

**Le bien-être économique et la santé des personnes âgées au Québec**  
**THE ECONOMIC WELFARE AND HEALTH OF QUEBEC SENIORS**  
**EL BIENESTAR ECONÓMICO Y LA SALUD DE LAS PERSONAS ANCIANAS**

Éric Hurtubise, Jacques Légaré and Yves Carrière

Volume 26, Number 1, Spring 1997

La santé (suite)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/010225ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/010225ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (print)

1705-1495 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Hurtubise, É., Légaré, J. & Carrière, Y. (1997). Le bien-être économique et la santé des personnes âgées au Québec. *Cahiers québécois de démographie*, 26(1), 69–90. <https://doi.org/10.7202/010225ar>

Article abstract

The current aging of Quebec's population is expected to intensify in the beginning of the next century. By 2031, seniors could represent 25 per cent of the total population, or nearly two million individuals. It is vital that policy-makers more fully grasp the multiple aspects of this much-feared eventuality. To this end, the aim of this study is to shed new light on one facet of the problem. Using data from the 1986 Health and Activity Limitation Survey (HALS), the authors analyze the correlation between the income and health status of Quebec seniors aged 65 and over living in private households.

## **Le bien-être économique et la santé des personnes âgées au Québec**

Éric HURTUBISE, Jacques LÉGARÉ et Yves CARRIÈRE \*

À l'aube d'un nouveau siècle, le Québec ne peut plus négliger les impacts du vieillissement démographique de sa population. Les tendances passées de la natalité (principalement le baby-boom) et son fléchissement marqué au cours des dernières décennies, jumelés à un recul de la mortalité, entraînent une forte augmentation du nombre de personnes âgées ainsi que de leur importance relative dans l'ensemble de la population. Le Bureau de la statistique du Québec prévoit que la part des 65 ans et plus dans la population totale passera de 10 pour cent en 1986 à 16 pour cent en 2011 puis à environ 25 pour cent en 2031. En termes absolus, les aînés, au nombre de 654 129 en 1986, seront près de deux millions en 2031 (BSQ, 1996). Jusqu'à tout récemment, le vieillissement s'expliquait essentiellement par une baisse de la fécondité. Aujourd'hui, le rôle de la baisse de la mortalité, plus particulièrement aux âges avancés, est sans équivoque (Caselli et Vallin, 1990).

La place de plus en plus importante que sont appelées à occuper les personnes âgées dans notre société inspire diverses études et réflexions. Souvent, en transposant les problèmes de santé des aînés actuels aux cohortes de demain, on présente le vieillissement démographique de façon alarmiste. S'il est vrai qu'il faudra assurer certains ajustements, il est erroné d'extrapoler la situation actuelle à des années futures. Dans cette

---

\* Éric Hurtubise : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Jacques Légaré : Département de démographie, Université de Montréal. Yves Carrière : Gerontology Program, Simon Fraser University. Cette recherche a bénéficié d'une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Cependant l'article, inspiré des principaux résultats d'un mémoire de maîtrise déposé au Département de démographie de l'Université de Montréal en mai 1993, n'engage que la responsabilité des auteurs.

optique, le présent article poursuit deux objectifs : montrer que les personnes âgées ne forment pas un groupe homogène de gens en mauvaise santé, et examiner la corrélation entre le bien-être économique et l'état de santé des personnes âgées au Québec.

### LES RELATIONS ENTRE LA SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE ET LA SANTÉ : ÉTAT DE LA QUESTION

Les dernières décennies ont été marquées par une augmentation de l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans, augmentation plus prononcée pour les femmes que pour les hommes (figures 1 et 2). De plus, les gains sur la mortalité surviennent dorénavant aux âges avancés : il y a eu plus de progrès à ces âges au cours des deux dernières décennies que durant les soixante-dix années précédentes. Avant 1968, seulement 15 pour cent des gains d'espérance de vie résultaient de l'amélioration des conditions de mortalité des 65 ans et plus. Depuis, la proportion est passée à plus de 50 pour cent (Crimmins, 1990).

Par contre, l'unanimité est loin d'être faite sur la qualité des années gagnées. Il en résulte un débat très passionné,

Nombre moyen d'années à vivre

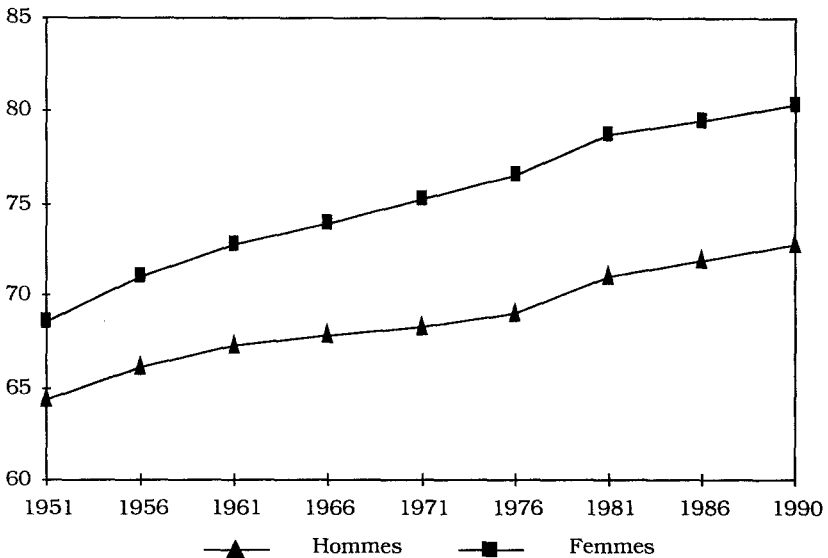


FIGURE 1 — Espérance de vie à la naissance, Québec, 1951-1990

Nombre moyen d'années à vivre

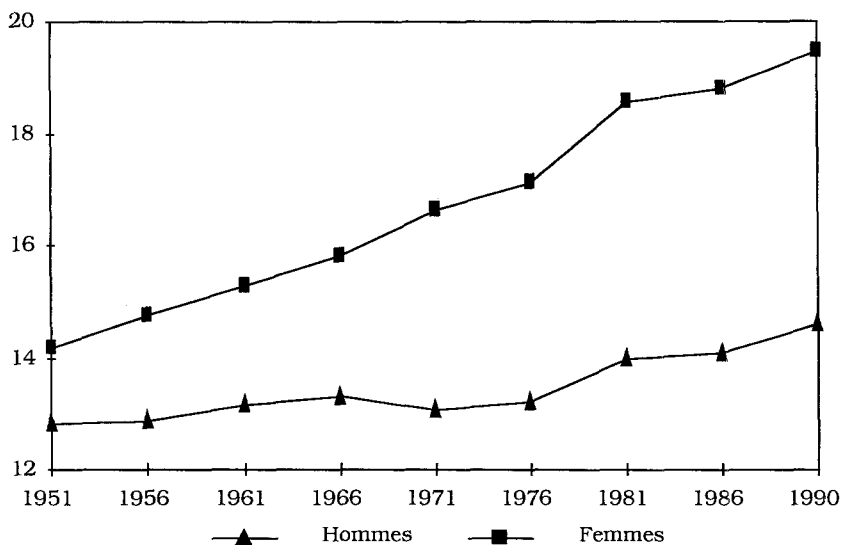


FIGURE 2 — Espérance de vie à 65 ans, Québec, 1951-1990

comportant d'importants enjeux pour l'avenir. Certains chercheurs envisagent un plafonnement de l'espérance de vie à la naissance autour de 85 ans, suivi d'une compression de la période de morbidité (voir entre autres Fries, 1980, 1984 et 1989; Olshansky, 1992; Olshansky et al., 1990). D'autres ne voient aucun signe indiquant que l'espérance de vie soit appelée à cesser sa progression (Ahlburg et Vaupel, 1990). Par conséquent, puisque l'espérance de vie à 65 ans augmente plus rapidement que l'espérance de vie en bonne santé, un bon nombre d'années gagnées risquent d'être des années vécues en mauvaise santé (voir notamment Manton, 1982 et 1987; Myers et Manton, 1984a et 1984b; Légaré, 1991; Verbrugge, 1984). Robine et al. (1991) présentent un excellent résumé des théories sur l'évolution récente de la mortalité et de la morbidité.

Une chose est certaine : les personnes âgées de demain seront fort différentes de celles d'aujourd'hui par leurs caractéristiques à la fois démographiques et économiques. Elles auront principalement bénéficié d'une meilleure éducation et auront été conscientes qu'il leur fallait compter en partie sur leurs propres ressources pour planifier adéquatement leur retraite. Pour ce qui est des femmes, l'accès à l'éducation supérieure, la diminution de leur descendance et leur participation accrue au marché du travail contribueront à modifier leurs

caractéristiques socio-démographiques. Ce cheminement distinct fera d'elles des personnes âgées très différentes à l'avenir (Nault, 1990). Selon Marcil-Gratton (1990), aujourd'hui, les caractéristiques des femmes de 65 ans et plus eu égard à l'éducation et au marché du travail contribuent à leur dépendance et entretiennent une image négative du vieillissement; mais les femmes âgées de demain seront plus autonomes, grâce à une éducation plus poussée et à une situation financière plus adéquate. Dans cette optique, il devient essentiel de bien saisir les profils économique et démographique des populations âgées à venir, pour cerner leurs besoins et non ceux des générations précédentes (Marcil-Gratton et Légaré, 1987). De la même façon, on peut se tromper en extrapolant les problèmes de santé actuels aux aînés de demain. C'est pourquoi nous chercherons à voir s'il existe une relation entre la situation économique et la santé des personnes âgées et, le cas échéant, si les personnes âgées de demain, mieux préparées financièrement, pourraient être moins dépendantes en matière de santé.

Divers auteurs notent une amélioration de la situation économique des personnes âgées d'aujourd'hui, qui sont généralement en meilleure situation financière que celles des générations précédentes (Grau, 1987; Weicher, 1989). Easterlin et al. (1993) pensent même que, dans un avenir plus ou moins proche, lorsque les baby-boomers commenceront à atteindre l'âge de 65 ans, les personnes âgées bénéficieront de revenus <sup>1</sup> supérieurs à ceux des cohortes âgées actuelles. Leur argumentation est basée sur une comparaison de ces dernières aux jeunes âges, illustrant que chaque cohorte, toutes choses égales par ailleurs, semble en meilleure posture financière que la précédente. Selon eux, plusieurs facteurs permettent d'arriver à cette situation : la participation accrue des femmes au marché du travail, le nombre restreint d'enfants et l'augmentation de l'âge moyen au mariage. Pour sa part, Grau (1987) a observé qu'au cours des deux dernières décennies, la santé, comme la situation économique, s'est améliorée chez les personnes âgées.

Certaines études portent sur la relation spécifique entre la situation économique et la santé des personnes âgées. Peu importe l'enquête utilisée, la région étudiée et les indicateurs employés, cette relation est sans équivoque : les personnes

---

<sup>1</sup> Comme dans Saucier (1992), le terme *revenu* désigne ici le revenu total, soit l'ensemble des sommes perçues par l'individu : salaire, traitements, revenu net provenant d'un travail autonome, pensions de retraite, pension de sécurité de la vieillesse, supplément de revenu garanti, rentes, etc.

âgées des groupes économiques les plus pauvres sont les plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé. Selon Grau (1987), les gens financièrement démunis qui entrent dans le groupe des 65 ans et plus ont un risque beaucoup plus élevé de se trouver en mauvaise santé. Dans une autre étude, House et al. (1990) s'intéressent aux variations de la morbidité selon le niveau socio-économique. Avant 75 ans, ils observent une morbidité plus élevée dans les groupes socio-économiques plus démunis; le resserrement des écarts chez les 75 ans et plus est lié à un effet de sélection (seuls les plus robustes des groupes pauvres demeurent en vie aux grands âges). Quant à Newacheck et al. (1980), ils montrent que si riches et pauvres ont sensiblement les mêmes problèmes de santé, la prévalence de ces problèmes varie de façon marquée selon l'âge ou le revenu <sup>2</sup>.

Les personnes âgées forment donc un groupe hétérogène (Durant et Christian, 1990; Desjardins, 1993; Paillat, 1990). Qui plus est, les aînés des groupes les plus démunis financièrement ne forment pas un groupe homogène de personnes en mauvaise santé (Moon et Smeeding, 1989). Les auteurs semblent cependant unanimes sur le fait que les gens âgés des groupes les plus démunis ont une plus forte probabilité de souffrir de problèmes de santé et que cette probabilité augmente avec l'âge, pour toutes les couches socio-économiques.

## SOURCE DE DONNÉES ET MÉTHODES

Les données statistiques sur lesquelles repose cette recherche sont tirées de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités — ESLA — menée par Statistique Canada en 1986-1987 <sup>3</sup> auprès des personnes souffrant d'une incapacité physique ou sensorielle et résidant au Canada lors du recensement de la population de 1986. L'ESLA a obtenu un taux de réponse de 90 pour cent chez les ménages privés (Statistique Canada, 1989). Le jumelage des données issues de son questionnaire à

---

<sup>2</sup> Dans leur étude sur les 65 ans et plus, où la population est divisée en deux groupes (revenu familial inférieur à 6000 dollars et revenu familial supérieur à 6000 dollars), 50 pour cent des pauvres sont limités dans leurs activités par des maladies chroniques, comparativement à 38 pour cent du groupe plus riche.

<sup>3</sup> Les données plus récentes de l'ESLA 1991 ne permettent pas une analyse par groupes d'âge chez les 65 ans et plus. De plus, l'échantillon de 1991, beaucoup plus restreint que celui de 1986, limite l'interprétation des résultats.

certaines réponses recueillies lors du recensement de 1986 permet d'obtenir des informations sur le revenu des individus. Nous utilisons la banque de données sur les adultes de 15 ans et plus dans les ménages privés, et nous restreignons notre échantillon aux personnes de 65 ans et plus résidant au Québec. Notre analyse sera surtout descriptive. Après avoir présenté les caractéristiques générales de la population étudiée, nous analyserons les résultats obtenus avec le test du chi carré de Pearson, afin de vérifier s'il existe une indépendance entre les variables considérées.

Dans la présente étude, une personne est dite âgée si elle a au moins 65 ans, seuil correspondant à l'âge d'accès au système de prestations de la vieillesse au Québec. Comme plusieurs auteurs l'ont fait remarquer, un tel seuil est arbitraire. Colvez perçoit le vieillissement en termes de perte d'adaptabilité; cette notion — logique, mais abstraite — ne facilite pas la sélection d'un seuil (Colvez, 1985; Colvez et al., 1990).

### **CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES PERSONNES ÂGÉES VIVANT EN MÉNAGE PRIVÉ**

Dressons, brièvement, un portrait démographique et économique de la population âgée du Québec (tableau 1). Elle compte 58 pour cent de femmes, 67 pour cent de 65-74 ans et seulement 5 pour cent de 85 ans et plus, et 55 pour cent de gens mariés. Sur ce dernier point, la situation diffère cependant selon l'âge et surtout selon le sexe : 76 pour cent des hommes sont mariés alors que seulement 40 pour cent des femmes vivent toujours avec leur conjoint; ces pourcentages corroborent ceux de Fugère (1991). Inversement, les non-mariés sont trois fois plus importants chez les femmes que chez les hommes. Les célibataires sont en proportions à peu près égales pour les deux sexes. Ces chiffres concordent aussi avec ceux de Gauthier et Duchesne (1991). La proportion de femmes mariées diminue de façon importante avec l'âge; la diminution est mineure chez les hommes (la proportion passe de 78 pour cent pour les 65-74 ans à 63 pour cent chez les 85 ans et plus).

Le revenu du conjoint et le mode de vie peuvent avoir une incidence sur l'interprétation de la relation entre le revenu et la santé des personnes âgées. Parmi les divers choix possibles — en particulier entre la famille de recensement et la famille économique —, nous avons retenu la famille de recensement telle que la définit Statistique Canada (1987) :

TABLEAU 1 — Répartition des 65 ans et plus résidant dans un logement privé selon le sexe, l'âge et l'état matrimonial <sup>a</sup>, Québec, 1986 (%)

	65-74 ans	75-84 ans	85 ans +	65 ans +
<i>Femmes</i> <sup>b</sup>	65	30	5	100
Mariées	49	25	13	40
Non mariées	39	63	72	48
Célibataires	12	12	15	12
Tous états	100	100	100	100
<i>Hommes</i>	70	25	5	100
Mariés	78	72	63	76
Non mariés	12	20	29	15
Célibataires	10	8	8	9
Tous états	100	100	100	100
<i>Sexes réunis</i>	67	28	5	100
Mariés	62	43	33	55
Non mariés	27	47	56	34
Célibataires	11	10	11	11
Tous états	100	100	100	100

Source : ESLA 1986.

- a. Les gens mariés comprennent aussi les couples en union de fait, peu importe leur état matrimonial légal. Les non-mariés incluent les séparés, les veufs et les divorcés.
- b. Les femmes représentent 58 % de l'ensemble des personnes âgées et les hommes 42 %.

Époux et épouse (avec ou sans enfants jamais mariés) ou parent seul avec un ou plusieurs enfants jamais mariés, vivant dans un même logement. Aux fins du recensement, les personnes vivant en union libre sont considérées comme actuellement mariées, peu importe leur état matrimonial légal.

Les aînés vivant dans une famille de recensement constituent 57 pour cent de l'ensemble de la population âgée. Cependant, comme dans le cas de l'état matrimonial, la situation à cet égard diffère grandement selon le sexe. Ainsi, 44 pour cent des femmes, mais 75 pour cent des hommes, vivent dans une famille de recensement, et 34 pour cent des femmes vivent seules (22 pour cent vivent avec quelqu'un d'autre, hors d'une famille de recensement), contre seulement 14 pour cent des hommes. Il faut noter que les femmes représentent 76 pour cent de l'ensemble des aînés vivant seuls. La proportion de gens vivant hors d'une famille de recensement mais avec d'autres personnes tend à augmenter avec l'âge. Ce dernier aspect



s'explique probablement par le phénomène des personnes âgées allant vivre chez leurs enfants mariés après le décès de leur conjoint.

Le recensement canadien permet d'obtenir trois types de revenus : le revenu d'emploi, le revenu de la famille de recensement et le revenu de la famille économique. Nous retenons ici le revenu de la famille de recensement <sup>4</sup>, pour les raisons suivantes. Tout d'abord, on sait que les revenus d'emploi sont presque inexistants chez les personnes de 65 ans et plus (selon Fugère, 1991, seulement 7 pour cent des personnes âgées avaient un revenu d'emploi en 1988). Deuxièmement, le revenu de la famille de recensement a l'avantage de permettre de comparer les femmes entre elles, puisque la plupart sont restées sans emploi une bonne partie de leur vie et ont vécu du revenu de leur conjoint. Enfin, ce revenu est plus significatif que le revenu de la famille économique puisqu'il permet l'étude de la situation réelle des personnes âgées, plus spécifiquement de la situation économique dont elles ont bénéficié au cours de leur vie, qui a une plus forte probabilité d'avoir une incidence sur leur état de santé. En effet, dans le cas des gens qui vivent avec d'autres personnes hors d'une famille de recensement, le revenu de la famille de recensement ne tient compte que du revenu du répondant, alors que le revenu de la famille économique tient compte de celui des autres membres du ménage ayant un lien de parenté entre eux <sup>5</sup>. Une des limites majeures de ce choix est que, par exemple, deux personnes gagnant chacune 15 000 dollars auront un revenu familial «élevé» si elles vivent dans la même famille, mais un revenu «moyen» si elles vivent seules.

Nous avons défini trois tranches de revenu : 0-9999 dollars (28 pour cent de tous les aînés), 10 000-24 999 dollars (48 pour cent) et 25 000 dollars et plus (24 pour cent). Nos groupements semblent suffisamment significatifs puisque ces proportions se situent dans les mêmes ordres de grandeur que celles d'autres études (Oja et Love, 1988; Gauthier et Duchesne, 1991).

Analysons maintenant la situation générale des personnes âgées du Québec (tableau 2). Le poids du groupe économique inférieur augmente avec l'âge, et celui du groupe supérieur diminue; l'effet de l'âge se fait sentir à 85 ans chez les hommes

---

<sup>4</sup> Notons que ces revenus sont ceux de l'année 1985.

<sup>5</sup> Par exemple, nous évitons de placer dans le groupe aisé des personnes ayant eu un faible revenu toute leur vie et allant vivre avec un frère à revenu élevé suite à un décès.

TABLEAU 2 — Répartition des 65 ans et plus résidant dans un logement privé selon le sexe, l'âge et le revenu familial, Québec, 1986 (%)

	65-74 ans	75-84 ans	85 ans +	65 ans +
<i>Femmes</i>				
0-9999 \$	31	51	55	38
10 000-24 999 \$	43	36	39	41
25 000 \$ +	26	13	6	21
Total	100	100	100	100
<i>Hommes</i>				
0-9999 \$	12	13	25	13
10 000-24 999 \$	58	60	69	59
25 000 \$ +	30	27	6	28
Total	100	100	100	100

Source : ESLA 1986.

et à 75 ans chez les femmes. Ce tableau met une fois de plus en relief d'importantes différences entre les sexes. Ainsi, la proportion d'individus dans le groupe 0-9999 dollars est trois fois plus forte chez les femmes que chez les hommes. Alors qu'elles représentent 58 pour cent de l'ensemble des aînés, les femmes comptent pour 80 pour cent de l'effectif du groupe à revenu inférieur et pour 51 pour cent de l'effectif du groupe plus aisé.

En ce qui concerne l'état matrimonial, on constate que les gens mariés bénéficient d'une situation économique nettement plus avantageuse. Les non-mariés comptent en effet, proportionnellement, deux fois plus de personnes à faible revenu que l'ensemble des personnes âgées. Eu égard au mode de vie, on se rend compte que les gens vivant dans une famille de recensement sont nettement les plus avantagés financièrement, en grande partie à cause du choix que nous avons fait pour la variable «revenu» : 36 pour cent des familles de recensement jouissent d'un revenu élevé, et seulement 2 pour cent appartiennent à la catégorie inférieure, comparativement à 55 pour cent des gens vivant hors d'une famille de recensement.

### **RELATION ENTRE LA SANTÉ ET LA SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE DES PERSONNES ÂGÉES VIVANT EN MÉNAGE PRIVÉ**

Le concept d'incapacité retenu par l'ESLA correspond à la définition proposée par l'OMS :

Dans le contexte de l'expérience de la santé, une incapacité est toute réduction ou absence (résultant d'une déficience) de la capacité d'exécuter une activité de la manière ou dans la plénitude considérée comme normale par un être humain.

Ainsi, l'ESLA ne mesure pas la déficience mais bien l'incapacité; si l'utilisation d'un appareil élimine l'effet de la déficience, nulle incapacité ne sera comptabilisée <sup>6</sup>. La durée est un autre paramètre de sélection, la limitation devant durer ou avoir duré depuis plus de six mois. Deux indicateurs seront employés ici, l'un pour déterminer s'il y a ou non incapacité, l'autre pour tenir compte de la gravité de l'incapacité <sup>7</sup>.

Pour analyser la relation entre le bien-être économique et les problèmes de santé chez les aînés du Québec, nous étudierons la relation entre l'incapacité et les caractéristiques démographiques, puis nous vérifierons s'il existe une relation entre le revenu et l'incapacité. Dans l'affirmative, nous déterminerons si ce lien existe aussi avec la gravité de l'incapacité.

Au Québec, près de 35 pour cent des personnes âgées souffrent d'au moins une incapacité, la différence entre les sexes étant minime (2 pour cent environ). Toutefois, l'effectif des femmes étant plus imposant, elles constituent 60 pour cent de l'ensemble des personnes âgées souffrant d'une incapacité. L'effet de l'âge se fait sentir ici : seulement 29 pour cent des 65-74 ans souffrent d'une incapacité, mais plus de 66 pour cent des plus âgés. Néanmoins, vu leur faible importance relative (5 pour cent), les 85 ans et plus ne représentent que 10 pour cent des gens avec incapacité. L'effet de l'état matrimonial est relativement faible. La sélection joue ici un rôle non négligeable. On peut penser que les gens mariés atteints d'une incapacité ont plus de chances de demeurer dans leur logement s'ils bénéficient de l'appui de leur conjoint. Les gens non mariés risquent davantage de se retrouver seuls et dépourvus face à leurs problèmes de santé; les établissements d'hébergement deviennent alors une solution de rechange importante (Pelletier, 1992). Carrière et Pelletier (1995) signalent que, toutes choses égales par ailleurs, les non-mariés ont un risque 2,5 fois plus élevé de se retrouver dans un établissement. De plus, chez les gens seuls, les personnes souffrant d'une inca-

---

<sup>6</sup> Par exemple, on ne traduit pas en incapacité l'utilisation d'une prothèse auditive par un répondant qui déclare n'avoir aucune incapacité lorsqu'il l'emploie.

<sup>7</sup> Pour plus de détails sur la création de cette variable, voir McDowell, 1988.

pacité ne représentent qu'un faible pourcentage. Cette constatation vient renforcer ce que nous avançons plus tôt : les gens qui vivent seuls ont généralement une santé suffisante pour le faire, tendance également observée par Forbes et al. (1991).

Le rôle du revenu paraît fort important. En effet, la proportion d'individus souffrant d'une incapacité diminue fortement à mesure que le revenu s'élève. Proportionnellement, les personnes à faible revenu sont deux fois plus nombreuses à souffrir d'une incapacité que les personnes du groupe économique le plus favorisé (47 pour cent contre 24 pour cent).

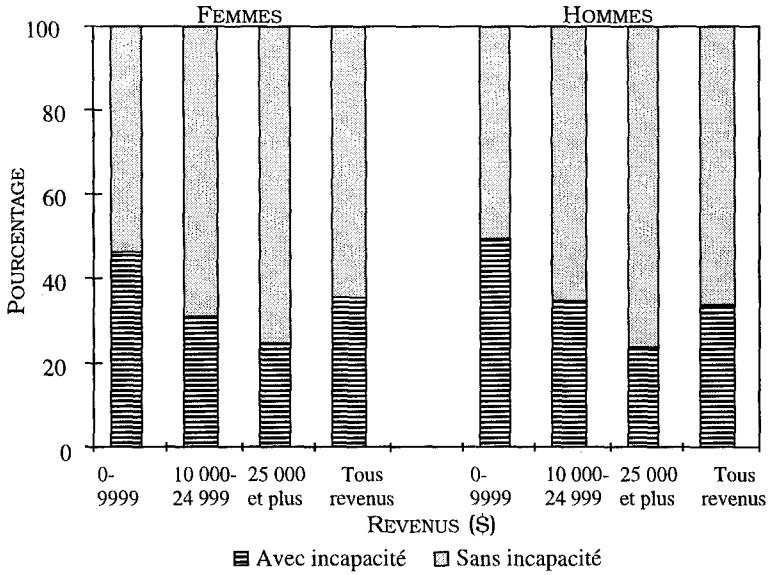
Voyons maintenant la relation entre le revenu familial, l'incapacité et quelques variables démographiques<sup>8</sup>. La figure 3 présente la répartition des personnes âgées selon l'état de santé, le revenu et le sexe. La relation est sans équivoque. Tant chez les hommes que chez les femmes, la proportion de gens souffrant d'incapacité diminue lorsque le revenu augmente. Entre les groupes économiques extrêmes (0-9999 dollars et 25 000 dollars et plus), les différences sont considérables; pour les deux sexes, la proportion de personnes souffrant d'incapacité est environ deux fois plus importante dans le groupe le plus pauvre (0-9999 dollars) que dans le groupe le mieux nanti. Par ailleurs, les différences observées entre ce dernier groupe et le groupe intermédiaire sont significatives pour les hommes mais non pour les femmes. De plus, les différences entre les sexes sont mineures et non significatives.

La figure 4 présente la même répartition, mais pour les ménages de deux personnes et plus, car les gens qui vivent seuls ont, en moyenne, un revenu moins élevé que les personnes vivant dans une famille de recensement. Toutefois, nous avons noté que les personnes seules sont proportionnellement moins nombreuses à souffrir d'incapacité que les personnes vivant dans une famille de recensement. La relation observée à la figure 3 est renforcée. On peut affirmer qu'elle n'est pas le produit d'un biais causé par les personnes seules puisque la relation s'amplifie lorsqu'elles sont retirées de l'analyse.

Pour analyser la relation selon le groupe d'âge, nous avons dû regrouper les 85 ans et plus et les 75-84 ans, car les effectifs

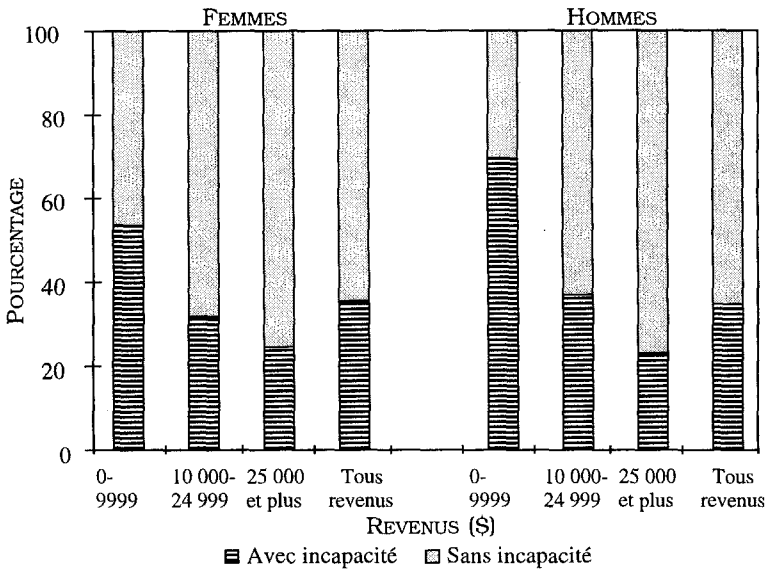
---

<sup>8</sup> Afin de vérifier la représentativité de la distribution des effectifs de nos tableaux croisés, nous avons soumis les données au test du chi carré de Pearson. Dans le cas des figures 3 à 6, l'hypothèse d'indépendance entre le revenu et l'état de santé est rejetée à un niveau de signification de 5 pour cent (pour plus de détails sur les tableaux utilisés pour faire les graphiques, voir Hurtubise, 1993).



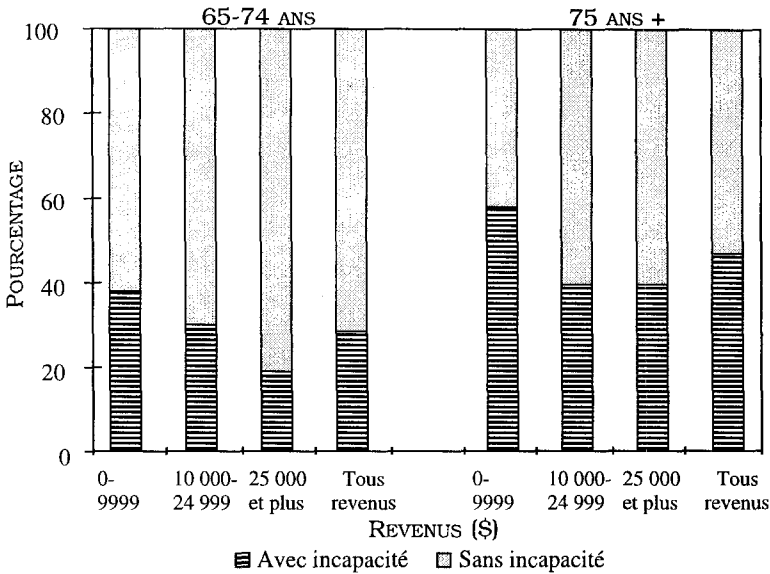
Source : ESLA 1986.

FIGURE 3 — Répartition des 65 ans et plus selon l'état de santé, le revenu et le sexe, Québec, 1986



Source : ESLA 1986.

FIGURE 4 — Répartition des 65 ans et plus appartenant à un ménage d'au moins deux personnes, selon le sexe et le revenu, Québec, 1986



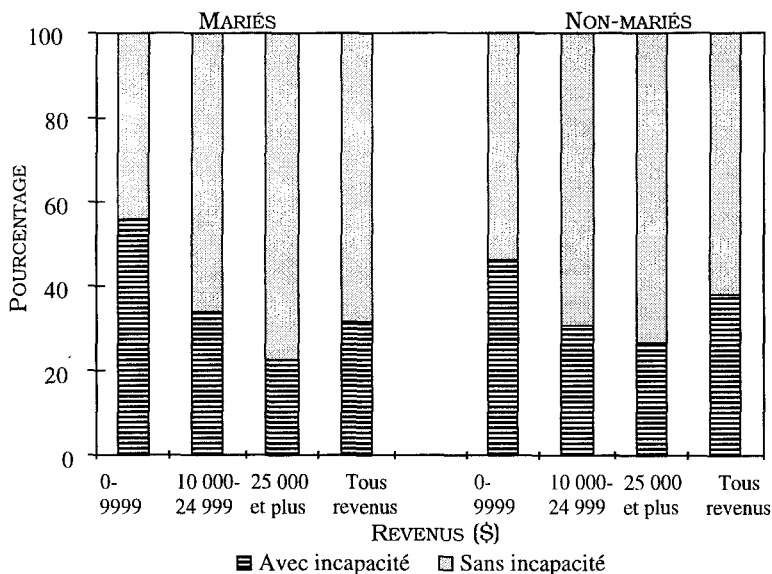
Source : ESLA 1986.

FIGURE 5 — Répartition des 65 ans et plus selon l'état de santé, le revenu et l'âge, Québec, 1986

des premiers étaient trop faibles<sup>9</sup>. La figure 5 illustre les différences entre les deux groupes d'âge qui subsistent. Les 75 ans et plus comptent une plus forte proportion de personnes frappées d'incapacité, peu importe le groupe économique. Chez les 65-74 ans, on observe une corrélation importante entre le revenu familial et l'état de santé. La part relative des gens en mauvaise santé est à peu près deux fois plus importante chez les gens à faibles revenus (38 pour cent) que dans le groupe aisé (20 pour cent); la proportion du groupe intermédiaire se situe environ à mi-chemin (30 pour cent). La corrélation paraît moins forte aux grands âges. En effet, la proportion d'individus atteints d'incapacité est la même dans les deux groupes économiques supérieurs, où leur importance relative est 30 pour cent plus faible que chez les gens à faible revenu. Le revenu aurait au moins l'effet de retarder l'apparition d'une incapacité.

Pour étudier l'effet de l'état matrimonial (figure 6), nous avons dû regrouper les célibataires et les non-mariés parce que

<sup>9</sup> Les coefficients de variation de l'échantillon du groupe d'âge 85 ans et plus sont trop élevés pour être significatifs. Malgré ce groupement, les coefficients de variation du groupe 75 ans et plus demeurent importants (entre 16,6 et 25 pour cent).



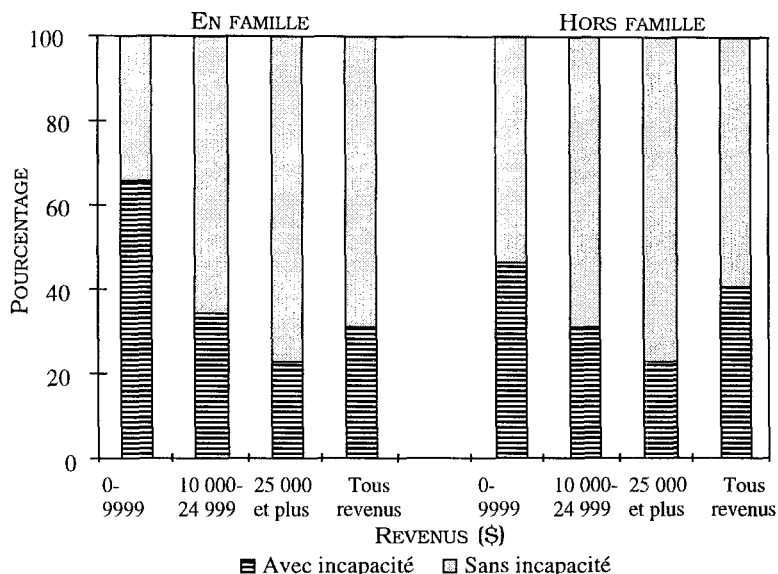
Source : ESLA 1986.

N. B. La variabilité de l'échantillon est très élevée (entre 25 et 33 pour cent).

FIGURE 6 — Répartition des 65 ans et plus selon l'état de santé, le revenu et l'état matrimonial, Québec, 1986

l'effectif des premiers était trop faible. Les résultats ne sont pas significatifs pour les gens mariés à faible revenu; néanmoins, ils respectent la tendance générale puisqu'une plus grande proportion de ce groupe économique souffrirait d'incapacité. Dans les deux autres groupes économiques de gens mariés, il existe une différence significative entre les deux niveaux de revenus, car les personnes qui jouissent d'un revenu élevé sont les moins affectées. Chez les gens non mariés, la relation entre un faible revenu et une mauvaise santé semble importante. En effet, même si la différence de pourcentage observée entre les groupes économiques supérieurs est minime, elle devient significative par rapport au groupe inférieur (0-9999 dollars). On ne saurait ignorer ces résultats sachant que 55 pour cent des gens non mariés ont un revenu faible.

Comme les figures 4 et 6, la figure 7 repose sur un regroupement : les personnes hors famille, qu'elles vivent seules ou avec d'autres, forment une seule catégorie. Les tendances illustrées ici ressemblent en tous points à celles que nous avons observées pour l'état matrimonial à la figure 6. La différence entre groupes économiques extrêmes est très importante pour les personnes qui vivent dans une famille.



Source : ESLA 1986.

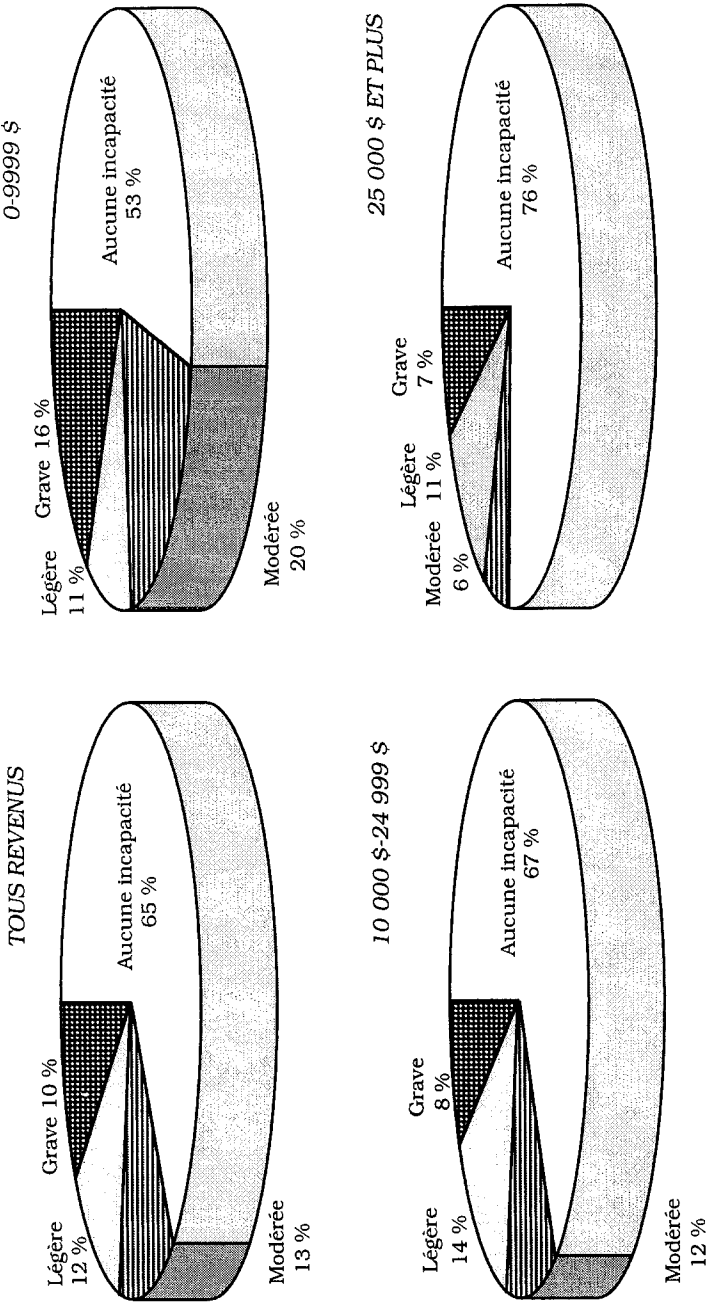
N. B. La variabilité de l'échantillon dépasse 33 pour cent.

FIGURE 7 — Répartition des 65 ans et plus selon l'état de santé, le revenu et le type d'unité de vie, Québec, 1986

La relation entre le revenu, l'incapacité et diverses variables démographiques paraît sans équivoque : dans chaque cas, une proportion plus importante de gens à faible revenu souffrent d'incapacité.

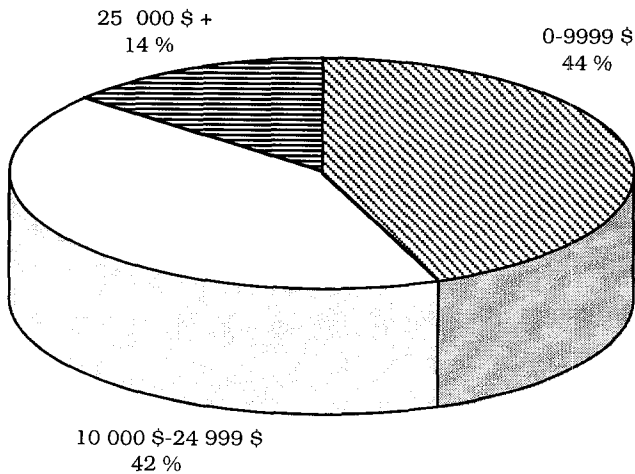
Voyons maintenant s'il existe une relation entre le revenu familial et la gravité des incapacités qui frappent les personnes âgées. La gravité est une variable essentielle puisqu'elle permet de pondérer le niveau d'incapacité; les données de l'ESLA montrent que les personnes souffrant des niveaux d'incapacité les plus graves, qu'elles vivent dans un ménage privé ou dans un établissement, sont celles qui ont les plus grands besoins (Wilkins, 1994). Sans préciser la nature de ces besoins, nous aimerions montrer comment les niveaux de gravité se répartissent selon les groupes économiques. La figure 8 fait ressortir quelques faits intéressants. Tout d'abord, on observe, de nouveau, une relation positive entre la proportion de gens sans incapacité et le revenu. De plus, les différences entre groupes économiques supérieurs demeurent minimes et non significatives. Par contre, le groupe défavorisé se démarque nettement des deux autres : la proportion de personnes dans un état grave y est deux fois plus importante. De plus, le poids des gens





Source : ESLA 1986.

FIGURE 8 — Répartition des personnes âgées selon la gravité de leur incapacité, Québec, 1986



Source : ESLA 1986.

FIGURE 9 — Répartition des personnes âgées souffrant d'incapacité grave ou modérée selon le revenu, Québec, 1986

souffrant d'une incapacité modérée ou grave y est trois fois plus élevé que celui des gens dont l'incapacité est légère.

La figure 9 illustre bien la forte propension des gens à faible revenu à souffrir d'un niveau d'incapacité grave ou modérée. Les gens de la tranche de revenu 0-9999 dollars paraissent nettement surreprésentés, à 44 pour cent, eu égard à leur poids dans l'ensemble de la population âgée (28 pour cent), alors que le groupe économique aisé, à 14 pour cent, est sous-représenté (constituant 24 pour cent des 65 ans et plus). Nous pouvons donc conclure à l'existence d'une forte corrélation entre le revenu et la gravité des incapacités chez les personnes âgées.

Notre analyse aura donc permis de montrer qu'il existe une relation sans équivoque entre le revenu familial des personnes âgées et leur santé. Mais il ne s'agit pas d'un lien de cause à effet. Nos résultats montrent plutôt qu'il existe une corrélation entre le revenu et l'état de santé, les plus démunis souffrant davantage d'incapacité.

Pour les personnes âgées qui vivent dans un établissement d'hébergement, nous nous sommes heurtés aux limites des données. Une brève analyse de données sur le Canada (auxquelles nous avons dû recourir, vu le faible nombre de cas pour le Québec) nous a permis de conclure qu'il ne semble pas exister

de relation entre le revenu et l'état de santé de ces personnes (Hurtubise, 1993). Ce résultat ne devrait pas surprendre car, de prime abord, elles se retrouvent dans ces établissements à cause de leurs problèmes de santé, peu importe leur revenu.

## CONCLUSION

L'objectif principal de cette recherche était d'étudier la relation entre le revenu et l'état de santé chez les personnes âgées du Québec. Dans le débat entourant l'évolution de l'état de santé des personnes âgées, l'unanimité est loin d'être faite entre les écoles de pensée; la qualité des données et leur interprétation peuvent compter parmi les principales causes de cette situation. Pour la variable revenu, cependant, un consensus se dégage : les personnes à plus faible revenu sont les plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé.

En ce qui concerne les personnes âgées du Québec, notre analyse a montré que chez celles qui vivent dans un logement privé, la relation est sans équivoque : la proportion d'individus souffrant d'incapacité est nettement plus élevée dans le groupe économique inférieur. Si les différences entre les sexes sont minimales, on constate en revanche que les différences entre les groupes d'âge sont importantes. Les résultats obtenus pour la relation avec la gravité de l'incapacité sont révélateurs eux aussi. La variable gravité a permis de montrer à quel point le groupe économique inférieur est défavorisé.

On aurait donc tort de croire que les 65 ans et plus forment un groupe homogène de personnes malades. Diverses variables ont un impact sur l'état de santé, et le revenu est du nombre. Mais il ne s'agit pas d'un lien de cause à effet, car les personnes âgées à faible revenu ne forment pas elles non plus un groupe homogène de personnes en mauvaise santé. Nos résultats montrent seulement que, pour toutes les variables étudiées, une plus forte proportion de ces personnes souffrent d'incapacité.

Si les aînés de demain jouissaient d'une situation financière plus favorable que ceux d'aujourd'hui, leur état de santé en serait-il meilleur ? Il est difficile de prévoir l'impact de tels changements sur les futurs besoins de soins, mais nous croyons avoir illustré qu'en projetant, par une simple règle de trois, les proportions actuelles de personnes âgées frappées d'incapacité aux effectifs attendus de demain, on risque de fausser la réalité du siècle prochain. La connaissance et la prise en compte des caractéristiques socio-économiques et démographiques des

futures personnes âgées sont essentielles à une planification judicieuse.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AHLBURG, D. A., et J. W. VAUPEL, 1990. «Alternative projections of the U. S. population», *Demography*, 27, 4 : 639-652.
- BSQ (Bureau de la statistique du Québec), 1996. *Projections démographiques : Québec et régions, 1991-2041, et MRC, 1991-2016*. Québec, les Publications du Québec, 439 p.
- CARRIÈRE, Y., et L. PELLETIER, 1995. «Factors underlying the institutionalization of elderly persons in Canada», *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50b, 3 : S164-S172.
- CASELLI, G., et J. VALLIN, 1990. «Mortality and population aging», *European Journal of Population*, 6, 1 : 1-25.
- COLVEZ, A., 1985. «L'état de santé des personnes âgées : situation d'aujourd'hui, interrogations pour demain», *Futuribles*, 88 : 87-102.
- COLVEZ, A., C. JOUAN-FLAHAUT et J.-M. ROBINE, 1990. «État de santé des personnes âgées : les risques différentiels», dans *Populations âgées et révolution grise*, Chaire Quetelet 86. Louvain-la-Neuve, Université catholique de Louvain, Institut de démographie, Éd. Ciaco : 859-865.
- CRIMMINS, E. M., 1990. «Are Americans healthier as well as longer lived?», *Journal of Insurance and Medicine*, 22, 2 : 89-92.
- DESJARDINS, B., 1993. *Vieillesse de la population et personnes âgées*. Ottawa, Statistique Canada, 130 p.
- DURANT, T. J., et O. CHRISTIAN, 1990. «Socio-economic predictors of alienation among the elderly», *International Journal of Aging and Human Development*, 31, 3 : 205-217.
- EASTERLIN, R. E., C. M. SCHAEFFER et D. A. MACUNOVICH, 1993. «Will the baby boomers be less well off than their parents? Income, wealth and family circumstances over the life cycle in the United States», *Population and Development Review*, 19, 3 : 497-522.
- FORBES, W. F., L. M. HAYWARD et N. AGWANY, 1991. «Factors associated with the prevalence of various self-reported impairments among older people residing in the community», *Canadian Journal of Public Health*, 82 : 240-244.
- FRIES, J. F., 1980. «Aging, natural death, and the length of life», *The New England Journal of Medicine*, 303, 3 : 130-135.
- FRIES, J. F., 1984. «The Compression of morbidity: Miscellaneous comments about a theme», *The Gerontologist*, 24, 4 : 354-359.
- FRIES, J. F., 1989. «The compression of morbidity: Near or far?», *The Milbank Quarterly*, 67, 2 : 208-232.

- FUGÈRE, D., 1991. *Le Revenu des personnes âgées au Québec*. Ste-Foy, Régie des Rentes du Québec, Direction des communications, 63 p.
- GAUTHIER, H., et L. DUCHESNE, 1991. *Le Vieillesse démographique et les personnes âgées au Québec*. Bureau de la statistique du Québec, Les Publications du Québec, 297 p.
- GRAU, L., 1987. «Illness-engendered poverty among the elderly», *Women and Health*, 12, 3-4 : 103-118.
- HOUSE, J. S., R. C. KESSLER, R. A. HERZOG et al., 1990. «Age, socio-economic status, and health», *The Milbank Quarterly*, 68, 3 : 383-412.
- HURTUBISE, É., 1993. *Le Bien-être économique et les problèmes de santé des personnes âgées au Québec*. Université de Montréal, Faculté des Arts et des Sciences, Département de démographie, mémoire de maîtrise, 92 p.
- LÉGARÉ, J., 1991. «Une meilleure santé ou une vie prolongée ? Quelle politique de santé pour les personnes âgées ?», *Futuribles*, 155 : 53-66.
- MANTON, K. G., 1982. «Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 60, 2 : 183-244.
- MANTON, K. G., 1987. «Rapport entre morbidité et mortalité. L'incidence d'une meilleure espérance de vie à un âge avancé sur la demande de services de santé», dans *Troisième âge et soins de santé*. Actes d'un colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé, mai 1986, Conseil économique du Canada, Approvisionnements et Services Canada : 45-56.
- MARCIL-GRATTON, N., 1990. «Vieillir comme on a vécu : la clef pour décoder la vieillesse de demain», *Revue internationale d'action communautaire*, 23/63 : 57-66.
- MARCIL-GRATTON, N., et J. LÉGARÉ, 1987. «Vieillesse d'aujourd'hui et de demain. Un même âge, une autre réalité», *Futuribles*, 110 : 3-21.
- MCDOWELL, I., 1988. *A Disability Score for the Health and Activity Limitation Survey*. Statistique Canada, 41 p.
- MOON, M., et T. M. SMEEDING, 1989. «Can the elderly afford long-term care?», dans Marion E. LEWIN et Sean SULLIVAN, éd. *The Care of Tomorrow's Elderly*. Washington, American Enterprise Institute for Public Policy Research, AEI Studies 487 : 137-160.
- MYERS, G. C., et K. G. MANTON, 1984a. «Compression of morbidity: Myth or reality?», *The Gerontologist*, 24, 4 : 346-353.
- MYERS, G. C., et K. G. MANTON, 1984b. «Recent changes in the U. S. age at death distribution: Further observations», *The Gerontologist*, 24, 6 : 572-575.

- NAULT, F., 1990. *Les Personnes âgées de demain : une autre réalité*. Rapport de recherche soumis au fond FCAR, «Opération de recherche thématique», volet Actions spontanées, 79 p.
- NEWACHECK, P. W., L. H. BUTTER et al., 1980. «Income and illness», *Medical Care*, 18, 12 : 1165-1176.
- OJA, J., et R. LOVE, 1988. *Pensions et revenus des personnes âgées au Canada, 1971-1985*. Statistique Canada, Rapports analytiques, no 13-548 au catalogue, 117 p.
- OLSHANSKY, J., 1992. «Estimating the upper limits to human longevity», *Population Today*, 20, 1 : 6-8.
- OLSHANSKY, J., B. A. CARNES et C. CASSEL, 1990. «In search of Methuselah: Estimating the upper limits to human longevity», *Science*, 250 : 634-640.
- PAILLAT, P., 1990. «Le vocabulaire du vieillissement : des concepts aux mesures», dans *Populations âgées et révolution grise*, Chaire Quetelet 86. Louvain-la-Neuve, Université catholique de Louvain, Institut de démographie, Éd. Ciaco : 203-207.
- PELLETIER, L., 1992. «Vieillir en institution ou à domicile ? Les facteurs associés à l'hébergement des personnes âgées», *Espace, populations, sociétés*, 1 : 71-86.
- ROBINE, J.-M., D. BUCQUET et K. RITCHIE, 1991. «L'espérance de vie sans incapacité, un indicateur de l'évolution des conditions de santé au cours du temps : vingt ans de calcul», *Cahiers québécois de démographie*, 20, 2 : 205-236.
- SAUCIER, A., 1992. *Le Portrait des personnes ayant des incapacités au Québec en 1986*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Planification-évaluation, Collection Données statistiques et indicateurs, 18, 63 p.
- STATISTIQUE CANADA, 1987. *Dictionnaire du recensement, Canada 1986*. No 99-101F au catalogue, 234 p.
- STATISTIQUE CANADA, 1989. *Guide de l'utilisateur de microdonnées. Adultes dans les ménages*. Enquête sur la santé et les limitations d'activités, mai, 20 p., annexes.
- VERBRUGGE, L. M., 1984. «Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 62, 3 : 475-520.
- WEICHER, J. C., 1989. «Wealth and poverty among the elderly», dans Marion E. LEWIN et Sean SULLIVAN, éd. *The Care of Tomorrow's Elderly*. Washington, American Enterprise Institute for Public Policy Research, AEI Studies 487 : 11-28.
- WILKINS, Russell, 1994. «Health expectancy: The Canadian experience», dans *Towards the Year 2000: Refining the Measures*. Proceedings of the 1993 Public Health Conference on Records and Statistics. DHHS Publication No. (PHS) 94-1214. Washington, D. C., National Center for Health Statistics : 161-166.

## RÉSUMÉ — ABSTRACT — RESUMEN

---

HURTUBISE Éric, LÉGARÉ Jacques et CARRIÈRE Yves — LE BIEN-ÊTRE ÉCONOMIQUE ET LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES AU QUÉBEC

*Le vieillissement démographique qui affecte actuellement le Québec est appelé à s'intensifier au début du prochain siècle. Les personnes âgées pourraient représenter 25 pour cent de la population totale en 2031, soit près de deux millions d'individus. Il est essentiel, pour les planificateurs, de saisir au mieux les diverses dimensions de cette situation tant redoutée. Dans cet esprit, la présente étude vise à apporter un éclairage nouveau sur une partie du problème. À partir des données de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986, les auteurs analysent la corrélation entre le revenu et l'état de santé des personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans un ménage privé au Québec.*

HURTUBISE Éric, LÉGARÉ Jacques and CARRIÈRE Yves—THE ECONOMIC WELFARE AND HEALTH OF QUEBEC SENIORS

*The current aging of Quebec's population is expected to intensify in the beginning of the next century. By 2031, seniors could represent 25 per cent of the total population, or nearly two million individuals. It is vital that policy-makers more fully grasp the multiple aspects of this much-feared eventuality. To this end, the aim of this study is to shed new light on one facet of the problem. Using data from the 1986 Health and Activity Limitation Survey (HALS), the authors analyze the correlation between the income and health status of Quebec seniors aged 65 and over living in private households.*

HURTUBISE Éric, LÉGARÉ Jacques y CARRIÈRE Yves — EL BIENESTAR ECONÓMICO Y LA SALUD DE LAS PERSONAS ANCIANAS

*El envejecimiento demográfico que afecta actualmente a Quebec está destinado a intensificarse al principio del próximo siglo. Las personas ancianas bien podrían representar 25 por ciento de la población total en 2031, o sea cerca de dos millones de individuos. Para los planificadores, es indispensable captar lo mejor posible las distintas dimensiones de esta situación tan temida. En esta perspectiva, el presente estudio busca aportar un nuevo enfoque sobre parte del problema. A partir de datos de la Encuesta sobre la Salud y las Limitaciones de Actividades (ESLA) de 1986, los autores analizan la correlación entre el ingreso y el estado de salud de las personas de 65 años y más que viven en un hogar privado en Quebec.*