

L'espérance de vie sans incapacité en région au Québec en 1987
DISABILITY-FREE LIFE EXPECTANCY IN THE REGIONS OF
QUEBEC IN 1987

LA ESPERANZA DE VIDA SIN INCAPACIDAD SEGUN DISTINTAS
REGIONES, EN QUEBEC, EN 1987

Pierre Lafontaine, Robert Pampalon and Madeleine Rochon

Volume 20, Number 2, Fall 1991

L'espérance de vie en santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/010091ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/010091ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (print)

1705-1495 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lafontaine, P., Pampalon, R. & Rochon, M. (1991). L'espérance de vie sans incapacité en région au Québec en 1987. *Cahiers québécois de démographie*, 20(2), 383–404. <https://doi.org/10.7202/010091ar>

Article abstract

The article deals with disability-free life expectancy in the thirteen public-health regions of Quebec (excluding the Kativik and James Bay regions). Mortality, institutionalization and disability data are presented, along with the precautions taken to ensure statistical accuracy, followed by analysis of various results. Inter-regional variations in DFLE are much greater than for LE, and are mainly due to long-term disability. Figures are higher in the central regions, although it cannot be concluded that there is a strict correlation between regional variations in DFLE and LE. The notion of severity of disability provides some clarification of results. Various problems involved in regional analyses of this indicator are described, including the socioeconomic situation and specific culture of each region and the effects of migration. The article stresses the need for discernment in using this indicator.

L'espérance de vie sans incapacité en région au Québec en 1987

Pierre LAFONTAINE, Robert PAMPALON
et Madeleine ROCHON *

La récente réforme de la santé et des services sociaux au Québec souhaite intensifier le mouvement de décentralisation administrative amorcé au début des années 1970 en créant, cette fois, des régies régionales responsables de la planification et de la gestion des services sur leur territoire (MSSS, 1990). Cette responsabilité se traduira, entre autres choses, par la nécessité de s'interroger davantage sur la santé et le bien-être de la population et de prévoir des politiques, des programmes et des ressources en conséquence.

La réforme met ainsi à l'ordre du jour le besoin d'indicateurs sanitaires et sociaux établis sur une base régionale, d'indicateurs synthétiques ou spécifiques, d'indicateurs fiables, faciles à utiliser et à produire régulièrement. De tels indicateurs ne sont pas chose nouvelle au Québec. Il y a longtemps que l'on exploite les données de mortalité et de morbidité hospitalière, ainsi que les indicateurs sociaux tirés des recensements et d'autres sources (Bernard et Guyon-Bourbonnais, 1975; Pampalon, 1985). Des bilans de santé et de bien-être ont aussi été élaborés dans plusieurs régions (CRSSS et DSC Québec, 1990; Choinière et Riou, 1990; CRSSS Côte-Nord, 1990; CRSSS Outaouais, 1990). Toutefois, on ne dispose pas encore de mesure synthétique sur une base régionale.

Pourtant, depuis la fin des années 1960, une telle mesure, soit l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), a été développée

* Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Service des études socio-sanitaires, Québec. Les auteurs remercient madame Hélène Boucher, qui a assuré le traitement informatique, et monsieur Guy Raymond, qui a produit les cartes.

dans de nombreux pays : le Canada, la France, les États-Unis, le Japon (Sullivan, 1971a, 1971b; Wilkins et Adams, 1983b; Robine et Colvez, 1984). Elle a même été estimée à deux reprises au Québec, soit en 1978-1979 et en 1987 (Dillard, 1983; Wilkins, Lafontaine et Sauvageau, 1988). Son avantage est de combiner plusieurs aspects de la santé et du bien-être, en intégrant les données de mortalité, d'institutionnalisation et d'incapacité. Elle fait écho à la maladie physique et mentale ainsi qu'à certaines problématiques de nature sociale. Elle met notamment en évidence le poids des maladies ostéo-articulaires et celui de la dépendance dans l'accomplissement des activités de la vie courante.

Si l'EVSI a pu être produite à l'échelle nationale, on ne lui connaît pas de développements régionaux, exception faite des grandes régions du Canada (qui correspondent en réalité à des provinces ou à des regroupements de provinces) et du territoire du Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal (Wilkins et Adams, 1983a; Wilkins, 1986). Ce dernier essai demeure incomplet dans la mesure où l'institutionnalisation, l'une des composantes de l'EVSI, n'a pu être prise en compte.

Il existe, en effet, des difficultés d'ordre méthodologique à produire l'EVSI pour des unités géographiques de taille relativement petite, difficultés liées entre autres aux migrations de la population, aux variations dans la disponibilité des ressources d'hébergement et à la précision statistique des valeurs estimées. Notre intention sera donc ici de procéder au calcul de l'EVSI sur la base des régions socio-sanitaires du Québec et d'illustrer ces difficultés d'ordre méthodologique.

DONNÉES ET MÉTHODES

Les unités géographiques

Les unités géographiques retenues correspondent aux treize régions socio-sanitaires du Québec en vigueur en 1987 (figure 1), à l'exception des régions de Kativik et de la Baie-James, pour lesquelles il n'existe pas encore de données d'incapacité. Cette lacune sera comblée en 1991 et en 1992 puisqu'une enquête santé sera menée dans chacune de ces deux régions.

Les régions socio-sanitaires ont des populations de taille fort variable, oscillant entre 100 000 et 2 000 000 d'individus approximativement en 1987. Dans son ensemble, le Québec comptait à cette période un peu plus de 6 590 000 habitants.

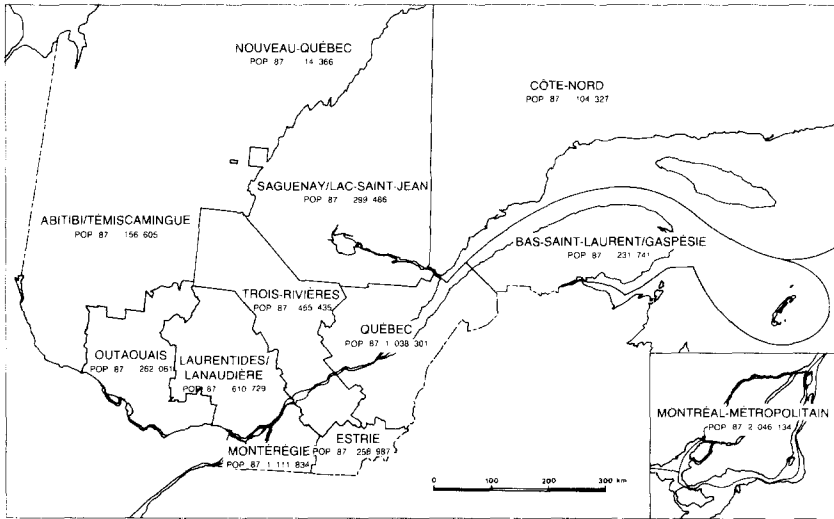


Figure 1 — RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES DU QUÉBEC, 1987

Le calcul de l'EVSI

La méthode de calcul de l'EVSI utilisée (Sullivan, 1971a) consiste à déduire du nombre d'années vécues par une cohorte de 100 000 personnes soumises aux conditions de mortalité du moment les années qui ont été vécues en incapacité. On obtient ce nombre d'années vécues en incapacité en appliquant des taux d'incapacité aux années totales vécues à l'intérieur de chaque groupe d'âge¹ et selon le sexe. On distingue trois formes d'incapacité, soit l'incapacité en institution, l'incapacité à court terme et l'incapacité à long terme pour les personnes non institutionnalisées. La méthode utilisée est représentée à la figure 2.

La mortalité

Les données de mortalité utilisées pour le calcul des tables de mortalité régionales proviennent du fichier des décès du Registre de la population. Ces tables concernent l'année 1987,

¹ Pour le calcul de la table de mortalité et l'espérance de vie en institution, nous avons procédé par groupe quinquennal d'âge (0-1, 1-4, 5-9, ..., dans le cas de la mortalité), et ce jusqu'au groupe terminal 85 ans et plus. Pour l'espérance de vie en incapacité (court terme et long terme), nous avons retenu de grands groupes d'âge (0-14, 15-24, 25-44, 45-64, 65-74 et 75 ans et plus).

$$EVSI = \text{Espérance de vie totale} - \left[\begin{array}{l} \text{Espérance de vie} \\ \text{en institution} \\ + \\ \text{Espérance de vie avec} \\ \text{incapacité à court terme} \\ + \\ \text{Espérance de vie avec} \\ \text{incapacité à long terme} \end{array} \right]$$

Figure 2 — COMPOSANTES DE L'EVSI

date de réalisation de l'enquête Santé Québec. Pour tenir compte d'éventuelles fluctuations annuelles de la mortalité, nous avons retenu trois années dans le calcul des taux annuels moyens de mortalité par groupe quinquennal d'âge, soit 1986, 1987 et 1988. Les nombres ainsi obtenus passent de 1400 pour la Côte-Nord à plusieurs milliers de décès selon la région (tableau 1).

L'institutionnalisation

Les différentes données ayant servi au calcul des taux d'institutionnalisation sont, à quelques exceptions près, celles qui ont servi au calcul de l'espérance de vie en bonne santé figurant dans les résultats de Santé Québec (1988) (Lafontaine, 1988).

Le volume de personnes institutionnalisées est fixé à partir du nombre de places au fichier des établissements du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le nombre de places dans l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux s'établit à 70 970 en 1987². Ce sont principalement des places en hébergement (40 647), puis des places en soins hospitaliers de longue durée (21 104) et des places de réadaptation (9219). N'ont pas été considérées les ressources plus légères et souvent transitoires que constituent les familles d'accueil pour les personnes âgées et les foyers de groupe (de l'ordre de 4000 à 5000 places).

² Le nombre de places est supérieur à celui qu'a obtenu Lafontaine (1988) parce que les places d'hébergement dans les établissements dont l'hébergement n'est pas la vocation principale sont comptabilisées, par exemple les places dans un centre d'accueil d'hébergement (CAH) rattaché à un centre hospitalier de longue durée.

TABLEAU 1
 Nombre de décès et taux brut annuel moyen de mortalité
 par région socio-sanitaire, Québec, 1986-1988

Région	Nombre	Taux brut ‰ hab.
Bas-Saint-Laurent-Gaspésie	5 164	7,4
Saguenay-Lac-Saint-Jean	5 198	5,8
Québec	22 576	7,2
Trois-Rivières	10 882	8,0
Estrie	6 091	7,8
Montréal métropolitain	50 325	8,2
Outaouais	4 879	6,2
Abitibi-Témiscamingue	2 788	5,9
Côte-Nord	1 407	4,5
Laurentides-Lanaudière	12 024	6,6
Montérégie	20 845	6,2
Le Québec	142 571	7,2

Source : Bureau de la statistique du Québec.

Comme le fichier des établissements ne contient aucune information sur l'âge et le sexe des personnes qui occupent ces places, nous avons dû recourir à d'autres fichiers administratifs. Le principal fichier utilisé est le fichier de déclaration des *adultes* hébergés pour fins de contribution, fichier administré par le ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu (MMSR). Il est complété, pour *les moins de 18 ans*, par les rapports statistiques des établissements du réseau.

Seuls les centres d'accueil privés dits autofinancés (CAPA)³ ne fournissent aucun renseignement sur leur clientèle, ni au MMSR, ni au MSSS. Si l'on exclut ces centres, le nombre de personnes présentes dans les fichiers administratifs est inférieur de 7 % au nombre de places d'hébergement et de soins hospitaliers de longue durée (écart de 3905), mais de 27 % au nombre de places de réadaptation (écart de 2458). Dans ce dernier cas, trois facteurs sont en cause : le caractère plus ou moins complet des rapports statistiques, la désinstitutionnalisation dans le secteur de la déficience mentale et le roulement élevé de la clientèle mésadaptée sociale. La méthode retenue peut donc entraîner une surévaluation du nombre de personnes

³ Ces centres ne reçoivent aucune subvention du ministère. Leur clientèle atteint, en 1987, plus de 3500 personnes. Notre hypothèse est que la structure par âge et sexe est la même dans ces centres que dans l'ensemble des autres CAH (publics, privés conventionnés ou privés à taux fixe).

hébergées puisqu'elle peut considérer comme occupées des places qui ne le sont pas de fait ⁴.

Les variations régionales du nombre de places sont importantes (tableau 2). Ce nombre passe de 625 dans la région de la Côte-Nord à près de 26 000 dans la région de Montréal. Quant au taux d'institutionnalisation, il varie du simple au double : de 0,6 dans la région de la Côte-Nord et de 0,7 dans la région de la Montérégie, il est de 1,33 dans la région de Québec et de 1,27 dans la région de Montréal. Toutefois, la prise en compte des différences dans la structure par âge de la population et dans l'âge auquel on recourt à l'institutionnalisation réduit ces écarts et modifie les portraits régionaux. Ainsi, à mortalité égale (celle de la province), l'espérance de vie en institution à la naissance varie de 1,40 année dans l'Outaouais et 1,43 année dans la Montérégie à 2,04 sur la Côte-Nord et 1,98 en Abitibi-Témiscamingue.

Pour vérifier la qualité des données d'institutionnalisation, nous avons eu recours à une autre source d'information, le recensement de 1986. Notons au point de départ que les univers ne sont pas exactement les mêmes ⁵ et que les classifications sont fort différentes. Au niveau régional, les données du recensement pour la grande catégorie des hôpitaux, centres de soins spéciaux et établissements pour personnes âgées et malades chroniques ont pu être considérées (72 270 personnes). Le recensement rapporte donc 1300 personnes de plus que le nombre de places dans le réseau de la santé et des services sociaux, soit 1,8 %; l'excédent se situe surtout entre 70 ans et 79 ans, alors qu'il y a déficit aux âges jeunes et très avancés. La différence de période ne peut expliquer cet écart puisque le nombre de places a peu varié entre 1986 et 1987. L'adéquation est bonne pour la très grande majorité des régions (figure 3). Font exception les régions de Trois-Rivières et de l'Estrie, pour lesquelles le recensement fournit un nombre supérieur.

Dans le calcul de l'EVSI, chaque personne institutionnalisée compte pour une personne-année d'incapacité. Les données de l'ESLA (Enquête sur la santé et les limitations d'activité) ont

⁴ Des vérifications par établissement doivent être effectuées dans l'avenir en ce qui concerne l'hébergement et les soins hospitaliers de longue durée; elles nous permettront d'élucider cette question.

⁵ Ainsi, le recensement inclut des résidences pour personnes âgées qui ne font pas partie du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que certaines familles d'accueil pour personnes âgées. Nous ne sommes pas en mesure, pour le moment, de déterminer combien de personnes y ont été recensées.

TABLEAU 2
*Nombre et taux de places en institution
 par région socio-sanitaire, Québec, 1987*

Région	Nombre	Taux brut % hab.
Bas-Saint-Laurent-Gaspésie	2 676	1,15
Saguenay-Lac-Saint-Jean	2 493	0,83
Québec	13 820	1,33
Trois-Rivières	5 587	1,23
Estrie	3 085	1,19
Montréal métropolitain	25 977	1,27
Outaouais	1 858	0,71
Abitibi-Témiscamingue	1 322	0,84
Côte-Nord	625	0,60
Laurentides-Lanaudière	5 752	0,94
Montérégie	7 747	0,70
Le Québec	70 970	1,08

Source : Fichier des établissements, MSSS.

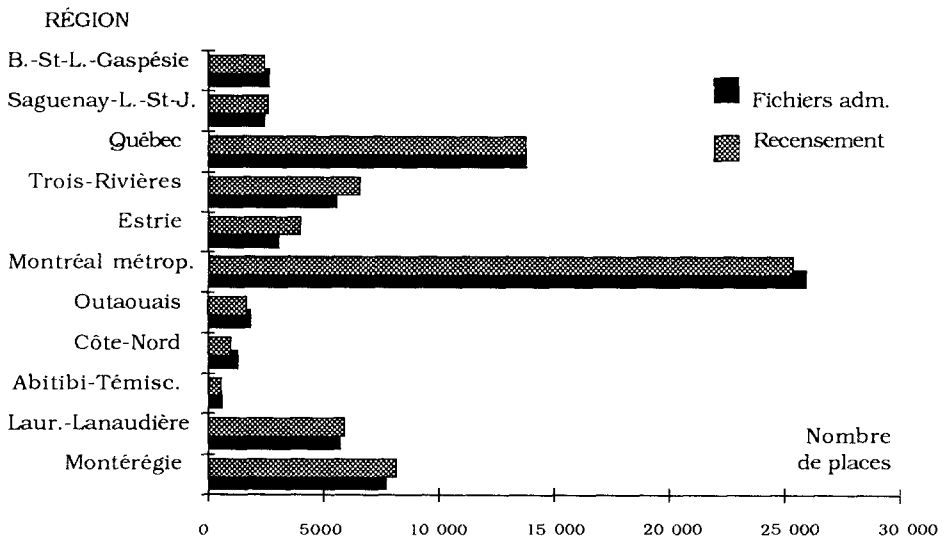


Figure 3 — NOMBRE DE PLACES EN INSTITUTION SELON DEUX SOURCES : LE RECENSEMENT DE 1986 ET LES FICHIERS ADMINISTRATIFS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1987, PAR RÉGION SOCIO-SANITAIRE

d'ailleurs confirmé que chaque personne institutionnalisée était atteinte d'au moins une incapacité (Saucier et Lafontaine, 1991).

L'incapacité

Les données d'incapacité proviennent de l'enquête Santé Québec, réalisée en 1987 (Santé Québec, 1988). L'enquête porte sur tous les ménages privés du Québec, à l'exception des populations autochtones, c'est-à-dire les Cris et les Inuit des régions de Kativik et de la Baie-James ainsi que les autres communautés résidant sur les réserves indiennes. Le plan de sondage de l'enquête repose sur une double stratification du Québec, par région socio-sanitaire et territoire de département de santé communautaire (DSC), et sur un tirage aléatoire à deux degrés de 320 ménages privés à l'intérieur de chaque territoire de DSC. Cette procédure assurait un nombre minimal de 960 ménages à chaque région socio-sanitaire, sauf pour les régions de la Côte-Nord et de l'Abitibi-Témiscamingue.

L'enquête fait appel à deux questionnaires, l'un rempli par interview, l'autre auto-administré, qui s'adresse aux personnes de 15 ans et plus. Les questions retenues ont déjà, pour la plupart, été validées et testées dans des enquêtes comparables et sont reconnues pour leur intérêt au niveau épidémiologique. Les taux de réponse ont été de 87 % pour le questionnaire rempli par interview et de 81 % pour le questionnaire auto-administré. Le nombre de participants a été de 32 000 approximativement, dont 20 000 âgés de 15 ans et plus.

L'enquête couvre un large éventail d'informations allant des habitudes de vie et de l'état de santé physique et mentale aux conséquences de cet état de santé. Les données sur l'incapacité proviennent de deux sections distinctes du questionnaire rempli par l'interviewer (QRI).

La section 1 du QRI fait référence à l'incapacité au cours des deux semaines précédant l'interview : journées d'alitement, journées d'incapacité sans alitement et journées de restriction dans l'accomplissement des activités. La section 5 du QRI aborde plusieurs sortes de limitations à long terme : limitation quelconque, confinement au lit ou au fauteuil et incapacité d'accomplir l'activité principale.

Pour le présent calcul, les personnes pour lesquelles on a signalé une incapacité au cours des deux dernières semaines, ainsi qu'une incapacité à long terme, ont été considérées

comme n'ayant qu'une incapacité à long terme. Par ailleurs, celles pour lesquelles on a seulement rapporté une incapacité au cours des deux dernières semaines ont été considérées comme n'ayant qu'une incapacité à court terme.

L'incapacité à court terme a été introduite de la façon suivante dans le calcul de l'EVSI : $(\text{Nombre de jours} \times 26) / (\text{population} \times 365)$; cela permettait d'obtenir un nombre de jours d'incapacité par personne-année pour chacun des groupes d'âge et de sexe. L'incapacité à long terme a été introduite par l'application directe des taux d'incapacité aux années vécues hors institution, pour chacun des groupes d'âge et de sexe.

Afin de nuancer les données sur l'incapacité, l'enquête avait prévu quelques questions permettant d'en qualifier la gravité. Trois niveaux ont ainsi été définis, soit l'incapacité sévère, l'incapacité modérée et l'incapacité légère. L'incapacité est sévère si une personne est obligée de garder le lit ou le fauteuil pour des raisons de santé (y compris les nuits passées à l'hôpital). Elle est modérée si la personne est incapable soit d'aller travailler, soit de tenir maison ou d'aller à l'école (sans compter les journées d'incapacité sévère). L'incapacité légère comprend toute autre journée où la personne a dû modérer ses activités.

Nous avons calculé pour chacune des régions le pourcentage de journées passées en incapacité sévère ou modérée, état qui correspond grosso modo à l'incapacité d'exercer l'activité principale. Ce pourcentage a été exprimé séparément pour l'incapacité à court terme et l'incapacité à long terme puisque l'une et l'autre ne couvrent pas la même réalité. En outre, pour procéder à une comparaison entre régions, nous avons standardisé ces pourcentages en les appliquant à la structure québécoise de l'incapacité par âge et sexe, en 1987 (tableau 8).

L'emploi de données d'incapacité sur la base d'unités géographiques relativement petites pose toutefois des problèmes de précision statistique. Dans le cas des régions socio-sanitaires du Québec, nous avons pu compter sur plus de 2000 répondants dans chaque unité géographique (tableau 3). De plus, si on considère l'incapacité à long terme, celle dont le poids est le plus important dans l'ensemble de l'incapacité, la précision des taux régionaux est relativement bonne. Les coefficients de variation oscillent en effet entre 8 % et 12 %, valeurs reconnues comme largement satisfaisantes dans des enquêtes du genre ⁶ (Statis-

⁶ Nous calculons le coefficient de variation en divisant l'erreur type du taux d'incapacité par le taux d'incapacité lui-même.

TABLEAU 3
*Répondants, incapacité à long terme et coefficient de
 variation par région socio-sanitaire, Québec, 1987*

Région	Répondants (nombre)	Incapacité (%)	Coefficient de variation (%)
Bas-Saint-Laurent-Gaspésie	2 556	7,1	9,9
Saguenay-Lac-Saint-Jean	2 824	7,2	7,9
Québec	5 589	6,1	8,3
Trois-Rivières	2 298	7,1	9,2
Estrie	2 418	7,0	9,6
Montréal métropolitain	4 792	8,5	7,3
Outaouais	2 198	9,8	8,2
Abitibi-Témiscamingue	2 204	5,7	11,8
Côte-Nord	2 109	5,8	10,6
Laurentides-Lanaudière	2 295	8,2	10,0
Montréal	2 708	6,1	10,1
Le Québec	31 991	7,4	3,5

Source : Santé Québec, 1987.

tique Canada, 1988; Statistique Canada et Santé et Bien-être social Canada, 1981).

RÉSULTATS

La durée de vie en incapacité compte pour près de 10 ans dans l'espérance de vie à la naissance au Québec (tableau 4). L'incapacité à long terme y est nettement plus importante que l'incapacité à court terme et l'institutionnalisation. Les écarts entre régions extrêmes sont de 4,3 années pour l'EVSI, comparativement à 1,8 année pour l'EV; l'incapacité à long terme explique en majeure partie l'ampleur de cet écart d'EVSI.

Au plan de la répartition régionale, on observe les plus fortes valeurs de l'EV dans les régions centrales, de même que dans la région du Bas-Saint-Laurent-Gaspésie; le Montréal métropolitain domine. Pour l'EVSI, les valeurs les plus élevées se retrouvent également dans les régions centrales, plus précisément en Montérégie et dans la région de Québec. On note cependant que le Montréal métropolitain, premier pour l'EV, présente une valeur de l'EVSI inférieure à la moyenne provinciale, et ce en raison d'une incapacité à long terme qui est la deuxième plus élevée au Québec, ne le cédant qu'à celle de l'Outaouais; cette dernière région présente également l'EVSI la

TABLEAU 4

Espérance de vie à la naissance (EV), en institution, avec incapacité à court terme ou à long terme, et sans incapacité (EVSI), par région socio-sanitaire, Québec, 1987 (en années)

Région	EV	Insti- tution	Court terme	Long terme	EVSI
Bas-St-Laurent-Gaspésie	75,9	1,64	1,09	6,39	66,8
Saguenay-Lac-Saint-Jean	74,9	1,66	2,05	6,44	64,8
Québec	76,1	1,92	1,48	5,71	67,0
Trois-Rivières	75,4	1,80	1,40	6,06	66,1
Estrie	75,9	1,67	1,52	6,27	66,4
Montréal métropolitain	76,5	1,69	1,65	7,24	65,9
Outaouais	75,2	1,34	2,45	8,28	63,1
Abitibi-Témiscamingue	74,7	1,78	1,46	5,24	66,2
Côte-Nord	75,3	1,99	1,72	5,57	66,0
Laurentides-Lanaudière	75,2	1,57	2,15	6,93	64,6
Montérégie	75,8	1,35	1,22	5,80	67,4
Le Québec	75,9	1,65	1,60	6,54	66,1
Écarts (max. - min.)	1,8	0,65	1,36	3,04	4,3

plus faible au Québec, en raison justement de cette forte incapacité à long terme.

Ainsi, on ne peut conclure à une concordance parfaite entre les variations régionales de l'EV et de l'EVSI, bien que les variations entre les différentes formes d'incapacité présentent plus de régularité. Il existe en effet, au plan régional, une relation positive entre l'incapacité à court et à long terme ($r = 0,68$ et $p < 0,05$) et une relation inverse entre l'institutionnalisation et l'incapacité à long terme ($r = -0,61$ et $p < 0,05$).

La répartition régionale de l'EVSI selon le sexe (tableau 5) suit, dans l'ensemble, une distribution analogue à celle qui est observée pour la population entière. Les régions centrales demeurent privilégiées; à titre d'exemple, la région de la Montérégie recueille toujours les plus fortes valeurs pour chaque sexe, alors que l'Outaouais enregistre les valeurs les plus faibles.

Par ailleurs, les valeurs de l'EVSI sont partout plus élevées chez les femmes mais, contrairement à ce qui se passe pour l'EV, les différences observées entre les deux sexes peuvent varier beaucoup d'une région à l'autre. L'écart moyen se situe à 4,5 années, mais on observe des écarts allant du simple au double et même plus, selon les cas (2,4 années contre 6,8 années). La région de Trois-Rivières présente, tant pour l'EV que pour l'EVSI, les écarts les plus importants entre hommes et

TABLEAU 5

Espérance de vie à la naissance (EV) et sans incapacité (EVSI) selon le sexe et écarts entre sexes, par région socio-sanitaire, Québec, 1987

Région	Hommes		Femmes		Écarts (F - H)	
	EV	EVSI	EV	EVSI	EV	EVSI
Bas-St-Laurent-Gaspésie	72,5	64,3	79,8	69,4	7,3	5,1
Saguenay-Lac-Saint-Jean	71,3	63,5	78,8	65,9	7,5	2,4
Québec	72,2	64,5	80,1	69,6	7,9	5,1
Trois-Rivières	71,4	62,9	79,7	69,7	8,3	6,8
Estrie	72,2	64,4	79,7	68,6	7,5	4,2
Montréal métropolitain	72,7	64,1	80,0	67,6	7,3	3,5
Outaouais	71,4	61,0	79,3	65,5	7,9	4,5
Abitibi-Témiscamingue	71,3	64,6	78,8	67,8	7,5	3,2
Côte-Nord	71,7	64,0	79,8	68,4	8,1	4,4
Laurentides-Lanaudière	71,6	62,0	79,1	67,2	7,5	5,2
Montréal	72,1	64,8	79,6	70,1	7,5	5,3
Le Québec	72,1	63,8	79,7	68,3	7,6	4,5
Écarts (max. - min.)	1,4	3,8	1,3	4,6	1,0	4,4

femmes. Par contre certaines régions, comme le Saguenay-Lac-Saint-Jean et à un moindre niveau l'Abitibi-Témiscamingue et le Montréal métropolitain, présentent des écarts beaucoup plus importants pour l'EV que pour l'EVSI. Dans les trois cas, l'EVSI est supérieure à la moyenne provinciale chez les hommes, alors qu'on observe l'inverse chez les femmes. Cette situation fait nettement ressortir le fait que, dans ces régions, le plus grand nombre d'années vécues en moyenne par les femmes est fortement marqué par l'incapacité.

La situation se modifie sensiblement à 65 ans (tableau 6). L'écart entre l'EV et l'EVSI s'est réduit au chapitre des années, mais représente néanmoins cinq ans sur 16,8 années à vivre. L'EVSI québécoise s'établit à 11,8 années. La contribution des sources d'incapacité s'est aussi profondément modifiée; l'incapacité à long terme a perdu de son importance relative — en même temps que l'incapacité à court terme —, au profit de l'institutionnalisation. Cette situation est vraie pour toutes les régions du Québec; on observe même que dans certaines régions l'institutionnalisation rejoint l'incapacité à long terme. De plus, les relations perçues antérieurement entre les composantes de l'incapacité se maintiennent : bonne relation entre l'incapacité à court et à long terme ($r = 0,59$ et $p < 0,05$) et relation inverse entre l'institutionnalisation et l'incapacité à long terme ($r = -0,66$ et $p < 0,05$).

TABLEAU 6
Espérance de vie à 65 ans (EV), en institution, avec incapacité à court terme ou à long terme, et sans incapacité (EVSI), par région socio-sanitaire, Québec, 1987 (en années)

Région	EV	Insti- tution	Court terme	Long terme	EVSI
Bas-St-Laurent-Gaspésie	16,7	1,69	0,32	3,08	11,6
Saguenay-Lac-Saint-Jean	15,9	1,79	0,46	2,78	10,9
Québec	16,9	1,93	0,33	2,92	11,7
Trois-Rivières	16,8	1,96	0,17	2,15	12,5
Estrie	16,8	1,76	0,42	2,92	11,7
Montréal métropolitain	17,3	1,70	0,46	2,93	12,2
Outaouais	16,5	1,48	1,16	3,32	10,5
Abitibi-Témiscamingue	16,3	2,00	0,32	2,12	11,9
Côte-Nord	16,6	2,36	0,43	2,50	11,3
Laurentides-Lanaudière	16,1	1,64	0,65	2,70	11,1
Montréal	16,5	1,48	0,37	2,90	11,8
Le Québec	16,8	1,73	0,44	2,86	11,8
Écarts (max. - min.)	1,4	0,88	0,99	1,20	1,98

La région de Trois-Rivières présente l'EVSI la plus élevée et l'Outaouais a toujours la plus faible. Par contre, les écarts entre régions se sont atténués; de 4,3 années à la naissance, ils sont de 2 années à 65 ans. Toutefois, en termes relatifs, c'est-à-dire par rapport aux années à vivre, ces écarts ont augmenté.

Les écarts entre sexes se sont également atténués pour le Québec (tableau 7); de 4,5 années, ils sont passés à 2,3 années. Les femmes ont toujours une EVSI supérieure. Toutefois, dans certaines régions, il n'y a pratiquement plus d'écarts entre hommes et femmes (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue), alors que dans d'autres, ils sont importants (Trois-Rivières et Laurentides-Lanaudière); dans la région de Trois-Rivières, par exemple, ils atteignent 3,7 années. Cette dernière région est aussi celle où l'EVSI est la meilleure chez les femmes âgées alors que pour les hommes, la palme revient à l'Abitibi-Témiscamingue. À l'opposé, on observe les pires résultats au Saguenay-Lac-Saint-Jean pour les femmes et dans Laurentides-Lanaudière pour les hommes.

Enfin, si l'on considère la gravité des incapacités, on constate que 60 % des incapacités à court ou à long terme sont sévères ou modérées (tableau 8). Les écarts entre les régions présentant le meilleur et le pire pourcentage sont de l'ordre de 25 % pour le court terme et de 20 % pour le long terme.

TABLEAU 7
Espérance de vie sans incapacité (EVSI) à 65 ans selon le sexe et écart entre sexes, par région socio-sanitaire, Québec, 1987

Région	Hommes	Femmes	Écart (F - H)
Bas-Saint-Laurent-Gaspésie	10,4	12,6	2,2
Saguenay-Lac-Saint-Jean	10,7	10,9	0,2
Québec	10,3	12,8	2,5
Trois-Rivières	10,6	14,3	3,7
Estrie	10,2	12,9	2,7
Montréal métropolitain	11,1	13,1	2,0
Outaouais	9,7	11,5	1,8
Abitibi-Témiscamingue	11,5	12,0	0,5
Côte-Nord	10,5	12,1	1,6
Laurentides-Lanaudière	9,6	12,6	3,0
Montréal	10,5	12,7	2,2
Le Québec	10,6	12,9	2,3
Écart (max. - min.)	1,9	3,4	3,5

Au plan de l'incapacité à long terme, les régions où la gravité est la plus forte (Bas-Saint-Laurent-Gaspésie et Québec) présentent, par ailleurs, une EV avec incapacité à long terme plutôt basse. De plus, les régions où les valeurs de l'EV avec incapacité à long terme sont les plus faibles (Abitibi-Témiscamingue et Côte-Nord) ont un niveau de gravité relativement élevé. À l'opposé, les régions ayant les niveaux de gravité les plus faibles sont celles où l'EV avec incapacité à long terme est la plus élevée. La tendance est donc à une relation inverse, au plan régional, entre le niveau de l'incapacité et la gravité de celle-ci; cette tendance rappelle celle, déjà notée, entre l'incapacité à long terme et l'institutionnalisation.

Pour l'incapacité à court terme, la gravité suit un peu plus la tendance observée dans la répartition régionale des incapacités, mais cette relation demeure faible. On observe également quelques exceptions : les régions de l'Outaouais et du Saguenay-Lac-Saint-Jean présentent de fortes valeurs de l'EV à court terme, mais un niveau de gravité faible. La région du Montréal métropolitain présente la situation inverse : EV à court terme faible, gravité élevée.

Ces quelques exemples, en particulier la situation qui prévaut pour l'incapacité à long terme, indiquent bien que la gravité de l'incapacité est un élément qui modifie le portrait régional de l'incapacité.

TABLEAU 8
Incapacité sévère ou modérée à court et à long terme, par région socio-sanitaire, Québec, 1987 (%)^a

Région	Court terme	Long terme
Bas-Saint-Laurent-Gaspésie	43,7	74,7
Saguenay-Lac-Saint-Jean	49,1	62,2
Québec	59,6	68,4
Trois-Rivières	51,5	56,4
Estrie	56,3	58,0
Montréal métropolitain	65,5	54,9
Outaouais	51,5	56,5
Abitibi-Témiscamingue	42,5	65,4
Côte-Nord	60,7	61,4
Laurentides-Lanaudière	67,2	63,9
Montréal	57,1	63,6
Le Québec	60,4	60,5

Source : Santé Québec, 1987.

a. En pourcentage de la somme des incapacités à court ou à long terme; ces pourcentages sont standardisés en fonction de la structure québécoise d'incapacité par âge et sexe.

DISCUSSION

Dans l'ensemble, les répartitions régionales de l'EV et de l'EVSI présentent des analogies puisque les plus fortes valeurs se retrouvent dans les régions centrales et les plus faibles dans les régions périphériques, exception faite de la région du Bas-Saint-Laurent-Gaspésie. La région de la Montérégie présente la meilleure valeur de l'EVSI; les régions de Québec et du Bas-Saint-Laurent-Gaspésie se situent aux deuxième et troisième rang respectivement, position qu'elles occupaient également au chapitre de l'EV. De même, l'Outaouais présente une EV plutôt faible et l'EVSI la plus basse. Les données selon le sexe ne modifient pas cette distribution, les régions centrales demeurant privilégiées; ainsi, la Montérégie enregistre les valeurs les plus élevées de l'EVSI et l'Outaouais les plus faibles.

On note aussi des discordances. La région du Montréal métropolitain, dotée de la meilleure EV, obtient une EVSI légèrement inférieure à la moyenne provinciale. À l'opposé, l'Abitibi-Témiscamingue, avant-dernière au chapitre de l'EV, a une valeur de l'EVSI légèrement supérieure à la moyenne provinciale. Dans le Montréal métropolitain, l'espérance de vie en incapacité à long terme atteint 7,2 années, soit le pire score après celui de l'Outaouais (8,3 années); dans le cas de l'Abitibi-

Témiscamingue, cette valeur est de 5,2 années, la meilleure au Québec. Ces deux exemples illustrent bien toute l'importance de l'incapacité à long terme dans l'analyse de l'incapacité; les écarts régionaux dans les valeurs de l'EVSI en dépendent largement; des 4,3 années d'écart, 3 lui sont imputables.

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, on observe aussi certaines modifications dans la répartition régionale. La région de Trois-Rivières, au sixième rang pour l'EVSI à la naissance, obtient la meilleure valeur. Le Montréal métropolitain se classe deuxième alors que l'EVSI à la naissance lui valait le huitième rang. L'Outaouais a toujours la valeur la plus faible.

Les données d'EV et d'EVSI auront également fait ressortir de plus grands écarts entre hommes et femmes pour l'EV que pour l'EVSI. Dans certaines régions (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue), les écarts de l'EVSI entre hommes et femmes sont beaucoup plus faibles que ceux de l'EV et montrent bien que la vie plus longue des femmes peut être fortement assombrie par l'incapacité.

On a également pu noter que les niveaux d'EVSI et d'incapacité ne concordent pas nécessairement avec la gravité de l'incapacité. Ainsi, la Montérégie, première pour l'EVSI, présente un niveau moyen de gravité. C'est également le cas de la région de l'Outaouais, où pourtant l'EVSI est la plus faible au Québec. En outre, les régions de Laurentides-Lanaudière et du Saguenay-Lac-Saint-Jean, faibles au plan de l'EVSI, présentent toutes deux une incapacité plutôt légère. Il nous paraît donc important de prendre en compte le niveau de gravité, soit en développant des facteurs de pondération pour chaque niveau de gravité (Wilkins et Adams, 1983a et 1983b), soit en effectuant un calcul de l'EVSI pour chaque niveau de gravité (Robine, 1986).

Les différences entre les variations régionales de l'EV et celles de l'EVSI sont largement imputables aux données d'incapacité à long terme tirées de l'enquête Santé Québec. Si ces données sont relativement précises au plan statistique, elles demeurent cependant soumises à divers facteurs liés à l'outil d'enquête autant qu'à l'environnement physique et social.

Les résultats d'une enquête sont d'abord tributaires de ses objectifs spécifiques et des méthodes utilisées : plan de sondage, formulation des questions... Ainsi, une enquête axée spécifiquement sur la mesure de l'incapacité, soit l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA), réalisée au Canada et au Québec en 1986, a relevé un taux d'incapacité à domicile plus élevé que Santé Québec : 11,8 % contre 7,4 %.

L'ESLA n'a cependant pas produit de données par région socio-sanitaire.

La mesure de l'incapacité peut aussi être influencée par le contexte socio-économique et culturel propre à chaque région. Des différences dans le profil d'activités professionnelles et domestiques des hommes et des femmes des diverses régions peuvent se refléter dans la déclaration d'incapacité. Une blessure chronique au dos, par exemple, sera nettement plus invalidante si elle survient dans une région minière ou forestière plutôt que dans une région où domine le secteur tertiaire. Ainsi, on sait que la prévalence des maux de dos est plus importante chez les travailleurs de certains secteurs d'activité économique : forêts et scieries, bâtiments et travaux publics, fabrication d'équipements de transport, mines et carrières, fabrication de produits en métal et de produits minéraux, aliments et boissons (Leclair et Patry, 1991). On conçoit donc que, dans les régions centrales (Québec exceptée), l'incapacité sévère ou modérée soit proportionnellement moins importante que dans les autres régions. De même, on a montré qu'au Québec les représentations culturelles de la santé et de la maladie étaient fort variables selon les groupes sociaux (Paquet, 1989) et les communautés (forestières, agro-forestières, minières) (Corin et al., 1990).

Par ailleurs, nos résultats révèlent l'existence d'une relation inverse entre les années vécues en institution et les années vécues en incapacité à long terme à domicile, tant dans l'ensemble de la population que chez les personnes âgées. Cette relation demeure, même lorsque l'on ne considère que l'incapacité sévère ou modérée à domicile.

Elle reflète à la fois le nombre de places disponibles pour l'hébergement et les pratiques qui favorisent la présence en institution de personnes très âgées et en mauvaise santé. Elle montre aussi qu'il faut tenir compte de la population à domicile et de celle qui vit en institution pour obtenir un bilan complet du phénomène de l'incapacité sur une base régionale.

Le calcul de l'EVS_I sur une base régionale ne tient pas compte des effets des mouvements migratoires, particulièrement dans le cas de la population âgée, qui est la plus touchée par la mortalité, l'institutionnalisation et l'incapacité. Ce serait pourtant une condition essentielle à respecter pour statuer sur la santé et le bien-être des populations «régionales» et mettre en évidence d'éventuels facteurs explicatifs.

Au Québec, la population âgée migre de façon non négligeable, mais variable selon les régions. Si les mouvements sont peu importants dans bon nombre de régions (Bas-Saint-Laurent-Gaspésie, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Québec, Trois-Rivières, Estrie, Outaouais), il en va différemment pour la Côte-Nord et l'Abitibi-Témiscamingue, qui ont respectivement perdu, entre 1981 et 1986, 9 % et 7 % de leur population âgée de 65 ans et plus; les entrées ont été de moins de 3 % (tableau 9). De même, la région du Montréal métropolitain enregistre un solde migratoire négatif, contrairement aux deux régions qui lui sont limitrophes (Laurentides-Lanaudière et Montérégie).

L'impact de ces migrations sur les composantes de l'EVSI est inconnu. Il pourrait être important si l'état de santé des migrants différait sensiblement de celui de la population qui ne migre pas. Il se pourrait, par exemple, que les faibles niveaux d'incapacité à long terme des résidents de la Côte-Nord et de l'Abitibi-Témiscamingue soient en partie explicables par des taux élevés de sortie de la population âgée en mauvaise santé. Il importe donc de mieux connaître l'histoire résidentielle des personnes décédées, institutionnalisées ou en incapacité pour procéder à une meilleure analyse régionale de l'EVSI. Il serait notamment utile d'inclure, lors de la prochaine enquête Santé Québec, des questions sur les mouvements migratoires et les raisons qui les motivent.

Une analyse par région de l'EVSI au Québec ne saurait être complète sans les régions de Kativik et de la Baie-James. Ces régions ont une mortalité nettement plus élevée que celle du Québec, l'espérance de vie à la naissance y étant inférieure à la moyenne provinciale de 15 ans et de 5 ans respectivement (Courteau, 1989; Choinière, Levasseur et Robitaille, 1988). L'institutionnalisation y est faible, et nos connaissances sont très limitées en ce qui concerne l'incapacité qui y existe. Les enquêtes santé qui seront réalisées dans ces deux régions en 1991 et en 1992 nous donneront un meilleur éclairage.

La reprise de l'enquête Santé Québec à travers tout le Québec en 1992 permettra aussi de statuer de nouveau sur l'incapacité régionale et d'estimer l'EVSI par région. On aura alors un portrait complet du Québec et on sera également en mesure de juger de l'évolution des situations régionales.

D'ici là, les planificateurs régionaux devront utiliser l'EVSI avec discernement et la prendre pour ce qu'elle est : une mesure synthétique, donc adaptée à des problématiques générales, et non spécifiques. Certaines composantes de l'EVSI pourront

TABLEAU 9
 Personnes âgées ayant quitté les régions administratives
 du Québec (sorties) ou ayant migré vers ces régions
 (entrées) entre 1981 et 1986 (%)^a

Région	Sorties	Entrées
Bas-Saint-Laurent-Gaspésie	3,2	2,4
Saguenay-Lac-Saint-Jean	3,3	1,6
Québec	2,2	2,2
Trois-Rivières	2,7	2,8
Estrie	3,4	3,5
Montréal métropolitain	5,7	4,0
Outaouais	4,4	4,4
Abitibi-Témiscamingue	7,1	2,4
Côte-Nord	8,9	2,7
Laurentides-Lanaudière	6,2	9,2
Montréal	4,9	6,4

Source : Recensement du Canada, 1986.

a. En pourcentage de la population âgée de chaque région.

toutefois servir à des fins plus ponctuelles; par exemple, les données sur l'incapacité à long terme peuvent être indicatrices du besoin en services à domicile, mais ces données devraient être complétées par des informations sur le besoin d'aide pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne ou sur la sévérité des incapacités. De même, la relation perçue entre incapacité à domicile et incapacité en institution ne devrait jamais mener à projeter la situation de l'une à partir de l'autre : il faut les combiner ou les considérer séparément.

Les planificateurs devront aussi avoir à l'esprit certaines questions qui se posent actuellement eu égard au calcul des valeurs régionales de l'EVSI : le fait que l'on ne tienne pas compte de la gravité de l'incapacité, l'influence possible des mouvements migratoires, l'impact des méthodes d'enquête et des caractéristiques socio-économiques et culturelles sur la déclaration d'incapacité.

Ces quelques réserves illustrent à la fois les développements à envisager et les recherches à poursuivre pour faire en sorte que l'EVSI devienne un outil de planification encore plus apte à témoigner de l'état de santé et de bien-être de la population des régions.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BERNARD, J.-M., et L. GUYON-BOURBONNAIS, 1975. *Géographie de la mortalité au Québec. Les indicateurs de santé*. Québec, Ministère des Affaires sociales, 180 p.
- CHOINIÈRE, R., et D. RIOU, 1990. *Profil démographique et socio-sanitaire de la population du Montréal-métropolitain*. Montréal, Regroupements des départements de santé communautaire du Montréal-métropolitain, 19 p.
- CHOINIÈRE, R., M. LEVASSEUR et N. ROBITAILLE, 1988. «La mortalité des Inuit du Nouveau-Québec de 1944 à 1983. Évolution selon la cause de décès». *Recherches amérindiennes au Québec*, 18, 1, 29-37.
- CORIN, E., G. BIBEAU, J.-C. MARTIN et R. LAPLANTE, 1990. *Comprendre pour soigner autrement*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 258 p.
- COURTEAU, J. P., 1989. «Mortality among the James Bay Cree of Northern Quebec, 1982-1986». Montréal, Université McGill, Department of Epidemiology and Biostatistics, 121 p., mémoire de maîtrise.
- CRSSS DE LA CÔTE NORD (Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Côte Nord), 1990. *État de situation sur les problèmes de santé et problèmes sociaux importants de la population nordcôtière*. Baie Comeau, CRSSS de la Côte Nord.
- CRSSS DE L'OUTAOUAIS (Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais), 1990. *Priorités en matière de santé et de bien-être*. Hull, CRSSS de l'Outaouais, 28 p. et annexes.
- CRSSS et DSC DE LA RÉGION DE QUÉBEC (Conseil régional et départements de santé communautaire de la région de Québec), 1990. *Pour la santé et le bien-être de la population des régions de Québec et de Chaudière-Appalaches*. Québec, CRSSS de la région de Québec, 55 p.
- DILLARD, S., 1983. *Durée ou qualité de la vie*. Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, Direction générale des publications gouvernementales du ministère des Communications, collection «La santé des Québécois», 70 p.
- LAFONTAINE, P., 1988. *Statistiques de l'institutionnalisation dans l'étude des incapacités. Notes explicatives*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service des études socio-sanitaires, 15 p.
- LECLAIR, G., et L. PATRY, 1991. *Les maux de dos*. Document présenté pour la politique de santé et de bien-être du Québec, Québec.
- MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux), 1990. *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec, Les Publications du Québec, 91 p.
- PAMPALON, R., 1985. *Géographie de la santé au Québec*. Québec, Les Publications du Québec, 392 p.

- PAQUET, G., 1989. *Santé et inégalités sociales. Un problème de distances culturelles*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, document de travail no 21, 131 p.
- ROBINE, J.-M., 1986. *L'espérance de vie sans incapacité*. Conseil des affaires sociales et de la famille, 59 p. et annexes.
- ROBINE, J.-M., et A. COLVEZ, 1984. «Espérance de vie sans incapacité et ses composantes : de nouveaux indicateurs pour mesurer la santé». *Population*, 1, 27-46.
- SANTÉ QUÉBEC, 1988. *Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec, 1987*. Québec, Les Publications du Québec, 337 p.
- SAUCIER, A., et P. LAFONTAINE, 1991. *Nature et sévérité 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'activité*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 49 p. et annexes.
- STATISTIQUE CANADA et SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, 1981. *La santé des Canadiens. Rapport de l'enquête Santé Canada*. Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 243 p.
- STATISTIQUE CANADA, 1988. *Enquête sur la santé et les limitations d'activités. Guide de l'utilisateur*. Ottawa, Statistique Canada, 9 p. et annexes.
- SULLIVAN, D. F., 1971a. «A Single Index of Mortality and Morbidity». *HSMHA Health Reports*, 86, 4, 342-356.
- SULLIVAN, D. F., 1971b. «Disability Data Components for an Index of Health». *Vital and Health Statistics*, Series 2, 42.
- WILKINS, R., 1986. «Health Expectancy by Local Area in Montreal: A Summary of Findings». *Canadian Journal of Public Health*, 77 (mai-juin), 216-220.
- WILKINS, R., et O. B. ADAMS, 1983a. *Healthfulness of Life*. Montréal, The Institute for Research on Public Policy, 160 p.
- WILKINS, R., et O. B. ADAMS, 1983b. «Health Expectancy in Canada, Late 1970s: Demographic, Regional, and Social Dimensions». *American Journal of Public Health*, 73, 9, 1073-1080.
- WILKINS, R., P. LAFONTAINE et Y. SAUVAGEAU, 1988. «Incapacité». In SANTÉ QUÉBEC. *Et la santé, ça va ?* Les Publications du Québec, 175-192.

RÉSUMÉ — SUMMARY — RESUMEN

LAFONTAINE Pierre, PAMPALON Robert et ROCHON Madeleine — L'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ EN RÉGION AU QUÉBEC EN 1987

Le présent article traite de l'espérance de vie sans incapacité dans les treize régions socio-sanitaires du Québec (à l'exception des régions de Kativik et de la Baie-James). Une fois présentées les données de mortalité, d'institutionnalisation et d'incapacité utilisées et les précautions prises pour assurer leur précision statistique, différents résultats sont analysés. Les écarts sont beaucoup plus grands entre régions pour l'EVSI que pour l'EV; ils sont principalement dus à l'incapacité à long terme. Les valeurs sont plus élevées dans les régions centrales, même si on ne peut conclure à une concordance parfaite entre les variations régionales de l'EVSI et de l'EV. Les résultats sont cependant nuancés par l'introduction de la notion de gravité de l'incapacité. Finalement, différentes problématiques en cause dans l'analyse régionale de cet indicateur sont mises en relief: contexte socio-économique et culturel propre à chaque région, effets des mouvements migratoires. Enfin, le discernement dont il faut faire preuve dans l'utilisation de cet indicateur est souligné.

LAFONTAINE Pierre, PAMPALON Robert and ROCHON Madeleine — DISABILITY-FREE LIFE EXPECTANCY IN THE REGIONS OF QUEBEC IN 1987

The article deals with disability-free life expectancy in the thirteen public-health regions of Quebec (excluding the Kativik and James Bay regions). Mortality, institutionalization and disability data are presented, along with the precautions taken to ensure statistical accuracy, followed by analysis of various results. Inter-regional variations in DFLE are much greater than for LE, and are mainly due to long-term disability. Figures are higher in the central regions, although it cannot be concluded that there is a strict correlation between regional variations in DFLE and LE. The notion of severity of disability provides some clarification of results. Various problems involved in regional analyses of this indicator are described, including the socioeconomic situation and specific culture of each region and the effects of migration. The article stresses the need for discernment in using this indicator.

LAFONTAINE Pierre, PAMPALON Robert y ROCHON Madeleine — LA ESPERANZA DE VIDA SIN INCAPACIDAD SEGUN DISTINTAS REGIONES, EN QUEBEC, EN 1987

Este artículo trata de la esperanza de vida sin incapacidad en las trece regiones socio-sanitarias de Quebec (excepto las regiones de Kativik y de la Baie-James). Se analizan distintos resultados, una vez que se han presentado los datos de mortalidad, institucionalización e incapacidad que se han utilizado, así como las precauciones que se han tomado para asegurar la precisión estadística. Se notan diferencias mucho mayores entre regiones para la EVSI que para la EV; dichas diferencias se deben principalmente a la incapacidad a largo plazo. Los valores son más elevados en las regiones centrales, aunque no puede concluirse que las variaciones regionales de la EVSI y de la EV concuerdan de manera perfecta. Sin embargo, la aparición de la noción de gravedad de la incapacidad matiza los resultados. Además, se destacan distintas problemáticas motivo del análisis regional de este indicador: contexto socioeconómico y cultural propio a cada región, efectos de los movimientos migratorios. Por fin, hay que subrayar que hay que ser prudentes al utilizar este indicador.