 et de 1998, une version réduite de l'indice de détresse psychologique, excluant les items d'ordre psychosomatique (IDPESQ-14), a été retenue (Prévaille et autres, 1992; Prévaille, Potvin et Boyer, 1995). Cependant, une étude récente montre que l'utilisation de l'échelle originale n'introduit pas de biais (Prévaille et autres, 2000). Les items de l'IDPESQ-14 se présentent sous forme d'énoncés touchant divers aspects de la symptomatologie de la détresse psychologique non spécifique avec quatre catégories de réponse se rapportant à la fréquence des symptômes au cours des sept derniers jours : jamais, de temps en temps, assez souvent, très souvent (QAA-98 à QAA-111). Cette échelle comporte quatre dimensions : un facteur de dépression, un facteur d'anxiété, un facteur d'irritabilité et un facteur de problèmes cognitifs. Cette mesure varie sur une échelle de 0 à 100 et présente un coefficient de consistance interne alpha de Cronbach de 0,89 (Prévaille et autres, 1992). Les caractéristiques psychométriques de cette mesure ont été documentées auprès de l'ensemble de la population (Prévaille et autres, 1992, Prévaille, Potvin et Boyer, 1995), des populations cri et inuite (Boyer et autres, 1994a, 1994b) et auprès de la population âgée (Prévaille, Potvin et Boyer, 2000).

Pour les fins de nos analyses, le niveau de détresse psychologique sévère a été fixé en référence aux valeurs normatives fournies par Boyer et autres (1993). Un score de 26,19 (correspondant au 80^e percentile de la distribution de l'IDPESQ-14 items dans l'ensemble de la population en 1987) a été retenu comme seuil définissant un niveau de détresse élevé. Le taux de non-réponse à l'indice de détresse psychologique est de 7,9 % pour les personnes ayant une incapacité. Les non-répondants sont surtout des personnes de 55 ans ou plus, peu scolarisées et ayant une incapacité de gravité modérée ou grave; cependant, le biais sur les estimations est négligeable.

Les conséquences de la détresse psychologique ont été mesurées par la durée de l'épisode de détresse et par l'impact des symptômes de détresse psychologique sur

la fonctionnalité sociale. La durée de l'épisode de détresse a été mesurée par la question suivante : « Depuis combien de temps ressentez-vous ces manifestations (les symptômes rapportés)? » Les catégories de réponse étaient : les deux dernières semaines, le dernier mois, les six derniers mois, la dernière année et plus d'un an (QAA-112).

L'impact des symptômes de détresse psychologique sur la fonctionnalité sociale a été mesuré à l'aide de trois questions provenant du QAA (QAA-137 à QAA-139) : 1) « Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations (les symptômes rapportés) ont nui à votre vie familiale ou sentimentale? », 2) « Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations ont nui à votre capacité de travailler ou de poursuivre vos études? », 3) « Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations vous ont restreint(e) dans vos activités sociales (loisirs, rencontres avec votre parenté, des amis, autres)? » Une variable dichotomique a été créée indiquant la présence ou non de conséquences sur l'accomplissement d'au moins un de ces rôles sociaux.

La consultation pour les symptômes de détresse psychologique a été évaluée à l'aide de la question suivante : (1) « Avez-vous consulté quelqu'un au sujet de ces manifestations (vos symptômes de détresse psychologique)? » (QAA-116)

La consommation de psychotropes a été mesurée par une variable dichotomique vérifiant la consommation au cours des deux derniers jours, d'au moins un médicament appartenant à une des classes suivantes : somnifères, sédatifs ou tranquillisants (QRI-34).

Les questions sur le suicide apparaissent dans le questionnaire autoadministré (QAA-141 à QAA-145). La question concernant les idées suicidaires se lit comme suit : « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie)? » La question sur les tentatives de

suicide demande : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)? » Ces questions permettent d'estimer la prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois. Il est important de noter que cette période de référence couvre, pour chaque personne, une période de 12 mois se situant, en tout ou en partie, dans l'année 1997 ou 1998 selon la date à laquelle elle a répondu au questionnaire.

Comme pour les rapports de Santé Québec de l'*Enquête sociale et de santé* de 1992-1993 et de 1998 de l'ISQ, le terme *parasuicide* a été retenu pour désigner tous les comportements suicidaires non fatals. Ce terme proposé par Kreitman et autres (1969) a aussi été repris dans les études européennes sur les tentatives de suicide (Kerkhof et autres, 1994).

Puisque nous étudions ici deux facettes différentes du phénomène du suicide, les analyses distinguent les personnes rapportant des idées suicidaires seulement de celles ayant aussi déclaré un parasuicide. La prévalence pour chacun de ces phénomènes est calculée sur la base de populations légèrement différentes. Ainsi, pour le calcul de la prévalence des idées suicidaires, la population de référence ne comprend pas les personnes ayant rapporté un parasuicide. De la même façon, le calcul de la prévalence du parasuicide exclut de la population de référence les individus ne rapportant que des idées suicidaires. Ce mode de calcul des prévalences induit une légère surestimation des taux de parasuicides (les personnes ne rapportant que des idées suicidaires étant soustraites du dénominateur) et sous-estime les taux d'idées suicidaires (les cas rapportant un parasuicide étant soustraits du numérateur et du dénominateur).

Afin de mieux préciser les phénomènes des idées suicidaires et des parasuicides, le questionnaire de l'enquête comporte deux autres questions pour établir si la personne a prévu un moyen pour mettre fin à ses jours et, le cas échéant, établir les moyens envisagés lors de

l'idéation suicidaire (QAA-142 et QAA-143). Les parasuicides peuvent donc comprendre à la fois des gestes suicidaires inoffensifs sur le plan de la santé physique et des gestes suicidaires graves ayant nécessité des traitements médicaux urgents. De plus, une question permet d'établir si la personne rapportant un parasuicide a été conduite ou s'est présentée d'elle-même à l'urgence d'un hôpital à la suite de son geste suicidaire (QAA-145). Ces questions aident à mieux évaluer l'importance de ces idées et de ces gestes suicidaires sans toutefois permettre de vraiment connaître l'intention réelle de mourir.

Les effectifs en cause dans la section sur le suicide offrent peu de puissance statistique, ce qui restreint l'interprétation de plusieurs variables. Afin de pallier ce problème, cette section utilise une classification différente des groupes d'âge. Pour ces analyses, les jeunes de 15 à 24 ans sont comparés aux personnes de 25 ans et plus.

14.2 Résultats

14.2.1 Détresse psychologique

La proportion de personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique est de 28 % chez celles qui présentent une incapacité, comparativement à 18 % chez les personnes ne présentant aucune incapacité. Comme l'indique le tableau 14.1, cette proportion est plus élevée lorsqu'il y a présence d'une incapacité, tant chez les hommes que chez les femmes, et tant chez les 15 à 64 ans que chez les personnes de 65 ans et plus. Il y a également une différence significative entre les hommes et les femmes quant à la proportion ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique, dans la population avec incapacité (26 % c. 31 %) ou sans incapacité. Dans ces deux populations également, les personnes de 15-64 ans sont plus nombreuses que les aînés, en proportion, dans la catégorie élevée de l'indice (avec incapacité : 35 % c. 15 %).

Tableau 14.1

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe, l'âge, la présence et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Avec incapacité			Total	Pe	Sans
	Légère	Modérée	Grave			incapacité
	%			%	'000	%
Hommes						
15-64 ans	26,3	51,1	40,8	31,5	90,0	16,8
65 ans et plus	7,0 **	11,2 **	23,5	11,4 *	15,1	4,9 *
Total	21,6	37,8	31,3	25,5	105,1	15,9
Femmes						
15-64 ans	35,7	36,6	60,2	37,7	126,7	22,1
65 ans et plus	8,1 **	23,4	29,6	16,9	33,7	9,6 *
Total	27,8	31,1	45,4	30,5	160,4	21,0
Sexes réunis						
15-64 ans	31,2	43,0	53,1	34,8	216,7	19,4
65 ans et plus	7,7 *	19,1 *	27,0	14,7	48,8	7,5
Total	24,9	33,8	39,8	28,3	265,5	18,4

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

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

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

Les résultats rapportés au tableau 14.1 mettent en évidence une association entre le niveau à l'indice de détresse psychologique et la gravité de l'incapacité. Les personnes (sexes réunis) ayant une incapacité de gravité modérée ou grave montrent un niveau élevé à l'indice de détresse dans une plus grande proportion (34 % et 40 % respectivement) que celles dont l'incapacité est légère (25 %). Il en est ainsi chez les femmes également, alors que les hommes ayant une incapacité modérée seulement sont plus nombreux, en proportion, que ceux ayant une incapacité légère au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique.

Les personnes ayant une incapacité rapportent un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique dans une proportion plus grande que les personnes sans incapacité, pour chaque catégorie de l'état matrimonial. Les résultats présentés au tableau 14.2 montrent aussi qu'il existe, dans les groupes avec et sans incapacité, une différence significative entre les personnes mariées et les célibataires, une proportion plus importante de sujets rapportant un niveau élevé de détresse psychologique chez les célibataires.

Tableau 14.2
Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon des caractéristiques sociodémographiques et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
État matrimonial de fait		
Célibataire	35,0	24,8
Marié	24,8	13,6
En union de fait	30,6	19,8
Veuf, séparé ou divorcé	26,7	19,2
Plus haut niveau de scolarité atteint		
Moins de 9 ans d'études	23,8	13,9
Études secondaires	29,7	21,2
Études postsecondaires	32,0	18,4
Grade universitaire	27,1	15,6
Niveau de revenu		
Très pauvre ou pauvre	36,8	20,6
Moyen inférieur, moyen supérieur ou supérieur	24,8	18,0

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

Par ailleurs, les données de l'enquête montrent que, chez les personnes ayant une incapacité, l'indice de détresse psychologique ne varie pas significativement en fonction du niveau de scolarité. Toutefois, on observe une tendance à une proportion moindre au niveau élevé à cet indice chez les personnes ayant moins de 9 ans d'études, par rapport à celles ayant des études secondaires ou postsecondaires; chez les personnes sans incapacité, l'association est significative. Une association significative est observée dans les populations avec et sans incapacité entre l'indice de détresse psychologique et le niveau de revenu du ménage, les personnes ayant un plus faible revenu rapportant un niveau élevé de détresse psychologique dans une plus grande proportion.

Les données de l'EQLA mettent aussi en évidence une association entre le soutien social et l'indice de détresse psychologique, tant chez les personnes ayant une incapacité que chez les personnes sans incapacité. Chez les personnes ayant une incapacité et un faible niveau de soutien social, la prévalence de la détresse psychologique sévère est de 48 %, comparativement à 21 % chez celles ayant un niveau de soutien social élevé (tableau 14.3). Une association entre la détresse psychologique et la présence d'un confident s'observe tant chez celles rapportant une incapacité que chez celles n'ayant aucune incapacité. Ainsi, dans la population avec incapacité, la prévalence d'un niveau élevé de détresse psychologique chez les personnes rapportant avoir un confident (26 %) est plus faible que chez les personnes n'ayant pas de confident (42 %).

Tableau 14.3

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon des caractéristiques sociales, l'état de santé et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Indice de soutien social		
Faible	48,1	34,5
Élevé	21,2	14,8
Présence d'un confident		
Oui	26,4	17,4
Non	42,5	27,1
Satisfaction quant à sa vie sociale		
Très satisfait	9,3*	7,5
Plutôt satisfait	24,3	18,3
Insatisfait	61,4	49,1
Perception de l'état de santé		
Excellent, très bon ou bon	22,9	17,3
Moyen ou mauvais	37,9	34,7
Perception de la santé mentale		
Excellente, très bonne ou bonne	20,9	15,2
Moyenne ou mauvaise	65,2	67,6

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

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

Dans les populations avec et sans incapacité, la détresse psychologique est plus élevée lorsque les personnes sont moins satisfaites de leur vie sociale. Par ailleurs, aucune différence n'est observée quant à l'indice de détresse psychologique entre les personnes avec et sans incapacité qui ont rapporté être très satisfaites de leur vie sociale; cependant, l'enquête montre une différence significative entre ces deux groupes lorsqu'on considère uniquement les personnes plutôt satisfaites ou insatisfaites de leur vie sociale. Chez les personnes avec incapacité déclarant n'être pas satisfaites de leur vie sociale, on retrouve une proportion particulièrement élevée de personnes au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (61 %).

Finalement, les données rapportées au tableau 14.3 montrent que 38 % des personnes avec incapacité percevant leur état de santé moyen ou mauvais, et 65 %

des personnes se percevant en moyenne ou mauvaise santé mentale, présentent un niveau élevé de détresse psychologique; c'est plus que les proportions chez les personnes qui perçoivent leur santé physique ou mentale bonne, très bonne ou excellente. De plus, la proportion de personnes à ce niveau de détresse est plus élevée dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité, chez les personnes qui évaluent favorablement leur état de santé physique ou leur santé mentale.

Ces données sont également examinées en fonction du niveau de gravité de l'incapacité. En général, le niveau de détresse psychologique augmente avec la gravité de l'incapacité, pour les diverses catégories de variables présentées aux tableaux 14.2 et 14.3 (données non présentées).

Détresse psychologique selon la nature de l'incapacité

Le tableau 14.4 présente la proportion de personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon la nature (non exclusive) de l'incapacité; les personnes ayant un type donné d'incapacité sont comparées aux personnes n'ayant pas ce type d'incapacité. La proportion de personnes dans la catégorie élevée de l'indice apparaît significativement plus élevée chez les personnes présentant une incapacité liée à la parole (48 %), à la mobilité (31 %) ou aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (46 %), en comparaison des personnes n'ayant pas ces types d'incapacité (28 %, 27 % et 23 % respectivement). Au contraire, les personnes ayant une incapacité physique de nature non précisée (« autre ») sont moins nombreuses, en proportion, à présenter un niveau élevé de détresse psychologique que les personnes ayant une incapacité d'un type défini (22 % c. 30 %). L'analyse de la nature exclusive de l'incapacité permet d'éclairer d'autres aspects de l'association.

Tableau 14.4

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon la nature de l'incapacité¹, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	%
Audition	
Oui	26,5
Non	29,9
Vision	
Oui	31,9
Non	28,6
Parole	
Oui	47,7
Non	28,1
Mobilité	
Oui	31,3
Non	26,5
Agilité	
Oui	30,7
Non	27,5
Intellect/santé mentale	
Oui	45,7
Non	23,3
Autre	
Oui	22,1 *
Non	29,7
Total	28,3

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

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

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

Le tableau 14.5 présente l'association entre l'indice de détresse psychologique et la nature exclusive de l'incapacité. Les personnes ayant une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale – seule ou cooccurrence avec d'autres types d'incapacité – sont plus nombreuses, en proportion, à présenter un niveau élevé de détresse psychologique. En effet, la proportion de personnes dans cette catégorie de l'indice est plus élevée lorsque l'incapacité est liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale seulement (37 %), ou à ce type d'incapacité combiné soit à la motricité (51 %), à la communication (54 %) ou à la fois à la motricité et à la communication (47 %), que chez les personnes ayant une incapacité motrice seulement (23 %) ou une incapacité liée à la communication

seulement (20 %). De plus, les personnes ayant une incapacité motrice en cooccurrence avec une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (51 %) sont plus nombreuses au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique, que les personnes ayant une incapacité motrice seulement (23 %) ou ce type d'incapacité combiné à une incapacité liée à la communication (28 %). Enfin, à l'exception de celles dont l'incapacité est liée à la communication seulement, les personnes de chacune des catégories exclusives sont plus nombreuses à être classées au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique que les personnes sans incapacité (18 %).

Tableau 14.5

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon la nature exclusive et la présence de l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%
Nature exclusive de l'incapacité	
Motricité seulement	23,2
Communication seulement	20,3
Intellect/santé mentale seulement	37,2
Motricité et communication	27,9
Motricité et intellect/santé mentale	50,7
Communication et intellect/santé mentale	54,0 *
Motricité, communication et intellect/santé mentale	47,4
Total avec incapacité	28,3
Sans incapacité	18,4

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

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

Tableau 14.6

Personnes ayant consulté pour leurs symptômes de détresse psychologique selon le sexe, l'âge, des caractéristiques de santé, la présence et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus qui présente au moins une manifestation de détresse psychologique qui dure depuis six mois ou plus, Québec, 1998

	Avec incapacité %	Sans incapacité
Sexe		
Hommes	24,0	10,6
Femmes	30,7	16,0
Âge		
15-64 ans	33,2	13,7
65 ans et plus	14,0*	7,8*
Indice de détresse psychologique		
Bas ou moyen	18,7	9,3
Élevé	43,6	24,3
Durée des symptômes		
Un an ou moins	25,2	13,9
Plus d'un an	30,3	13,8
Fonctionnalité sociale		
Présence de conséquences	48,2	25,4
Absence de conséquences	8,5*	5,6
Gravité de l'incapacité		
Légère	24,9	...
Modérée	33,2	...
Grave	37,3	...
Total	27,8	13,3
Pe '000	150,3	356,3

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

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

14.2.1.1 Consultation pour des symptômes de détresse psychologique

Comme l'indique le tableau 14.6, tant chez les femmes que chez les hommes, la proportion de personnes qui ont consulté pour leurs symptômes de détresse psychologique est beaucoup plus élevée chez celles ayant une incapacité que chez celles qui n'en ont pas (28 % c. 13 %). Les femmes rapportent davantage que

les hommes avoir consulté pour leurs symptômes de détresse, et cela, dans la population avec ou sans incapacité. Par ailleurs, les personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité sont beaucoup moins nombreuses, en proportion, à consulter pour leurs symptômes de détresse psychologique que les personnes âgées de 15 à 64 ans. Ce phénomène est aussi présent chez les personnes n'ayant aucune incapacité.

La proportion de personnes ayant consulté augmente, en outre, avec le niveau à l'indice de détresse psychologique, tant chez les personnes ayant une incapacité que chez celles ne rapportant aucune incapacité. Chez les personnes avec incapacité et présentant un niveau élevé à cet indice, la proportion de personnes ayant consulté est particulièrement élevée, soit 44 %. Par ailleurs, les données de l'EQLA ne permettent pas de mettre en évidence de différence significative dans la proportion de personnes ayant consulté selon la durée des symptômes, tant chez les personnes avec incapacité que chez celles n'ayant aucune incapacité.

Finalement, l'enquête révèle une différence significative entre les personnes avec et sans incapacité dans les proportions ayant consulté pour leurs symptômes de détresse psychologique, et ce, que ces symptômes aient ou non des conséquences sur leur fonctionnalité sociale. De plus, la proportion de personnes indiquant avoir consulté augmente significativement lorsqu'il y a de telles conséquences, tant chez les personnes rapportant une incapacité (48 % c. 9%) que chez celles sans incapacité (25 % c. 6 %).

La consultation pour les symptômes de détresse psychologique semble s'accroître lorsque la gravité de l'incapacité passe de légère (25 %) à modérée (33 %), puis à grave (37 %).

Tableau 14.7

Personnes ayant consommé des psychotropes au cours d'une période de deux jours selon le sexe, l'âge, des caractéristiques de santé, la présence et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Sexe		
Hommes	14,5	2,0
Femmes	19,2	4,0
Âge		
15-64 ans	14,1	1,9
65 ans et plus	22,7	12,7
Indice de détresse psychologique		
Bas ou moyen	12,0	2,3
Élevé	25,5	4,4
Durée des symptômes		
Un an ou moins	15,4	2,5
Plus d'un an	20,5	3,2
Fonctionnalité sociale		
Présence de conséquences	25,7	3,6
Absence de conséquences	13,7	3,2
Gravité de l'incapacité		
Légère	11,1	...
Modérée	23,0	...
Grave	33,7	...
Total	17,1	2,9
Pe '000	163,3	142,6

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

14.2.1.2 Consommation de tranquillisants, sédatifs ou somnifères

Les personnes ayant une incapacité rapportent avoir consommé des tranquillisants, sédatifs ou somnifères au cours des deux jours de référence dans une proportion beaucoup plus grande (17 %) que les personnes sans incapacité (2,9 %). Les données présentées au tableau 14.7 indiquent une association significative entre la consommation de ces psychotropes et le sexe dans le groupe de personnes avec ou sans incapacité. Ainsi, les femmes ayant une incapacité consomment des

tranquillisants, sédatifs ou somnifères dans une plus grande proportion que les hommes (19 % c. 14 %). Dans la population avec incapacité, les personnes de 65 ans et plus rapportent plus fréquemment avoir consommé des tranquillisants, sédatifs ou somnifères que les personnes de 15 à 64 ans (23 % c. 14 %). Une telle différence est aussi observée dans la population sans incapacité.

Comme l'indique le tableau 14.7, la consommation de tranquillisants, sédatifs ou somnifères est aussi associée aux symptômes de détresse psychologique rapportés. Chez les personnes ayant une incapacité et un niveau élevé de détresse psychologique, la proportion de personnes consommant des tranquillisants, sédatifs ou somnifères est plus élevée (26 %) que chez celles dont le niveau de détresse est considéré bas ou moyen (12 %). Par ailleurs, les données de l'EQLA mettent en évidence une association significative entre la consommation de tranquillisants, sédatifs ou somnifères et la durée de l'épisode de détresse psychologique, chez les personnes ayant une incapacité : une durée plus longue des symptômes est reliée à une consommation accrue (21 % c. 15 %).

Chez les personnes ayant une incapacité, la présence de conséquences des symptômes de détresse psychologique sur la fonctionnalité sociale est associée à la consommation de tranquillisants, sédatifs ou somnifères. Cette association entre la consommation de ces médicaments et la fonctionnalité sociale des personnes ne peut toutefois être mise en évidence chez ceux et celles ne rapportant pas d'incapacités.

Plus l'incapacité est grave, plus les personnes semblent nombreuses à avoir consommé ces substances, les proportions allant de 11 % lorsque l'incapacité est légère, à 34 % lorsqu'elle est grave.

14.2.2 Suicide

14.2.2.1 Idées suicidaires

Près de 7 % de la population du Québec avec incapacité, soit environ 65 000 individus, rapporte avoir sérieusement pensé au suicide au cours des 12 mois de référence (tableau 14.8). Cette prévalence est supérieure à celle observée chez les personnes sans incapacité (3,3 %), et cela, tant chez les hommes (6 % c. 3,4 %) que chez les femmes (7 % c. 3,1 %). Par contre, la prévalence des idées suicidaires sérieuses ne diffère pas entre les hommes et les femmes, qu'ils présentent une incapacité (6 % c. 7 %) ou non (3,4 % c. 3,1 %).

Tableau 14.8
Prévalence d'idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, l'âge et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus¹, Québec, 1998

	Avec incapacité %	Sans incapacité
Hommes		
15-24 ans	8,9**	6,2
25 ans et plus	6,1*	2,8*
Total	6,3	3,4
Femmes		
15-24 ans	11,7**	8,2
25 ans et plus	7,1	2,0
Total	7,4	3,1
Sexes réunis		
15-24 ans	10,4**	7,2
25 ans et plus	6,7	2,4
Total	6,9	3,3
Pe '000	65,0	153,3

1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré un parasuicide.

* 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 sur les limitations d'activités 1998*.

Il est cependant observé, chez les personnes ayant une incapacité grave, que les hommes rapportent moins souvent des idées suicidaires sérieuses (6 %²) que les femmes (17 %³) (données non présentées). La prévalence des idées suicidaires augmente en fonction de la gravité de l'incapacité, dans l'ensemble de la population avec incapacité. Elle varie de 6,8 % et 5,9 %³ lorsque l'incapacité est légère ou modérée, à 12,9 %³ lorsqu'elle est grave (données non présentées).

Quoique les jeunes (15 à 24 ans) avec incapacité semblent plus suicidaires que les personnes plus âgées (25 ans et plus) (10 % c. 7 %), l'analyse de la distribution selon l'âge de la présence d'idées suicidaires ne permet pas de mettre en évidence des associations significatives. La même situation est observée pour les hommes ou les femmes séparément. Cette absence de relation significative peut cependant s'expliquer par la faiblesse des effectifs de la population avec incapacité.

La comparaison des personnes (sexes réunis) avec et sans incapacité en fonction de l'âge suggère que seules les personnes de 25 ans et plus avec incapacité rapportent plus fréquemment des idées suicidaires sérieuses que les personnes sans incapacité du même groupe d'âge (7 % c. 2,4 %). Les comparaisons spécifiques chez les hommes (6 % c. 2,8 %) ou les femmes (7 % c. 2,0 %) sont également significatives.

² Cette proportion a un coefficient de variation supérieur à 25 % et est une estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

³ Cette proportion a un coefficient de variation entre 15 % et 25 % et doit être interprétée avec prudence.

Le tableau 14.9 présente les distributions des idées suicidaires sérieuses chez les personnes avec ou sans incapacité en fonction de caractéristiques sociodémographiques de la population. Quel que soit l'état matrimonial de fait, les personnes avec incapacité rapportent plus souvent avoir eu une idéation suicidaire que les personnes sans incapacité des mêmes catégories. Pour les célibataires, par exemple, ces proportions sont de 13 % comparativement à 7 %. La même observation peut être faite en ce qui a trait au plus haut niveau de scolarité atteint : quel qu'il soit, les personnes avec incapacité semblent aussi plus suicidaires. Ainsi, la prévalence est de 10 % chez les universitaires avec incapacité contre 3,0 % chez ceux sans incapacité. Les prévalences chez les gens avec une éducation postsecondaire (complétée ou partielle) sont de 8 % et de 3,3 % selon que les personnes présentent une incapacité ou pas. Chez les Québécois de ménages très pauvres ou pauvres, les individus avec incapacité rapportent plus souvent des idées suicidaires (11 %) que ceux sans incapacité (4,7 %). Il en va de même pour les personnes aux revenus moyens ou supérieurs, quoique les différences entre celles avec et sans incapacité soient moins marquées (5 % c. 3,0 %). Enfin, il semble que les idées suicidaires soient plus prévalentes chez les personnes avec incapacité résidant dans la métropole (8 % c. 2,8 %), les autres villes (7 % c. 3,3 %) ou en milieu rural (7 % c. 3,5 %), que chez les personnes sans incapacité de ces zones. Dans les capitales régionales, la population avec incapacité ne diffère pas significativement à ce sujet de celle sans incapacité.

Tableau 14.9

Prévalence d'idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois selon des caractéristiques sociodémographiques et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus¹, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
État matrimonial de fait		
Célibataire	13,2	6,6
Marié	4,1 *	1,5 *
En union de fait	7,4 *	2,8 *
Veuf, séparé ou divorcé	6,5	3,6
Plus haut niveau de scolarité atteint		
Moins de 9 ans d'études	3,4 *	1,7 *
Études secondaires	8,6	4,0
Études postsecondaires	8,0 *	3,3
Grade universitaire	10,2 *	3,0 *
Niveau de revenu		
Très pauvre ou pauvre	10,7	4,7
Moyen inférieur, moyen supérieur ou supérieur	5,4	3,0
Zone de résidence		
Métropole	7,5	2,8
Capitales régionales	4,6 **	4,2
Autres villes	7,2 *	3,3
Milieu rural	7,4 *	3,5

1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré un parasuicide.

* 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 sur les limitations d'activités 1998*.

Lorsque l'analyse se limite aux seules personnes avec incapacité, il est permis d'affirmer que les personnes célibataires sont plus suicidaires (13 %) que les personnes mariées (4,1 %), comme les individus de ménages très pauvres ou pauvres (11 %) comparativement aux personnes de ménages à revenus moyens ou supérieurs (5 %), alors que les personnes ayant moins de 9 ans d'études le sont moins que les personnes plus instruites (3,4 % c. 8 % à 10 %). On n'observe pas de différence de prévalence d'idées suicidaires selon la zone de résidence, dans cette population.

Tableau 14.10

Prévalence d'idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois selon des caractéristiques sociales, l'état de santé et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus¹, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Indice de soutien social		
Faible	16,1	7,9
Élevé	3,7*	2,3
Présence d'un confident		
Oui	6,0	3,0
Non	13,7*	5,9
Satisfaction quant à sa vie sociale		
Très satisfait	1,0**	1,3*
Plutôt satisfait	4,3*	2,8
Insatisfait	21,1	11,4
Présence d'amis		
Oui	6,1	3,1
Non	14,7*	6,9*
Perception de l'état de santé		
Excellent, très bon ou bon	5,5	3,0
Moyen ou mauvais	9,3	7,0*
Perception de la santé mentale		
Excellente, très bonne ou bonne	3,8	2,4
Moyenne ou mauvaise	24,0	17,9
Indice de détresse psychologique		
Bas ou moyen	2,0*	1,5
Élevé	20,9	11,7

1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré un parasuicide.

* 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 sur les limitations d'activités 1998*.

Lorsque nous examinons les distributions de l'idéation suicidaire selon les caractéristiques sociales retenues (indice de soutien social et trois de ses composantes : présence d'un confident, satisfaction quant à sa vie sociale et avoir des amis) (tableau 14.10), il est possible de constater que pour chacune de ces caractéristiques

sociales, les personnes avec incapacité rapportent plus fréquemment des idées suicidaires sérieuses que celles sans incapacité. Une seule exception : les personnes très satisfaites de leur vie sociale ne semblent pas différer, qu'elles aient une incapacité ou non.

Dans la population avec incapacité, chacune de ces variables est associée à la prévalence d'idées suicidaires. Ainsi, les personnes avec un faible soutien social perçu rapportent plus souvent avoir eu des idées suicidaires (16 %) que celles ayant un soutien social élevé (3,7 %). L'absence d'un confident est aussi associée à une plus forte prévalence d'idées suicidaires (14 % c. 6 %). Les personnes avec incapacité insatisfaites de leur vie sociale présentent une plus forte prévalence d'idées suicidaires (21 %) que celles qui se disent plus satisfaites de leur vie en société (1,0 % et 4,3 %). Enfin, les personnes avec incapacité sans amis présentent aussi une prévalence supérieure de pensées suicidaires sérieuses (15 %) comparativement à celles qui affirment avoir des amis auprès d'eux (6 %).

Le tableau 14.10 compare les prévalences des idées suicidaires sérieuses des personnes avec et sans incapacité selon trois indicateurs de santé : l'état de santé physique ou la santé mentale autoévalués et l'indice de détresse psychologique. Aucune différence significative ne peut être mise en évidence entre les personnes avec et sans incapacité lorsqu'elles jugent leur santé physique ou mentale comme moyenne ou mauvaise. Par contre, les personnes avec incapacité jugeant leur santé physique ou mentale d'excellente à bonne rapportent plus souvent une idéation suicidaire (5 % et 3,8 % respectivement) que les personnes sans incapacité jugeant leur santé au même niveau (3,0 % et 2,4 % respectivement). Enfin, les individus avec incapacité ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique présentent une prévalence d'idées suicidaires supérieure (21 %) à celle des individus sans incapacité (12 %) au même niveau de l'indice.

Lorsque les comparaisons se limitent aux personnes présentant une incapacité, le tableau 14.10 révèle que les personnes se déclarant en mauvaise santé physique ou mentale et celles ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique présentent une prévalence d'idées suicidaires plus élevée que lorsque ces indicateurs de santé sont plus favorables. Un cas marquant est celui de la détresse psychologique : les personnes avec incapacité dans la catégorie élevée de l'indice présentent une prévalence d'idées suicidaires de 21 % comparativement à 2,0 % pour les personnes des niveaux inférieurs de l'indice de détresse psychologique. Un autre cas tout aussi marquant est cette prévalence chez les personnes considérant leur santé mentale moyenne ou mauvaise (24 %), en comparaison à celles qui la considèrent de bonne à excellente (3,8 %).

La prévalence de l'idéation suicidaire ne semble pas varier en fonction du nombre d'incapacités que présente une personne (données non présentées). Il existe cependant une association significative entre la nature exclusive de l'incapacité et la prévalence des idées suicidaires (tableau 14.11). Bien que les données sont imprécises, la prévalence de l'idéation suicidaire est plus élevée chez les personnes avec des incapacités à la fois motrices et liées aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (22 %) et chez les personnes avec une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale seulement (15 %) que chez les personnes avec une incapacité liée à la communication seulement, une incapacité motrice seulement ou des incapacités à la fois motrices et liées à la communication (3,8 %, 4,9 % et 2,5 % respectivement), ou chez les personnes sans incapacité (3,3 %).

Tableau 14.11

Prévalence d'idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois selon la nature exclusive et la présence de l'incapacité, population de 15 ans et plus¹, Québec, 1998

	%
Nature exclusive de l'incapacité	
Motricité seulement	4,9 *
Communication seulement	3,8 **
Intellect/santé mentale seulement	14,6 **
Motricité et communication	2,5 **
Motricité et intellect/santé mentale	21,6 *
Communication et intellect/santé mentale	18,1 **
Motricité, communication et intellect/santé mentale	11,0 **
Total avec incapacité	6,9
Sans incapacité	3,3

1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré un parasuicide.

* 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 sur les limitations d'activités 1998*.

Le tableau 14.12 présente les proportions de personnes suicidaires avec ou sans incapacité ayant envisagé un moyen spécifique pour mettre fin à leurs jours et, le cas échéant, les moyens envisagés. Les données ne permettent pas d'établir de différence significative entre les personnes avec ou sans incapacité quant à la planification de leur geste suicidaire. Près de 60 % des personnes avec incapacité rapportant au moins une idée suicidaire sérieuse dans l'année de référence disent avoir prévu un moyen pour mettre fin à leurs jours. Les cinq moyens les plus fréquemment envisagés par les individus avec ou sans incapacité sont les médicaments (50 %), l'arme à feu (28 %), un véhicule moteur (27 %), la pendaison (26 %) et se couper les veines (26 %) (données non présentées). La pendaison et le saut sont plus fréquemment considérés par les personnes sans incapacité comparativement aux individus avec incapacité.

Tableau 14.12

Moyens envisagés¹ pour attenter à ses jours selon la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus ayant rapporté des idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Au moins un moyen	63,8	58,9
Médicaments	56,4	46,9
Véhicule moteur	24,7 *	28,1
Arme à feu	23,9 *	29,3
Pendaison	18,1 *	29,2
Couper les veines	23,9 *	26,8
Gaz d'échappement	17,1 **	19,4 *
Saut	7,9 **	20,7
Drogue et alcool	14,2 **	15,8 *
Autres moyens	9,6 **	9,8 *

1. Une personne peut déclarer plus d'un moyen.

* 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 sur les limitations d'activités 1998*.

14.2.2.2 Parasuicides

Les prévalences des parasuicides présentées ci-après doivent être interprétées avec beaucoup de prudence en raison du petit nombre de parasuicides observés. Faute d'effectifs suffisants, les résultats de cette section se limitent à des comparaisons globales entre les personnes avec et sans incapacité et aux comparaisons pour le sexe et l'âge.

Près d'une personne sur 100 de la population du Québec avec incapacité rapporte avoir fait une tentative de suicide au cours d'une période de 12 mois (tableau 14.13). Cette prévalence est supérieure à celle observée chez les personnes sans incapacité qui se situe à 4 sur 1 000. Faute d'effectifs suffisants, il n'a pas été possible de tester statistiquement cette association chez les hommes et les femmes séparément. Si les personnes de 15 à 24 ans sans incapacité présentent une plus forte prévalence de parasuicides que les 25 ans et plus (1,3 % c. 0,2 %), la différence observée entre les personnes

avec incapacité de 15 à 24 ans (3,5 %) et celles de 25 ans et plus (0,8 %) ne peut être testée en raison des faibles effectifs.

Tableau 14.13

Prévalence des parasuicides au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, l'âge et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus¹, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Hommes		
15-24 ans	0,7**	1,0**
25 ans et plus	0,9**	0,3**
Total	0,9**	0,4*
Femmes		
15-24 ans	5,8**	1,7**
25 ans et plus	0,8**	0,1**
Total	1,1**	0,4*
Sexes réunis		
15-24 ans	3,5**	1,3*
25 ans et plus	0,8**	0,2**
Total	1,0**	0,4*

1. La population de référence exclut les personnes n'ayant déclaré que des idées suicidaires.

* 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 sur les limitations d'activités 1998*.

Sur l'ensemble des Québécois qui ont déclaré avoir posé un geste suicidaire, on observe que près de quatre personnes sur dix (38 %⁴) déclarent avoir été à l'urgence à la suite de cet événement. La différence observée entre les personnes avec ou sans incapacité à cet égard (45 % c. 35 %)⁴ n'est pas significative (données non présentées).

⁴ Cette proportion a un coefficient de variation entre 15 % et 25 % et doit être interprétée avec prudence.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Les résultats de l'enquête montrent que la proportion de personnes rapportant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique est plus élevée dans la population avec incapacité (28 %) que dans celle sans incapacité (18 %). Ces résultats sont concordants avec les conclusions d'autres études (Rodin et Voshart, 1986; Kaplan et autres, 1987; Katon, 1984; Kennedy et autres, 1990).

Les résultats de l'EQLA mettent aussi en évidence une association entre le niveau de détresse psychologique et la gravité de l'incapacité, les personnes ayant une incapacité modérée ou grave montrant un niveau élevé de détresse dans une plus grande proportion que celles ayant une incapacité légère. De plus, l'enquête révèle que près de la moitié (46 %) des personnes ayant une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale se classent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique. L'âge et le sexe sont aussi associés significativement à la présence d'un niveau élevé à cet indice. Chez les femmes âgées de 15 à 64 ans avec une incapacité grave, on observe une proportion particulièrement importante montrant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (60 %).

Chez les personnes ayant une incapacité, l'indice de détresse psychologique ne varie pas significativement en fonction du niveau de scolarité. Une association significative est toutefois observée avec le niveau de revenu du ménage, un niveau élevé à l'indice étant plus fréquent chez les personnes de ménages pauvres ou très pauvres. Par ailleurs, comparativement aux personnes mariées, les célibataires ayant une incapacité rapportent un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique dans une plus grande proportion. En outre, les données de l'EQLA mettent en évidence l'effet délétère d'un faible soutien social et de l'absence d'un

confident, en particulier chez les personnes ayant une incapacité.

Les personnes ayant une incapacité ont consulté pour des symptômes de détresse psychologique dans une proportion de 28 % comparativement à 13 % chez les personnes sans incapacité. Cependant, les personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité ont consulté pour leurs symptômes dans une proportion beaucoup plus faible que les personnes de 15 à 64 ans (14 % c. 33 %). Celles avec incapacité qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique ont consulté dans une plus grande proportion que les personnes dont le niveau est bas ou moyen (44 % c. 19 %). Quant à la consommation de médicaments psychotropes, les personnes ayant une incapacité rapportent avoir consommé des tranquillisants, sédatifs ou somnifères, au cours des deux jours de référence, dans une proportion beaucoup plus grande que les personnes sans incapacité (17 % c. 2,9 %). Chez les personnes de 65 ans et plus avec incapacité, la proportion de personnes rapportant avoir consommé des tranquillisants, sédatifs ou somnifères est plus élevée (23 %) que celle observée chez les 15-64 ans (14 %). Les données de l'EQLA montrent aussi que chez les personnes ayant une incapacité, la consommation de tranquillisants, sédatifs ou somnifères est associée à la présence de conséquences sur la fonctionnalité sociale.

Les prévalences de l'idéation suicidaire comparées dans cette étude démontrent que les Québécois avec incapacité sont plus nombreux (6,9 %) à rapporter des idées suicidaires sérieuses au cours de l'année de référence que ceux n'ayant aucune incapacité (3,3 %). Comme pour l'ensemble de la population sans incapacité, les analyses ne permettent pas de mettre en évidence de différence quant aux prévalences d'idées suicidaires entre les hommes et les femmes avec incapacité.

Mais, lorsque nous analysons chacun des niveaux de gravité de l'incapacité, il est possible de constater que

les femmes avec une incapacité grave rapportent avoir pensé au suicide dans une plus forte proportion que les hommes ayant le même niveau d'incapacité. Par ailleurs, les personnes de 25 ans et plus avec incapacité rapportent plus souvent des idées suicidaires sérieuses que les personnes de ce groupe d'âge exemptes d'incapacités. Ce constat est aussi valable pour les hommes et les femmes considérés séparément.

L'étude permet aussi de voir que, chez les personnes avec incapacité, les prévalences de l'idéation suicidaire ne varient pas aléatoirement, mais sont plus élevées pour certains groupes possédant des caractéristiques sociodémographiques ou sociales particulières. Les célibataires et les personnes de ménages très pauvres ou pauvres rapportent plus souvent des idées de suicide sérieuses. De plus, les personnes avec incapacité isolées socialement (avec un faible niveau de soutien social, sans amis ou sans confident, peu satisfaites de leur vie sociale) rapportent, elles aussi, plus souvent avoir pensé à mettre fin à leurs jours. Ces variables sont reconnues comme des facteurs de risque du suicide complété, et semblent donc de bons indicateurs du risque suicidaire chez les personnes avec incapacité. Ces caractéristiques des personnes avec incapacité devraient faire l'objet d'attentions particulières.

Lorsque les personnes avec incapacité sont comparées aux Québécois sans incapacité, il est permis de constater que les premières rapportent plus souvent avoir eu une idéation suicidaire que les deuxièmes, quel que soit le niveau de scolarité ou le niveau de revenu. Par ailleurs, les données supportent l'hypothèse que les personnes avec incapacité isolées socialement seraient encore plus à risque que les personnes isolées sans incapacité.

Chez les personnes avec incapacité, la prévalence d'idées suicidaires sérieuses varie inversement avec les perceptions des états de santé physique et mentale et avec le niveau de détresse psychologique. Un cas marquant est celui de la détresse psychologique. La

prévalence de l'idéation suicidaire sérieuse est de 21 % chez les personnes présentant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique, contre 2,0 % chez celles dont le niveau à cet indice est bas ou moyen. Ainsi, les personnes avec incapacité ayant une mauvaise perception de leur santé physique (9 % c. 5 %) ou mentale (24 % c. 3,8 %) et celles dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique (21 % c. 2,0 %) semblent plus à risque au niveau de l'idéation suicidaire que celles qui présentent les caractéristiques inverses.

Une personne avec incapacité sur cinq ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique rapporte avoir pensé sérieusement à se suicider. Cette prévalence contraste avec celle observée (12 %) dans l'ensemble de la population sans incapacité. Par ailleurs, les personnes avec incapacité jugeant leur santé physique ou mentale comme excellente, très bonne ou bonne rapportent plus souvent une idéation suicidaire sérieuse que les personnes sans incapacité jugeant leur santé de la même façon.

Quant à la planification de l'acte suicidaire lors de l'idéation, les données de l'enquête ne permettent pas d'affirmer que les personnes avec incapacité diffèrent des personnes sans incapacité. Il est cependant utile de rappeler que plus de six personnes suicidaires sur dix affirment avoir envisagé un moyen spécifique pour passer à l'acte. Il faut aussi prendre note que les moyens envisagés, selon les circonstances, peuvent être létaux, suggérant ainsi que, pour une proportion non négligeable de personnes rapportant de telles idées, ces ruminations seraient très sérieuses.

L'incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale, seule ou en cooccurrence avec l'incapacité motrice, regroupe davantage de personnes qui ont pensé au suicide que n'en regroupent l'incapacité motrice seulement, l'incapacité liée à la communication seulement, ou ces deux types d'incapacité combinés. Notons cependant que l'incapacité liée aux activités

intellectuelles ou à la santé mentale correspond, du moins en partie, à la mesure de la détresse psychologique. D'autres analyses sont nécessaires pour éclaircir cette relation.

L'analyse des parasuicides a été fortement limitée par la faible taille des effectifs impliqués. Néanmoins, l'étude révèle une association entre la présence d'une incapacité et le parasuicide. Les personnes avec incapacité seraient plus suicidaires. Faute d'effectifs suffisants, il n'a pas été possible de tester statistiquement cette association chez les hommes et les femmes séparément.

Que l'on ait une incapacité ou non, environ quatre personnes parasuicidaires sur dix (donnée imprécise) déclarent avoir été à l'urgence à la suite de leur tentative de suicide commise au cours de l'année de référence. Selon ce constat, il est proposé que ce lieu soit un endroit à privilégier pour la prévention de la récurrence.

Les résultats présentés dans ce rapport doivent être interprétés avec une certaine prudence. En effet, les résultats sont limités par le fait qu'il s'agit d'une étude transversale où l'antériorité des événements étudiés ne peut pas être déterminée précisément, limitant ainsi notre capacité d'interpréter la direction des associations qui ont été observées. Par ailleurs, les analyses des idées suicidaires et surtout des parasuicides ont été limitées par la taille des effectifs disponibles. Malgré l'importance de l'échantillon de base, le parasuicide est un événement relativement rare et les effectifs diminuent rapidement lorsqu'on s'intéresse par exemple à la gravité de l'incapacité. Il faut donc rappeler que plusieurs des estimations de prévalence d'idées suicidaires ou de parasuicides rapportées ici sont instables et doivent être interprétées avec circonspection. Par ailleurs, le suicide est une problématique très complexe car, comme nous l'avons constaté, plusieurs variables sociodémographiques, sociales et sanitaires y sont associées. Dans certains cas, les réalités couvertes par les variables peuvent être très similaires. On pense, entre autres, à

l'incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale et au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Il est donc recommandé de poursuivre ces analyses avec des techniques statistiques multivariées. Comme on a pu le constater, nous possédons peu de données nous permettant de comparer les résultats de cette recherche. Il est donc difficile d'établir les particularités de la situation québécoise quant au profil suicidaire des personnes avec incapacité. Il faut aussi noter que nous n'avons pas de données spécifiques sur l'incidence du suicide complété chez les personnes avec incapacité. Il est donc impossible d'établir, par exemple, le ratio entre le suicide et le parasuicide. Enfin, il est très important de souligner que les personnes avec des idées suicidaires, celles posant des gestes suicidaires sérieux et celles décédant par suicide forment des populations fort distinctes. Ainsi, bien que la tentative de suicide constitue l'un des meilleurs prédicteurs du suicide complété, il n'en demeure pas moins que la population des personnes qui se sont suicidées est très particulière.

Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

Cette étude nous amène à deux principales conclusions. La première est liée au fait que les personnes présentant une incapacité sont davantage à risque d'être incluses dans le niveau élevé de détresse psychologique. Ce résultat suggère que l'entourage et les intervenants travaillant auprès de cette population peuvent jouer un rôle important de prévention des conséquences de ces problèmes en portant une plus grande attention aux symptômes de la détresse psychologique. La deuxième conclusion est liée au fait que les personnes se percevant en mauvaise santé mentale présentent un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique dans une proportion de plus de 65 % et au fait que la satisfaction quant à la vie sociale est un prédicteur additionnel important d'un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Ces résultats suggèrent qu'une attention particulière soit accordée à ces simples indicateurs pour aider à identifier les personnes avec

incapacité qui présentent un haut risque de détresse psychologique élevée et d'idéation suicidaire.

Actuellement, les données disponibles ne permettent pas de bien évaluer la gravité des problèmes de détresse psychologique dans la population présentant une incapacité. Certaines informations concernant, entre autres, les conséquences de ces problèmes sur la fonctionnalité des personnes touchées sont nécessaires pour aider les responsables de la planification des services sociaux et de santé. Dans cette perspective, les prochaines enquêtes sociales et de santé au Québec devraient permettre de mieux documenter les

conséquences de la détresse psychologique sur la qualité de vie des personnes présentant une incapacité. En particulier, les futures enquêtes devraient permettre de mieux évaluer le besoin d'aide des personnes se situant à un niveau élevé de détresse psychologique.

Bibliographie

ABELES, R. P., H. C. GIFT, M. G. ORY (1994). *Aging and quality of life*, New York, Springer, Pub. Co., 371 p.

ARMENIAN, H. K., L. A. PRATT, J. GALLO et W. W. EATON (1998). « Psychopathology as a predictor of disability: a population-based follow-up study in Baltimore, Maryland », *American Journal of Epidemiology*, vol. 148, n° 3, p.269-275.

BERRY, J. M., M. STORANDT et A. COYNE (1984). « Age and sex differences in somatic complaints associated with depression », *Journal of Gerontology*, vol. 39, n° 4, p. 465-467.

BOLLA-WILSON, K., et M. L. BLEECKER (1989). « Absence of depression in elderly adults », *Journal of Gerontology*, vol. 44, n° 2, p. 53-55.

BOYER, R., M. PRÉVILLE, G. LÉGARÉ et P. VALOIS (1993). « La détresse psychologique dans la population non-institutionnalisée : résultats normatifs de l'Enquête Santé Québec, Psychological distress in the general population : normative results from the Quebec Health Survey », *Journal canadien de psychiatrie*, vol. 38, n° 5, p. 339-343.

BOYER, R., M. PRÉVILLE, C. PERRAULT et G. LÉGARÉ (1992). « Épidémiologie des parasuicides et des idéations suicidaires » dans *Les cahiers de recherche*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 62 p.

BOYER, R., et D. SAINT-LAURENT (2000). « Idées suicidaires et parasuicides » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 17, p. 355-367.

BOYER, R., M. PRÉVILLE et G. LÉGARÉ (1994a). « Santé mentale » dans *Et la santé des Cris, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James 1991*, Québec, Gouvernement du Québec, Santé Québec, chapitre 8.

BOYER, R., R. DUFOUR, M. PRÉVILLE et L. BUJOLD-BROWN (1994b). « Santé mentale » dans *Et la santé des Inuits, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik 1992*, tome 2, Québec, Gouvernement du Québec, Santé Québec, chapitre 11., p. 117-145.

BROWN, G. W., T. K. J. CRAIG et T. O. HARRIS (1985). « Depression: Distress or disease? Some epidemiological considerations », *British Journal of Psychiatry*, vol. 147, p. 612-622.

CALLAHAN, C. M., F. D. WOLINSKY, T. E. STUMP, N. A. NIENABER, S. L. HUI et W. M. TIERNEY (1998). « Mortality, symptoms, and functional impairment in late-life depression », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 13, n° 11, p. 746-752.

CLARK, D. C., et S. L. HORTON-DEUTSCH (1992). « Assessment in absentia: the value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides », dans MARIS, R. W., A. L. BERMAN, J. T. MALTSBERGER et R. I. YUFIT (éd.). *Assessment and Prediction of Suicide*, New York, The Guilford Press, p. 144-182.

DOBSON, K. S. (1985). « The relationship between anxiety and depression », *Clinical Psychology Review*, vol. 5, p. 307-324.

FERRARO, K. F. (1990). *Gerontology: perspectives and issues*, New York, Springer, Pub. Co., 381 p.

GOLD, J. R. (1990). « Levels of Depression » dans WOLMAN, B. B., et G. STRICKER (éd.). *Depressive Disorders: Facts, Theories, and Treatment Methods*, New York, John Wiley & Sons, chapitre 10, p. 203-228.

GRUNBERG, F., A. LESAGE, R. BOYER, C. VANIER, R. MORISSETTE, C. MÉNARD-BUTEAU et M. LOYER (1994). « Le suicide chez les jeunes adultes de sexe masculin au Québec : psychopathologie et utilisation des services médicaux », *Santé mentale au Québec*, vol. 19, n° 2, p. 25-39.

HARRIS, E. C., et B. BARRACLOUGH (1997). « Suicide as an outcome for mental disorders, A meta-analysis », *British Journal of Psychiatry*, vol. 170, p. 205-228.

ILFELD, F. W. (1976). « Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population », *Psychological Reports*, vol. 39, p. 1215-1228.

KAPLAN, G. A., R. E. ROBERTS, T. C. CAMACHO et J. C. COYNE (1987). « Psychosocial predictors of depression: prospective evidence from the Human Population Laboratory Studies », *American Journal of Epidemiology*, vol. 125, n° 2, p. 206-220.

KATON, W. (1984). « Depression: relationship to somatization and chronic medical illness », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 45, n° 3, sec. 2, p. 4-11.

KATON, W., R. REIS et A. KLEINMAN (1984). « The prevalence of somatization in primary care », *Comprehensive Psychiatry*, vol. 25, n° 2, p. 208-215.

KENDELL, R. E. (1988). « What is a case? » *Archives of General Psychiatry*, vol. 45, p. 374-376.

KENNEDY, G. J., H. R. KELMAN et C. THOMAS (1990). « The emergence of depressive symptoms in late life: the importance of declining health and increasing disability », *Journal of Community Health*, vol. 15, n° 2, p. 93-104.

KERKHOF, A. J. F. M. et autres (éd.) (1994). *Attempted suicide in Europe: findings from the Multicentre Study on parasuicide by the WHO Regional Office for Europe*, Leiden, DSWO Press, Leiden University, 294 p.

KLERMAN, G. L., et M. M. WEISSMAN (1989). « Increasing rates of depression », *Journal of American Medical Association*, vol. 261, n° 15, p. 2229-2235.

KLERMAN, G. L. (1990). « The contemporary american scene: diagnosis and classification of mental disorders, alcoholism and drug abuse » dans SARTORIUS, N., A. JABLENSKY, D. A. REGIER, J. D. BURKE et R. HIRSCHFELD (éd.). *Sources and traditions of classification in psychiatry*, Toronto, Hogrefe & Huber Publishers, chapitre 4, p. 93-137.

KREITMAN, N., A. E. PHILIP, S. GREER et R. BAGLEY (1969). « Parasuicides », *British Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 2, p. 116-123.

LESAGE, A., R. BOYER, F. GRUNBERG, C. VANIER, R. MORISSETTE, C. MÉNARD-BUTEAU et M. LOYER (1994). « Suicide and mental disorders: A case control study of young men », *American Journal of Psychiatry*, vol. 151, n° 7, p. 1063-1068.

LIPMAN, R. S., C. CHASE, K. RICKLES, L. COVI, L. R. DEROGATIS et E. H. UHLENHUTH (1969). « Factors of symptoms distress », *Archives of General Psychiatry*, vol. 21, p. 328-338.

MIROWSKY, J., et C. E. ROSS (1989a). « Social Causes of Psychological Distress » dans ROSSI, P. H., M. USEEM et J. D. WRIGHT (éd.). New York, Adline De Gruyter.

PENNINX, B. W., J. M. GURALNIK, L. FERRUCCI, E. M. SIMONSICK, D. J. DEEG et R. B. WALLACE (1998). « Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons », *JAMA*, vol. 279, n° 21, p. 1720-1726.

PRÉVILLE, M., R. BOYER, L. POTVIN, C. PERRAULT et G. LÉGARÉ (1992). *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec*, Cahier de recherche n° 7, Enquête Santé Québec 1987, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des

Services sociaux.

PRÉVILLE, M., L.POTVIN et R.BOYER (1995). « The structure of psychological distress », *Psychological Reports*, vol. 77, p. 275-293.

PRÉVILLE, M., L.POTVIN et R.BOYER (2000). « Effect of physical health status on responses to a psychological distress measure », *Canadian Journal on Aging*, vol. 19, n° 3, p. 363-379.

RODIN, G., et K. VOSHART (1986). « Depression in the medically ill: an overview », *American Journal of Psychiatry*, vol. 143, n° 6, p. 696-705.

SAINT-LAURENT, D., et S. TENNINA (2000). *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 1996*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 59 p.

TURNER, R. J., et S. NOH (1988). « Physical disability and depression: a longitudinal analysis », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 29, n° 1, p. 23-37.

VAILLANT, G. E., et P. SCHNURR (1988). « What is a case? A 45-year study of psychiatric impairment within a college sample selected for mental health », *Archives of General Psychiatry*, vol. 45, p. 313-319.

VASSEND, O. (1989). « Dimensions of negative affectivity, self-reported somatic symptoms, and health-related behaviors », *Social Science and Medicine*, vol. 28, n° 1, p. 29-36.

WATSON, D., et P. C. KENDALL (1989). « Understanding anxiety and depression: Their relation to negative and positive affective states » dans KENDALL, P. C., et D. WATSON (éd.). *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*, New York, Academic Press, chapitre 1, p. 3-26.

WELLS, K. B., J. M. GOLDING et M. A. BURNAM (1988). « Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical condition », *American Journal of Psychiatry*, vol. 145, p. 976-981.

WILLIAMSON, G. M., et R. SCHULZ (1992). « Physical illness and symptoms of depression among elderly outpatients », *Psychology and Aging*, vol. 7, n° 3, p. 343-351.

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 âgée (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 professionnel¹, 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	
	%			
Médecin (généraliste ou spécialiste)	22,4	32,2	26,2	12,5
Médecin généraliste	15,9	23,7	19,0	9,4
Médecin spécialiste	8,8	13,9	10,8	4,2
Professionnel autre que médecin	22,7	27,7	24,7	14,1
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*
Au moins un professionnel	36,5	46,6	40,5	22,9

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*	37,6
Sans incapacité	79,1	17,0	3,9	20,9
15-64 ans				
Avec incapacité	60,9	22,9	16,3	39,1
Sans incapacité	77,7	16,9	5,4	22,3
65 ans et plus				
Avec incapacité	56,5	29,8	13,8	43,5
Sans incapacité	72,1	21,5	6,5	27,9
Total				
Avec incapacité	59,7	25,3	15,0	40,4
Sans incapacité	77,6	17,3	5,2	22,5

* 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 autre¹, 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
Au moins un professionnel					
Avec incapacité	37,6	39,1	43,5	40,4	438,4
Sans incapacité	20,9	22,3	27,9	22,5	1 366,6

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 autre¹, 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
Au moins un professionnel	28,0	41,3	40,1	45,7	22,9

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 autre¹, 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
Au moins un professionnel	61,9	48,5	46,6	35,7	29,6	22,9

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

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

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

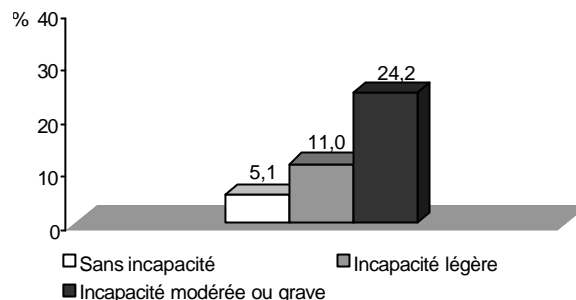
Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

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 %¹ (activités intellectuelles ou santé mentale seulement), 8 %² (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.

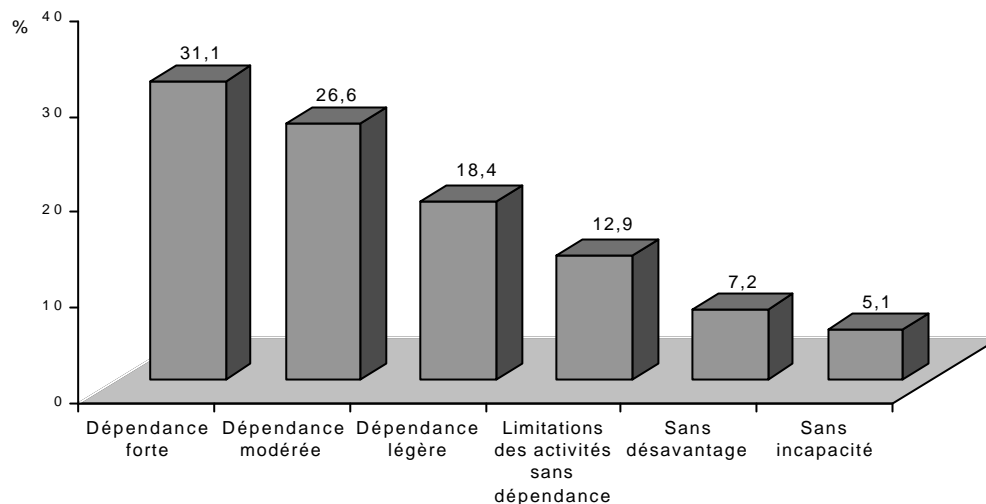
Le recours à l'hospitalisation est associé à l'indice de désavantage lié à l'incapacité; il varie de 7 %, lorsque cet indice est à son plus faible (sans désavantage), à 31 % au niveau de dépendance forte (figure 15.2). D'une part, les personnes sans incapacité et celles sans désavantage ne diffèrent 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.

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

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

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
Total		
Avec incapacité	62,0	37,0
Sans incapacité	29,3	30,5

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	70,3
Femmes	13,4	34,9	51,7	86,6
Sans incapacité				
Hommes	60,0	30,0	10,1	40,0
Femmes	34,6	45,3	20,1	65,4

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
Total				
Avec incapacité	50,9	39,5	9,6 *	49,1
Sans incapacité	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
Total				
Avec incapacité	20,6	33,9	45,6	79,5
Sans incapacité	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	63,7
Motricité seulement	18,0	35,8	46,3	82,0
Intellect/santé mentale seulement	36,0	35,1	28,8	64,0
Incapacités multiples	12,4	27,8	59,8	87,6
Sans incapacité	47,3	37,6	15,1	52,7

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	93,4
Dépendance modérée	8,5*	24,8	66,7	91,5
Dépendance légère	13,8	30,1	56,1	86,2
Limitations des activités sans dépendance	27,3	38,7	34,1	72,7
Sans désavantage	30,2	39,5	30,3	69,8
Sans incapacité	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*.

Conclusion

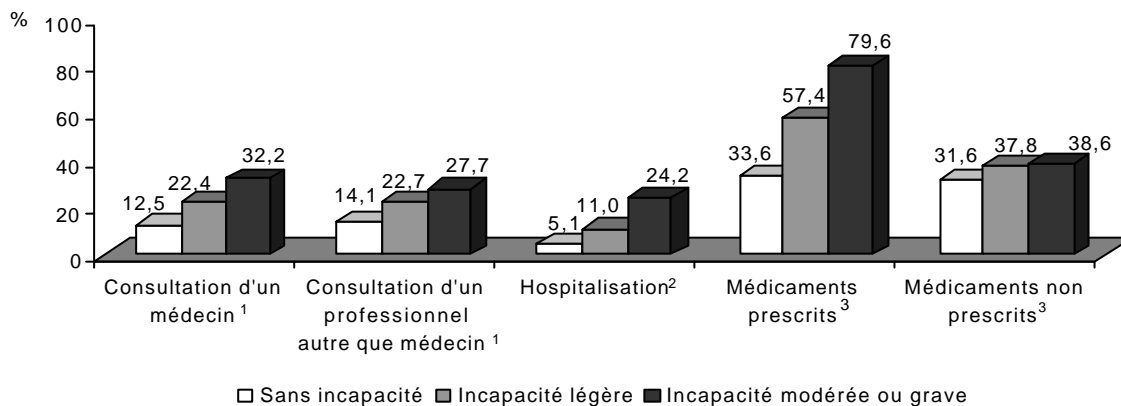
Synthèse et pistes de recherche

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 ¹		Hospitalisation ²		Consommation de médicaments ³	
	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.

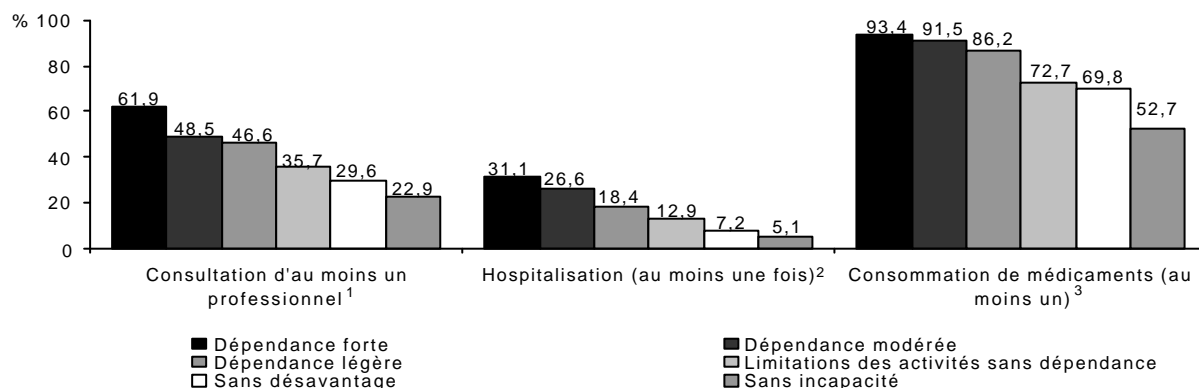
Les résultats de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* montrent que les différents indices et indicateurs qui servent à décrire la capacité des individus à accomplir un ensemble d'activités données (incapacité) et à vivre de façon autonome

(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^e 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^o 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 **
Total		
Avec incapacité	28,1	28,2
Sans incapacité	12,6	26,1
15 ans et plus		
Gravité de l'incapacité		
Légère	57,4	37,8
Modérée ou grave	79,6	38,6
Total		
Avec incapacité	66,1	38,1
Sans incapacité	33,6	31,6

* 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
Sans incapacité	33,6	31,6

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

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

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 santé¹, 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

¹ 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 Québec² en 1998, les changements survenus entre 1986 et 1998 et les variations observées entre les régions sociosanitaires en

² 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.

1998³. 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*

³ 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 désavantage⁴.

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

⁴ 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 analyses⁵ 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

⁵ 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 institutionnels⁶, 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 âgées⁷, 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 1996⁸. 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 âgées⁹, connaissent 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

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

⁷ « 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).

⁸ 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.

⁹ 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 indiennes¹⁰.

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

¹⁰ 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
Incapacité						
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
Désavantage						
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.

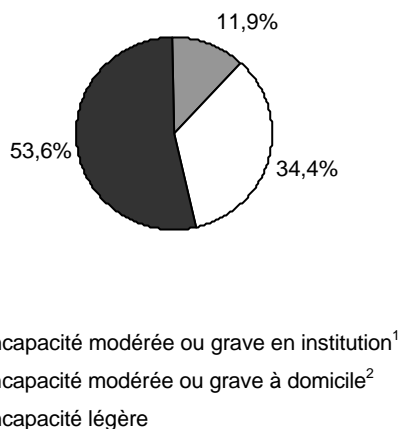
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *fichier des décès, 1995 à 1997*.

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



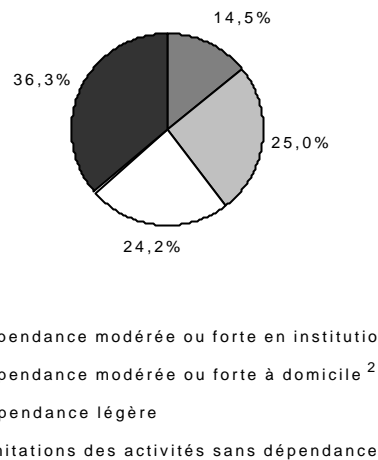
1. Cette catégorie comprend les institutions de santé et les résidences pour personnes âgées.
2. En plus du domicile, cette catégorie réfère aux logements collectifs autres que les institutions de santé et les résidences pour personnes âgées.

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



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
Incapacité						
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
Désavantage						
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.*

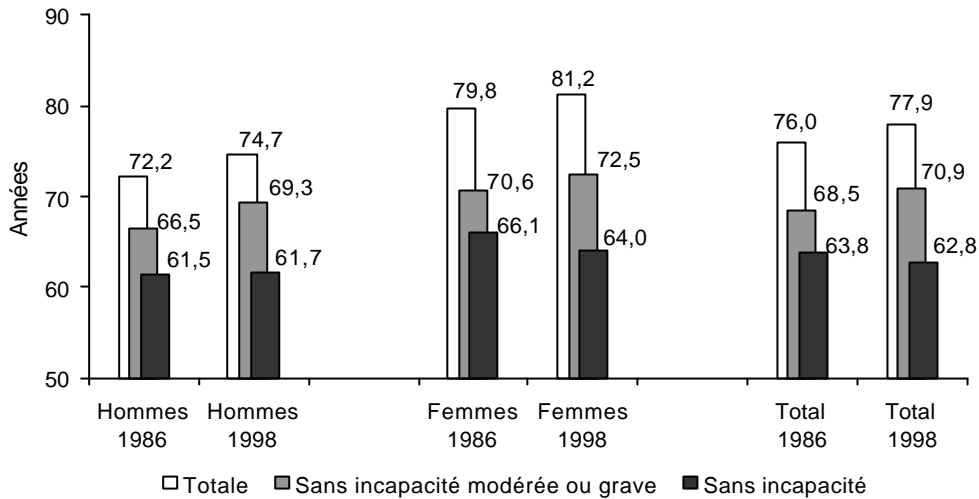
Statistique Canada, *Recensements de 1986 et de 1996.*

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

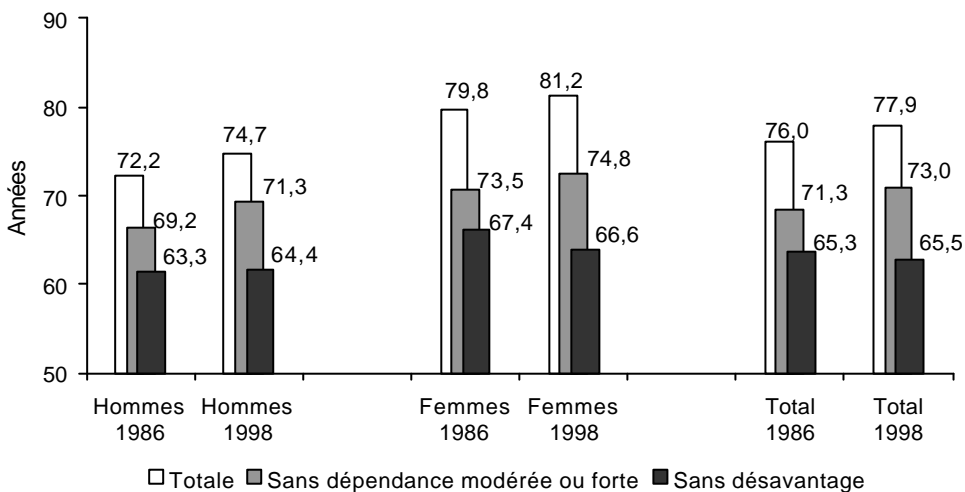
Espérance de vie totale sans incapacité et sans incapacité modérée ou grave à la naissance, selon le sexe, Québec, 1986 et 1998



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 population¹¹, 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.

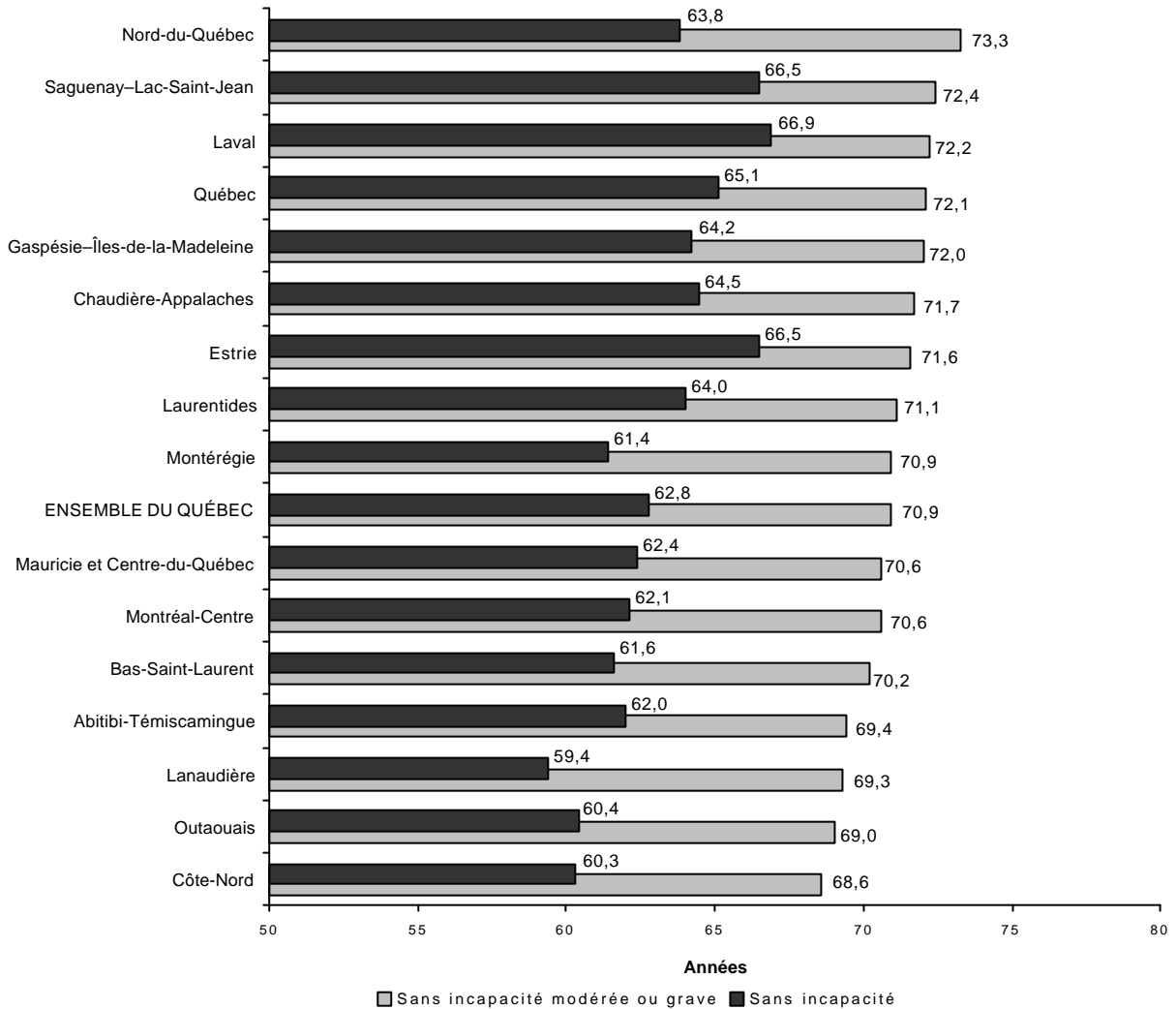
Le profil régional de l'espérance de santé varie peu selon le sexe (tableaux C.16.2 et C.16.3). L'espérance de santé sans incapacité ou dépendance modérée ou sévère est dans toutes les régions plus élevée chez les femmes que chez les hommes; les écarts observés se situant généralement entre 2 ans et 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-ci¹², 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.

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

¹² 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

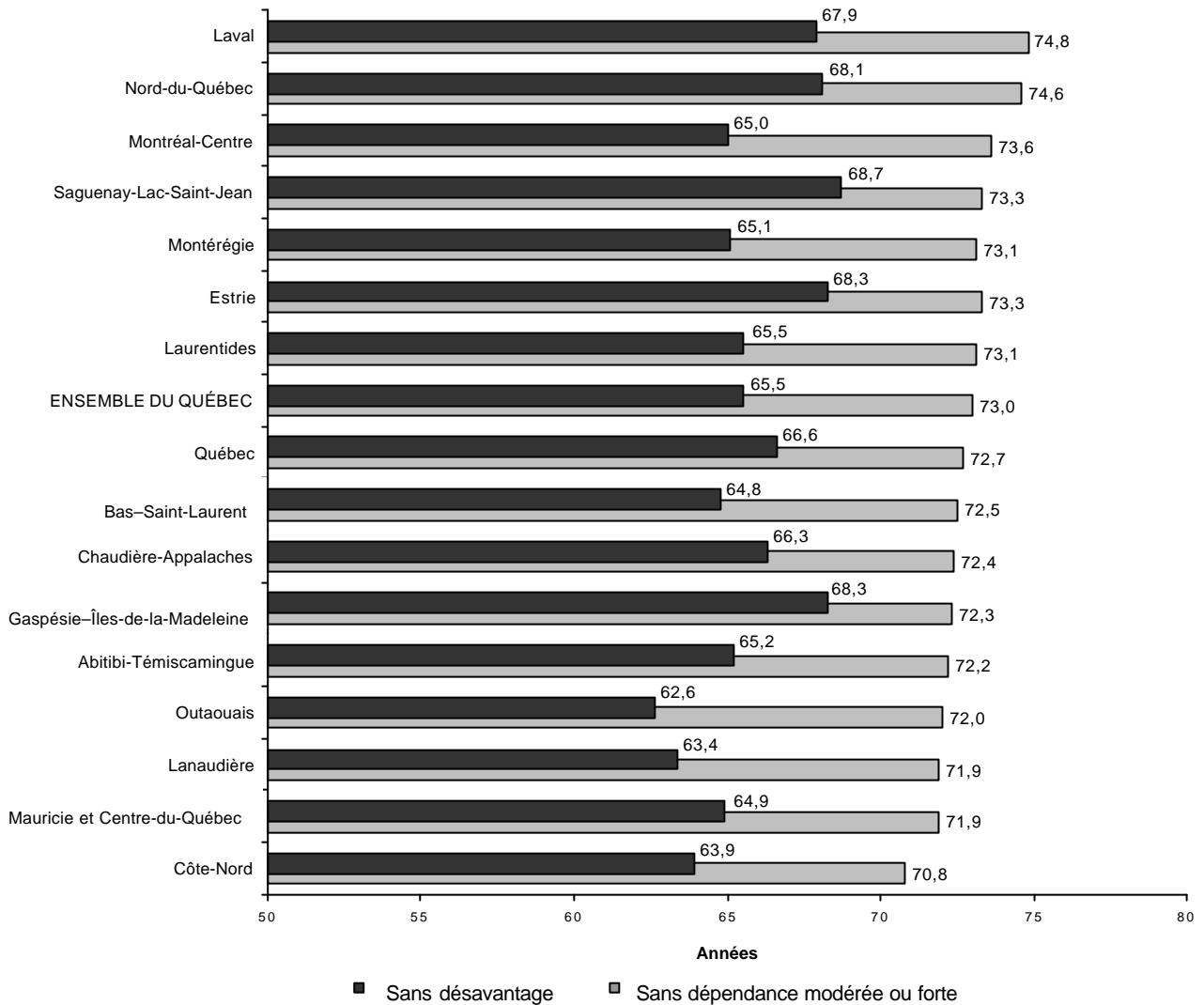
Espérance de santé à la naissance sans incapacité et sans incapacité modérée ou grave, selon la région sociosanitaire et l'ensemble du Québec, Québec, 1998



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 sociosanitaire 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^e 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 photocopié, 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 (éd.) (1994). *Advances in health expectancies: Proceedings of the 7th 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: recommendations for terminology » dans MATHERS, C., J. MCCALLUM et J. M. ROBINE (éd.). *Advances in health expectancies: Proceedings of the 7th 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^{os} 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^{os} 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^o 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^o 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^o 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^o 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. BOSUIZEN (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.
- WAIMMANN, 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*, 8th 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 7th 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
Incapacité						
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
Désavantage						
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*.

Chapitre 17

Conclusion générale

Jocelyne Camirand

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec

Suzanne Doré

Direction de la recherche, du développement et des programmes
Office des personnes handicapées du Québec

Jacinthe Aubin

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec

L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA) avait pour but de recueillir des renseignements sur la population québécoise ayant une incapacité et vivant en ménage privé. Les données ont été recueillies, dans un premier temps, auprès d'environ 30 000 répondants de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, permettant ainsi d'établir la prévalence et la nature des incapacités au Québec. Parmi ces répondants, 4 015 ont été sélectionnés comme ayant une incapacité et ont répondu à un questionnaire de suivi détaillé.

Ce rapport général de l'enquête comprend une analyse détaillée des caractéristiques de la population avec incapacité qui est comparée à plusieurs égards à celle de la population québécoise sans incapacité. Il comprend également une analyse de l'évolution dans le temps des principaux indicateurs reliés à la santé et à l'intégration sociale de cette population, grâce à une comparaison avec les résultats des enquêtes sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 et de 1991 de Statistique Canada. De plus, ce rapport fournit les taux d'incapacité pour chacune des régions sociosanitaires du Québec ainsi qu'une analyse de l'espérance de vie et de santé dans la population québécoise et dans ses régions. Ce rapport constitue une des sources d'information les plus exhaustives sur la population avec incapacité au Québec et une référence pour la planification des services.

Cette conclusion reprend en première partie les principaux résultats de l'enquête. Après une présentation de l'évolution de l'incapacité dans la population québécoise, les autres résultats sont présentés, d'abord pour les adultes (15 ans et plus), puis pour les enfants (0-14 ans). Les résultats touchant l'espérance de vie et de santé dans la population québécoise sont ensuite présentés. Un rappel des principales pistes de recherche termine cette section. La seconde partie de cette conclusion dégage certains éléments de réflexion pour la planification des politiques et des services à l'égard de la population ayant une incapacité.

17.1 Bilan et pistes de recherche

17.1.1 Prévalence de l'incapacité dans la population québécoise et son évolution

En 1998, 15 % de la population québécoise vivant en ménage privé présente une incapacité. La hausse du taux d'incapacité dans la population québécoise vivant à domicile est un des faits marquants de cette enquête. Le taux d'incapacité est passé de 10 % en 1986 à 12 % en 1991, pour atteindre 15 % en 1998. Cette hausse s'observe tant chez les enfants que chez les adultes. Chez les enfants, elle est principalement attribuable à une hausse des troubles d'apprentissage et des troubles émotifs ou de comportement. Chez les 15 ans et plus, la hausse s'explique par une augmentation de certains types d'incapacité et des incapacités légères; les

incapacités modérées ou graves sont restées assez stables entre 1986 et 1998.

La hausse du taux d'incapacité au Canada entre 1986 et 1991 s'observait principalement chez les personnes ayant une incapacité légère, comme c'est le cas au Québec entre 1986 et 1998 selon l'EQLA. Cette augmentation avait été attribuée à trois facteurs principaux : le vieillissement de la population; des modifications à la méthodologie de l'enquête permettant de mieux dénombrer les adultes ayant une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale; et finalement, une sensibilisation accrue de la population face à l'incapacité. Il avait été suggéré en effet qu'en raison d'une plus grande sensibilisation de la société au phénomène de l'incapacité, les adultes ayant une incapacité pourraient avoir été plus disposés à faire état de leurs limitations que dans le passé (Laroche et Morin, 1994). Ce facteur s'applique sans doute aussi à la présente enquête. Par ailleurs, la hausse des taux d'incapacité standardisés entre 1986 et 1998 au Québec montre que cette augmentation n'est pas entièrement attribuable à l'évolution de la structure d'âge et de sexe de la population québécoise.

La hausse marquée des incapacités, en particulier en ce qui a trait aux incapacités légères, doit être remise dans le contexte de l'évolution de l'incapacité au Canada. En effet, le Québec avait en 1986 un taux d'incapacité inférieur à celui du reste du Canada. Cette position privilégiée était essentiellement due au fait que le Québec présentait un taux d'incapacité légère plus faible, le taux d'incapacité modérée ou grave étant relativement semblable à celui observé dans le reste du Canada (Saucier et Lafontaine, 1991). De même, en 1991, le Québec affichait le plus faible taux d'incapacité au Canada pour la population vivant en ménage privé : il se situait à 12 % au Québec alors qu'il était de 15 % en Ontario comme dans l'ensemble du Canada (Statistique Canada, 1994). Les résultats de l'EQLA montrent que le Québec, par cette remontée, rejoint les niveaux d'incapacité observés ailleurs au Canada en 1991.

Par ailleurs, des données d'autres sources corroborent – indirectement car elles ne portent pas sur l'incapacité selon les critères définis dans l'EQLA – la hausse de l'incapacité au Québec. Ainsi, on a observé une hausse de 10 % à 12 % de la proportion de la population canadienne de 15 ans et plus (en ménage privé) ayant répondu positivement aux questions portant sur les limitations d'activités et la présence d'une incapacité chronique aux recensements de 1991 et de 1996 (Langlet, 1999). L'*Enquête sociale et de santé 1998* montre également une hausse de deux points de pourcentage des limitations d'activités dans la même population entre 1992-1993 et 1998; cette tendance à la hausse est confirmée par l'examen de 14 enquêtes portant sur des questions similaires (Wilkins, 2000). Ces données supportent le réalisme de la hausse observée entre l'ESLA de 1991 et l'EQLA 1998.

En 1998, les taux d'incapacité varient entre les régions sociosanitaires : de 10 % à 18 % pour les taux d'incapacité bruts et de 10 % à 19 % pour les taux standardisés.

17.1.2 Population de 15 ans et plus

Prévalence selon la nature et la gravité de l'incapacité

En 1998, 17 % de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé présente une incapacité. Le taux d'incapacité augmente avec l'âge et de façon de plus en plus marquée à partir de l'âge de 55 ans. Il est de 13 % chez les 15-64 ans et de 42 % chez les 65 ans et plus; il atteint 55 % chez les 75 ans et plus. Sept pour cent (7 %) des personnes de 15 ans et plus présentent une incapacité d'un niveau de gravité modéré ou grave. Les données de l'enquête permettent d'estimer que 630 500 personnes de 15 à 64 ans et 339 900 personnes de 65 ans et plus ont une incapacité.

Les incapacités les plus répandues chez les adultes en 1998 sont les incapacités liées à la mobilité (9 %), à l'agilité (8 %), à l'audition (4,2 %) et les incapacités liées aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (4,1 %). Les autres incapacités étudiées dans l'enquête sont : les incapacités liées à la vision (1,8 %), à la parole (0,9 %), et les incapacités physiques de nature non précisée (1,7 %). Près de la moitié des personnes ayant une incapacité ont en fait deux incapacités ou plus. Dans la grande majorité des cas, l'incapacité survient à l'âge adulte, plus particulièrement entre 35 et 54 ans.

La hausse du taux d'incapacité chez les adultes entre 1986 et 1998 est significative chez les 15-54 ans et les 65 ans et plus. Elle s'explique par une augmentation significative des incapacités liées à l'agilité, à l'audition, et des incapacités physiques de nature non précisée, particulièrement chez les 15-64 ans pour les deux dernières. La diminution des incapacités liées à la vision chez les 65 ans et plus entre 1986 et 1998 est un des résultats intéressants de cette enquête. La hausse du taux d'incapacité chez les adultes entre 1986 et 1998 s'observe pour l'incapacité légère, l'incapacité modérée ou grave étant restée assez stable.

Prévalence du désavantage lié à l'incapacité

Le rapport propose une nouvelle mesure du désavantage, c'est-à-dire les conséquences sociales de l'incapacité. Selon cet indice, 13 % de l'ensemble de la population québécoise de 15 ans et plus vivant à domicile est touché par une forme plus ou moins grave de désavantage, tandis que 3,4 % ne subit aucun désavantage malgré la présence d'une incapacité. La population désavantagée comprend des personnes présentant une dépendance forte ou modérée (3,5 % de la population), une dépendance légère (3,9 %) ou des limitations dans leurs activités sans présenter de dépendance (5,8 %). Si on tient compte de l'ensemble de la population québécoise (incluant les personnes en institution), c'est 5 % de la population qui présente une dépendance modérée ou forte.

Chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant en ménage privé, la présence d'une incapacité se conjugue à une dépendance dans la plupart des cas. À l'opposé, chez les plus jeunes (15-34 ans), le désavantage se manifeste plus souvent par une limitation dans les activités sans dépendance.

La prévalence du désavantage a augmenté entre 1986 et 1998. Cette augmentation touche les catégories les plus légères du désavantage, soit les personnes légèrement dépendantes, les personnes limitées dans leurs activités mais sans dépendance, et les personnes avec incapacité mais sans désavantage. En revanche, la proportion de personnes modérément dépendantes est demeurée stable entre les enquêtes, alors que la proportion de personnes fortement dépendantes a diminué entre 1991 et 1998. Cette évolution s'apparente à celle du taux d'incapacité.

Caractéristiques démographiques et socio-économiques des personnes et des ménages

En 1998, 30 % des ménages privés du Québec comptent au moins une personne (adulte ou enfant) ayant une incapacité. Comme on pouvait s'y attendre, la population avec incapacité est plus âgée que la population sans incapacité. On n'observe pas de changement notable de la structure par âge de la population ayant une incapacité entre 1986 et 1998; cependant, on note une légère augmentation relative des personnes de 15-64 ans (de 54 % à 58 %) entre 1991 et 1998.

La situation socioéconomique défavorable des adultes ayant une incapacité, observée en 1986 et 1991, persiste en 1998. Ces personnes sont moins scolarisées que les personnes sans incapacité du même âge. Elles sont aussi moins fortunées, à l'exception des 65 ans et plus. Seule une faible proportion des personnes avec incapacité (14 %) reçoivent des prestations, une pension ou de l'aide financière du gouvernement en raison de leur état. Et c'est moins du dixième (8 %) qui profite des crédits d'impôt pour personnes handicapées. De plus, seulement 15 % des personnes de 15 ans et plus reçoivent un remboursement complet, parmi celles qui

ont des dépenses reliées à leur incapacité (40 %).

Les adultes ayant une incapacité risquent d'être plus isolés socialement, étant plus souvent sans emploi (entre 15 et 64 ans) et plus souvent célibataires (entre 35 et 64 ans) ou veufs, séparés ou divorcés (à partir de 45 ans).

Utilisation et besoin d'aides techniques

L'EQLA révèle que 5 % de la population québécoise de 15 ans et plus et 4 % de l'ensemble de la population du Québec (adultes et enfants) utilisent une aide technique en 1998. Ces proportions sont restées stables entre 1991 et 1998. En 1998, le taux d'utilisation est de 2,9 % chez les personnes de 15-64 ans et atteint près d'une personne sur cinq (18 %) chez les 65 ans et plus. Chez ceux-ci, le nombre d'aides techniques par personne est aussi plus important : 62 % des personnes qui utilisent une aide technique en utilisent en fait deux ou plus.

Les résultats décrivent les types d'aides utilisés et les besoins à cet égard : 8 % des adultes ayant une incapacité ont des besoins non comblés, c'est-à-dire qu'ils requièrent une aide technique ou une aide technique supplémentaire. Le rapport révèle une hausse importante de l'utilisation des aides à l'audition chez les 15 ans et plus entre 1986 et 1998.

Habitation

Près de la moitié (49 %) des personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité et vivant en ménage privé sont propriétaires de leur domicile, les autres (51 %) étant locataires. Parmi les locataires, 11 % habitent un logement réservé aux personnes âgées et seulement 1,4 %, un logement conçu pour les personnes avec incapacité.

Près de 8 % des personnes de 15 ans et plus avec incapacité ont besoin d'aménagements spéciaux à l'intérieur du domicile ou pour y entrer et en sortir. Toutefois, 3,0 % des personnes n'ont pas les

aménagements requis. Les besoins varient selon l'âge : alors que 4,7 % des 15-64 ans ont besoin de tels aménagements au domicile, c'est le cas de 13 % des 65 ans et plus. La proportion de personnes ayant besoin d'aménagements spéciaux et celle de personnes ayant des besoins non comblés augmentent avec la gravité de l'incapacité.

Les proportions de personnes ayant des besoins en aménagements spéciaux et des besoins non comblés pour l'habitation ont diminué entre 1991 et 1998. Ces diminutions pourraient s'expliquer par des habitations mieux adaptées aux besoins, par la plus grande proportion de l'incapacité de gravité légère ou par des variations de la prévalence de certains types d'incapacité.

Activités de la vie quotidienne

La moitié de la population avec incapacité de 15 ans et plus (50 %) a besoin d'aide pour ses activités quotidiennes, que ce soit de l'aide personnelle (13 %) (préparation des repas, soins personnels, etc.), de l'aide pour les travaux ménagers courants (31 %) ou pour les gros travaux ménagers (42 %). Même si la grande majorité d'entre elles reçoivent de l'aide (90 %), environ 40 % des personnes ayant besoin d'aide voient certains de leurs besoins non comblés. Environ 192 000 Québécois sont dans cette situation. Les besoins non comblés sont particulièrement importants chez les personnes de 15 à 64 ans, et toute proportion gardée, chez les personnes de ménages très pauvres ou pauvres. Près de quatre personnes sur dix (37 %) doivent assumer des coûts pour l'aide qu'elles reçoivent; chez les personnes âgées recevant de l'aide, c'est près d'une personne sur deux (48 %). L'enquête confirme l'importance des réseaux d'entraide informels, en particulier les conjoints et les enfants.

Déplacements

La grande majorité des personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité indiquent n'avoir aucune difficulté à

se déplacer pour de courts ou de longs trajets. Environ 9 % ont de la difficulté à quitter leur demeure pour de courts trajets (environ 85 600 personnes) et 4 % se disent confinées chez elles en raison de leur état (environ 41 400 personnes). Cette difficulté à se déplacer touche davantage les personnes plus âgées, les femmes et les personnes de ménages à faible revenu. Elle est aussi associée à la gravité de l'incapacité ainsi qu'à l'indice de désavantage lié à l'incapacité.

La majorité de la population non confinée et occupant un emploi se déplace assez fréquemment pour le travail, soit cinq fois ou plus par semaine. De même, les personnes inscrites dans un établissement d'enseignement se déplacent majoritairement au moins une fois par semaine pour les études. Le tiers des adultes non confinés à la demeure font au moins un déplacement par semaine pour des raisons de santé. Le véhicule automobile est de loin le plus répandu des modes de transport, que ce soit pour de courts ou de longs trajets. Pour les déplacements locaux, les transports en commun ordinaires et la marche demeurent des modes non négligeables, alors que le transport adapté occupe une très faible part de l'utilisation globale. Le besoin de services adaptés de transport est mentionné par 3,4 % des adultes ayant une incapacité et ce besoin est non comblé pour environ 1,4 % des personnes.

Scolarisation des adultes

On constate un rehaussement important de la scolarisation des personnes de 15-64 ans ayant une incapacité entre 1986 et 1998. L'augmentation de la proportion de personnes qui détiennent au moins un diplôme d'études secondaires ou de formation professionnelle, de même qu'un accès plus important aux études universitaires sont les principaux indicateurs de cette amélioration. Ces progrès sont notables dans tous les groupes d'âge, tant chez les personnes ayant une incapacité légère que modérée ou grave. Toutefois,

les progrès réalisés ne sauraient faire oublier que les besoins de rattrapage scolaire des personnes ayant une incapacité sont toujours très importants, leur scolarisation étant inférieure à celle des Québécois sans incapacité, en particulier dans les groupes d'âge entre 15 et 54 ans.

L'incapacité peut avoir des conséquences sur le cheminement scolaire et ultérieurement sur les possibilités de participation sociale. L'enquête montre que le tiers des personnes qui ont une incapacité sont actuellement en formation ou avaient une incapacité avant la fin de leur formation initiale. Près des deux tiers d'entre elles (63 %) ont déclaré que leur incapacité a eu une ou (plus souvent) plusieurs conséquences sur leur cheminement scolaire, notamment sur leur choix de cours ou de carrière. Le cumul des conséquences, telles que mesurées dans l'enquête, joue un rôle important dans la poursuite des études.

Activité sur le marché du travail

Entre 1986 et 1998, la situation des personnes ayant une incapacité s'est améliorée quant à leur participation sur le marché du travail. En 1998, 43 % des personnes de 15 à 64 ans ayant une incapacité occupent un emploi, 6 % sont en chômage et 51 % sont inactives sur le marché du travail. Entre 1991 et 1998, la population active (occupée ou en chômage) est passée de 37 % à 49 %. Le taux d'inactivité des personnes ayant une incapacité s'est amélioré substantiellement par rapport à 1986, passant de 63 % à 51 %; il demeure cependant élevé comparativement à l'ensemble de la population québécoise (28 %). Le taux de chômage (taux ne concernant que la population active), bien qu'encore élevé (13 %), semble aussi s'être rapproché de celui de la population québécoise entre 1986 et 1998.

Dans la population avec incapacité, près de la moitié des personnes inactives se disent capables de travailler; 28 % le sont sans limitations et 18 %, avec limitations. On peut faire l'hypothèse que bon nombre de ces

personnes pourraient se retrouver dans la population active si l'accès au marché du travail leur était facilité. Peu d'entre elles manifestent des besoins d'aide ou d'installations adaptées ou des besoins d'aménagements au travail; auraient-elles tendance à minimiser leurs besoins? La discrimination à l'égard des personnes ayant une incapacité apparaît bien présente sur le marché du travail: en effet, selon la forme de discrimination, de 3,7 % à 11 % affirment en avoir subi au cours des cinq dernières années.

Pratique d'activités physiques et de loisirs

Les deux tiers (65 %) de la population de 15 ans et plus ayant une incapacité pratiquent des activités physiques durant leurs loisirs. Cependant, moins du tiers des personnes (31 %) pratiquent celles-ci de façon assez soutenue pour influencer leur état de santé, comparativement à 40 % des personnes sans incapacité. Une faible scolarité, un niveau faible de revenu et un score peu élevé à l'indice de soutien social semblent limiter la pratique de l'activité physique chez les personnes avec incapacité, tout comme chez les personnes sans incapacité. Les activités qui ont la faveur des personnes ayant une incapacité ont des caractéristiques communes: d'organisation simple et peu coûteuse comme la marche, elles requièrent un équipement limité et peu d'habiletés motrices.

La majorité des personnes avec incapacité (72 %) disent avoir une forme quelconque de loisirs. La pratique de loisirs s'atténue avec l'âge: environ 80 % des 15-54 ans ont des loisirs, contre 64 % des personnes de 65 ans ou plus. Bon nombre de personnes souhaiteraient augmenter leur pratique d'autres activités de loisirs (40 %) et leur pratique d'activités physiques (53 %). Cependant, pour 60 % de ces dernières, l'incapacité physique d'en faire plus constitue un obstacle à une pratique plus fréquente d'activités physiques.

État général de santé et de bien-être

Malgré leur incapacité, près de six adultes sur dix ayant

une incapacité se considèrent en bonne santé (état de santé bon, très bon ou excellent). Dans la population sans incapacité, près de neuf adultes sur dix évaluent ainsi leur santé. De façon générale, les facteurs associés à la perception de l'état de santé de la population adulte sans incapacité sont les mêmes que ceux de la population avec incapacité (âge, sexe, scolarité relative, niveau de revenu, statut d'activité, soutien social). Par ailleurs, environ deux personnes sur cinq ayant une incapacité ressentent des douleurs ou des malaises en raison de leur incapacité; pour la majorité d'entre elles, ils sont d'intensité modérée ou forte. Ils causent d'ailleurs une réduction des activités chez environ 84 % des personnes, que ce soit quelques-unes (36 %), plusieurs (26 %) ou la plupart des activités (22 %).

Fait à souligner, une proportion non négligeable (13 %) de l'ensemble de la population avec incapacité (de tout âge) ne déclare aucun problème de santé ou des problèmes de courte durée seulement. Cependant, les personnes avec incapacité souffrent, plus souvent que les personnes sans incapacité, d'au moins un problème de santé de longue durée (problème chronique ou d'une durée de six mois ou plus): 87 % d'entre elles, contre 47 % dans la population sans incapacité. La plupart des problèmes de santé sont plus fréquents dans la population ayant une incapacité que dans la population sans incapacité. Le rapport les présente pour les enfants, et pour trois groupes d'âge chez les adultes.

Détresse psychologique, idées et tentatives de suicide

Les indicateurs de santé mentale examinés dans l'EQLA montrent la situation défavorable des personnes de 15 ans et plus avec incapacité comparativement à la population québécoise sans incapacité. Ainsi, elles se classent en plus forte proportion que les personnes sans incapacité au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (28 % c. 18 %), et ce, pour la presque totalité des types d'incapacité. La catégorie élevée à l'indice est particulièrement prévalente chez les personnes ayant une incapacité liée aux activités

intellectuelles ou à la santé mentale (46 %). Les personnes ayant une incapacité sont plus nombreuses à consulter pour leurs symptômes (28 %) que les personnes sans incapacité (13 %).

Les personnes ayant une incapacité sont aussi plus nombreuses, en proportion, à avoir des idées suicidaires sérieuses (7 % c. 3,3 %) et à avoir fait une tentative de suicide (1 % c. 0,4 %) au cours d'une période de 12 mois. Un état de santé physique ou mentale perçu comme moyen ou mauvais et un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique sont des facteurs liés à une prévalence plus élevée d'idées suicidaires sérieuses.

Ces deux indicateurs de santé mentale sont plus présents chez les personnes célibataires et de ménages considérés pauvres ou très pauvres ou chez les personnes isolées socialement selon l'indice de soutien social, entre autres.

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

La présence d'une incapacité, même légère, est liée à un recours accru à la consultation d'un professionnel, à l'hospitalisation et à la consommation de médicaments dans la population de 15 ans et plus. Il en est de même du désavantage lié à l'incapacité. Ainsi, le taux de consultation d'un professionnel au cours d'une période de deux semaines passe de 23 % dans la population sans incapacité, à 37 % pour celle ayant une incapacité légère et à 47 % pour celle ayant une incapacité modérée ou grave. Ce profil de consultation se vérifie pour les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les infirmières. On observe des différences, moins systématiques toutefois, selon la présence ou la gravité de l'incapacité, en ce qui a trait à la consultation d'autres types de professionnels, alors que la consultation de certains professionnels (dentistes, optométristes ou opticiens, chiropraticiens et acupuncteurs) ne diffère pas.

Les bureaux privés ou les CLSC sont le lieu principal de

la dernière consultation dans la population avec ou sans incapacité. Cependant, c'est plus souvent le cas chez les personnes sans incapacité (73 %) que chez les personnes avec incapacité (58 %). La dernière consultation a eu lieu à l'hôpital plus souvent pour les personnes avec incapacité (19 %) que pour les personnes sans incapacité (12 %).

Les personnes de 15 ans et plus sans incapacité ont été hospitalisées dans une proportion de 5,1 % au cours d'une période de 12 mois, alors que les personnes ayant une incapacité légère l'ont été dans une proportion de 11 % et les personnes dont l'incapacité est modérée ou grave, 24 %.

L'écart de consommation de médicaments est démarqué entre les deux populations : en comparaison de 53 % des personnes sans incapacité, 73 % des personnes avec une incapacité légère et 89 % des personnes dont l'incapacité est modérée ou grave consomment au moins un médicament au cours d'une période de deux jours.

17.1.3 Enfants de 14 ans et moins

Prévalence selon la nature et la gravité de l'incapacité

L'EQLA révèle que 9 % des enfants québécois présentent une incapacité en 1998. Le taux d'incapacité est plus élevé chez les enfants d'âge scolaire (11 % chez les 5-14 ans) que chez les enfants de 0-4 ans (4,4 %), et chez les garçons que chez les filles (11 % c. 7 %).

Les troubles les plus prévalents chez les enfants en 1998 sont les troubles émotifs ou de comportement ou la déficience intellectuelle regroupés (3,1 %), et les troubles d'apprentissage (2,6 %). Ces troubles sont plus fréquents chez les enfants d'âge scolaire et chez les garçons et sont souvent interreliés. Les autres types d'incapacité présents chez les enfants sont les troubles de la vue (0,8 %), de l'audition (0,7 %), de la parole (1,5 %), les problèmes de santé physique chroniques (1,8 %) et les autres troubles (1,6 %).

Un des faits saillants de l'enquête est la hausse du taux d'incapacité chez les enfants entre 1986, 1991 et 1998 (de 4,8 % à 5,6 % et à 8,6 %). Cette hausse s'observe chez les enfants d'âge scolaire et s'explique surtout par une augmentation des troubles d'apprentissage – qui sont passés de 0,9 % à 2,6 % entre 1986 et 1998 – et des troubles émotifs ou de comportement – qui sont passés de 0,6 % à 2,3 % entre 1991 et 1998. La hausse entre 1991 et 1998 est particulièrement digne d'intérêt parce que les deux enquêtes sont strictement comparables. Ces résultats sont consistants avec des données sur la proportion d'élèves en difficulté de comportement à l'école primaire, qui aurait triplé dans les écoles québécoises au cours des 15 dernières années pour atteindre 2,5 % en 1999-2000 (Conseil supérieur de l'éducation, 2001).

Caractéristiques démographiques et socio-économiques des enfants et des ménages

Au Québec, les enfants de 0-14 ans constituent 11 % de la population ayant une incapacité. Si cette proportion n'a pas changé de façon significative depuis 1986, le nombre d'enfants est passé d'environ 63 700 en 1986, à 76 500 en 1991 et à 116 300 en 1998. Selon l'enquête, 123 300 ménages privés comptent au moins un enfant (de moins de 18 ans) ayant une incapacité. Ces ménages vivent des conditions socioéconomiques défavorables par rapport aux autres ménages avec enfants. Ce sont plus souvent des familles monoparentales (28 % c. 19 %) et leur revenu est plus faible. Alors que 52 % des ménages ne comptant que des enfants sans incapacité ont un revenu annuel de 40 000 \$ ou plus, 41 % des ménages avec un enfant ayant une incapacité se situent dans cette catégorie.

Utilisation des aides techniques

En 1998, 16 % des enfants ayant une incapacité utilisent une aide technique. Ils représentent 1,4 % des enfants québécois, soit environ 18 500 enfants, comme c'était le cas en 1991. Environ le tiers (32 %) de ces enfants utilisent deux aides techniques et plus. La plupart des enfants avec incapacité (environ 14 %) utilisent une aide

à la mobilité. Entre 1991 et 1998, on observe une baisse du taux d'utilisation des aides techniques chez les enfants avec incapacité qui s'explique sans doute par l'importance accrue des enfants ayant des problèmes d'ordre psychologique ou cognitif (troubles émotifs ou de comportement, d'apprentissage, déficience intellectuelle) au sein des enfants ayant une incapacité.

Déplacements

La presque totalité des enfants de 0-14 ans avec incapacité (93 %) font de courts trajets chaque semaine. Parmi ceux-ci, 17 % font cinq déplacements, alors que plus de la moitié (58 %) se déplacent six fois ou plus par semaine. Les trois quarts des enfants de 5 à 14 ans se déplacent chaque semaine (5 fois et plus) pour se rendre à l'école. Ils s'y rendent le plus souvent en transport scolaire (46 %) ou à pied (35 %). Environ 70 % des 0-14 ans se déplacent au moins une fois par semaine pour un autre motif que l'école et 21 % le font pour des raisons de santé. L'automobile est le mode de transport privilégié pour ces déplacements. Près de 4,6 % des enfants de cet âge (près de 5 300 enfants) ont de la difficulté à se déplacer pour ces courts trajets et 2,6 % (environ 3 000 enfants) ont besoin de services adaptés de transport.

Scolarité et garde des enfants

En 1998, la plupart des enfants de 5-14 ans ayant une incapacité et fréquentant l'école reçoivent un enseignement régulier (80 %), les autres étant scolarisés en classe spéciale ou dans une école spéciale.

L'incapacité a des conséquences sur la fréquentation scolaire d'environ le tiers des enfants (34 %) ayant une incapacité. C'est le cas de plus de la moitié des enfants ayant des troubles émotifs ou de comportement ou une déficience intellectuelle et de ceux qui présentent des troubles d'apprentissage (respectivement 50 % et 68 %). Parmi ces conséquences figure le retard scolaire qui, selon l'enquête, touche 25 % des enfants avec incapacité; de plus, 16 % des enfants doivent fréquenter une école hors de leur quartier en raison de leur incapacité.

L'enquête révèle que 22 % des enfants avec incapacité utilisent un service de garde en 1998, dont 45 % des enfants de 0-4 ans. Ces taux d'utilisation sont nettement moins élevés que ceux de l'ensemble de la population québécoise, ce qui suggère l'existence d'obstacles à l'accessibilité des services de garde pour les enfants avec incapacité. Parmi les enfants avec incapacité qui utilisent un service de garde, 42 % vont à la garderie, 27 % utilisent la garde en milieu scolaire, 29 % sont gardés au domicile de leurs parents et 38 %, chez quelqu'un d'autre.

État général de santé et de bien-être

Environ 62 % des enfants ayant une incapacité ont au moins un problème de longue durée (contre 24 % des enfants sans incapacité). Près du quart (24 %) des enfants de 0-14 ans ayant une incapacité n'ont aucun problème de santé et 14 % n'ont que des problèmes de courte durée. Certains problèmes de santé sont plus prévalents au sein de la population des enfants avec incapacité que chez les autres enfants : l'asthme, les allergies ou affections cutanées, les autres allergies, les troubles mentaux, les maux de tête, les troubles digestifs fonctionnels ainsi qu'une catégorie « autres » problèmes. La prévalence des troubles mentaux est particulièrement élevée chez les enfants avec incapacité (12 % c. 0,6 % chez les autres). Il faut se rappeler que certains troubles mentaux entrent dans la définition même d'un enfant avec incapacité; il se peut aussi que les enfants aient des problèmes d'adaptation en raison de leur état d'incapacité, lesquels se traduiraient par des problèmes de comportement.

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

Les enfants ayant une incapacité sont plus nombreux que les enfants sans incapacité, en proportion, à consulter un professionnel au cours d'une période de deux semaines. En effet, 38 % d'entre eux, contre 21 % des autres, ont consulté au moins un professionnel; 21 % ont consulté un médecin (c. 13 % des autres) et

26 % ont consulté un autre professionnel (c. 11 % des autres). De plus, 6 % des enfants avec incapacité ont été hospitalisés au moins une fois au cours d'une période de 12 mois, comparativement à 3,1 % des enfants sans incapacité. La présence d'une incapacité, même légère, fait varier la consommation de médicaments (prescrits et non prescrits), au cours d'une période de deux jours : à peine plus du tiers des enfants sans incapacité (35 %) ont consommé un médicament, contre 46 % des enfants ayant une incapacité légère et 73 % de ceux qui ont une incapacité modérée ou grave. C'est la consommation de médicaments prescrits qui diffère selon la présence d'une incapacité : 27 % des enfants avec incapacité en ont consommé, contre 13 % des enfants sans incapacité.

17.1.4 Espérance de vie et santé au Québec

L'espérance de santé est l'indicateur le plus complet de l'état de santé de la population qui existe actuellement. Cette mesure repose non seulement sur les données de l'EQLA mais aussi sur d'autres sources, soit le recensement et le fichier des décès. Elle concerne l'ensemble de la population québécoise vivant en ménage privé et en ménage collectif. En 1998, l'espérance de vie à la naissance est de 77,9 ans au Québec. Elle est de 74,7 ans pour les hommes et de 81,2 ans pour les femmes. L'espérance de vie sans incapacité modérée ou grave est de 70,9 ans alors que l'espérance de vie sans incapacité d'aucune forme est de 62,8 ans. Si l'on considère plutôt le désavantage que l'incapacité, l'espérance de vie sans dépendance modérée ou forte est de 73,0 ans et celle sans désavantage d'aucune sorte, de 65,5 ans.

En 1998, les femmes ont donc une espérance de vie à la naissance de 6,5 ans supérieure à celle des hommes. Or, c'est le plus souvent aux âges avancés que se développent les incapacités et que se manifestent les dépendances. Il n'est donc pas étonnant d'observer que les femmes vivent plus longtemps que les hommes avec une incapacité modérée ou grave (8,7 ans c. 5,4 ans) ou

avec une dépendance modérée ou forte (6,4 ans c. 3,4 ans).

Entre 1986 et 1998, on note une progression parallèle de l'espérance de vie, de l'espérance de vie sans incapacité modérée ou grave et de l'espérance de vie sans dépendance modérée ou forte : environ deux années ont été gagnées au cours de cette période (20 mois à 28 mois, selon les mesures). Cependant, il ne semble pas y avoir eu d'amélioration de l'espérance de vie sans désavantage. Au cours de cette période, les écarts d'espérance de vie et d'espérance de santé ont diminué entre les hommes et les femmes.

Des écarts d'espérance de santé existent entre les régions sociosanitaires, pouvant aller jusqu'à sept ans si l'on considère toutes formes d'incapacité ou de désavantage. Ils se situent à quatre ans environ si l'on ne considère que les formes modérées ou sévères d'incapacité ou de désavantage.

17.1.5 Pistes de recherche

Tout au long des chapitres de ce rapport, les résultats présentés ont soulevé diverses pistes de recherche. Sans les reprendre une à une, soulignons ici quelques avenues principales de recherche.

En tout premier lieu, il convient de souligner l'énorme potentiel des données de cette enquête pour les analyses futures. En raison de son lien avec l'*Enquête sociale et de santé 1998*, l'EQLA bénéficie d'un large échantillon et d'une vaste étendue de renseignements sur la santé non seulement des personnes ayant une incapacité, mais également de chacune des personnes avec qui elles cohabitent. Cela ouvre la voie à des recherches fort intéressantes non seulement à l'échelle des individus, mais également à celle de leur milieu de vie.

Ce rapport général avait pour objectif de présenter les principaux résultats de l'enquête. La population avec incapacité y est habituellement décrite dans son ensemble et analysée selon diverses caractéristiques. Des recherches futures s'intéressant à des sous-groupes particuliers de cette population pourront trouver dans ces données le matériel nécessaire pour des analyses riches, à condition bien sûr que ce sous-groupe compte un nombre suffisant de répondants. On peut penser par exemple à des analyses portant sur les personnes ayant une incapacité liée à l'audition pour n'en nommer qu'un seul. Les personnes désignées dans cette enquête comme ayant une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale pourraient également faire l'objet d'analyses plus approfondies. Ce groupe, traité ici indistinctement, couvre en fait des problématiques diverses qu'il aurait été difficile d'aborder dans le cadre de ce rapport général, mais qui pourraient être réexaminées à la lumière de l'information disponible dans cette enquête.

Des analyses supplémentaires permettraient également de mieux comprendre l'évolution de l'incapacité dans le temps. Il apparaît en effet que la composition de la population avec incapacité s'est modifiée entre les enquêtes, ce qui rend l'interprétation des tendances parfois complexe. On assiste entre les enquêtes à une augmentation non seulement de l'incapacité légère, mais également de certains types d'incapacité et des formes les moins sévères de désavantage, incluant les limitations d'activités. Cette évolution, en particulier dans la population adulte, mérite un examen plus approfondi. Le nouvel indice que constitue l'indice de désavantage lié à l'incapacité s'est montré associé à de nombreux facteurs étudiés dans ce rapport, comme la consultation de professionnels de la santé, l'utilisation d'aides techniques, la perception de l'état de santé et l'indice de détresse psychologique. Il se révélera sans doute un

indicateur utile dans l'étude de la population avec incapacité.

Finalement, il apparaît important de souligner les limites des données actuelles dont on dispose sur les enfants ayant une incapacité au Québec et leur famille. La présente enquête, avec un échantillon de départ très important (15 000 ménages), a conduit à un échantillon d'enfants avec incapacité qui, bien qu'appréciable, est limité lorsqu'il s'agit d'examiner des phénomènes qui ne touchent qu'une faible partie d'entre eux. De plus, les thèmes abordés dans la présente enquête sont restreints. D'autres études devraient examiner plus à fond les difficultés rencontrées par les parents qui ont la charge des soins et du mieux-être de ces enfants. Les données de la présente enquête pourraient être mises à profit à cet égard, quoique d'autres études soient aussi nécessaires.

17.2 Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

L'EQLA fournit des informations essentielles à l'orientation des politiques et à la planification des services, touchant à la fois l'évolution de la prévalence de l'incapacité au sein de la population québécoise et celle des conséquences de l'incapacité. L'indice de désavantage permet en effet de mesurer la prévalence des désavantages, que l'on peut rapprocher ici de la notion de « situations de handicap », tant sur le plan de la dépendance dans les activités de la vie quotidienne et domestique que sur celui des limitations d'activités. Ces informations permettent d'évaluer l'ampleur des besoins reliés aux conséquences des maladies et des incapacités. Ceux-ci peuvent trouver réponse grâce à des services de réadaptation, d'hébergement et d'aide à la personne et à ses proches, mais également par l'aménagement de l'environnement architectural et social, ou encore par des interventions favorisant la réalisation des activités scolaires, professionnelles et

sociales. Ces informations sur les incapacités et les désavantages permettent donc d'adapter les politiques et les programmes à l'évolution de la situation des personnes ayant une incapacité.

Les ministères et organismes gouvernementaux ont identifié, au cours des dernières années, différentes priorités ou divers sujets de préoccupation en ce qui concerne l'intégration sociale des personnes ayant une incapacité (OPHQ, 1984; MSSS, 1992; Doré, 1999). De plus, le vieillissement de la population québécoise préoccupe de plus en plus les autorités gouvernementales, tant du point de vue de l'augmentation des coûts qui peut en découler, que de celui de l'adaptation des politiques et des programmes qu'il exige (Groupe de travail interministériel sur les changements sociodémographiques et le vieillissement, 2000). L'EQLA fournit les données requises pour vérifier le bien-fondé de ces préoccupations et priorités d'action gouvernementales et documenter la situation des personnes visées par ces priorités.

Impact du vieillissement de la population

Les projections réalisées dans le cadre de l'enquête, et présentées au chapitre 4, fournissent un premier aperçu de l'impact du vieillissement de la population québécoise sur les programmes destinés aux personnes ayant une incapacité. Ces données indiquent qu'il faudra faire face au cours des prochaines décennies à une augmentation du pourcentage de personnes ayant une incapacité et vivant des situations de désavantage, y compris des situations de dépendance modérée ou forte. On se rappellera que les augmentations des taux d'incapacité et de désavantage observées au cours des 12 dernières années (1986-1998) sont attribuables à l'augmentation des incapacités légères et des désavantages les moins graves (dépendance légère, limitations sans dépendance, sans désavantage). Selon ces prévisions, ce ne sera plus le cas dans les prochaines décennies.

L'interprétation de ces projections exige toutefois une certaine prudence, car elles supposent l'action du seul facteur démographique. D'autres tendances pourraient les atténuer, notamment l'amélioration de l'état de santé des générations actuelles et futures de personnes âgées. Bien que l'issue de ces diverses tendances contradictoires soit difficile à prévoir, surtout à long terme, ces résultats laissent entrevoir que le vieillissement de la population québécoise entraînera des pressions supplémentaires sur l'organisation et le financement des services. C'est en 2041 que les pressions démographiques, résultant du vieillissement des générations du « baby boom », devraient atteindre un sommet.

Par ailleurs, l'augmentation du taux d'incapacité légère observée entre 1986, 1991 et 1998, attribuée en partie à une plus grande sensibilisation face au phénomène des incapacités et à une plus grande propension à déclarer ce type de problèmes, s'accompagnera-t-elle d'une plus grande exigence face à la disponibilité, à la qualité et à l'accessibilité des services? Le rapport montre que le recours aux services de santé (consultation d'un médecin ou d'un professionnel, hospitalisation et consommation de médicaments) augmente considérablement avec la présence d'une incapacité, même légère. La planification des ressources en santé devrait donc intégrer, comme variable prédictive des besoins de services la présence d'une incapacité, même légère.

De plus, il faudrait revoir les mécanismes de planification des ressources, afin d'y inclure une perspective multisectorielle. Le maintien à domicile des personnes ayant une incapacité et vivant des situations de dépendance peut difficilement se concevoir sous le seul angle des services du réseau de la santé et des services sociaux, étant étroitement lié, par exemple, aux politiques de logement, de transport et d'accès aux services de consommation courants. Les choix en matière d'organisation de services peuvent avoir des répercussions fort différentes tant sur le plan de la

qualité de vie et de la participation sociale des personnes, que sur celui des coûts. Plusieurs solutions ont été évoquées à cet égard au cours des dernières années, notamment dans le cadre des travaux de la Commission Clair.

Pistes pour la prévention des incapacités et des limitations d'activités

Diverses avenues d'intervention prometteuses ont été relevées par les auteurs de ce rapport en ce qui concerne la prévention et l'amélioration de la santé. On a signalé l'importance d'agir sur certaines causes évitables de déficiences et d'incapacités, tels le bruit au travail et les traumatismes. De même, les percées dans le traitement des maladies ostéo-articulaires ont été mentionnées, en raison de leur importance dans l'étiologie des incapacités liées à la mobilité et à l'agilité. Par ailleurs, les améliorations dans l'organisation des services et dans la suppression des obstacles à l'intégration sociale permettraient de réduire les conséquences sociales des incapacités et par là même, la prévalence des désavantages ou situations de handicap. Les gains obtenus dans le domaine de la sécurité routière, par exemple, montrent l'intérêt d'appliquer une approche intégrée et soutenue, qui allie étroitement prévention, réadaptation et soutien à l'intégration sociale. Des efforts sont à poursuivre en ce sens.

Avec l'amélioration de la longévité des personnes ayant une incapacité, on aura de plus en plus à offrir des services à des personnes âgées ayant vécu une bonne partie de leur vie active avec des incapacités (Beauregard, 1999; Breitenbach, 1998). Le maintien des capacités fonctionnelles et la prévention des situations de handicap chez les générations plus jeunes sont donc cruciaux tant du point de vue de leur droit de citoyen à participer « à part égale » à la vie sociale que de celui de la prévention des conséquences, d'un cumul de situations de handicap et de conditions socioéconomiques défavorables, une fois que celles-ci auront atteint un âge plus avancé.

L'augmentation des limitations d'activités sans dépendance entre 1986 et 1998 est préoccupante. On estime à environ 339 100 le nombre de personnes avec incapacité qui sont limitées dans leurs activités sans être dépendantes et la très grande majorité d'entre elles (69 %) se retrouvent dans la catégorie d'âge des 15 à 54 ans. La construction hiérarchique de l'indice de désavantage, qui attribue un degré de sévérité plus grand à la dépendance physique qu'aux limitations d'activités, ne doit pas occulter l'importance d'intervenir au niveau des limitations. Celles-ci interpellent directement les politiques et les mesures de soutien à l'intégration sociale qui cherchent à assurer la réalisation des activités et des rôles sociaux face auxquels cette population est limitée.

Les interventions requises en cette matière interpellent l'ensemble des secteurs d'intervention sociale. Les politiques et les services destinés à la population en âge de travailler sont donc appelés à demeurer à l'avant-scène des préoccupations gouvernementales, et ce, d'autant plus que les taux d'incapacité et de désavantages de cette population (15-64 ans) ont augmenté depuis 1986. Ces politiques devront prendre en compte le fait que dans bon nombre de cas, les limitations d'activités s'accompagnent de conditions socioéconomiques défavorables (pauvreté et faible scolarisation), ce qui induit des contraintes supplémentaires notamment en ce qui concerne l'intégration en emploi, le soutien au revenu et la compensation des coûts supplémentaires.

Conditions de vie, revenu et emploi

La question de l'amélioration des conditions de vie, tant économiques que sociales, des personnes ayant une incapacité et des familles dont l'un des enfants a une incapacité est centrale pour l'atteinte des objectifs d'intégration et de participation sociale que s'est donnée la société québécoise depuis l'adoption de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées.

Les résultats de l'enquête indiquent que faibles revenus, scolarisation moins élevée, isolement social et exclusion du marché du travail se conjuguent au fait d'avoir une incapacité ou de faire partie d'un ménage dont l'un des enfants a une incapacité. De plus, les conditions de santé défavorables chez les adultes ayant une incapacité, que ce soit au niveau de la détresse psychologique, des idées suicidaires ou de la perception de l'état de santé, se retrouvent plus fréquemment chez les personnes à faible revenu.

Malgré ce cumul de conditions défavorables, seule une faible proportion des personnes ayant une incapacité, ou des familles dont l'un des enfants a une incapacité, bénéficient d'une aide financière ou d'un remboursement complet de leurs dépenses reliées à l'incapacité, y compris celles ayant une incapacité modérée ou grave. De plus, une faible proportion profite des crédits d'impôt pour personnes handicapées. Face à ces résultats, on peut s'interroger sur l'adéquation des politiques de soutien au revenu et de compensation financière qui demande certainement à être réévaluée plus en profondeur.

De plus, les personnes à faible revenu ont des besoins non comblés plus importants à l'égard des services et des aides, selon l'enquête. Cela s'observe pour les aides techniques et les services spécialisés ainsi que pour l'aide aux activités de la vie quotidienne. La pratique de l'activité physique de loisir et des autres loisirs, occasion privilégiée et parfois unique d'entretenir des relations sociales, est aussi moins fréquente au sein de la population à faible revenu. Les personnes à faible revenu ont également de plus grandes difficultés à quitter leur demeure pour de courts trajets. Les coûts représentent aussi un obstacle quant à la réponse aux besoins non comblés. Ils sont invoqués comme obstacles à la réalisation des aménagements du domicile, à l'acquisition d'aides techniques ou de services spécialisés, ainsi qu'à la pratique d'activités physiques et d'autres activités de loisirs.

Différents états de situation récents montrent que, bien qu'un vaste éventail de mesures de soutien à l'intégration sociale aient été développées au cours des 20 dernières années, l'accès à l'aide et aux mesures de soutien est compromis, particulièrement pour les populations les plus défavorisées, et ces mesures et aides, lorsque les personnes et les familles y ont accès, ne couvrent pas l'ensemble des coûts (OPHQ, 1998; MSSS, 1999; Conseil de la santé et du bien-être, 2001; Fougeyrollas, Majeau et Gaucher, 2000). Force est de constater que plusieurs résultats de l'enquête appuient ces conclusions.

La priorité accordée à la « compensation équitable », tant de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux que de celle de l'Office des personnes handicapées du Québec (MSSS, 1992; Doré, 1999), met l'amélioration des conditions de vie et l'accès aux mesures de soutien et aux services au cœur des enjeux à relever. La compensation et la couverture des frais de santé, notamment ceux des médicaments, est à considérer au sein de cette réflexion. Les résultats de l'enquête montrent que les personnes ayant une incapacité sont de grandes consommatrices de services de santé et de médicaments. Toute désassurance à cet égard aurait des conséquences importantes.

Quant à l'accès à l'emploi, l'enquête témoigne d'une amélioration certaine de la situation depuis 12 ans. Le même constat positif s'applique quant à la scolarisation des adultes, l'une des principales contraintes de l'emploi. Toutefois, ces percées encourageantes n'ont pas permis de combler les écarts observés face à la population sans incapacité. Au niveau de la scolarisation, des efforts supplémentaires sont requis, notamment en ce qui concerne la formation de base commune à l'éducation des adultes. Quant à l'accès à l'emploi, l'enquête permet d'identifier les groupes les plus susceptibles d'être exclus du marché du travail. Ce sont les femmes, les personnes plus âgées et celles vivant en milieu rural; la nature, le nombre et la gravité des incapacités sont aussi associés au taux d'inactivité. Les formules actuelles de soutien à

l'emploi pourraient être examinées du point de vue de leur adéquation aux besoins des femmes, des travailleurs plus âgés et des personnes dont les incapacités sont plus importantes, et ce, dans tous les territoires du Québec.

Les autres obstacles ou besoins relevés dans l'enquête sont reliés au marché de l'emploi (faible disponibilité de l'emploi), ou aux entreprises (horaires flexibles ou réduction du travail, redéfinition des tâches, adaptation des postes de travail, discrimination, etc.). Les diverses voies d'action identifiées à ce titre vont des mesures de sensibilisation spécifiquement destinées aux employeurs, aux mesures de soutien aux personnes et aux employeurs qui intègrent une personne ayant une incapacité, aux plans d'action nationaux et régionaux pour l'emploi, aux mesures législatives telles que les programmes d'accès à l'égalité.

Par ailleurs, une bonne proportion de personnes se considèrent incapables de travailler : la moitié de la population inactive. Ce sont celles qui ont des contraintes supplémentaires, tant sur le plan de la gravité de leurs incapacités qu'au niveau des caractéristiques sociales, telles qu'un âge plus élevé ou une scolarité plus faible. Des voies alternatives concernant l'emploi (ex. : emploi à temps partiel ou réduit, etc.) sont à développer ou à expérimenter. D'un autre côté, il faudrait s'assurer que ces personnes aient accès à d'autres occupations non rémunérées valorisantes, notamment par le biais d'activités de loisir ou de participation à des groupes d'entraide ou d'intérêts, pour que le plus grand nombre possible de personnes puissent se maintenir actives.

Services d'aide à domicile, de soutien aux proches et d'aides techniques

L'enquête permet de mesurer l'ampleur des besoins non comblés en ce qui concerne l'aide pour les activités de la vie quotidienne. Environ 192 000 Québécois ont des besoins non comblés. Cela est plus fréquent chez les personnes de 15 à 64 ans et chez les personnes des

ménages très pauvres ou pauvres. On ne saurait trop insister sur l'importance du développement des services à domicile qui répondent aux besoins les plus fondamentaux des personnes (se laver, faire sa toilette, préparer les repas et manger) et qui assurent la salubrité et la sécurité du domicile.

L'importance des sources informelles d'aide est confirmée encore une fois et permet de réaffirmer la nécessité d'offrir aux aidants des ressources de soutien adéquates et adaptées aux besoins de la famille et aux particularités de la personne aidée, sous forme de répit, de dépannage ou encore de surveillance ou de gardiennage. Par ailleurs, la prégnance des problèmes de santé mentale relevée dans l'enquête (détresse psychologique, idées suicidaires, etc.) exigerait que l'on se penche plus spécifiquement sur ces problèmes, afin d'en mieux saisir les caractéristiques et d'en distinguer les multiples manifestations. Des modes d'intervention pourraient ainsi être développés et adaptés aux différentes situations en cause.

L'enquête révèle que 8 % des personnes avec incapacité ont des besoins en aides techniques qui ne sont pas entièrement comblés. Le taux d'utilisation et le nombre d'aides techniques par personne augmentant avec l'âge, on peut s'attendre à ce que les programmes qui sont plus particulièrement touchés par l'augmentation des personnes âgées subissent des pressions importantes. On peut s'attendre également à une augmentation des besoins pour les aides techniques aux soins personnels qui sont liés à l'âge.

Services de soutien à l'intégration et à la participation sociale

La disponibilité de moyens ou de services de transport adéquats et de logements adaptés sont des conditions essentielles au maintien dans le milieu de vie et à la participation sociale. La difficulté à quitter la demeure pour de courts trajets est plus grande chez les personnes âgées, les femmes et les personnes de ménages à faible revenu, selon l'enquête. Accroître la

mobilité de ces personnes, dans des conditions financières accessibles, est l'une des clés pour réduire l'isolement social d'une partie non négligeable de la population ayant une incapacité.

L'enquête révèle que l'automobile est le moyen de transport le plus utilisé par la population avec incapacité. On peut se demander si ce moyen est le plus approprié pour une population de femmes âgées ou à faible revenu. Les transports en commun ordinaires sont utilisés par une portion non négligeable des personnes avec incapacité. Les difficultés qu'elles rencontrent dans leur utilisation montrent qu'il y a encore place à amélioration de ces services. Le transport adapté occupe, pour sa part, une très faible portion de l'utilisation globale. À quoi peut-on attribuer ce résultat? La majorité des personnes avec incapacité ont déclaré, dans l'enquête, ne pas avoir besoin de ce type de transport. Cependant, il se peut que les conditions actuelles de l'offre de service soient dissuasives pour les personnes qui pourraient bénéficier de ce type de transport. Ainsi, une portion importante de celles qui ont besoin de transport adapté déclarent avoir des besoins non comblés, parce que ce service n'est pas disponible dans leur région ou pour d'autres raisons (règlements, disponibilité des services).

Selon les résultats de l'enquête, on peut s'attendre à une augmentation de la proportion des personnes ayant des difficultés à se déplacer en raison du vieillissement de la population. Cette augmentation pourrait cependant être compensée par le fait que les personnes plus âgées se déplacent moins fréquemment. Par ailleurs, le motif des déplacements changeant selon le cycle de vie, on peut prévoir une augmentation des besoins pour des fins de santé. L'automobile continuera probablement à être attrayante pour les générations futures. Cependant, d'autres moyens devront être disponibles pour les personnes à faible revenu ou pour celles dont les incapacités rendent la conduite automobile difficile. De plus, les percées technologiques que l'on peut entrevoir, pour faciliter l'adaptation des moyens de transport

publics réguliers, ne régleront pas le problème de territoires non desservis par ces services. De nouvelles avenues en matière de transport collectif pourraient être développées, au niveau des quartiers, des villages ou des municipalités, pour faire face à ces besoins.

En ce qui a trait au logement, l'enquête permet d'estimer que 25 900 ménages ont des besoins non comblés d'aménagements résidentiels. C'est parmi les 15 à 64 ans que se retrouvent le plus grand nombre de personnes dont les besoins ne sont pas comblés. Comme on l'a déjà dit, les coûts sont invoqués comme l'une des raisons de ne pas procéder aux aménagements. Le programme d'adaptation du domicile est-il suffisamment connu? Couvre-t-il suffisamment les frais entourant l'adaptation du domicile? Il faudrait pousser plus loin l'analyse pour répondre à ces questions. Les personnes ayant une incapacité grave sont celles qui requièrent le plus des aménagements; or, 14 % d'entre elles ont des besoins non comblés (environ 18 100 personnes). On peut par ailleurs s'interroger sur les effets de ces aménagements inadéquats sur les autres services, notamment ceux d'aide à domicile.

Plusieurs avenues ont été envisagées par les auteurs de ce rapport pour améliorer la réponse à ces besoins : une réflexion sur les montants investis pour les adaptations résidentielles, la révision du programme d'adaptation du domicile, des changements à la réglementation de la construction québécoise pour qu'elle inclue des exigences d'accessibilité à l'intérieur des habitations. On peut penser que l'augmentation prévue du nombre de personnes âgées se traduira, pour les constructeurs privés, en un marché plus propice à l'adoption d'une approche d'accessibilité universelle.

Services destinés aux enfants et aux familles

Selon les données de l'enquête, les conditions de vie des familles qui ont la charge d'un enfant avec incapacité sont plus défavorables que celles des familles sans enfant avec incapacité. Cela se manifeste par une plus grande proportion de familles monoparentales et par des

revenus plus faibles. Les contraintes supplémentaires qu'entraîne l'existence d'incapacités sont donc à la fois, pour plusieurs familles, peu de marge de manœuvre financière et une charge incombant très souvent à un seul parent, la mère en général.

La planification et l'offre de services aux enfants devraient donc s'accompagner de mesures d'aide et de soutien à la famille. Actuellement, les services offerts s'adressent plus spécifiquement aux parents d'enfants ayant une déficience intellectuelle ou physique. Ces services visent des besoins de répit (moments de répit ou vacances), de dépannage (en cas d'urgence) et de gardiennage (pour compenser le stress et la fatigue supplémentaires des parents). Il importe de réfléchir sur cette offre de services et leur adéquation aux besoins. Les familles dont l'un des enfants a des problèmes émotifs ou de comportement ou des troubles d'apprentissage reçoivent peu d'aide. Des mesures du type de celles développées pour les enfants ayant une déficience (ex. : mesures de répit) pourraient s'avérer utiles, tout comme celles visant le développement des compétences parentales et l'aide au cheminement scolaire, surtout lorsque la charge est entièrement sur les épaules d'un seul parent. Un plus grand accès aux services de garde offerts à l'ensemble des familles québécoises est une autre voie à privilégier, tant du point de vue du développement de l'enfant que de celui de soutien à la famille. Les données montrent que les écarts persistent à ce titre, entre les enfants avec et sans incapacité.

L'un des faits marquants de l'enquête concerne l'augmentation de la prévalence des troubles émotifs ou de comportement, ainsi que des troubles d'apprentissage, notamment chez les enfants d'âge scolaire. On sait par des données d'autres sources citées dans ce rapport que les jeunes avec incapacité ont un taux de diplomation plus faible que les autres jeunes. Les données de l'EQLA sur les conséquences des incapacités sur la scolarisation sont éclairantes : retard scolaire, fréquentation scolaire hors du quartier,

limitations dans les activités scolaires ou parascolaires. Comme avenue d'intervention à privilégier, les auteurs de ce rapport soulignent la nécessité de mettre en place des interventions de promotion (tel le programme d'éducation à la citoyenneté proposé par le Conseil supérieur de l'éducation), de prévention et de dépistage des élèves en difficulté. Des actions concertées entre les milieux scolaires, la famille, le réseau de la santé et des services sociaux de même que les différents acteurs de la communauté sont souhaitables. Ces mesures concertées pourraient s'appliquer aux différentes clientèles d'enfants ayant une incapacité, en tenant compte de leur profil et de leurs problématiques spécifiques. Ce type d'action concertée pourrait également comporter un volet de soutien aux familles pour répondre aux besoins discutés plus haut.

Cette section avait pour objectif d'amorcer une réflexion en dégagant les principales pistes pour la planification et l'intervention qu'ont inspirées les analyses présentées dans ce rapport. Cette réflexion n'est certes pas terminée et les analyses futures des données de l'EQLA contribueront à mieux connaître la population québécoise ayant une incapacité, ses conditions de vie et ses besoins de services. Les résultats de cette enquête interpellent les différents organismes – gouvernementaux, privés ou communautaires – qui sauront trouver, selon leur mission, des données pour appuyer leur démarche de planification et leur intervention afin de mieux desservir cette partie importante de la population québécoise. Si tel est le cas ce rapport aura atteint son objectif.

Bibliographie

BEAUREGARD, L. (1999). « Le vieillissement des personnes qui ont des incapacités » dans S. BÉRUBÉ, M. KHALID, F. LESEMAN, et autres (sous la direction de). *Le bogue de l'an 2010, document de réflexion*, Montréal, Association québécoise de gérontologie, p. 59-60.

BREITENBACH, N. (1998). « La nouvelle longévité des personnes déficientes intellectuelles : une forte préoccupation chez les familles et les acteurs du terrain », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 9, n°2, p. 201- 204.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (2000). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, Gouvernement du Québec, 410 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (2001). *Vieillir dans la dignité, Avis*, Québec, Gouvernement du Québec, mars, 88 p.

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

DORÉ, S. (1999). *Le Québec et l'intégration sociale des personnes handicapées . orientations et voies de solution pour l'avenir*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, DEIP-1031, 96 p.

FOUGEYROLLAS, P., P. MAJEAU et C. GAUCHER (2000). *Vivre sans handicap à domicile avec des services adéquats et gratuits : un projet réaliste ou utopique pour les personnes ayant des incapacités? État de situation sur le maintien à domicile, Rapport de recherche présenté au Comité aviseur AQRIPH-COPHAN-OPHQ*, Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH), 40 p.

GRUPE DE TRAVAIL INTERMINISTÉRIEL SUR LES CHANGEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET LE VIEILLISSEMENT (2000). *Les changements sociodémographiques et le vieillissement : impacts sur les services et les dépenses publiques, Rapport préliminaire*, 104 p.

LANGLET, E. (1999). « Comparison of Screening Strategies for the Health and Activity Limitation Survey », *Proceedings of the Section on Survey Research Methods*, Vol. II, American Statistical Association, p. 560-565.

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, 27 p.

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Pour de meilleurs services de soutien aux familles dans le secteur de la déficience physique et intellectuelle, dans le secteur de la santé mentale et dans le secteur des personnes âgées en perte d'autonomie*, Document de travail préparé pour la démarche de révision du cadre de référence sur les services à domicile, Québec, Gouvernement du Québec, octobre, 44 p.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (1984). *À part... égale. L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*, Québec, Ministère des Communications, Gouvernement du Québec, 350 p.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (1998). *Le Québec et l'intégration sociale des personnes handicapées : état de situation multisectoriel*, Drummondville, décembre.

SAUCIER, A., et P. LAFONTAINE (1991). *Nature et gravité des incapacités au Québec en 1986*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 104 p.

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

WILKINS, R. (2000). « Incapacité et limitations d'activité » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, chapitre 18, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 369-383.

Liste des lecteurs externes et autres collaborateurs

Liste des lecteurs externes et autres collaborateurs¹

Lecteurs externes

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

Denise Avard
Centre de recherche en droit public
Université de Montréal

Antoine Baby
Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire
Faculté des sciences de l'éducation
Université Laval

Dr. Hélène Bélanger-Bonneau
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Daniel Bérubé
Direction des politiques de main-d'œuvre
Ministère de la Solidarité sociale

René Bouchard
Service des relations avec l'industrie et de l'exportation
Société d'habitation du Québec

Gina Bravo
Centre de recherche en gérontologie et gériatrie
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Dr. Jean-Jacques Breton
Service de recherche
Hôpital Rivière-des-Prairies

Yvon Brunelle
Direction générale des affaires médicales et universitaires
Direction de l'excellence de la main-d'œuvre et des services médicaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Yves Carrière
Section de la recherche et de l'analyse
Division de la démographie
Statistique Canada

Louise Demers
Centre d'épidémiologie clinique et de recherche en santé publique
Hôpital Général Juif

André Desjardins
Direction du travail et de la rémunération
Institut de la statistique du Québec

Colette Dubuisson
Groupe de recherche sur le LSQ
Université du Québec à Montréal

Hélène Fullum
Direction du développement et de la qualité
Ministère de la Famille et de l'Enfance

Louise Getty
École d'orthophonie et audiologie
Université de Montréal

Anne Hébert
Direction de la recherche, du développement et des programmes
Office des personnes handicapées du Québec

Dr. Claire Laberge-Nadeau
Centre de recherche sur les transports
Université de Montréal

Claudine Laurier
École de pharmacie
Université de Montréal

Céline Mercier
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

François Nichols
Direction de la recherche, du développement et des programmes
Office des personnes handicapées du Québec

Gaétan Ouellet
Département des sciences du loisir et de la communication sociale
Université du Québec à Trois-Rivières

Sylvie Rhéault
Service des études et analyses
Direction évaluation, recherche et innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Jean-François Ruel

¹ L'affiliation des personnes est celle au moment des travaux de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Direction régionale Emploi-Québec Centre-du-Québec

Clermont Simard
Département d'éducation physique - Pavillon
d'éducation physique et de sports (DEP – PEPS)
Université Laval

Lise Talbot
Centre de recherche de l'Institut universitaire de
gériatrie de Montréal

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

Autres collaborateurs

Marie-Blanche Rémillard
Direction des personnes âgées, des personnes
handicapées et des activités communautaires
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Ron G. Rice (décédé)
École d'Urbanisme
Université McGill

Annexe 2
Questionnaire de sélection (QS)

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec

**ENQUÊTE QUÉBÉCOISE SUR LES
LIMITATIONS D'ACTIVITÉS
Questionnaire de sélection
Sélection au QRI**

Version révisée du 22 mai 2001

Nom du fichier : eqla qs (f)

Le questionnaire de sélection pour les adultes et les enfants est inclus dans le QRI de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Pour les adultes, il est également disponible dans une version administrée indépendamment du QRI.

Les questionnaires sont administrés par ordinateur et sont également disponibles en version anglaise.

SECTION XVI : SÉLECTION POUR L'EQLA

Avant de terminer cette entrevue, j'aimerais vous poser quelques questions supplémentaires. Santé Québec a ajouté un volet spécial pour connaître la situation des Québécois qui sont limités dans le genre ou la quantité d'activités qu'ils peuvent faire quotidiennement à cause de leur état ou d'un problème de santé. Ces renseignements aideront à mieux comprendre les difficultés rencontrées par ces Québécois dans des domaines comme l'emploi, l'éducation, le transport et le logement.

Les questions qui suivent portent sur votre capacité d'accomplir certaines activités. Si vous utilisez habituellement une aide technique ou un appareil spécial, déclarez votre capacité d'accomplir ces activités À L'AIDE de ces appareils ou aides techniques. Veuillez déclarer uniquement les difficultés qui durent depuis au moins six mois ou qui pourraient durer SIX MOIS ou plus.

* CONSIGNE(S) :

POSEZ CHAQUE QUESTION AU RÉPONDANT CLÉ QUI RÉPOND POUR LUI-MÊME ET POUR LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS DONT LES NOMS APPARAISSENT, AVANT DE PASSER À LA QUESTION SUIVANTE.

NE LISEZ PAS LES CHOIX DE RÉPONSE.

199.(A1) Éprouvez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec une autre personne?

1 = oui, éprouve des difficultés
2 = non, pas de difficulté
8 = ne sait pas

200.(A2) Éprouvez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes?

1 = oui, éprouve des difficultés
2 = non, pas de difficulté
8 = ne sait pas

201.(A3) Éprouvez-vous des difficultés à voir les caractères ordinaires d'un journal, même avec des lunettes ou des verres de contact si vous en portez habituellement?

1 = oui, éprouve des difficultés
2 = non, pas de difficulté
8 = ne sait pas

202.(A4) Éprouvez-vous des difficultés à voir clairement le visage de quelqu'un à l'autre bout d'une pièce (à 4 mètres ou 12 pieds), même avec des lunettes ou des verres de contact si vous en portez habituellement?

1 = oui, éprouve des difficultés
2 = non, pas de difficulté
8 = ne sait pas

203.(A5) Éprouvez-vous des difficultés à parler et à être compris(e) à cause de votre état ou d'un problème de santé?

1 = oui, éprouve des difficultés
2 = non, pas de difficulté
8 = ne sait pas

Les prochaines questions portent sur votre capacité à vous déplacer.

204.(A6) Éprouvez-vous des difficultés à marcher sur une distance de 400 mètres sans vous reposer (environ trois pâtés de maisons ou un quart de mille)?

1 = oui, éprouve des difficultés
2 = non, pas de difficulté
8 = ne sait pas

205.(A7) Éprouvez-vous des difficultés à monter et à descendre un escalier d'environ 12 marches?

1 = oui, éprouve des difficultés
2 = non, pas de difficulté
8 = ne sait pas

206.(A8) Éprouvez-vous des difficultés à transporter un objet de 5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres (ou 10 livres sur une distance de 30 pieds), par exemple un sac d'épicerie?

1 = oui, éprouve des difficultés
2 = non, pas de difficulté
8 = ne sait pas

207.(A9) Éprouvez-vous des difficultés à vous tenir debout pendant plus de 20 minutes?

1 = oui, éprouve des difficultés
2 = non, pas de difficulté
8 = ne sait pas

Les questions suivantes portent sur la souplesse. Rappelez-vous qu'il s'agit de difficultés qui durent ou qui pourraient durer six mois ou plus.

208.(A10) Éprouvez-vous physiquement des difficultés à vous mettre au lit et à en sortir?

1 = oui, éprouve des difficultés
2 = non, pas de difficulté
8 = ne sait pas

209.(A11) Lorsque vous êtes debout, éprouvez-vous des difficultés à vous pencher et à ramasser un objet sur le plancher (par exemple, un soulier)?

1 = oui, éprouve des difficultés
2 = non, pas de difficulté
8 = ne sait pas

Les trois questions suivantes portent sur l'agilité.

210.(A12) Éprouvez-vous des difficultés à vous couper les ongles d'orteils? (C'est-à-dire, vous est-il physiquement difficile de vous couper les ongles d'orteils?)

1 = oui, éprouve des difficultés
2 = non, pas de difficulté
8 = ne sait pas

211.(A13) Éprouvez-vous des difficultés à vous servir de vos doigts pour saisir ou manier un objet (par exemple, pour utiliser des pinces ou des ciseaux)?

1 = oui, éprouve des difficultés
2 = non, pas de difficulté
8 = ne sait pas

212.(A14) Éprouvez-vous des difficultés à tendre les bras dans n'importe quelle direction, par exemple au-dessus de votre tête?

1 = oui, éprouve des difficultés
2 = non, pas de difficulté
8 = ne sait pas

213.(A15) À cause d'un état ou d'un problème de santé PHYSIQUE qui dure ou qui pourrait durer six mois ou plus, êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire...

213.a) ...à la maison?
1 = oui, est limité(e)
2 = non
8 = ne sait pas

213.b) ...à l'école?
1 = oui, est limité(e)
2 = non
3 = ne s'applique pas
8 = ne sait pas

213.c) ...au travail?
1 = oui, est limité(e)
2 = non
3 = ne s'applique pas
8 = ne sait pas

213.d) ...dans vos autres activités comme les déplacements, les sports ou les loisirs?
1 = oui, est limité(e)
2 = non
8 = ne sait pas

214.(A16) De temps à autre chacun de nous éprouve des difficultés à se souvenir du nom d'une personne familière, à apprendre quelque chose de nouveau, ou il nous arrive d'être confus pendant quelques instants. Toutefois, avez-vous EN PERMANENCE des problèmes de mémoire ou des difficultés à apprendre?

1 = oui, éprouve des difficultés
2 = non, pas de difficulté
8 = ne sait pas

215.(A17) Est-ce qu'un professeur ou un professionnel de la santé (par exemple : médecin, infirmière ou travailleur social) vous a déjà dit que vous aviez des troubles d'apprentissage (comme la dyslexie), des troubles de perception, des difficultés d'attention ou de l'hyperactivité?

1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

216.(A18) Dans le passé, on disait souvent aux personnes qui avaient de la difficulté à apprendre qu'elles étaient handicapées mentales, retardées ou arriérées. Aujourd'hui, on dit qu'elles ont une déficience intellectuelle. Quelqu'un a-t-il déjà utilisé ces mots pour vous décrire?

1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

217.(A19) À cause d'un problème émotif, psychologique ou mental, qui dure ou qui pourrait durer six mois ou plus, ou d'une déficience intellectuelle, êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire...

217.a) ...à la maison?
1 = oui, est limité(e)
2 = non
8 = ne sait pas

217.b) ...à l'école?
1 = oui, est limité(e)
2 = non
3 = ne s'applique pas
8 = ne sait pas

217.c) ...au travail?

1 = oui, est limité(e)
2 = non
3 = ne s'applique pas
8 = ne sait pas

217.d) ...dans vos autres activités comme les déplacements, les sports ou les loisirs?

1 = oui, est limité(e)
2 = non
8 = ne sait pas

CONSIGNES : PASSEZ À LA QUESTION 218 POUR LES PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS;

SINON, FIN DU QRI.

SI FIN DU QRI :

Nous venons de compléter ce questionnaire. Je vous remercie de votre collaboration.

EQLA - QUESTIONS DE SÉLECTION - ENFANTS (0-14 ANS)

*** CONSIGNE(S) :** POSEZ CHAQUE QUESTION AU RÉPONDANT CLÉ POUR CHACUNE DES PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS AVANT DE PASSER À LA QUESTION SUIVANTE;

NE LISEZ PAS LES CHOIX DE RÉPONSE

J'aimerais vous poser quelques questions sur la capacité de votre (vos) enfant(s) d'accomplir certaines activités. Si votre enfant (un de vos enfants) utilise habituellement une aide technique ou un appareil spécial, déclarez sa capacité d'accomplir ces activités À L'AIDE de ces appareils ou aides techniques. Veuillez déclarer uniquement les difficultés qui durent depuis plus de six mois ou qui pourraient durer SIX MOIS ou plus.

218.(E1) Est-ce que _____ Prénom _____ utilise un appareil spécialisé ou une aide technique comme une prothèse auditive, des chaussures orthopédiques, un appareil orthopédique sauf un appareil orthodontique?

1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

219.(E2) _____ Prénom _____ a-t-il(elle) un état ou un problème de santé chronique qui empêche ou limite sa participation à des activités scolaires, à des jeux ou à toute autre activité propre à un enfant de son âge?

1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

220.(E3) _____ Prénom _____ va-t-il(elle) à une école spécialisée, suit-il(elle) des cours spéciaux dans une école ordinaire ou reçoit-il(elle) un enseignement personnalisé à cause de son état ou d'un problème de santé chronique?

1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

221.(E4) Est-ce que _____ Prénom _____ a des troubles de la vue qui ne sont pas corrigés par des lunettes ou des verres de contact?

1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

222.(E5) Est-ce que _____ Prénom _____ a de la difficulté à entendre?

1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

223.(E6) Est-ce que _____ Prénom _____ a de la difficulté à parler et à être compris(e) à cause de son état ou d'un problème de santé?

1 = oui
2 = non
3 = ne s'applique pas
8 = ne sait pas

224.(E7) Les enfants peuvent à l'occasion avoir des problèmes émotifs.

Toutefois, _____ Prénom _____ a-t-il(elle) un problème émotif, psychologique ou mental, ou une déficience intellectuelle, qui dure ou qui pourrait durer six mois ou plus, et qui limite le genre ou la quantité d'activités qu'il (elle) peut faire à la maison, à l'école ou au jeu?

1 = oui
2 = non
3 = ne s'applique pas
8 = ne sait pas

225.(E8) Je vais vous lire une liste d'états ou de problèmes de santé chroniques, c'est-à-dire des problèmes qui durent ou qui pourraient durer six mois ou plus. Est-ce que _____ Prénom _____ a l'un des problèmes chroniques suivants?

225.a) Maladie du rein

1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

225.b) Fibrose kystique

1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

225.c) Maladie du poumon AUTRE que l'asthme, la bronchite ou les allergies

1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

225.d) Spina-bifida

1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

225.e) Dystrophie musculaire

1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

225.f) Paralysie de tout genre

1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

225.g) Bras, jambes, doigts ou orteils manquants ou difformes

1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

225.h) Troubles émotifs ou troubles de comportement

1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

225.i) Déficience intellectuelle, retard ou déficience mentale

1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

225.j) Troubles d'apprentissage

1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

CONSIGNE(S) : LES RÉPONSES AUX QUESTIONS 225k) À 225q) SONT FOURNIES À LA SECTION VI DU QRI (QUESTIONS 79, 81, 85, 80, 77, 86, 87)

225.k) Cancer
225.l) Diabète
225.m) Épilepsie
225.n) Paralysie cérébrale
225.o) Arthrite ou rhumatisme
225.p) Hypertension (haute pression)
225.q) Maladie du coeur

CONSIGNE(S) : AFFICHER À LA QUESTION SUIVANTE (.....) LE OU LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTIONNÉS AUX QUESTIONS 79, 81, 85, 80, 77, 86, 87

226.(E9) (En plus de), Prénom a-t-il(elle) un autre problème SÉRIEUX de santé qui dure ou qui pourrait durer six mois ou plus et qui n'a pas été mentionné dans cette liste?

1 = oui
2 = non
8 = ne sait pas

226a). (E9a) Quel est ce problème? (Indiquez le principal problème)

1 = Asthme
2 = Bronchite
3 = Allergies de toutes sortes
4 = Autre problème, précisez _____

CONSIGNE(S) : LA PERSONNE DE 0-14 ANS EST SÉLECTIONNÉE POUR LE QUESTIONNAIRE DE SUIVI DE L'EQLA SI AU MOINS UN "OUI" EST COCHÉ AUX QUESTIONS QRI 218 À 224, 225A) À 225q); OU (226 = 1 ET 226A = 4) .

FIN DU QRI :

Nous venons de compléter ce questionnaire. Je vous remercie de votre collaboration.

Annexe 3
Questionnaire de suivi des adultes (QA)

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec

**ENQUÊTE QUÉBÉCOISE SUR LES
LIMITATIONS D'ACTIVITÉS**
Questionnaire de suivi des adultes
(15 ans et plus)

Version révisée du 22 mai 2001

Nom du fichier : eqla qa (f)

QUESTIONNAIRE DE SUIVI - SECTION A

Questions supplémentaires sur les limitations

J'aimerais maintenant vous poser des questions supplémentaires sur les difficultés que vous avez mentionnées. Rappelez-vous qu'il s'agit de difficultés qui durent ou qui pourraient durer six mois ou plus. Si vous utilisez habituellement une aide technique ou un appareil spécial, déclarez votre capacité d'accomplir ces activités À L'AIDE de ces appareils ou aides techniques.

1. **Consigne :** Si oui à A1 ou A2; sinon passez à 10

Parlons d'abord de votre difficulté à entendre.

Consigne : Si oui à A1; sinon passez à 3

À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec une autre personne?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

2. Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Intervieweur : Ne lisez pas le choix de réponses.

1 = Oui, totalement incapable
2 = Non, capable
8 = Ne sait pas

3. **Consigne :** Si oui à A2; sinon passez à 5

À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

4. Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Intervieweur : Ne lisez pas le choix de réponses.

1 = Oui, totalement incapable
2 = Non, capable
8 = Ne sait pas

5. Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que vous éprouviez des difficultés à entendre?

Précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

6. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

Mon problème...

- 1 = était présent à la naissance
- 2 = est une maladie

Mon problème a été causé par...

- 3 = le vieillissement
- 4 = le bruit au travail
- 5 = un accident de travail
- 6 = une autre cause reliée au travail
- 7 = un accident à la maison, sur la route, etc.
- 8 = autre chose, précisez _____
- 98 = Ne sait pas

7. Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé pour votre difficulté à entendre?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

8. Êtes-vous capable d'entendre ce qu'on vous dit au téléphone?

Intervieweur : Lisez la liste.

- 1 = Oui, avec une prothèse auditive
- 2 = Oui, sans prothèse auditive
- 3 = Non, incapable
- 8 = Ne sait pas

9. La prochaine question porte sur certaines capacités de communication que vous pouvez avoir.

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Utilisez-vous un langage gestuel (ASL ou LSQ)	1	2	8
b) Lisez-vous sur le visage ou sur les lèvres	1	2	8

10. **Consigne** : Si oui à A3; sinon passez à 14

Vous avez dit que vous aviez de la difficulté à voir les caractères ordinaires d'un journal même avec des lunettes ou des verres de contact.

À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois cette difficulté?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

11. Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Intervieweur : Ne lisez pas le choix de réponses.

- 1 = Oui, totalement incapable
- 2 = Non, capable
- 8 = Ne sait pas

12. Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que vous éprouviez cette difficulté à voir?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 14
Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

13. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

Mon problème...

- 1 = était présent à la naissance
- 2 = est une maladie

Mon problème a été causé par...

- 3 = le vieillissement
- 4 = un accident de travail
- 5 = une autre cause reliée au travail
- 6 = un accident à la maison, sur la route, etc.
- 7 = autre chose, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

14. **Consigne** : Si oui à A4; sinon passez à 18

Vous avez dit que vous aviez de la difficulté à voir clairement le visage de quelqu'un à l'autre bout d'une pièce (à 4 mètres ou 12 pieds) même avec des lunettes ou des verres de contact.

À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois cette difficulté à voir?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

15. Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Intervieweur : Ne lisez pas le choix de réponses.

- 1 = Oui, totalement incapable
2 = Non, capable
8 = Ne sait pas

16. Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que vous éprouviez cette difficulté à voir?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 18
Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

17. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- Mon problème...
1 = était présent à la naissance
2 = est une maladie

- Mon problème a été causé par...
3 = le vieillissement
4 = un accident de travail
5 = une autre cause reliée au travail
6 = un accident à la maison, sur la route, etc.
7 = autre chose, précisez _____
8 = Ne sait pas

18. **Consigne** : Si oui à A3 ou A4; sinon passez à 19

Un spécialiste des troubles de la vision vous a-t-il déclaré(e) légalement aveugle?

- 1 = Oui
2 = Non
8 = Ne sait pas ou incertain

19. **Consigne** : Si oui à A5; sinon passez à 24

Vous avez dit que vous éprouviez des difficultés à parler et à être compris(e).

À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois ces difficultés?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

20. Jusqu'à quel point êtes-vous capable de vous faire comprendre en parlant :

Intervieweur : Lisez la liste.

	Entièrement	Partiellement	Pas du tout	Ne sait pas
a) aux membres de votre famille	1	2	3	8
b) à vos amis	1	2	3	8
c) à d'autres personnes	1	2	3	8

21. Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que vous éprouviez des difficultés à parler et à être compris(e)?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 23
Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

22. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- Mon problème...
1 = était présent à la naissance
2 = est une maladie

- Mon problème a été causé par...
3 = le vieillissement
4 = un accident de travail
5 = une autre cause reliée au travail
6 = un accident à la maison, sur la route, etc.
7 = autre chose, précisez _____
8 = Ne sait pas

23. Avez-vous déjà consulté un professionnel (comme un médecin ou un orthophoniste) pour votre difficulté à parler et à être compris(e)?

- 1 = Oui
2 = Non
8 = Ne sait pas

24. **Consigne** : Si oui à A6, A7, A8; sinon passez à 36

Vous avez dit que vous éprouviez certaines difficultés à vous déplacer.

Consigne : Si oui à A6; sinon passez à 28

À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à marcher sur une distance de 400 mètres sans vous reposer (environ trois pâtés de maison ou un quart de mille)?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

25. Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Intervieweur : Ne lisez pas le choix de réponses.

- 1 = Oui, totalement incapable
2 = Non, capable
8 = Ne sait pas

26. Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que vous éprouviez des difficultés à marcher sans vous reposer?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 28
Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

27. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

Mon problème...

- 1 = était présent à la naissance
2 = est une maladie

Mon problème a été causé par...

- 3 = le vieillissement
4 = un accident de travail
5 = une autre cause reliée au travail
6 = un accident à la maison, sur la route, etc.
7 = autre chose, précisez _____
8 = Ne sait pas

28. **Consigne** : Si oui à A7; sinon passez à 32

À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à monter et à descendre un escalier d'environ 12 marches?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

29. Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Intervieweur : Ne lisez pas le choix de réponses.

- 1 = Oui, totalement incapable
2 = Non, capable
8 = Ne sait pas

30. Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que vous éprouviez des difficultés à monter et à descendre un escalier?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 32
Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

31. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

Mon problème...

- 1 = était présent à la naissance
2 = est une maladie

Mon problème a été causé par...

- 3 = le vieillissement
4 = un accident de travail
5 = une autre cause reliée au travail
6 = un accident à la maison, sur la route, etc.
7 = autre chose, précisez _____
8 = Ne sait pas

32. **Consigne** : Si oui à A8; sinon passez à 36

À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à transporter un objet de 5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres (ou 10 livres sur une distance de 30 pieds), par exemple un sac d'épicerie?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

33. Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Intervieweur : Ne lisez pas le choix de réponses.

- 1 = Oui, totalement incapable
2 = Non, capable
8 = Ne sait pas

34. Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que vous éprouviez des difficultés à transporter un objet sur cette distance?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 36

Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

35. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

Mon problème...

- 1 = était présent à la naissance
- 2 = est une maladie

Mon problème a été causé par...

- 3 = le vieillissement
- 4 = un accident de travail
- 5 = une autre cause reliée au travail
- 6 = un accident à la maison, sur la route, etc.
- 7 = autre chose, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

36. Éprouvez-vous des difficultés à vous déplacer d'une pièce à une autre?

- 1 = Oui, éprouve des difficultés
- 2 = Non, pas de difficulté → passez à 41
- 8 = Ne sait pas → passez à 41

37. À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

38. Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Intervieweur : Ne lisez pas le choix de réponses.

- 1 = Oui, totalement incapable
- 2 = Non, capable
- 8 = Ne sait pas

39. Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que vous éprouviez des difficultés à vous déplacer d'une pièce à une autre?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 41

Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

40. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

Mon problème...

- 1 = était présent à la naissance
- 2 = est une maladie

Mon problème a été causé par...

- 3 = le vieillissement
- 4 = un accident de travail
- 5 = une autre cause reliée au travail
- 6 = un accident à la maison, sur la route, etc.
- 7 = autre chose, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

41. **Consigne** : Si oui à A9; sinon passez à 45

À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à vous tenir debout pendant plus de 20 minutes?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

42. Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Intervieweur : Ne lisez pas le choix de réponses.

- 1 = Oui, totalement incapable
- 2 = Non, capable
- 8 = Ne sait pas

43. Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que vous éprouviez des difficultés à vous tenir debout pendant plus de 20 minutes?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 45

Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

44. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

Mon problème...

- 1 = était présent à la naissance
- 2 = est une maladie

Mon problème a été causé par...

- 3 = le vieillissement
- 4 = un accident de travail
- 5 = une autre cause reliée au travail
- 6 = un accident à la maison, sur la route, etc.
- 7 = autre chose, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

45. **Consigne** : Si oui à A10 ou A11; sinon passez à 49

Parlons de votre difficulté à accomplir certains gestes qui demandent de la souplesse.

Consigne : Si oui à A10; sinon passez à 49

À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à vous mettre au lit et à en sortir?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

46. Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Intervieweur : Ne lisez pas le choix de réponses.

- 1 = Oui, totalement incapable
- 2 = Non, capable
- 8 = Ne sait pas

47. Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que vous éprouviez des difficultés à vous mettre au lit et à en sortir?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 49

Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

48. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

Mon problème...

- 1 = était présent à la naissance
- 2 = est une maladie

Mon problème a été causé par...

- 3 = le vieillissement
- 4 = un accident de travail
- 5 = une autre cause reliée au travail
- 6 = un accident à la maison, sur la route, etc.
- 7 = autre chose, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

49. Éprouvez-vous des difficultés à vous habiller et à vous déshabiller?

- 1 = Oui, éprouve des difficultés
- 2 = Non, pas de difficulté → Passez à 54
- 8 = Ne sait pas → Passez à 54

50. À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

51. Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Intervieweur : Ne lisez pas le choix de réponses.

- 1 = Oui, totalement incapable
- 2 = Non, capable
- 8 = Ne sait pas

52. Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que vous éprouviez des difficultés à vous habiller et à vous déshabiller?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 54

Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

53. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

Mon problème...

- 1 = était présent à la naissance
- 2 = est une maladie

Mon problème a été causé par...

- 3 = le vieillissement
- 4 = un accident de travail
- 5 = une autre cause reliée au travail
- 6 = un accident à la maison, sur la route, etc.
- 7 = autre chose, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

54. **Consigne :** Si oui à A11; sinon passez à 58

À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à vous pencher et à ramasser un objet sur le plancher (par exemple, un soulier) lorsque vous êtes debout?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

55. Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Intervieweur : Ne lisez pas le choix de réponses.

- 1 = Oui, totalement incapable
- 2 = Non, capable
- 8 = Ne sait pas

56. Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que vous éprouviez des difficultés à vous pencher et à ramasser un objet sur le plancher?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 58
Sinon, précisez _____ **Consigne :** Portez dans la zone

57. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

Mon problème...

- 1 = était présent à la naissance
- 2 = est une maladie

Mon problème a été causé par...

- 3 = le vieillissement
- 4 = un accident de travail
- 5 = une autre cause reliée au travail
- 6 = un accident à la maison, sur la route, etc.
- 7 = autre chose, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

58. **Consigne :** Si oui à A12, A13 ou A14; sinon passez à 70

Parlons de vos difficultés reliées à l'agilité.

Consigne : Si oui à A12; sinon passez à 62

À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à vous couper les ongles d'orteils?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

59. Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Intervieweur : Ne lisez pas le choix de réponses.

- 1 = Oui, totalement incapable
- 2 = Non, capable
- 8 = Ne sait pas

60. Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que vous éprouviez des difficultés à vous couper les ongles d'orteils?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 62
Sinon, précisez _____ **Consigne :** Portez dans la zone

61. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

Mon problème...

- 1 = était présent à la naissance
- 2 = est une maladie

Mon problème a été causé par...

- 3 = le vieillissement
- 4 = un accident de travail
- 5 = une autre cause reliée au travail
- 6 = un accident à la maison, sur la route, etc.
- 7 = autre chose, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

62. **Consigne** : Si oui à A13; sinon passez à 66

À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à vous servir de vos doigts pour saisir ou manier un objet (par exemple, pour utiliser des pinces ou des ciseaux)?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

63. Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Intervieweur : Ne lisez pas le choix de réponses.

- 1 = Oui, totalement incapable
- 2 = Non, capable
- 8 = Ne sait pas

64. Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que vous éprouviez des difficultés à vous servir de vos doigts pour saisir ou manier un objet?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 66

Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

65. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

Mon problème...

- 1 = était présent à la naissance
- 2 = est une maladie

Mon problème a été causé par...

- 3 = le vieillissement
- 4 = un accident de travail
- 5 = une autre cause reliée au travail
- 6 = un accident à la maison, sur la route, etc.
- 7 = autre chose, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

66. **Consigne** : Si oui à A14; sinon passez à 70

À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à tendre les bras dans n'importe quelle direction, par exemple au-dessus de votre tête?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

67. Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Intervieweur : Ne lisez pas le choix de réponses.

- 1 = Oui, totalement incapable
- 2 = Non, capable
- 8 = Ne sait pas

68. Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que vous éprouviez des difficultés à tendre les bras dans n'importe quelle direction?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 70

Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

69. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

Mon problème...

- 1 = était présent à la naissance
- 2 = est une maladie

Mon problème a été causé par...

- 3 = le vieillissement
- 4 = un accident de travail
- 5 = une autre cause reliée au travail
- 6 = un accident à la maison, sur la route, etc.
- 7 = autre chose, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

70. Éprouvez-vous des difficultés à couper vos aliments?

- 1 = Oui, éprouve des difficultés
- 2 = Non, pas de difficulté → Passez à 75
- 8 = Ne sait pas → Passez à 75

71. À quel âge avez-vous éprouvé pour la première fois des difficultés à le faire?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

72. Êtes-vous totalement incapable de le faire?

Intervieweur : Ne lisez pas le choix de réponses.

- 1 = Oui, totalement incapable
- 2 = Non, capable
- 8 = Ne sait pas

73. Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que vous éprouviez des difficultés à couper vos aliments?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 75
Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

74. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

Mon problème...

- 1 = était présent à la naissance
- 2 = est une maladie

Mon problème a été causé par...

- 3 = le vieillissement
- 4 = un accident de travail
- 5 = une autre cause reliée au travail
- 6 = un accident à la maison, sur la route, etc.
- 7 = autre chose, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

75. **Consigne** : Si oui à A15a, b, c ou d; sinon passez à 78

Vous avez mentionné avoir un problème de santé PHYSIQUE ou un état qui vous limite dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire.

À quel âge avez-vous commencé à être limité(e) dans vos activités?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

76. Quel est le principal état ou problème de santé qui vous limite dans vos activités?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 78
Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

77. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. Ne sélectionnez qu'une seule case

Mon problème...

- 1 = était présent à la naissance
- 2 = est une maladie

Mon problème a été causé par...

- 3 = le vieillissement
- 4 = un accident de travail
- 5 = une autre cause reliée au travail
- 6 = un accident à la maison, sur la route, etc.
- 7 = autre chose, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

78. **Consigne** : Si oui à A16; sinon passez à 81

Vous avez dit que vous aviez des problèmes de mémoire ou des difficultés à apprendre (comme des difficultés à vous souvenir du nom de personnes familières, à apprendre des nouvelles choses) ou qu'il vous arrivait d'être confus(e).

À quel âge avez-vous commencé à avoir ces difficultés?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

79. Quel est le principal état ou problème qui fait que vous éprouviez des problèmes de mémoire ou des difficultés à apprendre?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez 81
Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

80. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

Mon problème...

- 1 = était présent à la naissance
- 2 = est une maladie

Mon problème a été causé par...

- 3 = le vieillissement
- 4 = un accident de travail
- 5 = une autre cause reliée au travail
- 6 = un accident à la maison, sur la route, etc.
- 7 = autre chose, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

81. Certaines personnes ont plus de difficulté que d'autres à faire certaines activités courantes.

a) En général, avez-vous de la difficulté à faire des additions et des soustractions?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

b) En général, avez-vous de la difficulté à différencier la gauche de la droite?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

c) Est-ce qu'on vous dit souvent que vous ne faites pas les bonnes choses au bon moment?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

d) En général, avez-vous de la difficulté à expliquer vos idées lorsque vous parlez?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

e) En général, avez-vous de la difficulté à faire des activités qui comprennent plusieurs étapes (par exemple, suivre une recette)?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

f) Avez-vous souvent de la difficulté à résoudre des problèmes de la vie de tous les jours?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

g) Avez-vous souvent besoin d'aide pour comprendre les gens que vous ne connaissez pas ou pour leur parler?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

82. **Consigne** : Si oui à A19a, b, c ou d; sinon passez à 85

Vous avez mentionné avoir un problème émotif, psychologique ou mental, ou une déficience intellectuelle, qui vous limite dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire.

À quel âge avez-vous commencé à être limité(e) dans vos activités?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)
(Si 96 ans et plus, inscrivez 96)

83. Quel est le principal état ou problème qui vous limite dans vos activités?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 85
Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

84. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

Mon problème...

- 1 = était présent à la naissance
- 2 = est une maladie

Mon problème a été causé par...

- 3 = le vieillissement
- 4 = un accident de travail
- 5 = une autre cause reliée au travail
- 6 = un accident à la maison, sur la route, etc.
- 7 = autre chose, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

85. En général, éprouvez-vous des douleurs ou des malaises?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à la section B
- 8 = Ne sait pas → Passez à la section B

86. Comment décririez-vous l'intensité habituelle de ces douleurs ou malaises?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Faible
- 2 = Modérée
- 3 = Forte
- 8 = Ne sait pas

87. Combien d'activités ces douleurs ou ces malaises vous empêchent-ils de faire?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Aucune
- 2 = Quelques-unes
- 3 = Plusieurs
- 4 = La plupart
- 8 = Ne sait pas

Section B - Aides techniques ou services

Les questions suivantes portent sur l'utilisation que vous faites des aides techniques et de certains services. Ces questions ont été conçues pour une diversité d'états ou de problèmes de santé et certaines pourraient ne pas s'appliquer dans votre cas.

88. **Consigne :** Si oui à A1 ou A2; sinon passez à 92

J'aimerais vous interroger au sujet de l'utilisation que vous faites des aides techniques ou des services pour les personnes sourdes ou malentendantes. Je vais vous lire une liste. Répondez s.v.p. par oui ou non.

Utilisez-vous actuellement :

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) une prothèse auditive à une oreille	1	2	8
b) une prothèse auditive à deux oreilles	1	2	8
c) un appareil de télécommunication pour les sourds (téléscripteur)	1	2	8
d) un amplificateur personnel portatif	1	2	8
e) un système d'amplification, par exemple : un système M.F., une boucle magnétique, un système d'amplification infrarouge	1	2	8
f) un système d'alarme visuel/tactile	1	2	8
g) un téléphone à volume réglable	1	2	8
h) un ordinateur pour communiquer	1	2	8
i) un décodeur d'émissions sous-titrées	1	2	8
j) un interprète oral ou un interprète en langage gestuel	1	2	8
k) un service de relais des appels téléphoniques offert par une compagnie de téléphone	1	2	8
l) autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

89. Y-a-t-il des aides techniques ou des services pour les personnes sourdes ou malentendantes dont vous avez besoin, mais que vous n'avez pas?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 92
- 8 = Ne sait pas → Passez à 92

90. Quels sont les aides techniques ou les services dont vous avez besoin, mais que vous n'avez pas?

Intervieweur : Ne lisez pas la liste. Inscrivez toutes les réponses qui s'appliquent

- a) une prothèse auditive à une oreille
- b) une prothèse auditive à deux oreilles
- c) un appareil de télécommunication pour les sourds (téléscripteur)
- d) un amplificateur personnel portatif
- e) un système d'amplification, par exemple : un système M.F., une boucle magnétique, un système d'amplification infrarouge
- f) un système d'alarme visuel/tactile
- g) un téléphone à volume réglable
- h) un ordinateur pour communiquer
- i) un décodeur d'émissions sous-titrées
- j) un interprète oral ou un interprète en langage gestuel
- k) un service de relais des appels téléphoniques offert par une compagnie de téléphone
- l) autre, s.v.p. précisez _____

91. Pourquoi n'avez-vous pas ces aides techniques ou ces services? Je vais vous lire une liste. Veuillez répondre par vrai ou faux.

	<u>VRAI</u>	<u>FAUX</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Vous n'en avez pas besoin tout le temps	1	2	8
b) Le problème n'est pas assez grave	1	2	8
c) Vous ne saviez pas où les obtenir	1	2	8
d) Trop coûteux ou vous ne pouvez pas vous le permettre	1	2	8
e) N'ont jamais été prescrits	1	2	8
f) N'étaient pas disponibles	1	2	8
g) Vous ne saviez pas que cela existait	1	2	8
h) Autre raison, s.v.p. précisez _____	1	2	8

92. **Consigne :** Si oui à A3 ou A4; sinon passez à 96

J'aimerais vous poser quelques questions au sujet de l'utilisation que vous faites des aides techniques ou des services pour les personnes aveugles ou mal voyantes. Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

Utilisez-vous actuellement :

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) du matériel de lecture en gros caractères	1	2	8
b) du matériel de lecture en braille	1	2	8
c) du matériel de lecture auditif (comme des livres parlants ou sonores)	1	2	8
d) des lunettes ou des verres de contact	1	2	8
e) des loupes ou d'autres appareils grossissants	1	2	8
f) du matériel d'enregistrement	1	2	8
g) un ordinateur (avec un afficheur en braille, un synthétiseur de parole ou un dispositif de grossissement de l'image)	1	2	8
h) une canne blanche	1	2	8
i) les services d'un lecteur ou d'un guide voyant	1	2	8
j) un chien guide	1	2	8
k) autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

93. Y-a-t-il des aides techniques ou des services pour les personnes aveugles ou mal voyantes dont vous avez besoin, mais que vous n'avez pas?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 96
- 8 = Ne sait pas → Passez à 96

94. Quels sont les aides techniques ou les services dont vous avez besoin, mais que vous n'avez pas?

Intervieweur : Ne lisez pas la liste. Inscrivez toutes les réponses qui s'appliquent

- a) du matériel de lecture en gros caractères
- b) du matériel de lecture en braille
- c) du matériel de lecture auditif (comme des livres parlants ou sonores)
- d) des lunettes ou des verres de contact
- e) des loupes ou d'autres appareils grossissants
- f) du matériel d'enregistrement
- g) un ordinateur (avec un afficheur en braille, un synthétiseur de parole ou un dispositif de grossissement de l'image)
- h) une canne blanche
- i) les services d'un lecteur ou d'un guide voyant
- j) un chien guide
- k) autre, s.v.p. précisez _____

95. Pourquoi n'avez-vous pas ces aides techniques ou ces services? Je vais vous lire une liste. Veuillez répondre par vrai ou faux.

	<u>VRAI</u>	<u>FAUX</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Vous n'en avez pas besoin tout le temps	1	2	8
b) Le problème n'est pas assez grave	1	2	8
c) Vous ne saviez pas où les obtenir	1	2	8
d) Trop coûteux ou vous ne pouvez pas vous le permettre	1	2	8
e) N'ont jamais été prescrits	1	2	8
f) N'étaient pas disponibles	1	2	8
g) Vous ne saviez pas que cela existait	1	2	8
h) Autre raison, s.v.p. précisez _____	1	2	8

96. **Consigne :** Si oui à A5; sinon passez à 100

J'aimerais vous interroger au sujet de l'utilisation que vous faites des aides techniques ou des services pour les personnes ayant de la difficulté à parler et à se faire comprendre. Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

Utilisez-vous actuellement :

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) un larynx artificiel	1	2	8
b) un amplificateur pour la voix	1	2	8
c) un tableau de communication, par exemple un tableau d'images ou de symboles Bliss	1	2	8
d) un appareil électronique de communication non vocale (comme Canon Communicator)	1	2	8
e) un appareil électronique de communication vocale (comme Alpha Talker, Macaw, Lightwriter)	1	2	8
f) un ordinateur pour communiquer	1	2	8
g) un téléphone adapté (téléscripteur)	1	2	8
h) un système d'appel d'urgence	1	2	8
i) autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

97. Y-a-t-il des aides techniques ou des services pour les personnes ayant de la difficulté à parler et à se faire comprendre dont vous avez besoin, mais que vous n'avez pas?

1 = Oui
 2 = Non → Passez à 100
 8 = Ne sait pas → Passez à 100

98. Quels sont les aides techniques ou les services dont vous avez besoin, mais que vous n'avez pas?

Intervieweur : Ne lisez pas la liste. Inscrivez toutes les réponses qui s'appliquent

- a) un larynx artificiel
- b) un amplificateur pour la voix
- c) un tableau de communication, par exemple un tableau d'images ou de symboles Bliss
- d) un appareil électronique de communication non vocale (comme Canon Communicator)
- e) un appareil électronique de communication vocale (comme Alpha Talker, Macaw, Lightwriter)
- f) un ordinateur pour communiquer
- g) un téléphone adapté (téléscripteur)
- h) un système d'appel d'urgence
- i) autre, s.v.p. précisez _____

99. Pourquoi n'avez-vous pas ces aides techniques ou ces services? Je vais vous lire une liste. Veuillez répondre par vrai ou faux.

	<u>VRAI</u>	<u>FAUX</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Vous n'en avez pas besoin tout le temps	1	2	8
b) Le problème n'est pas assez grave	1	2	8
c) Vous ne saviez pas où les obtenir	1	2	8
d) Trop coûteux ou vous ne pouvez pas vous le permettre	1	2	8
e) N'ont jamais été prescrits	1	2	8
f) N'étaient pas disponibles	1	2	8
g) Vous ne saviez pas que cela existait	1	2	8
h) Autre raison, s.v.p. précisez _____	1	2	8

Consigne : Si oui à A6, A7, A8, A9, A15a) b) c) ou d) ou 36; sinon passez à 105.

100. Utilisez-vous des aides techniques ou du matériel spécialisé pour vous déplacer, comme des béquilles ou un fauteuil roulant?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 102
- 8 = Ne sait pas → Passez à 102

101. Quelles aides techniques ou quel matériel spécialisé utilisez-vous pour vous aider à vous déplacer? Je vais vous lire une liste. Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Un appareil orthopédique pour le dos ou les jambes	1	2	8
b) Des chaussures orthopédiques	1	2	8
c) Un pied ou une jambe artificiels	1	2	8
d) Une canne (autre qu'une canne blanche)	1	2	8
e) Des béquilles	1	2	8
f) Une marchette	1	2	8
g) Un triporteur ou un quadriporteur	1	2	8
h) Un fauteuil roulant manuel	1	2	8
i) Un fauteuil roulant motorisé	1	2	8
j) D'autres aides à la mobilité, s.v.p. précisez _____	1	2	8

102. Y-a-t-il des aides techniques ou du matériel spécialisé dont vous avez besoin pour vous aider à vous déplacer, mais que vous n'avez pas?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 105
- 8 = Ne sait pas → Passez à 105

103. Quelles sont les aides techniques ou quel est le matériel spécialisé dont vous avez besoin, mais que vous n'avez pas?

Intervieweur : Ne lisez pas la liste. Inscrivez toutes les réponses qui s'appliquent

- a) Un appareil orthopédique pour le dos ou les jambes
- b) Des chaussures orthopédiques
- c) Un pied ou une jambe artificiels
- d) Une canne (autre qu'une canne blanche)
- e) Des béquilles
- f) Une marchette
- g) Un triporteur ou un quadriporteur
- h) Un fauteuil roulant manuel
- i) Un fauteuil roulant motorisé
- j) D'autres aides à la mobilité, s.v.p. précisez _____

104. Pourquoi n'avez-vous pas ces aides techniques ou ce matériel spécialisé? Je vais vous lire une liste. Veuillez répondre par vrai ou faux.

	<u>VRAI</u>	<u>FAUX</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Vous n'en avez pas besoin tout le temps	1	2	8
b) Le problème n'est pas assez grave	1	2	8
c) Vous ne saviez pas où les obtenir	1	2	8
d) Trop coûteux ou vous ne pouvez pas vous le permettre	1	2	8
e) N'ont jamais été prescrits	1	2	8
f) N'étaient pas disponibles	1	2	8
g) Vous ne saviez pas que cela existait	1	2	8
h) Autre raison, s.v.p. précisez _____	1	2	8

Consigne : Si oui à A10, A11, A12, A13, A14, A15a) b) c) ou d) 49 ou 70; sinon passez à 110

105. Utilisez-vous des aides techniques ou du matériel spécialisé pour remplacer ou soutenir vos mains ou vos bras ou pour vous aider à vous en servir?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 107
- 8 = Ne sait pas → Passez à 107

106. Quelles sont les aides techniques ou quel est le matériel spécialisé que vous utilisez pour remplacer ou soutenir vos mains ou vos bras ou pour vous aider à vous en servir? Veuillez s.v.p. répondre par oui ou non.

	<u>QUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Une main ou un bras artificiels	1	2	8
b) Un support pour le bras	1	2	8
c) Autres choses, s.v.p. précisez _____	1	2	8

107. Y-a-t-il des aides techniques ou du matériel spécialisé, dont vous avez besoin pour remplacer ou soutenir vos mains ou vos bras ou pour vous aider à vous en servir, mais que vous n'avez pas?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 110
- 8 = Ne sait pas → Passez à 110

108. Quelles sont les aides techniques ou quel est le matériel spécialisé pour les mains et les bras dont vous avez besoin mais que vous n'avez pas?

Intervieweur : Ne lisez pas la liste. Inscrivez toutes les réponses qui s'appliquent

- a) Une main ou un bras artificiels
- b) Un support pour le bras
- c) Autres choses, s.v.p. précisez _____

109. Pourquoi n'avez-vous pas ces aides techniques ou ce matériel spécialisé? Je vais vous lire une liste. Veuillez répondre par vrai ou faux.

	<u>VRAI</u>	<u>FAUX</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Vous n'en avez pas besoin tout le temps	1	2	8
b) Le problème n'est pas assez grave	1	2	8
c) Vous ne saviez pas où les obtenir	1	2	8
d) Trop coûteux ou vous ne pouvez pas vous le permettre	1	2	8
e) N'ont jamais été prescrits	1	2	8
f) N'étaient pas disponibles	1	2	8
g) Vous ne saviez pas que cela existait	1	2	8
h) Autre raison, s.v.p. précisez _____	1	2	8

110. Utilisez-vous des aides techniques ou du matériel spécialisé pour vous aider dans vos soins personnels (par exemple pour vous laver, vous habiller, manger, pour utiliser les toilettes ou pour faire vos selles ou vos urines)?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 112
- 8 = Ne sait pas → Passez à 112

111. En utilisez-vous pour vous aider à...

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Préparer vos repas	1	2	8
b) Prendre vos repas	1	2	8
c) Vous laver au lavabo, au bain, dans la douche ou au lit	1	2	8
d) Faire votre toilette (comme vous coiffer, vous brosser les dents, vous maquiller, vous raser, etc.)	1	2	8
e) Vous habiller	1	2	8
f) Utiliser les toilettes	1	2	8
g) Faire vos selles ou vos urines (comme des couches, des culottes d'incontinence, des cathéters pour urine, etc.)	1	2	8

112. Y a-t-il des aides techniques ou du matériel spécialisé dont vous avez besoin mais que vous n'avez pas pour vous aider dans vos soins personnels?

- 1 = Oui
 2 = Non → Passez à 114
 8 = Ne sait pas → Passez à 114

112.a) En avez-vous besoin pour vous aider à...

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
Préparer vos repas	1	2	8
b) Prendre vos repas	1	2	8
c) Vous laver au lavabo, au bain, dans la douche ou au lit	1	2	8
d) Faire votre toilette (comme vous coiffer, vous brosser les dents, vous maquiller, vous raser, etc.)	1	2	8
e) Vous habiller	1	2	8
f) Utiliser les toilettes	1	2	8
g) Faire vos selles ou vos urines (comme des couches, des culottes d'incontinence, des cathéters pour urine, etc.)	1	2	8

Consigne : Si aucun «oui» aux questions 112a) à 112g) → Passez à 114

113. Pourquoi n'avez-vous pas ces aides techniques ou ce matériel spécialisé? Je vais vous lire une liste. Veuillez répondre par vrai ou faux.

	<u>VRAI</u>	<u>FAUX</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Vous n'en avez pas besoin tout le temps	1	2	8
b) Le problème n'est pas assez grave	1	2	8
c) Vous ne saviez pas où les obtenir	1	2	8
d) Trop coûteux ou vous ne pouvez pas vous le permettre	1	2	8
e) N'ont jamais été prescrits	1	2	8
f) N'étaient pas disponibles	1	2	8
g) Vous ne saviez pas que cela existait	1	2	8
h) Autre raison, s.v.p. précisez _____	1	2	8

114. Utilisez-vous des aides techniques ou du matériel spécialisé pour réaliser vous-même des traitements médicaux (concentrateur d'oxygène, appareil respiratoire, neurostimulateur Tens, etc.)?

- 1 = Oui, lesquels? _____
 2 = Non
 8 = Ne sait pas

Section C - Activités quotidiennes

Les questions suivantes portent sur la façon dont vous effectuez vos activités de tous les jours.

115. Qui prépare habituellement vos repas?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Vous seul(e) → Passez à 120a)
 2 = Vous-même et quelqu'un d'autre → Passez à 116
 3 = Quelqu'un d'autre → Passez à 116
 8 = Ne sait pas → Passez à 120a)

116. Est-ce à cause de votre état ou de votre problème de santé?

- 1 = Oui
 2 = Non → Passez à 121
 8 = Ne sait pas → Passez à 121

117. Qui vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour préparer vos repas?

Intervieweur : Lisez la liste.

	OUI	NON	NE SAIT PAS
a) Époux, épouse ou conjoint(e)	1	2	8
b) Fils	1	2	8
c) Fille	1	2	8
d) Père ou mère	1	2	8
e) Frère ou soeur	1	2	8
f) D'autres personnes apparentées	1	2	8
g) Ami(e), voisin(e) ou bénévole	1	2	8
h) Personne du CLSC ou payée par le CLSC	1	2	8
i) Autres, précisez _____	1	2	8

118. À quelle fréquence recevez-vous de l'aide pour préparer vos repas?

Intervieweur : Lisez la liste.

- 1 = Tous les jours
- 2 = Au moins une fois par semaine
- 3 = Moins d'une fois par semaine
- 8 = Ne sait pas

119. Devez-vous payer de votre poche pour ce service, c'est-à-dire que vous ne serez pas remboursé(e)?

- 1 = Oui → Passez à 120b)
- 2 = Non → Passez à 120b)
- 8 = Ne sait pas → Passez à 120b)

120.a) À cause de votre état ou de votre problème de santé, auriez-vous besoin d'aide pour préparer vos repas?

- 1 = Oui → Passez à 121
- 2 = Non → Passez à 121
- 8 = Ne sait pas → Passez à 121

120.b) À cause de votre état ou de votre problème de santé, auriez-vous besoin d'aide ADDITIONNELLE pour préparer vos repas?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

121. Qui fait habituellement vos achats d'épicerie ou d'autres produits essentiels?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Vous seul(e) → Passez à 126a)
- 2 = Vous-même et quelqu'un d'autre → Passez à 122
- 3 = Quelqu'un d'autre → Passez à 122
- 8 = Ne sait pas → Passez à 126a)

122. Est-ce à cause de votre état ou de votre problème de santé?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 127
- 8 = Ne sait pas → Passez à 127

123. Qui vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour faire vos achats d'épicerie ou d'autres produits essentiels?

Intervieweur : Lisez la liste.

	OUI	NON	NE SAIT PAS
a) Époux, épouse ou conjoint(e)	1	2	8
b) Fils	1	2	8
c) Fille	1	2	8
d) Père ou mère	1	2	8
e) Frère ou soeur	1	2	8
f) D'autres personnes apparentées	1	2	8
g) Ami(e), voisin(e) ou bénévole	1	2	8
h) Personne du CLSC ou payée par le CLSC	1	2	8
i) Autres, précisez _____	1	2	8

124. À quelle fréquence recevez-vous de l'aide pour faire vos achats d'épicerie ou d'autres produits essentiels?

Intervieweur : Lisez la liste.

- 1 = Tous les jours
- 2 = Au moins une fois par semaine
- 3 = Moins d'une fois par semaine
- 8 = Ne sait pas

125. Devez-vous payer de votre poche pour ce service, c'est-à-dire que vous ne serez pas remboursé(e)?

- 1 = Oui → Passez à 126b)
- 2 = Non → Passez à 126b)
- 8 = Ne sait pas → Passez à 126b)

126.a) À cause de votre état ou de votre problème de santé, auriez-vous besoin d'aide pour faire vos achats d'épicerie ou d'autres produits essentiels?

- 1 = Oui → Passez à 127
- 2 = Non → Passez à 127
- 8 = Ne sait pas → Passez à 127

126.b) À cause de votre état ou de votre problème de santé, auriez-vous besoin d'aide ADDITIONNELLE pour faire vos achats d'épicerie ou d'autres produits essentiels?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

127. Qui s'occupe habituellement de vos travaux ménagers courants comme épousseter ou ranger?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Vous seul(e) → Passez à 132a)
- 2 = Vous-même et quelqu'un d'autre → Passez à 128
- 3 = Quelqu'un d'autre → Passez à 128
- 8 = Ne sait pas → Passez à 132a)

128. Est-ce à cause de votre état ou de votre problème de santé?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 133
- 8 = Ne sait pas → Passez à 133

129. Qui vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour vos travaux ménagers courants?

Intervieweur : Lisez la liste.

	OUI	NON	NE SAIT PAS
a) Époux, épouse ou conjoint(e)	1	2	8
b) Fils	1	2	8
c) Fille	1	2	8
d) Père ou mère	1	2	8
e) Frère ou soeur	1	2	8
f) D'autres personnes apparentées	1	2	8
g) Ami(e),voisin(e) ou bénévole	1	2	8
h) Personne du CLSC ou payée par le CLSC	1	2	8
i) Autres, précisez _____	1	2	8

130. À quelle fréquence recevez-vous de l'aide pour faire vos travaux ménagers courants?

Intervieweur : Lisez la liste.

- 1 = Tous les jours
- 2 = Au moins une fois par semaine
- 3 = Moins d'une fois par semaine
- 8 = Ne sait pas

131. Devez-vous payer de votre poche pour ce service, c'est-à-dire que vous ne serez pas remboursé(e)?

- 1 = Oui → Passez à 132b)
- 2 = Non → Passez à 132b)
- 8 = Ne sait pas → Passez à 132b)

132.a) À cause de votre état ou de votre problème de santé, auriez-vous besoin d'aide pour vos travaux ménagers courants?

- 1 = Oui → Passez à 133
- 2 = Non → Passez à 133
- 8 = Ne sait pas → Passez à 133

132.b) À cause de votre état ou de votre problème de santé, auriez-vous d'aide ADDITIONNELLE pour vos travaux ménagers courants?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

133. Qui s'occupe habituellement de vos gros travaux ménagers comme le lavage des murs, l'entretien extérieur ou le déneigement?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Vous seul(e) → Passez à 138a)
- 2 = Vous-même et quelqu'un d'autre → Passez à 134
- 3 = Quelqu'un d'autre → Passez à 134
- 4 = Personne → Passez à 138a)
- 5 = Ne s'applique pas → Passez à 139
- 8 = Ne sait pas → Passez à 138a)

134. Est-ce à cause de votre état ou de votre problème de santé?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 139
- 8 = Ne sait pas → Passez à 139

135. Qui vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour vos gros travaux ménagers?

Intervieweur : Lisez la liste.

	OUI	NON	NE SAIT PAS
a) Époux, épouse ou conjoint(e)	1	2	8
b) Fils	1	2	8
c) Fille	1	2	8
d) Père ou mère	1	2	8
e) Frère ou soeur	1	2	8
f) D'autres personnes apparentées	1	2	8
g) Ami(e),voisin(e) ou bénévole	1	2	8
h) Personne du CLSC ou payée par le CLSC	1	2	8
i) Autres, précisez _____	1	2	8

136. À quelle fréquence recevez-vous de l'aide pour vos gros travaux ménagers?

Intervieweur : Lisez la liste.

- 1 = Au moins une fois par semaine
- 2 = Au moins une fois par mois
- 3 = Moins d'une fois par mois
- 8 = Ne sait pas

137. Devez-vous payer de votre poche pour ce service, c'est-à-dire que vous ne serez pas remboursé(e)?

- 1 = Oui → Passez à 138b)
- 2 = Non → Passez à 138b)
- 8 = Ne sait pas → Passez à 138b)

138.a) À cause de votre état ou de votre problème de santé, auriez-vous besoin d'aide pour vos gros travaux ménagers?

- 1 = Oui → Passez à 139
- 2 = Non → Passez à 139
- 8 = Ne sait pas → Passez à 139

138.b) À cause de votre état ou de votre problème de santé, auriez-vous besoin d'aide ADDITIONNELLE pour vos gros travaux ménagers?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

139. Qui s'occupe habituellement de vos finances personnelles, comme les transactions bancaires ou le paiement des factures?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Vous seul(e) → Passez à 144a)
- 2 = Vous-même et quelqu'un d'autre → Passez à 140
- 3 = Quelqu'un d'autre → Passez à 140
- 8 = Ne sait pas → Passez à 144a)

140. Est-ce à cause de votre état ou de votre problème de santé?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 145
- 8 = Ne sait pas → Passez à 145

141. Qui vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour vos finances personnelles?

Intervieweur : Lisez la liste.

	OUI	NON	NE SAIT PAS
a) Époux, épouse ou conjoint(e)	1	2	8
b) Fils	1	2	8
c) Fille	1	2	8
d) Père ou mère	1	2	8
e) Frère ou soeur	1	2	8
f) D'autres personnes apparentées	1	2	8
g) Ami(e),voisin(e) ou bénévole	1	2	8
h) Personne du CLSC ou payée par le CLSC	1	2	8
i) Autres, précisez _____	1	2	8

142. À quelle fréquence recevez-vous de l'aide pour vos finances personnelles?

Intervieweur : Lisez la liste.

- 1 = Au moins une fois par semaine
- 2 = Au moins une fois par mois
- 3 = Moins d'une fois par mois
- 8 = Ne sait pas

143. Devez-vous payer de votre poche pour ce service, c'est-à-dire que vous ne serez pas remboursé(e)?

- 1 = Oui → Passez à 144b)
- 2 = Non → Passez à 144b)
- 8 = Ne sait pas → Passez à 144b)

144.a) À cause de votre état ou de votre problème de santé, auriez-vous besoin d'aide pour vos finances personnelles?

- 1 = Oui → Passez à 145
- 2 = Non → Passez à 145
- 8 = Ne sait pas → Passez à 145

144.b) À cause de votre état ou de votre problème de santé, auriez-vous besoin d'aide ADDITIONNELLE pour vos finances personnelles?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

145. À cause de votre état ou de votre problème de santé, recevez-vous de l'aide pour vos soins personnels, par exemple pour vous laver, faire votre toilette, vous habiller et manger?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 149a)
- 8 = Ne sait pas → Passez à 149a)

146. Qui vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour vos soins personnels?

Intervieweur : Lisez la liste.

	OUI	NON	NE SAIT PAS
a) Époux, épouse ou conjoint(e)	1	2	8
b) Fils	1	2	8
c) Fille	1	2	8
d) Père ou mère	1	2	8
e) Frère ou soeur	1	2	8
f) D'autres personnes apparentées	1	2	8
g) Ami(e), voisin(e) ou bénévole	1	2	8
h) Personne du CLSC ou payée par le CLSC	1	2	8
i) Autres, précisez _____	1	2	8

147. Recevez-vous de l'aide pour?

	OUI	NON	NE SAIT PAS
a) Manger	1	2	8
b) Vous laver au lavabo, au bain, dans la douche ou au lit	1	2	8
c) Faire votre toilette (vous coiffer, vous brosser les dents, vous maquiller, vous raser, etc.)	1	2	8
d) Vous habiller	1	2	8
e) Utiliser les toilettes	1	2	8
f) Changer ou installer du matériel sanitaire (couches, culottes d'incontinence, cathéters pour urine, etc)	1	2	8

148. Devez-vous payer de votre poche pour ce service, c'est-à-dire que vous ne serez pas remboursé(e)?

- 1 = Oui → Passez à 149b)
- 2 = Non → Passez à 149b)
- 8 = Ne sait pas → Passez à 149b)

149.a) À cause de votre état ou de votre problème de santé, auriez-vous besoin d'aide pour vos soins personnels?

- 1 = Oui → Passez à 150
- 2 = Non → Passez à 150
- 8 = Ne sait pas → Passez à 150

149.b) À cause de votre état ou de votre problème de santé, auriez-vous besoin d'aide ADDITIONNELLE pour vos soins personnels?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

150. Comment vous déplacez-vous à l'intérieur de votre résidence?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Par vous-même → Passez à 153a)
- 2 = Parfois par vous-même et parfois avec l'aide d'une autre personne → Passez à 151
- 3 = Uniquement avec l'aide d'une autre personne → Passez à 151
- 4 = Vous ne pouvez pas vous déplacer à cause de votre état ou de votre problème de santé → Passez à 153a)
- 8 = Ne sait pas → Passez à 153a)

151. Qui vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour vous déplacer?

Intervieweur : Lisez la liste.

	OUI	NON	NE SAIT PAS
a) Époux, épouse ou conjoint(e)	1	2	8
b) Fils	1	2	8
c) Fille	1	2	8
d) Père ou mère	1	2	8
e) Frère ou soeur	1	2	8
f) D'autres personnes apparentées	1	2	8
g) Ami(e), voisin(e) ou bénévole	1	2	8
h) Personne du CLSC ou payée par le CLSC	1	2	8
i) Autres, précisez _____	1	2	8

152. Devez-vous payer de votre poche pour ce service, c'est-à-dire que vous ne serez pas remboursé(e)?

1 = Oui → Passez à 153b)
2 = Non → Passez à 153b)
8 = Ne sait pas → Passez à 153b)

153.a) À cause de votre état ou de votre problème de santé, auriez-vous besoin d'aide pour vous déplacer à l'intérieur de votre résidence?

1 = Oui → Passez à 154
2 = Non → Passez à 154
8 = Ne sait pas → Passez à 154

153.b) À cause de votre état ou de votre problème de santé, auriez-vous besoin d'aide ADDITIONNELLE pour vous déplacer à l'intérieur de votre résidence?

1 = Oui
2 = Non
8 = Ne sait pas

154. Prenez-vous régulièrement des médicaments prescrits, c'est-à-dire au moins une fois par semaine?

1 = Oui
2 = Non → Passez à 156
8 = Ne sait pas → Passez à 156

155. Quelqu'un d'autre que vous doit-il organiser les médicaments que vous prenez?

1 = Oui
2 = Non
8 = Ne sait pas

156. Jusqu'à quel point contrôlez-vous les décisions qui touchent vos activités de tous les jours?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Vous ne prenez aucune décision
2 = Vous prenez certaines décisions
3 = Vous prenez la plupart des décisions
4 = Vous prenez toutes les décisions
8 = Ne sait pas

Section D - Scolarité

Consigne : Pour les 65 ans et plus → Passez à la section F

157. Les questions suivantes portent sur la scolarité.

Intervieweur :

Si l'entrevue a lieu entre mai et septembre lisez :
Si vous êtes présentement en vacances scolaires, répondez aux questions suivantes selon votre situation en avril 1998.

Êtes-vous inscrit(e) à une école, à un cégep ou à une université?

- 1 = Oui
2 = Non → Passez à 166
8 = Ne sait pas → Passez à 166

158. Êtes-vous inscrit(e) comme étudiant(e) à :

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Temps plein
2 = Temps partiel de jour
3 = Temps partiel de soir
8 = Ne sait pas

159. Suivez-vous des cours par correspondance ou à domicile? Ne tenez compte que des cours qui peuvent donner des crédits en vue de l'obtention d'un certificat, diplôme ou grade.

- 1 = Oui
2 = Non
8 = Ne sait pas

160. Dans quel genre d'école êtes-vous inscrit(e)?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = École primaire ou secondaire ordinaire → Passez à 161
- 2 = École spéciale → Passez à 162
- 3 = Cégep ou institut technique → Passez à 163
- 4 = Université → Passez à 163
- 5 = Autre, s.v.p. précisez _____ → Passez à 164
- 8 = Ne sait pas → Passez à 164

161. À cette école, êtes-vous inscrit(e) :

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = uniquement à des classes régulières
- 2 = uniquement à des classes spéciales
- 3 = à certaines classes régulières et à certaines classes spéciales ou d'appoint
- 8 = Ne sait pas

162. En quelle année êtes-vous inscrit(e)?

Intervieweur : Ne lisez pas la liste.

0 = Aucune année en particulier

• Secondaire

- 1 = 1^{er} secondaire
- 2 = 2^e secondaire
- 3 = 3^e secondaire
- 4 = 4^e secondaire
- 5 = 5^e secondaire

→ Passez à 164

6 = Cheminement particulier

7 = Autre (précisez) _____

8 = Ne sait pas

163. Quel genre de grade, diplôme ou certificat désirez-vous obtenir?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Diplôme ou certificat d'études collégiales
- 2 = Certificat ou baccalauréat universitaires
- 3 = Maîtrise ou doctorat
- 4 = Aucun grade, diplôme ou certificat
- 8 = Ne sait pas

164. À l'école, avez-vous besoin d'installations adaptées, d'aménagements spéciaux ou de certains services, comme :

Consigne :

Pour chaque réponse «oui» l'intervieweur demande : a-t-on mis ces moyens à votre disposition?

	OUI	NON	NE SAIT PAS	A-t-on mis ces moyens à votre disposition?		
				OUI	NON	NE SAIT PAS
a) d'un établissement accessible	1	2	8	1	2	8
b) de salles de cours accessibles	1	2	8	1	2	8
c) d'une résidence accessible	1	2	8	1	2	8
d) de salles de toilettes accessibles	1	2	8	1	2	8
e) de transport adapté	1	2	8	1	2	8
f) autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8	1	2	8

165. À cause de votre état ou de votre problème de santé, avez-vous besoin pour suivre vos cours :

Consigne :

Pour chaque réponse «oui» l'intervieweur demande : a-t-on mis ces moyens à votre disposition?

	OUI	NON	NE SAIT PAS	A-t-on mis ces moyens à votre disposition?		
				OUI	NON	NE SAIT PAS
a) de l'aide de quelqu'un (comme un preneur de note, un interprète)	1	2	8	1	2	8
b) d'une aide technique (comme des loupes, un système d'amplification)	1	2	8	1	2	8
c) d'autre chose, s.v.p. précisez _____	1	2	8	1	2	8

166. **Consigne :** Si 157 = 1 → Passez à 167; sinon passez à 166

Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

Intervieweur : Ne lisez pas la liste.

- 0 = Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle → Passez à la section E
- 1 = Aucune année en particulier
- 2 = Première année
- 3 = Deuxième année
- 4 = Troisième année
- 5 = Quatrième année
- 6 = Cinquième année
- 7 = Sixième année
- 8 = Septième année
- 9 = Huitième année ou secondaire I
- 10 = Neuvième année ou secondaire II
- 11 = Dixième année ou secondaire III
- 12 = Onzième année ou secondaire IV
- 13 = Douzième année ou secondaire V
- 14 = Études partielles dans un cégep, une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale
- 15 = Diplôme ou certificat d'études d'un programme technique au cégep, d'une école de métiers, d'un collège commercial privé, d'un institut technique, d'une école de sciences infirmières, d'une école normale
- 16 = Diplôme ou certificat d'études d'un programme général au cégep
- 17 = Études partielles à l'université
- 18 = Certificat(s) universitaire(s) de premier cycle acquis
- 19 = Baccalauréat(s) acquis
- 20 = Diplôme(s) en médecine, en art dentaire, en médecine vétérinaire, en optométrie ou en chiropraxie acquis
- 21 = Certificat(s) universitaire(s) de deuxième cycle acquis
- 22 = Maîtrise(s) acquise(s)
- 23 = Doctorat(s) acquis
- 98 = Ne sait pas

167. Aviez-vous votre problème de santé avant de compléter toutes vos études ou votre formation?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à la Section E
- 8 = Ne sait pas → Passez à la Section E

168. Avez-vous mis fin à vos études à cause de votre état ou de votre problème de santé?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

169. À cause de votre état ou de votre problème de santé :

	OUI	NON	NE SAIT PAS
a) votre choix de cours ou de carrière a-t-il été influencé?	1	2	8
b) avez-vous commencé l'école plus tard que la majorité des gens de votre âge?	1	2	8
c) avez-vous interrompu vos études pendant de longues périodes?	1	2	8
d) avez-vous déjà changé d'école?	1	2	8
e) avez-vous déjà changé votre orientation scolaire?	1	2	8
Toujours à cause de votre état ou de votre problème de santé :			
f) avez-vous déjà été inscrit(e) à une école spéciale ou à des cours spéciaux dans une école ordinaire?	1	2	8
g) avez-vous suivi moins de cours ou étudié moins de matières que vous auriez voulu?	1	2	8
h) avez-vous suivi des cours par correspondance ou à domicile?	1	2	8
i) êtes-vous déjà retourné à l'école pour vous recycler?	1	2	8
j) avez-vous dû quitter votre localité afin de poursuivre vos études?	1	2	8
k) avez-vous dû assumer des coûts supplémentaires pour poursuivre vos études?	1	2	8

170. À cause de votre état ou de votre problème de santé, vous a-t-il fallu plus de temps pour atteindre votre niveau de scolarité actuel?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à la Section E
- 8 = Ne sait pas → Passez à la Section E

171. Combien d'années de plus?

Nombre d'années

98 = Ne sait pas

SECTION E - ACTIVITÉ SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL

Les questions suivantes vont nous permettre de déterminer votre situation face à l'emploi.

172. La semaine dernière, avez-vous travaillé à une entreprise, sans compter le bénévolat, les travaux ménagers, les travaux d'entretien ou les réparations de votre propre maison? Considérez aussi comme travail, le travail sans rémunération dans une entreprise ou sur une ferme familiale.

1 = Oui
2 = Non → Passez à 174
8 = Ne sait pas → Passez à 174

173. Pendant combien d'heures avez-vous travaillé la semaine dernière?

Nombre d'heures, à l'heure près → Passez à 179
Ne sait pas → Passez à 179

174. La semaine dernière, étiez-vous :

Intervieweur : Lisez les items 1, 2 et 3. N'inscrivez qu'une seule réponse

1. en vacances, en congé à cause d'une maladie, en grève ou en lock-out ou absent(e) du travail pour d'autres raisons → Passez à 179
2. mis(e) à pied temporairement d'un emploi auquel vous comptez retourner → Passez à 176
3. rien de ce qui précède → Passez à 175
8. Ne sait pas → Passez à 175

175. La semaine dernière, aviez-vous des ententes claires selon lesquelles vous deviez vous présenter à un nouvel emploi au cours des quatre prochaines semaines?

1 = Oui → Passez à 176
2 = Non → Passez à 177
8 = Ne sait pas → Passez à 177

176. Avez-vous cherché du travail au cours des quatre dernières semaines? Par exemple, en vous adressant à un centre d'emploi ou à des employeurs, en publiant une annonce dans les journaux ou en répondant à une annonce?

1 = Oui → Passez à 178
2 = Non → Passez à 189
8 = Ne sait pas → Passez à 178

177. Avez-vous cherché du travail au cours des quatre dernières semaines? Par exemple, en vous adressant à un centre d'emploi ou à des employeurs, en publiant une annonce dans les journaux ou en répondant à une annonce?

1 = Oui → Passez à 178
2 = Non → Passez à 198
8 = Ne sait pas → Passez à 178

178. Auriez-vous pu commencer à travailler la semaine dernière si un emploi avait été disponible?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Oui, prêt(e) à accepter du travail → Passez à 189
2 = Non, avait déjà un emploi → Passez à 189
3 = Non, temporairement malade ou invalide → Passez à 189
4 = Non, pour des raisons personnelles ou familiales → Passez à 189
5 = Non, allait à l'école → Passez à 198
6 = Non, autres raisons → Passez à 198
8 = Ne sait pas → Passez à 198

PERSONNE OCCUPÉE

Les questions suivantes portent sur les effets de votre état ou de votre problème de santé face à l'emploi.

179. Dans votre emploi actuel, travaillez-vous principalement :

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Pour un salaire, un traitement, des pourboires ou à commission
2 = Sans rémunération, pour votre conjoint ou pour un parent, dans une entreprise ou une ferme familiale
3 = À votre compte, seul(e) ou en association
4 = Pour une allocation dans un atelier de travail ou un stage en milieu de travail
8 = Ne sait pas

180. À cause de votre état ou de votre problème de santé, avez-vous déjà changé :

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) d'emploi	1	2	8
b) de genre de travail	1	2	8
c) avez-vous déjà réduit la quantité de travail que vous faisiez	1	2	8

181. Êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité de travail que vous pouvez faire dans votre entreprise ou dans votre emploi actuel à cause de votre état ou d'un problème de santé?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 183
- 8 = Ne sait pas → Passez à 183

182. Pour qui travailliez-vous lorsque vous avez commencé à être limité(e) au travail?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Pour l'employeur actuel
- 2 = Pour un autre employeur
- 3 = Ne travaillait pas
- 8 = Ne sait pas

Consigne : Si la réponse à la question 179 est différente de «1» → Passez à 187

183. Croyez-vous qu'à cause de votre état ou de votre problème de santé il vous serait difficile de changer d'emploi ou d'obtenir de l'avancement dans votre emploi actuel?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Oui, très difficile
- 2 = Oui, difficile
- 3 = Non, pas difficile
- 8 = Ne sait pas

184. À cause de votre état ou de votre problème de santé, avez-vous besoin pour travailler :

Consigne : Pour chaque réponse «oui» l'intervieweur demande : a-t-on mis ces moyens à votre disposition?

	A-t-on mis ces moyens à votre disposition?		
	OUI	NON	NE SAIT PAS
a) de l'aide de quelqu'un (comme un lecteur ou un interprète)	1	2	8
b) d'une aide technique (comme un système d'amplification ou la conversation de l'imprimé en braille)	1	2	8
c) d'une redéfinition des tâches (tâches modifiées ou différentes)	1	2	8
d) d'un horaire flexible ou d'une réduction du temps de travail	1	2	8
e) de transport adapté	1	2	8
f) autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

185. À cause de votre état ou de votre problème de santé, avez-vous besoin pour travailler d'installations adaptées ou d'aménagements spéciaux, comme :

Consigne : Pour chaque réponse «oui» l'intervieweur demande : a-t-on mis ces moyens à votre disposition?

	A-t-on mis ces moyens à votre disposition?		
	OUI	NON	NE SAIT PAS
a) des mains courantes, des rampes d'accès	1	2	8
b) un stationnement accessible	1	2	8
c) des ascenseurs adaptés	1	2	8
d) un poste de travail adapté	1	2	8
e) des toilettes accessibles	1	2	8
f) autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

186. Votre employeur a-t-il un programme spécial pour augmenter l'embauche des personnes handicapées, comme un programme d'égalité à l'emploi ou un programme d'action positive?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

187. Au cours des cinq dernières années, pensez-vous qu'en raison de votre état ou de votre problème de santé, on vous ait refusé :

Intervieweur : Si les catégories ne s'appliquent pas, sélectionnez «Non»

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) un emploi	1	2	8
b) une promotion	1	2	8
c) l'accès à des cours de formation	1	2	8
d) ou, qu'on ait mis fin à votre emploi	1	2	8

188. Pensez-vous que votre employeur actuel ou qu'un employeur éventuel considérerait votre état ou votre problème de santé comme un désavantage sur le plan du travail?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

PASSEZ À LA SECTION F

PERSONNE EN CHÔMAGE

Les questions suivantes portent sur les effets de votre état ou de votre problème de santé face à l'emploi

189. Êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité de travail que vous pourriez faire dans un emploi ou dans une entreprise à cause de votre état ou de votre problème de santé?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 191
- 8 = Ne sait pas → Passez à 191

190. Travailliez-vous dans un emploi ou dans une entreprise au moment où votre état ou votre problème de santé a commencé à limiter le genre ou la quantité de travail que vous pouviez faire?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

191. Votre état ou votre problème de santé a-t-il une influence sur votre capacité de vous chercher du travail?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

192. Désirez-vous un emploi à temps plein ou à temps partiel?

Intervieweur : Ne lisez pas la liste.

- 1 = Temps plein ou temps partiel → Passez à 194
- 2 = Temps plein seulement → Passez à 194
- 3 = Temps partiel seulement → Passez à 193
- 8 = Ne sait pas → Passez à 194

193. Est-ce à cause de votre état ou de votre problème de santé?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

194. À cause de votre état ou de votre problème de santé, auriez-vous besoin pour travailler :

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) de l'aide de quelqu'un (comme un lecteur ou un interprète)	1	2	8
b) d'une aide technique (comme un système d'amplification ou la conversion de l'imprimé en braille)	1	2	8
c) d'une redéfinition des tâches (tâches modifiées ou différentes)	1	2	8
d) d'un horaire flexible ou d'une réduction du temps de travail	1	2	8
e) de transport adapté	1	2	8
f) autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

195. Au travail, auriez-vous besoin d'installations adaptées ou d'aménagements spéciaux, comme :

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT</u> <u>PAS</u>
a) des mains courantes, des rampes d'accès	1	2	8
b) un stationnement accessible	1	2	8
c) des ascenseurs adaptés	1	2	8
d) un poste de travail adapté	1	2	8
e) des toilettes accessibles	1	2	8
f) autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

196. Au cours des cinq dernières années, pensez-vous qu'en raison de votre état ou de votre problème de santé, on vous ait refusé :

Intervieweur : Si les catégories ne s'appliquent pas, sélectionnez «Non»

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT</u> <u>PAS</u>
a) un emploi	1	2	8
b) une promotion	1	2	8
c) l'accès à des cours de formation	1	2	8
d) ou, qu'on ait mis fin à votre emploi	1	2	8

197. Pensez-vous qu'un employeur éventuel considérerait votre état ou votre problème de santé comme un désavantage sur le plan du travail?

- 1 = Oui
2 = Non
8 = Ne sait pas

☞ PASSEZ À LA SECTION F

PERSONNE NE FAISANT PAS PARTIE DE LA POPULATION ACTIVE

Les questions suivantes portent sur les effets de votre état ou de votre problème de santé face à l'emploi

198. Êtes-vous totalement incapable de travailler dans un emploi ou dans une entreprise à cause de votre état ou de votre problème de santé?

- 1 = Oui → Passez à 202
2 = Non
8 = Ne sait pas

199. Êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité de travail que vous pourriez faire dans un emploi ou dans une entreprise à cause de votre état ou de votre problème de santé?

- 1 = Oui
2 = Non → Passez à 202
8 = Ne sait pas → Passez à 202

200. Travaillez-vous dans un emploi ou dans une entreprise au moment où votre état ou votre problème de santé a commencé à limiter le genre ou la quantité de travail que vous pouviez faire?

- 1 = Oui
2 = Non
8 = Ne sait pas

201. Votre état ou votre problème de santé a-t-il une influence sur votre capacité de vous chercher du travail?

- 1 = Oui
2 = Non
8 = Ne sait pas

202. Vous êtes-vous cherché du travail au cours des deux dernières années?

- 1 = Oui
2 = Non
8 = Ne sait pas

203. Certaines personnes ont rencontré des obstacles qui les ont découragées de chercher du travail. Veuillez indiquer lesquels des énoncés suivants s'appliquent à votre situation? Veuillez répondre par vrai ou faux

	<u>VRAI</u>	<u>FAUX</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Vous perdriez une partie ou tout votre revenu actuel	1	2	8
b) Vous perdriez une partie ou toute l'aide financière que vous recevez actuellement comme l'aide au logement	1	2	8
c) Votre famille et vos amis vous ont découragé d'aller travailler	1	2	8
d) Vos responsabilités familiales vous en empêchent	1	2	8
e) L'information sur l'emploi n'est pas adaptée à vos besoins	1	2	8
f) Vous avez peur d'être mis(e) à l'écart par les autres travailleurs	1	2	8
g) Vous avez été victime de discrimination	1	2	8
h) Votre formation n'est pas adéquate	1	2	8
i) Il n'y a pas de service de transport adapté	1	2	8
j) Il n'y a pas de travail	1	2	8
k) Autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

204. Pensez-vous chercher du travail au cours des DEUX prochaines années?

- 1 = Oui
2 = Non → Passez à 209
8 = Ne sait pas

205. Voudriez-vous un emploi à temps plein ou à temps partiel?

Intervieweur : Ne lisez pas la liste.

- 1 = Temps plein ou temps partiel → Passez à 207
2 = Temps plein seulement → Passez à 207
3 = Temps partiel seulement → Passez à 206
8 = Ne sait pas → Passez à 207

206. Est-ce à cause de votre état ou de votre problème de santé?

- 1 = Oui
2 = Non
8 = Ne sait pas

207. À cause de votre état ou de votre problème de santé, auriez-vous besoin pour travailler :

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) de l'aide de quelqu'un (comme un lecteur ou un interprète)	1	2	8
b) d'une aide technique (comme un système à d'amplification ou la conversion de l'imprimé en braille)	1	2	8
c) d'une redéfinition des tâches (tâches modifiées ou différentes)	1	2	8
d) d'un horaire flexible ou réduction du temps de travail	1	2	8
e) de transport adapté	1	2	8
f) autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

208. Au travail, auriez-vous besoin d'installations adaptées ou d'aménagements spéciaux, comme

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) des mains courantes, des rampes d'accès	1	2	8
b) un stationnement accessible	1	2	8
c) des ascenseurs adaptés	1	2	8
d) un poste de travail adapté	1	2	8
e) des toilettes accessibles	1	2	8
f) autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

209. Au cours des CINQ dernières années, pensez-vous qu'en raison de votre état ou de votre problème de santé, on vous ait refusé :

Intervieweur : Si les catégories ne s'appliquent pas, sélectionnez «Non»

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) un emploi	1	2	8
b) une promotion	1	2	8
c) l'accès à des cours de formation	1	2	8
d) ou, qu'on ait mis fin à votre emploi	1	2	8

210. Pensez-vous qu'un employeur éventuel considérerait votre état ou votre problème de santé comme un désavantage sur le plan du travail?

- 1 = Oui
2 = Non
8 = Ne sait pas

SECTION F - DÉPLACEMENTS

J'aimerais maintenant vous poser des questions sur les moyens de transport que vous utilisez pour vos déplacements locaux, c'est-à-dire pour des trajets de moins de 80 kilomètres (50 milles).

211. À cause de votre état ou de votre problème de santé, avez-vous de la difficulté à quitter votre demeure pour de courts trajets?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 214
- 8 = Ne sait pas → Passez à 214

212. Êtes-vous confiné(e) à votre demeure?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 214
- 8 = Ne sait pas → Passez à 214

213. Quelles sont les raisons pour lesquelles vous ne quittez pas votre demeure? Je vais vous lire une liste. Répondez par vrai ou faux.

	<u>VRAI</u>	<u>FAUX</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Il n'y a pas de service de transport adapté	1	2	8
b) Vous utilisez des aides techniques qui ne sont pas portatives	1	2	8
c) Vous ne vous sentez pas en sécurité lorsque vous quittez votre demeure	1	2	8
d) Personne n'est disponible pour vous accompagner	1	2	8
e) Vous avez besoin d'aide une fois rendu(e) là où vous voulez vous rendre	1	2	8
f) Sortir aggrave votre état ou votre problème de santé	1	2	8
g) Autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

☛ **PASSEZ À 234**

214. Avez-vous besoin d'un accompagnateur pour effectuer de courts trajets?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

215. Conduisez-vous un véhicule automobile (voiture, camionnette, fourgonnette)?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 217
- 8 = Ne sait pas → Passez à 217

216. À cause de votre état ou de votre problème de santé, lorsque vous CONDUISEZ un véhicule automobile, utilisez-vous des aménagements ou de l'équipement spécialisé?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 217
- 8 = Ne sait pas → Passez à 217

216.a) Utilisez-vous...

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) un volant, des pédales ou des commandes adaptées, ou un système d'appoint pour la conduite, l'accélération ou le freinage	1	2	8
b) une aide à l'embarquement et au débarquement (lève-personne, élévateur, rampes d'accès)	1	2	8
c) des accessoires adaptés (clignotants, essuie-glaces, régulateur de vitesse)	1	2	8
d) un espace pour le fauteuil roulant ou d'autre matériel spécialisé (incluant l'espace de rangement)	1	2	8
e) autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

217. À cause de votre état ou de votre problème de santé, avez-vous de la difficulté comme PASSAGER à bord d'un véhicule automobile (voiture, camionnette, fourgonnette)?

- 1 = Oui → Passez à 218
- 2 = Non → Passez à 218
- 3 = Ne voyage pas comme passager → Passez à 219
- 8 = Ne sait pas → Passez à 219

218. Comme PASSAGER, utilisez-vous des aménagements ou de l'équipement spécialisé?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 219
- 8 = Ne sait pas → Passez à 219

218.a) Utilisez-vous...

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
une aide à l'embarquement et au débarquement (lève-personne, élévateur, rampe d'accès)	1	2	8
b) un espace pour le fauteuil roulant ou d'autre matériel spécialisé (incluant l'espace de rangement)	1	2	8
c) autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

219. Certaines localités mettent un service adapté d'autobus ou de fourgonnettes à la disposition des personnes qui ont de la difficulté à utiliser le service local de transport en commun. Lorsqu'ils utilisent ce service adapté, les gens peuvent appeler d'avance et demander qu'on les prenne à domicile.

Avez-vous besoin d'un service de ce genre?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 223
- 8 = Ne sait pas → Passez à 223

220. Un service de ce genre existe-t-il dans votre région?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 223
- 8 = Ne sait pas → Passez à 223

221. Utilisez-vous le service de transport adapté?

Intervieweur : Lisez la liste. Ne sélectionnez qu'une seule case

- 1 = Presque tous les jours, au moins pendant certaines périodes de l'année → Passez à 223
- 2 = Fréquemment → Passez à 223
- 3 = À l'occasion → Passez à 222
- 4 = Rarement → Passez à 222
- 5 = Jamais → Passez à 222
- 8 = Ne sait pas → Passez à 223

222. Pourquoi n'utilisez-vous pas plus souvent ce service? Je vais vous lire une liste. Veuillez répondre par vrai ou faux.

	<u>VRAI</u>	<u>FAUX</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Vous n'en avez pas besoin plus souvent	1	2	8
b) Le service est trop coûteux	1	2	8
c) Le service n'est pas disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7	1	2	8
d) On ne permet pas à votre préposé, votre époux(se), votre enfant, etc. de vous accompagner	1	2	8
e) Les règles concernant les réservations ne permettent pas des arrangements de dernière minute	1	2	8
f) Autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

223. Utilisez-vous un service local de transport en commun ordinaire, par exemple un service d'autobus, de métro ou de train de banlieue?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 226
- 8 = Ne sait pas → Passez à 226

224. Éprouvez-vous des difficultés à utiliser le service local de transport en commun à cause de votre état ou de votre problème de santé?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 226
- 8 = Ne sait pas → Passez à 226

225. Avez-vous de la difficulté :

	OUI	NON	NE SAIT PAS
a) à vous rendre à l'arrêt ou à localiser l'arrêt	1	2	8
b) à attendre à l'arrêt	1	2	8
c) à monter à bord et descendre	1	2	8
d) à entendre les annonces	1	2	8
e) à voir les affiches	1	2	8
f) parce que l'espace est insuffisant pour s'asseoir ou se tenir debout dans le véhicule	1	2	8
g) à vous tenir debout dans le véhicule lorsque celui-ci est en marche	1	2	8
h) à obtenir de l'information sur les horaires et les itinéraires	1	2	8
i) parce que le personnel ne vous fournit pas l'aide requise	1	2	8
j) autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

226. **Consigne** : Si 172=1; sinon passez à 228

Combien de déplacements avez-vous faits la semaine dernière pour vous rendre au travail? (Comptez les allers seulement.)

(Si aucun, inscrivez 00) → passez à 228
(98 = Ne sait pas)

227. Quel est le principal moyen de transport que vous avez utilisé pour vous rendre au travail? Je veux dire par là, le moyen de transport utilisé pour parcourir la plus grande distance.

Intervieweur : Ne lisez pas la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Automobile comme conducteur
- 2 = Automobile comme passager
- 3 = Transport en commun ordinaire
- 4 = Marche
- 5 = Taxi ordinaire
- 6 = Bicyclette
- 7 = Transport adapté
- 8 = Autobus scolaire
- 96 = Autre (par exemple fauteuil roulant), s.v.p. précisez _____
- 98 = Ne sait pas

228. **Consigne** : Si oui à 157; sinon passez à 230

Combien de déplacements avez-vous faits la semaine dernière pour vous rendre à votre lieu d'études? (Comptez les allers seulement.)

(Si aucun, inscrivez 00) → passez à 230
(98 = Ne sait pas)

229. Quel est le principal moyen de transport que vous avez utilisé pour effectuer ces déplacements? Je veux dire par là, le moyen de transport utilisé pour parcourir la plus grande distance.

Intervieweur : Ne lisez pas la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Automobile comme conducteur
- 2 = Automobile comme passager
- 3 = Transport en commun ordinaire
- 4 = Marche
- 5 = Taxi ordinaire
- 6 = Bicyclette
- 7 = Transport adapté
- 8 = Transport scolaire
- 96 = Autre (par exemple fauteuil roulant), s.v.p. précisez _____
- 98 = Ne sait pas

230. Combien de déplacements avez-vous faits la semaine dernière pour un motif de santé (visites à la clinique, à la pharmacie, etc.)? (Comptez les allers seulement.)

(Si aucun, inscrivez 00) → passez à 232
(98 = Ne sait pas)

231. Quel est le principal moyen de transport que vous avez utilisé pour effectuer ces déplacements? Je veux dire par là, le moyen de transport utilisé pour parcourir la plus grande distance.

Intervieweur : Ne lisez pas la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Automobile comme conducteur
- 2 = Automobile comme passager
- 3 = Transport en commun ordinaire
- 4 = Marche
- 5 = Taxi ordinaire
- 6 = Bicyclette
- 7 = Transport adapté
- 8 = Autobus scolaire
- 96 = Autre (par exemple fauteuil roulant), s.v.p. précisez _____
- 98 = Ne sait pas

232. Combien de déplacements avez-vous faits la semaine dernière pour un motif autre que le travail, les études ou la santé (par exemple pour les loisirs, le magasinage, ou pour visiter un ami ou un parent)?

(Si aucun, inscrivez 00) → passez à 234
(98 = Ne sait pas)

233. Quel est le principal moyen de transport que vous avez utilisé pour effectuer ces déplacements?

Intervieweur : Ne lisez pas la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Automobile comme conducteur
- 2 = Automobile comme passager
- 3 = Transport en commun ordinaire
- 4 = Marche
- 5 = Taxi ordinaire
- 6 = Bicyclette
- 7 = Transport adapté
- 8 = Autobus scolaire
- 96 = Autre (par exemple fauteuil roulant), s.v.p. précisez _____
- 98 = Ne sait pas

234. J'aimerais maintenant vous poser quelques questions au sujet de vos déplacements sur de longues distances. Je veux dire par là, des voyages de 80 km (50 milles) ou plus.

À cause de votre état ou problème de santé, êtes-vous incapable d'effectuer de longs trajets?

- 1 = Oui, incapable
- 2 = Non, capable → Passez à 236
- 8 = Ne sait pas → Passez à 236

235. Pour quelles raisons ne pouvez-vous pas effectuer de longs trajets? Je vais vous lire une liste. Veuillez répondre par vrai ou faux.

	<u>VRAI</u>	<u>FAUX</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Cela aggrave votre état ou votre problème de santé	1	2	8
b) Vous asseoir à bord est difficile	1	2	8
c) Monter à bord ou descendre est difficile	1	2	8
d) C'est trop coûteux (le transport ou l'accompagnateur)	1	2	8
e) Il est difficile de vous déplacer dans la gare, à l'aéroport ou dans le terminus	1	2	8
f) À cause de difficultés à voir les affiches ou à entendre les annonces	1	2	8
g) À cause des salles de toilettes inaccessibles	1	2	8
h) Autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

☞ PASSEZ À LA SECTION G

236. À cause de votre état ou de votre problème de santé, avez-vous besoin d'un accompagnateur pour effectuer de longs trajets?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

237. À cause de votre état ou de votre problème de santé, avez-vous besoin d'installations ou de services de transport spécialisés pour effectuer de longs trajets?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

238. Au cours des 3 DERNIERS MOIS, combien de déplacements de 80 km (50 milles) ou plus avez-vous faits pour le travail, les loisirs ou pour tout autre motif, en:

Intervieweur : Comptez les allers seulement.

- a) Automobile comme conducteur
- b) Automobile comme passager
- c) Autobus ordinaire
- d) Train
- e) Transport adapté
- f) Avion
- g) Autre

(Si aucun, inscrivez 00)
(Si 96 ou plus, inscrivez 96)

239. À cause de votre état ou de votre problème de santé, avez-vous de la difficulté à effectuer de long trajets...

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) ... en autobus?	1	2	8
b) ... en train?	1	2	8
c) ... en avion?	1	2	8
d) ... en automobile, en camionnette ou en fourgonnette?	1	2	8

Section G - Logement

240. Êtes-vous propriétaire ou locataire de l'appartement ou de la maison que vous habitez?

- 1 = Propriétaire → Passez à 243
- 2 = Locataire
- 8 = Ne sait pas → Passez à 243

241. Dans quel genre de logement vivez-vous en ce moment?

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Logement loué privé (appartement ou maison)
- 2 = Logement à prix modique, sans but lucratif, HLM
- 3 = Coopérative d'habitation
- 4 = Autre
- 8 = Ne sait pas

242. Votre logement est-il :

Intervieweur : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = un logement pour personnes âgées seulement
- 2 = un logement conçu pour des personnes ayant une incapacité
- 3 = aucun des deux
- 8 = Ne sait pas

243. À cause de votre état, utilisez-vous de l'équipement spécialisé ou des aménagements spéciaux pour ENTRER et SORTIR de votre résidence actuelle, comme des rampes d'accès, une porte facile à ouvrir, un stationnement accessible ou des indications en braille?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 245
- 8 = Ne sait pas → Passez à 245

244. Utilisez-vous actuellement :

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) une rampe ou une entrée au niveau du sol	1	2	8
b) une porte d'entrée ou un couloir élargi	1	2	8
c) une porte automatique ou une porte facile à ouvrir	1	2	8
d) un ascenseur ou un appareil de levage	1	2	8
e) un stationnement accessible	1	2	8
f) une zone adaptée pour déposer ou prendre des passagers	1	2	8
g) une poignée de porte bec de canard	1	2	8
h) des caractères en braille ou en relief ou un message vocal	1	2	8
i) Autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

245. Pour entrer et sortir de votre résidence actuelle, avez-vous besoin d'équipement spécialisé ou d'aménagements spéciaux que vous n'avez pas?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 248
- 8 = Ne sait pas → Passez à 248

246. Quels sont les aménagements spéciaux ou l'équipement spécialisé dont vous avez besoin mais que vous n'avez pas?

Intervieweur : Ne lisez pas la liste. Inscrivez toutes les réponses qui s'appliquent

- a) Rampe ou entrée au niveau du sol
- b) Porte d'entrée ou couloir élargi
- c) Porte automatique ou porte facile à ouvrir
- d) Ascenseur ou appareil de levage
- e) Stationnement accessible
- f) Zone adaptée pour déposer ou prendre des passagers
- g) Poignée de porte bec de canard
- h) Caractères en braille, en relief ou un message vocal
- i) Autre, s.v.p. précisez _____

247. Pourquoi n'avez-vous pas cet équipement spécialisé ou ces aménagements spéciaux? Veuillez répondre par vrai ou faux.

	VRAI	FAUX	NE SAIT PAS
a) Vous n'en avez pas besoin tout le temps	1	2	8
b) Le problème n'est pas assez grave	1	2	8
c) Vous ne saviez pas où l'obtenir	1	2	8
d) Trop coûteux ou vous ne pouvez pas vous le permettre	1	2	8
e) Vous ne saviez pas qu'ils existaient	1	2	8
f) Le propriétaire ne veut pas	1	2	8
g) Autre raison, s.v.p. précisez _____	1	2	8

248. À cause de votre état, utilisez-vous À L'INTÉRIEUR de votre résidence de l'équipement spécialisé ou des aménagements spéciaux, comme des portes faciles à ouvrir, des avertisseurs audio ou une barre d'appui?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 250
- 8 = Ne sait pas → Passez à 250

249. Utilisez-vous actuellement :

	OUI	NON	NE SAIT PAS
a) une barre d'appui (y compris dans la salle de bain) ou une main courante	1	2	8
b) un ascenseur ou un appareil de levage	1	2	8
c) une porte d'entrée ou un couloir élargi	1	2	8
d) des alarmes visuelles ou clignotantes	1	2	8
e) un avertisseur audio	1	2	8
f) des portes automatiques ou faciles à ouvrir	1	2	8
g) des comptoirs, lavabos, commutateurs ou autres installations abaissées	1	2	8
h) un lève-personne pour le lit ou la baignoire	1	2	8
i) des poignées bec de canard	1	2	8
j) un système d'appel d'urgence (bouton d'appel portatif, détecteur d'immobilité)	1	2	8
k) d'autre équipement, s.v.p. précisez _____	1	2	8

250. Dans votre résidence, avez-vous besoin d'équipement spécialisé ou d'aménagements spéciaux que vous n'avez pas?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 253
- 8 = Ne sait pas → Passez à 253

251. Quels sont les aménagements spéciaux ou l'équipement spécialisé dont vous avez besoin mais que vous n'avez pas?

Intervieweur : Ne lisez pas la liste. Inscrivez toutes les réponses qui s'appliquent

- a) une barre d'appui (y compris dans la salle de bain) ou une main courante
- b) un ascenseur ou un appareil de levage
- c) une porte d'entrée ou un couloir élargi
- d) des alarmes visuelles ou clignotantes
- e) un avertisseur audio
- f) des portes automatiques ou faciles à ouvrir
- g) des comptoirs, lavabos, commutateurs ou autres installations abaissées
- h) un lève-personne pour le lit ou la baignoire
- i) des poignées bec de canard
- j) un système d'appel d'urgence (bouton d'appel portatif, détecteur d'immobilité)
- k) d'autre équipement, s.v.p. précisez _____

252. Pourquoi n'avez-vous pas cet équipement spécialisé ou ces aménagements spéciaux? Veuillez répondre par vrai ou faux.

	<u>VRAI</u>	<u>FAUX</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Vous n'en avez pas besoin tout le temps	1	2	8
b) Le problème n'est pas assez grave	1	2	8
c) Vous ne saviez pas où l'obtenir	1	2	8
d) Trop coûteux ou vous ne pouvez pas vous le permettre	1	2	8
e) Vous ne saviez pas qu'ils existaient	1	2	8
f) Le propriétaire ne veut pas	1	2	8
g) Autre raison, s.v.p. précisez _____	1	2	8

253. Dans votre résidence, éprouvez-vous des difficultés à utiliser seul(e) les appareils ou les accessoires suivants?

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE S'APPLIQUE PAS</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Cuisinière	1	2	3	8
b) Four à micro-ondes	1	2	3	8
c) Évier et comptoir de cuisine	1	2	3	8
d) Armoires de cuisine	1	2	3	8
e) Réfrigérateur	1	2	3	8
f) Baignoire ou douche	1	2	3	8
g) Toilette	1	2	3	8
h) Lavabo de salle de bain	1	2	3	8
i) Laveuse ou sècheuse	1	2	3	8
j) Appareils électroniques tels que téléviseur ou chaîne stéréo	1	2	3	8
k) Autre, s.v.p. précisez _____	1	2	3	8

254. A-t-on modifié l'un ou l'autre de ces appareils ou accessoires à cause de votre état ou votre problème de santé?

- 1 = Oui
 2 = Non → Passez à 256
 8 = Ne sait pas → Passez à 256

255. Le(s)quel(s)?

Intervieweur : Lisez la liste.

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Cuisinière	1	2	8
b) Four à micro-ondes	1	2	8
c) Évier et comptoir de cuisine	1	2	8
d) Armoires de cuisine	1	2	8
e) Réfrigérateur	1	2	8
f) Baignoire ou douche	1	2	8
g) Toilette	1	2	8
h) Lavabo de salle de bain	1	2	8
i) Laveuse ou sècheuse	1	2	8
j) Appareils électroniques tels que téléviseur ou chaîne stéréo	1	2	8
k) Autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

Section H - Loisirs

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur vos activités de loisirs.

256. Pendant vos heures de loisirs, faites-vous des activités physiques, comme la marche, le jardinage, la natation, l'exercice physique, des promenades en fauteuil roulant, de la bicyclette?

- 1 = Oui
 2 = Non
 8 = Ne sait pas

257. Aimerez-vous faire plus d'activités physiques que vous en faites présentement?

- 1 = Oui
 2 = Non → Passez à 259
 8 = Ne sait pas → Passez à 259

258. Qu'est-ce qui vous empêche de faire plus d'activités physiques? Je vais vous lire une liste. Veuillez répondre par vrai ou faux.

	<u>VRAI</u>	<u>FAUX</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Incapable physiquement d'en faire plus	1	2	8
b) Coût trop élevé	1	2	8
c) Lieu des activités trop éloigné	1	2	8
d) Vous avez besoin d'être aidé(e) par quelqu'un	1	2	8
e) Moyens de transports inadéquats	1	2	8
f) Installations, équipements ou programme non adaptés à vos besoins	1	2	8
g) Vous avez besoin d'appareils spécialisés	1	2	8
h) Manque d'encouragement de la famille ou des amis	1	2	8
i) Vous êtes timide ou mal à l'aise	1	2	8
j) Autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

259. Avez-vous d'autres activités de loisirs, comme aller au cinéma, au concert, participer à des rencontres avec votre parenté ou vos amis, jouer au bingo, ou encore vous adonner à un passe-temps, etc.?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

260. Voudriez-vous faire plus d'activités de loisirs?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 262
- 8 = Ne sait pas → Passez à 262

261. Qu'est-ce qui vous empêche d'avoir davantage d'activités de loisirs? Je vais vous lire une liste. Veuillez répondre pour vrai ou faux.

	<u>VRAI</u>	<u>FAUX</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Incapable physiquement d'en faire plus	1	2	8
b) Coût trop élevé	1	2	8
c) Lieu des activités trop éloigné	1	2	8
d) Vous avez besoin d'être aidé(e) par quelqu'un	1	2	8
e) Moyens de transports inadéquats	1	2	8
f) Installations, équipements ou programme non adaptés à vos besoins	1	2	8
g) Vous avez besoin d'appareils spécialisés	1	2	8
h) Manque d'encouragement de la famille ou des amis	1	2	8
i) Vous êtes timide ou mal à l'aise	1	2	8
j) Autre, s.v.p. précisez _____	1	2	8

262. J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur vos capacités de lecture en français.

Si vous deviez évaluer vos capacités de lecture en français, quelle note vous accorderiez-vous selon une échelle allant de 1 à 5, 1 étant pauvre et 5 excellent?

1 2 3 4 5
 Pauvre Excellent

263. Croyez-vous que vos capacités de lecture en français sont suffisantes pour vos activités de tous les jours?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

Section I - Caractéristiques économiques

264.a) Les gens ont parfois des dépenses, à cause de leur état ou de leur problème de santé, par exemple pour les médicaments, les soins médicaux, les services à domicile et des frais supplémentaires pour modifier leur logement, pour les études, le transport, les vêtements ou les appareils spécialisés.

En 1997, avez-vous eu des dépenses à cause de votre état ou de votre problème de santé?

1 = Oui
2 = Non → Passez à 266
8 = Ne sait pas → Passez à 266

264.b) Ces dépenses vous ont-elles été COMPLÈTEMENT remboursées par une assurance ou par un programme du gouvernement?

1 = Oui → Passez à 266
2 = Non
8 = Ne sait pas

265. Pour l'année 1997, veuillez indiquer si vous avez eu des dépenses NON REMBOURSÉES pour chacun des postes suivants.

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Médicaments prescrits	1	2	8
b) Frais de déplacements (par exemple, pour suivre des traitements ou une thérapie) ou frais supplémentaires liés à l'utilisation de moyens de transport plus coûteux	1	2	8
c) Achat et entretien de vêtements adaptés	1	2	8
d) Achat et entretien d'aides techniques et d'accessoires spécialisés	1	2	8
e) Soins de santé (par exemple, frais d'hospitalisation, honoraires professionnels, soins infirmiers)	1	2	8
f) Services d'aide à domicile (par exemple, aide pour les repas, tâches ménagères, hygiène personnelle, surveillance, entretien d'extérieur, etc.)	1	2	8
g) Matériel jetable après usage requis par votre état de santé	1	2	8
h) Frais que vous avez acquittés pour modifier votre logement en raison de votre état	1	2	8
i) Autres, tel qu' un interprète en langage gestuel, un chien guide, s.v.p. précisez _____	1	2	8

266. Pour l'année se terminant au 31 décembre 1997, avez-vous reçu des prestations, une pension ou toute autre forme d'aide financière à cause de votre état ou de votre problème de santé?

1 = Oui
2 = Non → Passez à 267
8 = Ne sait pas → Passez à 267

266.a) Avez-vous reçu cette pension ou ces prestations des sources suivantes :

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Pension d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou de la Régie des rentes du Québec	1	2	8
b) Indemnités pour maladie ou accident du travail de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)	1	2	8
c) Prestations d'assurance-chômage (ou assurance-emploi) en cas de maladie	1	2	8
d) Indemnités de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) pour accident de véhicule à moteur	1	2	8
e) Régime privé d'assurance-invalidité	1	2	8
f) Régime d'assurance-invalidité d'un employeur	1	2	8
g) Prestations supplémentaires d'aide sociale ou bien-être social à cause de votre problème de santé	1	2	8
h) Pension d'invalidité d'anciens combattants	1	2	8
i) Bourses d'études ou allocations de formation pour personnes ayant une incapacité	1	2	8
j) Autres sources d'aide financière non citées plus haut, précisez _____	1	2	8

267. Pour l'année 1997, avez-vous demandé un crédit d'impôt pour personnes handicapées ou quelqu'un d'autre l'a-t-il demandé en votre nom? (Si votre déclaration de revenus pour 1997 n'est pas complétée, avez-vous l'intention de le demander?)

1 = Oui, moi-même → Remerciez le répondant - Fin de l'entrevue
2 = Oui, quelqu'un d'autre → Remerciez le répondant - Fin de l'entrevue
3 = Non → Passez à 268
8 = Ne sait pas → Remerciez le répondant - Fin de l'entrevue

268. Pourquoi n'avez-vous pas demandé un crédit d'impôt pour personnes handicapées (ou n'en avez-vous pas l'intention)? Je vais vous lire une liste. Veuillez répondre par vrai ou faux.

	<u>VRAI</u>	<u>FAUX</u>	<u>NE SAIT</u> <u>PAS</u>
a) Vous ne saviez pas que ça existait	1	2	8
b) Vous ne pensiez pas que vous étiez admissible	1	2	8
c) Vous n'avez pas pu obtenir un certificat de votre médecin	1	2	8
d) Le ministère du Revenu (fédéral ou provincial) ne reconnaît pas votre problème de santé comme une déficience grave et prolongée	1	2	8
e) Autre, s.v.p précisez _____	1	2	8

Remerciez le répondant - fin de l'entrevue

Annexe 4
Questionnaire de suivi des enfants (QE)

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec

**ENQUÊTE QUÉBÉCOISE SUR LES
LIMITATIONS D'ACTIVITÉS**
Questionnaire de suivi des enfants
(0-14 ans)

Version révisée du 22 mai 2001

Nom du fichier : eqla.qe (f)

Santé Québec mène une étude spéciale pour connaître la situation des Québécois qui sont limités dans le genre ou la quantité d'activités qu'ils peuvent faire quotidiennement à cause de leur état ou d'un problème de santé. Les renseignements recueillis dans le cadre de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités aideront à mieux comprendre les difficultés rencontrées par les jeunes Québécois dans des domaines comme l'éducation et le transport.

QUESTIONNAIRE DE SUIVI - SECTION A

Questions supplémentaires sur les limitations

J'aimerais vous poser des questions supplémentaires sur certaines des difficultés et des problèmes de santé de _____ Prénom que vous avez signalés. Rappelez-vous qu'il s'agit de difficultés qui durent ou qui pourraient durer six mois ou plus. Si _____ Prénom utilise habituellement une aide technique ou un appareil spécial, déclarez sa capacité d'accomplir ces activités À L'AIDE de ces appareils ou aides techniques.

1. Si Oui à E1; sinon Passez à 3

Vous avez dit que _____ Prénom utilise un appareil spécialisé ou une aide technique.

Je vais vous lire une liste. Veuillez indiquer lequel des appareils suivants _____ Prénom utilise en ce moment. Ne mentionnez que les appareils qui ont été ou qui seront utilisés pendant six mois ou plus.

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT</u> <u>PAS</u>
a) Des chaussures orthopédiques prescrites par un médecin	1	2	8
b) Un appareil orthopédique	1	2	8
c) Un fauteuil roulant	1	2	8
d) Des béquilles ou d'autres aides à la marche	1	2	8
e) Une jambe, un pied, une main ou un bras artificiel	1	2	8
f) Une aide auditive, comme un système MF ou une prothèse auditive	1	2	8
g) Une aide visuelle autre que des lunettes ou des verres de contact	1	2	8
h) Une aide à la parole, comme un tableau d'images ou de symboles Bliss ou un appareil électronique de communication non vocale	1	2	8

2. _____ Prénom _____ utilise-t-il (elle) un autre genre d'appareil spécialisé?

- 1 = Oui, s.v.p. précisez _____
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

3. Si Oui à E2; sinon passez à 6.

Vous avez dit que _____ Prénom _____ a un état ou un problème de santé chronique qui empêche ou limite sa participation à des activités scolaires, à des jeux ou à toute autre activité propre à un enfant de son âge.

Quel âge avait _____ Prénom _____ lorsqu'il (elle) a commencé à être limité(e) dans ses activités?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

4. Quel est le principal état ou problème de santé qui empêche ou limite _____ Prénom _____ dans ces activités. **Consigne** : Portez dans la zone

5. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

INTERVIEWEUR : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Présent à la naissance, causé par une naissance prématurée ou au moment de la naissance
- 2 = Une maladie
- 3 = Un accident
- 4 = Autre, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

6. Si Oui à E3; sinon passez à 8.

Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que _____ Prénom _____ va à une école spéciale, suit des cours spéciaux ou reçoit un enseignement personnalisé?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 8
Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

7. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

INTERVIEWEUR : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Présent à la naissance, causé par une naissance prématurée ou au moment de la naissance
- 2 = Une maladie
- 3 = Un accident
- 4 = Autre, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

8. Si Oui à E4; sinon passez à 11.

Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que _____ Prénom _____ a des troubles de la vue?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 10
Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

9. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

INTERVIEWEUR : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Présent à la naissance, causé par une naissance prématurée ou au moment de la naissance
- 2 = Une maladie
- 3 = Un accident
- 4 = Autre, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

10. Un spécialiste de la vue a-t-il déclaré _____ Prénom _____ légalement aveugle?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

11. Si Oui à E5; sinon passez à 16.

Est-ce que la difficulté à entendre de _____ Prénom _____ a été confirmée par un professionnel, comme un médecin ou un audiologiste?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

12. Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que _____ Prénom _____ a de la difficulté à entendre?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 14
Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

13. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

INTERVIEWEUR : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Présent à la naissance, causé par une naissance prématurée ou au moment de la naissance
- 2 = Une maladie
- 3 = Un accident
- 4 = Autre, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

14. Est-ce que _____ Prénom _____ est capable d'entendre ce qu'on lui dit au téléphone?

- 1 = Oui, avec une prothèse auditive
- 2 = Oui, sans prothèse auditive
- 3 = Non, incapable
- 8 = Ne sait pas

15. Cette question porte sur certaines capacités de communication que _____ Prénom _____ peut avoir.

	OUI	NON	NE S'APPLIQUE PAS	NE SAIT PAS
a) Utilise-t-il (elle) un langage gestuel (ASL, LSQ)	1	2	3	8
b) Lit-il (elle) sur le visage ou sur les lèvres	1	2	3	8

16. Si Oui à E6; sinon passez à 20.

Quel est le principal état ou problème de santé qui fait que _____ Prénom _____ a de la difficulté à parler et à être compris(e)?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 18
Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

17. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

INTERVIEWEUR : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Présent à la naissance, causé par une naissance prématurée ou au moment de la naissance
- 2 = Une maladie
- 3 = Un accident
- 4 = Autre, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

18. Est-ce que la difficulté de _____ Prénom _____ à parler et à être comprise a été confirmée par un professionnel, comme un médecin ou un orthophoniste?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

19. Jusqu'à quel point croyez-vous que _____ Prénom _____ est capable de se faire comprendre en parlant :

INTERVIEWEUR : Lisez la liste.

	ENTIÈREMENT	PARTIELLEMENT	PAS DU TOUT	NE SAIT PAS
a) aux membres de sa famille	1	2	3	8
b) à des amis	1	2	3	8
c) à d'autres personnes	1	2	3	8

20. Si Oui à E7; sinon passez à 23

Vous avez dit que _____ Prénom _____ est limité(e) dans le genre ou la quantité d'activité qu'il(elle) peut faire à la maison, à l'école ou au jeu, à cause d'une déficience intellectuelle ou d'un problème émotif, psychologique ou mental, qui dure ou qui pourrait durer six mois ou plus.

Quel âge avait _____ Prénom _____ lorsqu'il (elle) a commencé à être limité(e) dans ses activités à la maison, à l'école ou au jeu?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

21. Quel est le principal état ou problème qui limite _____ Prénom _____ dans ses activités?

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Passez à 23
Sinon, précisez _____ **Consigne** : Portez dans la zone

22. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

INTERVIEWEUR : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Présent à la naissance, causé par une naissance prématurée ou au moment de la naissance
- 2 = Une maladie
- 3 = Un accident
- 4 = Autre, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

23. Si Oui à E8h; sinon passez à 25.

Vous avez dit que _____ Prénom a des troubles émotifs ou de comportement.

Quel est ce problème? _____
(indiquez le principal problème)

Consigne : Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez
Sinon, portez dans la zone

24. Ce problème a-t-il été confirmé par un professionnel, comme un médecin ou un psychologue?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

25. Si Oui à E8j; sinon passez à 27.

Vous avez dit que _____ Prénom a des troubles d'apprentissage.

Quel est ce problème? _____
(indiquez le principal problème)

Consigne : Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez
Sinon, portez dans la zone

26. Ce problème a-t-il été confirmé par un professionnel, comme un médecin ou un orthopédaogogue?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

27. Si Oui à E9; sinon passez à la section B.

Vous avez dit que _____ Prénom avait le problème de santé suivant :

Consigne : afficher le problème mentionné à S9a.

Si le problème est déjà dans la zone, sélectionnez → Poser la question 27, puis passez à la section B
Sinon, portez dans la zone

Quel âge avait _____ Prénom lorsqu'il (elle) a commencé à avoir ce problème de santé?

Âge (Si moins d'un an, inscrivez 00)

28. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause ou l'origine de ce problème?

INTERVIEWEUR : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Présent à la naissance, causé par une naissance prématurée ou au moment de la naissance
- 2 = Une maladie
- 3 = Un accident
- 4 = Autre, précisez _____
- 8 = Ne sait pas

Section B - Scolarité et garde des enfants

Consigne :

Si l'enfant est âgé de moins de 5 ans → Passez à 44

INTERVIEWEUR : Si l'entrevue a lieu entre mai et septembre lisez :

Les questions suivantes portent sur l'école que fréquente _____ Prénom. S'il (elle) est présentement en vacances scolaires, répondez selon sa situation en avril 1998.

29. _____ Prénom va-t-il (elle) à l'école ou prend-t-il (elle) des leçons particulières organisées par le système scolaire?

- 1 = Va à l'école → Passez à 32
- 2 = Prend des leçons particulières → Passez à 30
- 3 = Ni l'un ni l'autre → Passez à 30
- 8 = Ne sait pas → Passez à 31

30. Pourquoi _____ Prénom ne va-t-il (elle) pas à l'école?

INTERVIEWEUR : Lisez la liste. Inscrivez toutes les réponses qui s'appliquent

- a) Les arrangements spéciaux requis par son état ne sont pas disponibles (accompagnateur, transport, cours spéciaux, équipement spécialisé, etc.)
- b) Raisons personnelles de l'enfant (convalescence, opération, pas prêt(e) pour aller à l'école)
- c) Autre, s.v.p. précisez _____

31. _____ Prénom _____ a-t-il (elle) déjà fréquenté l'école?

1 = Oui →

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur la dernière école que _____ Prénom _____ a fréquentée. → Passez à 32

2 = Non → Passez à 44

8 = Ne sait pas → Passez à 44

32. Quel genre d'école _____ Prénom _____ fréquente-t-il (elle)?

INTERVIEWEUR : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

1 = Une école ordinaire → Passez à 33

2 = Une école ordinaire offrant des classes spéciales ou des classes d'appoint → Passez à 33

3 = Une école spéciale → Passez à 35

8 = Ne sait pas → Passez à 36

33. _____ Prénom _____ est-il(elle) déjà allé(e) à une école spéciale?

1 = Oui

2 = Non

8 = Ne sait pas

34. À l'école ORDINAIRE où il (elle) va, quel genre de classe _____ Prénom _____ fréquente-il(elle)?

INTERVIEWEUR : Lisez la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

1 = Uniquement des classes régulières → Passez à 36

2 = Uniquement des classes spéciales → Passez à 35

3 = Certaines classes régulières et certaines classes spéciales → Passez à 35

8 = Ne sait pas → Passez à 36

35. Quel genre de scolarité, de formation ou de thérapie _____ Prénom _____ reçoit-il(elle) dans cette école spéciale ou dans ces cours spéciaux?

INTERVIEWEUR : Lisez la liste. Inscrivez toutes les réponses qui s'appliquent

- a) Cours de formation générale
- b) Physiothérapie, ergothérapie ou orthophonie
- c) Activités de préparation à la vie quotidienne
- d) Métier ou formation professionnelle

Consigne : Si oui à 35a) → Passez à 36
Autrement → Passez à 37

36. _____ Prénom _____ suit-il(elle) un nombre réduit de cours à cause de son état ou de son problème de santé?

1 = Oui

2 = Non

8 = Ne sait pas

37. En quelle année _____ Prénom _____ est-il(elle) inscrit(e)?

INTERVIEWEUR : Ne lisez pas la liste.

- 0 = Aucune année en particulier
- 1 = Pré-maternelle/maternelle

- Primaire
- 2 = 1^{ère} année
- 3 = 2^e année
- 4 = 3^e année
- 5 = 4^e année
- 6 = 5^e année
- 7 = 6^e année

- Secondaire
- 8 = 1^{er} secondaire
- 9 = 2^e secondaire
- 10 = 3^e secondaire
- 11 = 4^e secondaire
- 12 = 5^e secondaire
- 13 = Cheminement particulier
- 14 = Autre (précisez) _____
- 98 = Ne sait pas

38. À l'école _____^{Prénom} reçoit-il(elle) de l'aide comme celle d'un accompagnateur, d'un lecteur, d'un preneur de notes, d'un interprète gestuel, etc.?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

39. Est-ce que _____^{Prénom} doit fréquenter une école située à l'extérieur de son quartier ou de sa municipalité à cause de son état ou de son problème de santé?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

40. _____^{Prénom} a-t-il(elle) commencé sa première année d'école plus tard que la plupart des enfants de son âge à cause de son état ou de son problème de santé?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

41. _____^{Prénom} a-t-il (elle) pris plus de temps pour atteindre son niveau scolaire actuel que la plupart des autres enfants de son âge à cause de son état ou de son problème de santé?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

42. _____^{Prénom} a-t-il (elle) déjà dû s'absenter de l'école pendant plus d'un mois de suite à cause de son état ou de son problème de santé?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

43. L'état ou le problème de santé de _____^{Prénom} a-t-il déjà limité sa participation aux activités scolaires suivantes? Veuillez répondre par oui ou non.

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Faire de l'éducation physique ou participer à des jeux organisés exigeant un effort physique	1	2	8
b) Jouer avec les autres	1	2	8
c) Participer aux activités régulières de la classe	1	2	8
d) Participer à d'autres activités scolaires et parascolaires	1	2	8

44. A-t-on déjà fait une évaluation professionnelle des besoins scolaires de _____^{Prénom} ?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 46
- 8 = Ne sait pas → Passez à 46

45. Qui a fait cette évaluation?

INTERVIEWEUR : Lisez la liste. Inscrivez toutes les réponses qui s'appliquent

- a) Un psychologue ou un psychiatre
- b) Un travailleur social
- c) Un orthopédagogue
- d) Un physiothérapeute, un ergothérapeute ou un orthophoniste
- e) Un professeur
- f) Autres, précisez _____

46. J'aimerais maintenant vous poser des questions sur les services de garde. Par «services de garde», je veux dire le fait de prendre soin de votre enfant à votre domicile, chez quelqu'un d'autre ou dans une garderie. Cela comprend les services de garde offerts le jour, de même qu'avant et après l'école.

Avez-vous déjà eu besoin de services de garde pour _____^{Prénom} ?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 51
- 8 = Ne sait pas → Passez à 51

47. Utilisez-vous présentement un service de garde pour _____^{Prénom} ?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 49
- 8 = Ne sait pas → Passez à 49

48. De quels types de service s'agit-il?

INTERVIEWEUR : Lisez la liste.

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Une garderie	1	2	8
b) Un service de garde à l'école	1	2	8
c) La garde à votre domicile	1	2	8
d) La garde chez quelqu'un d'autre	1	2	8

49. A-t-on déjà refusé de garder _____ Prénom _____ à cause de son état ou de son problème de santé?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à 51
- 8 = Ne sait pas → Passez à 51

50. De quels types de service de garde s'agissait-il?

INTERVIEWEUR : Lisez la liste. Inscrivez tous les réponses qui s'appliquent

	OUI	NON	NE SAIT PAS
a) Une garderie	1	2	8
b) Un service de garde à l'école	1	2	8
c) La garde à votre domicile	1	2	8
d) La garde chez quelqu'un d'autre	1	2	8

51. _____ Prénom _____ a-t-il (elle) déjà séjourné dans un camp de vacances?

- 1 = Oui
- 2 = Non → Passez à la section C
- 8 = Ne sait pas → Passez à la section C

52. Était-ce dans un camp de vacances pour enfants ayant un problème de santé?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

Section C - Déplacements

53. J'aimerais maintenant vous interroger sur les moyens de transports que _____ Prénom _____ utilise seul(e) ou accompagné(e) de quelqu'un d'autre pour ses déplacements locaux, c'est-à-dire pour des trajets de moins de 80 kilomètres (50 milles).

À cause de son état ou de son problème de santé, _____ Prénom _____ a-t-il (elle) de la difficulté à quitter son domicile pour effectuer de courts déplacements?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

54. Certaines localités offrent un service adapté d'autobus ou de fourgonnettes aux personnes qui ont de la difficulté à utiliser le service local de transport en commun. Les gens peuvent appeler d'avance pour utiliser ce service et demander qu'on les prenne.

_____ Prénom _____ a-t-il (elle) besoin d'un service de ce genre?

- 1 = Oui
- 2 = Non
- 8 = Ne sait pas

55. Si 1 à la question 29; sinon passez à 57

Combien de déplacements a faits _____ Prénom _____ au cours de la semaine dernière pour se rendre à l'école? (Comptez les allers seulement.)

(Si aucun, inscrivez 00) → Passez à 57
(Ne sait pas, inscrivez 98)

56. Quel est le principal moyen de transport que _____ Prénom _____ a utilisé pour aller à l'école? Je veux dire par là, le moyen de transport utilisé pour parcourir la plus grande distance.

INTERVIEWEUR : Ne lisez pas la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1 = Automobile
- 2 = Transport en commun ordinaire
- 3 = Marche
- 4 = Taxi ordinaire
- 5 = Bicyclette
- 6 = Transport adapté
- 7 = Transport scolaire
- 96 = Autre (par exemple, un fauteuil roulant), s.v.p. précisez _____
- 98 = Ne sait pas

57. Combien de déplacements a faits _____ Prénom _____ la semaine dernière pour un motif de santé? (Comptez les allers seulement)

(Si aucun, inscrivez 00) → Passez à 59
(Ne sait pas, inscrivez 98)

58. Quel est le principal moyen de transport que _____^{Prénom} a utilisé pour effectuer ces déplacements? Je veux dire par là, le moyen de transport utilisé pour parcourir la plus grande distance.

INTERVIEWEUR : Ne lisez pas la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1) Automobile
 - 2) Transport en commun ordinaire
 - 3) Marche
 - 4) Taxi ordinaire
 - 5) Bicyclette
 - 6) Transport adapté
 - 7) Autobus scolaire
 - 96 Autre (par exemple, fauteuil roulant), s.v.p. précisez _____
 - 98) Ne sait pas
59. Combien de déplacements a faits _____^{Prénom} la semaine dernière pour un motif autre que les études ou la santé (par exemple, pour les loisirs ou pour rendre visite à un parent)?

INTERVIEWEUR : Comptez les allers seulement.

(Si aucun, inscrivez 00) → Passez à la section D
(Ne sait pas, inscrivez 98)

60. Quel est le principal moyen de transport que _____^{Prénom} a utilisé pour effectuer ces déplacements?

INTERVIEWEUR : Ne lisez pas la liste. N'inscrivez qu'une seule réponse

- 1) Automobile
- 2) Transport en commun ordinaire
- 3) Marche
- 4) Taxi ordinaire
- 5) Bicyclette
- 6) Transport adapté
- 7) Autobus scolaire
- 96) Autre (par exemple, fauteuil roulant), s.v.p. précisez _____
- 98) Ne sait pas

Section D - Caractéristiques économiques

- 61.a) Les gens ont parfois des dépenses, à cause de l'état ou du problème de santé de leur enfant, par exemple pour les médicaments, les soins médicaux, les services à domicile et des frais supplémentaires pour modifier leur logement, pour les études, le transport, les vêtements ou les appareils spécialisés.

En 1997, votre famille a-t-elle eu des dépenses à cause de l'état ou du problème de santé de _____^{Prénom}?

- 1 = Oui
2 = Non → Remerciez le répondant - FIN DE L'ENTREVUE
8 = Ne sait pas → Remerciez le répondant - FIN DE L'ENTREVUE.

- 61.b) Ces dépenses vous ont-elles été COMPLÈTEMENT remboursées par une assurance ou par un programme du gouvernement?

- 1 = Oui → Remerciez le répondant - FIN DE L'ENTREVUE
2 = Non
8 = Ne sait pas → Remerciez le répondant - FIN DE L'ENTREVUE.

62. Pour l'année 1997, veuillez indiquer si vous avez eu des dépenses NON REMBOURSÉES pour chacun des postes de dépenses suivants, à cause de l'état de santé de Prénom. Je vais vous lire une liste. Veuillez répondre par oui ou non.

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NE SAIT PAS</u>
a) Médicaments prescrits	1	2	8
b) Frais de déplacements (par exemple pour suivre des traitements ou une thérapie) ou frais supplémentaires liés à l'utilisation de moyens de transport plus coûteux	1	2	8
c) Achat et entretien de vêtements adaptés	1	2	8
d) Achat et entretien d'aides techniques et d'accessoires spécialisés utilisés à la maison, à l'école, en voyage, etc.	1	2	8
e) Frais de scolarité ou de résidence supplémentaires ou spéciaux	1	2	8
f) Soins de santé (frais d'hospitalisation, honoraires professionnels, soins infirmiers, etc.)	1	2	8
g) Services d'aide à domicile, par exemple l'aide pour l'hygiène personnelle ou un gardien d'enfants spécialisé	1	2	8
h) Matériel jetable après usage utilisé à cause de l'état ou du problème de santé de <u>Prénom</u>	1	2	8
i) Frais que vous avez acquittés pour modifier votre logement en raison de l'état de <u>Prénom</u>	1	2	8
j) Autres, tel qu'un interprète en langage gestuel ou un chien guide, s.v.p. précisez _____	1	2	8

REMERCIEZ LE RÉPONDANT - FIN DE L'ENTREVUE

Calcul des intervalles de confiance pour des proportions

Calcul des intervalles de confiance pour des proportions

Le tableau A.5.1 présente les marges d'erreur approximatives associées à différentes proportions estimées correspondant elles-mêmes à des valeurs de population estimée en milliers (Pe '000). Il permet d'obtenir des intervalles de confiance à 95 % pour des proportions calculées à partir des questionnaires de suivi des adultes et des enfants relativement à la population québécoise avec incapacité. Il peut aussi servir à tester de manière approximative l'égalité de deux proportions à partir de deux intervalles de confiance. Son utilisation doit cependant se limiter aux données provinciales de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA). En outre, les marges d'erreurs s'appliquent exclusivement aux variables portant sur les individus comme unité d'analyse; pour les questions QA-240, 241 et 242, les marges d'erreur approximatives calculées dans ce tableau sont par contre trop petites. Lorsque l'unité d'analyse est le ménage, ces marges ne sont également pas adéquates.

Les instructions suivantes permettent la construction d'un intervalle de confiance à 95 % pour une proportion :

- 1- Tirer d'un tableau présenté dans un chapitre, l'estimation de la proportion d'intérêt et la population estimée (Pe'000) qui lui est associée¹.
- 2- Aller à la ligne du tableau A.5.1 qui correspond à la valeur la plus proche de la population estimée trouvée.
- 3- Sur cette ligne, se placer à la colonne dont l'en-tête se rapproche le plus de la proportion estimée.
- 4- La valeur située à l'intersection de la ligne et de la colonne ainsi sélectionnée représente la marge

d'erreur approximative associée à la proportion à l'étude. Au besoin, il est aussi possible de procéder par interpolation à l'intérieur du tableau.

- 5- Pour obtenir la borne inférieure de l'intervalle de confiance, il suffit de soustraire la marge d'erreur de la proportion estimée; la borne supérieure se calcule en additionnant cette marge à la proportion estimée.

Exemple 1 : Construction d'intervalles de confiance et test d'égalité de proportions

Selon les renseignements tirés du tableau 6.1, la proportion estimée de personnes avec incapacité qui utilisent des aides techniques chez les 15-64 ans est de 23,0 %; cela représente environ 145 200 Québécois. Par ailleurs, chez les personnes avec incapacité âgées de 65 ans et plus, cette proportion est d'environ 44,3 %. Ainsi, la population visée compte environ 150 500 personnes avec incapacité de plus de 65 ans utilisant des aides techniques.

Puisque l'utilisation d'aides techniques est tirée du questionnaire de suivi et que l'inférence porte sur la population avec incapacité, le tableau A.5.1 peut servir à déterminer les intervalles de confiance à 95 % des proportions à l'étude. Pour obtenir la marge d'erreur associée à la première proportion, il faut aller à la ligne du tableau qui correspond à une valeur de Pe en milliers de 150 et à la colonne du tableau qui correspond à une valeur de proportion estimée de 25 %. On obtient ainsi une valeur de 2,5 %. L'intervalle de confiance à 95 % pour le taux global d'utilisation des aides techniques chez les 15-64 ans avec incapacité est donc : [20,5 % ; 25,5 %].

¹ Il se peut que cette dernière information ne soit pas fournie. L'exemple 2 qui suit montre toutefois comment obtenir une approximation.

En procédant de la même façon pour l'autre proportion, l'intervalle suivant est déterminé pour le taux global d'utilisation des aides techniques chez les 65 ans et plus avec incapacité : [40,7 % ; 47,9 %].

Ainsi, à la lumière de la comparaison de ces deux intervalles de confiance, il est possible de conclure que le taux global d'utilisation des aides techniques chez les Québécois de 65 ans et plus avec incapacité qui vivent en ménage privé est significativement supérieur à celui de leurs homologues de 15-64 ans.

Les tests de comparaison de proportions basés sur la construction d'intervalles de confiance ne sont toutefois pas toujours concluants. En effet, il se peut que les deux intervalles tels qu'ils sont calculés ici se chevauchent, mais que les deux proportions étudiées aient quand même été déclarées significativement différentes dans un chapitre. Cela s'explique par le fait que les tests d'égalité de proportions dont les résultats sont présentés dans le rapport sont plus puissants que ceux qui consistent à comparer deux intervalles de confiance. Ils s'appuient sur un calcul exact de la précision associée à la différence des deux proportions d'intérêt.

Il se peut que la taille estimée de la population associée à une proportion ne soit pas fournie dans un tableau. Il est quand même possible d'en calculer une et de l'utiliser ensuite avec les instructions données précédemment afin d'obtenir un intervalle de confiance, comme le montre l'exemple suivant.

Exemple 2 : Calcul d'une valeur de population estimée absente du rapport

Selon le tableau 8.1 concernant les dimensions de l'aide, l'EQLA révèle qu'environ 40,3 % des hommes avec incapacité de 15 ans et plus ont besoin d'aide pour leurs activités quotidiennes.

Par ailleurs, selon le tableau 2.1 du chapitre sur la prévalence et la gravité de l'incapacité dans la population québécoise, on compte environ 424 400 hommes québécois de 15 ans et plus avec incapacité.

En effectuant une simple multiplication de ces deux informations ($40,3 \% \times 424\ 400$), on peut obtenir une estimation de population associée à la proportion estimée de 40,3 % : près de 171 033 hommes de 15 ans et plus avec incapacité de la population visée par l'EQLA ont besoin d'aide.

En suivant les instructions 1 à 5 données plus haut, l'intervalle de confiance à 95 % pour la proportion de personnes ayant besoin d'aide chez les hommes de 15 ans et plus avec incapacité est : [36,7 % ; 43,9 %].

Tableau A.5.1

Marge d'erreur approximative en pourcentage (%) associée à une estimation de proportion au questionnaire de suivi en fonction de la population avec incapacité estimée (Pe '000), Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998

Pe ('000)	Proportion estimée (%)													
	2	5	10	15	20	25	30	35	40	50	60	70	80	90
5	1,7	4,1	7,8	11,0	13,9	16,4	18,7	20,2	21,8	23,4	26,8	29,5	32,0	32,4
7,5	1,3	3,2	6,1	8,7	11,0	13,1	14,8	16,3	17,6	19,0	21,8	23,6	25,2	25,2
10	1,1	2,7	5,1	7,3	9,3	11,1	12,6	13,9	15,0	15,9	18,8	20,2	21,2	20,3
12,5	1,0	2,3	4,5	6,4	8,2	9,8	10,0	12,4	12,4	14,1	16,5	17,8	18,6	17,7
15	0,9	2,1	4,0	5,8	7,4	8,8	9,2	10,3	11,3	13,0	15,0	16,1	16,7	15,8
20	0,7	1,8	3,4	4,9	6,3	7,6	7,9	8,9	9,8	11,2	12,0	13,7	13,9	13,0
25	...	1,6	3,0	4,4	5,0	6,7	7,1	8,0	8,7	10,0	10,7	12,2	12,2	11,2
30	...	1,4	2,7	3,9	4,6	5,6	6,5	7,3	8,0	9,1	9,8	9,9	11,0	10,0
40	...	1,1	2,1	3,4	4,0	4,8	5,6	6,3	6,9	7,9	8,5	8,6	9,3	8,4
50	...	1,0	1,9	2,8	3,6	4,3	5,0	5,6	6,2	7,1	7,6	7,6	8,2	7,3
60	...	...	1,7	2,5	3,2	3,9	4,6	5,1	5,6	6,4	6,9	7,0	7,4	6,5
70	...	...	1,6	2,3	3,0	3,6	4,2	4,7	5,2	6,0	6,4	6,5	6,8	5,9
80	...	...	1,5	2,2	2,8	3,4	3,9	4,4	4,9	5,6	6,0	6,0	6,3	5,5
90	...	...	1,4	2,0	2,7	3,2	3,7	4,2	4,6	5,2	5,6	5,7	5,3	5,1
100	...	...	1,3	1,9	2,5	3,0	3,5	4,0	4,4	5,0	5,3	5,4	5,0	4,8
150	...	...	...	1,6	2,1	2,5	2,9	3,2	3,6	4,1	4,4	4,4	4,1	3,8
200	...	...	...	...	1,8	2,2	2,5	2,8	3,1	3,5	3,8	3,8	3,6	3,2
300	...	...	...	...	...	...	2,0	2,3	2,5	2,9	3,1	3,1	2,9	2,3
400	...	...	...	...	...	...	...	...	2,2	2,5	2,7	2,7	2,5	2,0
500	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2,2	2,4	2,4	2,3	1,8
750	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2,0	1,8	1,5

« L'Institut a pour mission de fournir des informations statistiques qui soient fiables et objectives sur la situation du Québec quant à tous les aspects de la société québécoise pour lesquels de telles informations sont pertinentes. L'Institut constitue le lieu privilégié de production et de diffusion de l'information statistique pour les ministères et organismes du gouvernement, sauf à l'égard d'une telle information que ceux-ci produisent à des fins administratives. Il est le responsable de la réalisation de toutes les enquêtes statistiques d'intérêt général. »

Loi sur l'Institut de la statistique du Québec (L.R.Q., c. I-13.011) adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 19 juin 1998.

L'Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998 s'intéresse aux Québécois de tout âge, enfants ou adultes, qui présentent une incapacité et vivent à domicile. Ce rapport de l'enquête présente une estimation du taux d'incapacité selon la nature et la gravité de l'incapacité pour l'ensemble du Québec et fournit une estimation des taux d'incapacité pour chacune des régions sociosanitaires. Il décrit les caractéristiques de la population avec incapacité et les compare, à plusieurs égards, à celles de la population québécoise sans incapacité. Il comprend également une analyse de l'évolution dans le temps de plusieurs indicateurs reliés à la santé et à l'intégration sociale de cette population, grâce à une comparaison avec les résultats des enquêtes sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 et de 1991 de Statistique Canada. Un large éventail de thèmes liés à l'intégration des personnes ayant une incapacité sont abordés dans ce rapport : participation sur le marché du travail, scolarisation, transport, loisirs, utilisation et besoin d'aide, d'aides techniques et de services, d'aménagements spéciaux, etc. Ce rapport présente en outre une analyse de l'espérance de vie et de l'espérance de santé dans la population québécoise, de leur évolution (1986-1998) et de leurs variations régionales. L'enquête a été réalisée en 1998, dans un premier temps auprès d'environ 30 000 répondants, puis dans un deuxième temps auprès de 4 015 répondants avec incapacité. Ce rapport constitue une des sources d'information les plus exhaustives sur la population avec incapacité au Québec et une référence pour la planification des services.

