

**Viellissement et limitations fonctionnelles : analyse comparée des données de l'enquête ESLA entre la région métropolitaine de Montréal et la province de Québec, 1986**

**AGEING AND FUNCTIONAL LIMITATIONS: A COMPARATIVE ANALYSIS OF DATA FROM THE HALS SURVEY BETWEEN THE METROPOLITAN REGION OF MONTREAL AND THE PROVINCE OF QUEBEC, 1986**

**ENVEJECIMIENTO Y LIMITACIONES FUNCIONALES : ANALISIS COMPARATIVO DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA ESLA ENTRE LA REGION METROPOLITANA DE MONTREAL Y LA PROVINCIA DE QUEBEC, 1986**

Jean-Pierre Thouez, Yves Bussière, Robert Pampalon et Nathalie Chicoine

Volume 22, numéro 1, printemps 1993

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/010134ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/010134ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (imprimé)

1705-1495 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Thouez, J.-P., Bussière, Y., Pampalon, R. & Chicoine, N. (1993). Viellissement et limitations fonctionnelles : analyse comparée des données de l'enquête ESLA entre la région métropolitaine de Montréal et la province de Québec, 1986.

*Cahiers québécois de démographie*, 22(1), 45–62.

<https://doi.org/10.7202/010134ar>

Résumé de l'article

Le Québec, à l'instar des pays industrialisés, verra sa population âgée augmenter de façon importante au cours des prochaines décennies. Dans cet article, l'analyse des données de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) pour la région métropolitaine de Montréal (RMM) et pour le Québec, réalisée en 1986-1987 par Statistique Canada, démontre que le niveau des incapacités et la gravité des handicaps sont étroitement reliés au vieillissement, ce qui soulève des questions centrales sur la nature du processus de vieillissement et sur les politiques à adopter. De plus, on observe des différences spatiales importantes dans le niveau des incapacités pour différents groupes d'âge. Ainsi, le niveau des incapacités est généralement plus faible dans la RMM que dans le reste du Québec, sauf chez les 75 ans et plus et pour le niveau d'incapacité le plus grave.

**Viellissement et limitations fonctionnelles :  
analyse comparée des données de l'enquête  
ESLA entre la région métropolitaine de  
Montréal et la province de Québec, 1986**

Jean-Pierre THOUÉZ, Yves BUSSIÈRE,  
Robert PAMPALON et Nathalie CHICOINE \*

Le vieillissement de la population des pays industrialisés est une caractéristique démographique très bien documentée. Au Québec, de 1901 à 1991, la proportion des 65 ans et plus dans la population totale est passée de 4,8 % à 11,2 % et leur nombre de 78 419 à 770 920 (Statistique Canada, 1992). La croissance de la population âgée, manifeste depuis les années 1970, devrait s'accélérer au cours des prochaines décennies pour atteindre, selon les hypothèses de scénarios moyens, 13,1 % de la population québécoise totale en 2001, 14,1 % en 2006 et 26,7 % en 2031 (Mathews 1984, 1989; Thibault et Gauthier, 1990). Les premiers résultats du recensement de 1991 ne remettent pas ces projections en cause même si, à long terme, divers scénarios indiqueraient un éventuel déclin de la population âgée à partir de 2026 (Termote, 1990).

La littérature sur l'impact socio-économique et médico-hospitalier de l'augmentation de la population âgée est abondante (Bussière et al., 1993; Desrosiers, 1987; Marzouk, 1991). L'hypothèse de base est que l'accroissement de la proportion de personnes âgées dans la population serait de nature à faire augmenter les besoins socio-médicaux et, donc, les dépenses

---

\* Jean-Pierre Thouéz : Département de géographie de l'Université de Montréal; Robert Pampalon : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; Yves Bussière et Nathalie Chicoine : INRS-Urbanisation, Université du Québec. Le financement de cette étude a été assuré par le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS). Nous remercions Pierre Laroche et Hélène Vézina de leur collaboration.

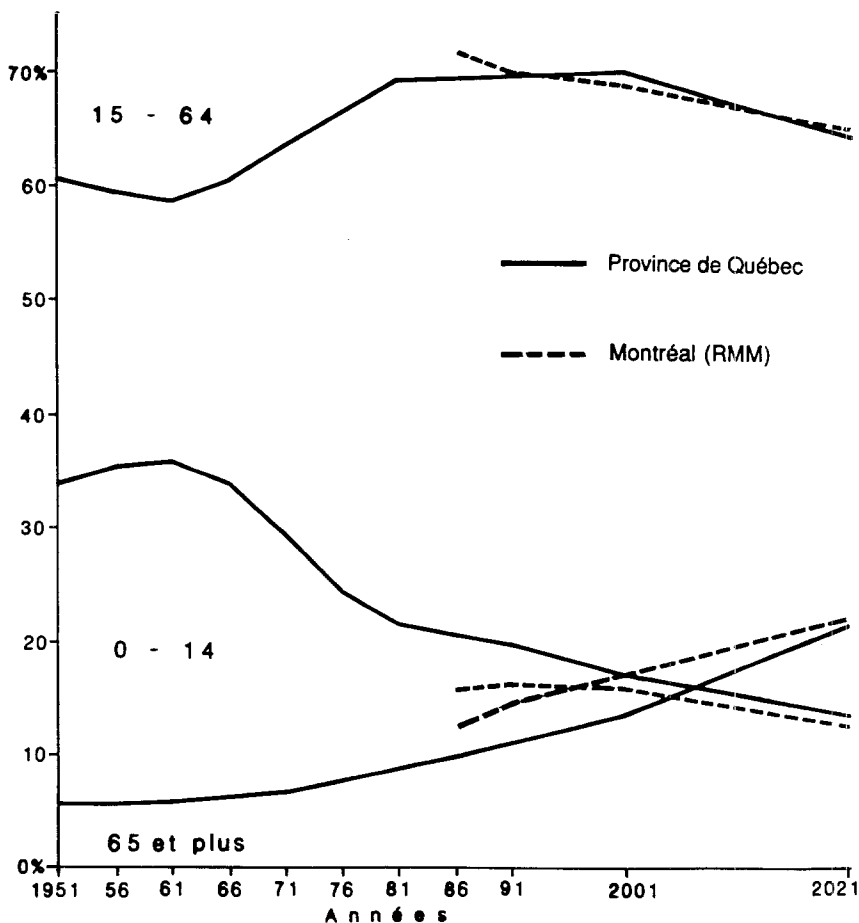
de santé si cette demande se traduisait en consommation (Joseph et Cloutier, 1988; Rosenberg et Moore, 1990). On peut avancer quelques résultats sur lesquels diverses études convergent. La morbidité des personnes âgées se caractérise par une poly-pathologie : une personne âgée peut être atteinte de plusieurs maladies sérieuses. Le nombre moyen de maladies et les taux d'incapacité augmentent progressivement avec l'âge. Finalement, la morbidité des personnes âgées est dominée à la fois par des maladies chroniques majeures et par des affections moins graves entraînant des gênes ou des incapacités dans la vie courante. Les conséquences du vieillissement pour les finances publiques (en ce qui concerne notamment les pensions, les rentes, la protection sociale) ont suscité, dans les années 1980, bien des discours alarmistes (Lux, 1983; Heller et al., 1982; Strohmenger et Péron, 1983). Aujourd'hui, les propos se font plus nuancés (Mechanic, 1991; Wolfson, 1991). Mais la société québécoise se trouve néanmoins confrontée à deux défis majeurs : encourager la prévention de la perte d'autonomie, et essayer d'empêcher que celle-ci se transforme en handicap nécessitant des ressources coûteuses.

Dans le contexte du vieillissement de la population, de la crise de l'État providence, des possibilités de transferts de ressources entre les groupes d'âge, de la remise en question de l'approche thérapeutique, il faut non seulement connaître la croissance démographique des populations âgées et très âgées, mais aussi évaluer la nature et la gravité de leurs incapacités pour mieux estimer les services dont elles ont besoin.

Dans une première partie, nous décrirons les principales caractéristiques démographiques de la population âgée québécoise, en particulier de celle de la région métropolitaine de Montréal (RMM), et nous analyserons les données de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) réalisée par Statistique Canada en 1986-1987 afin de calculer la prévalence des incapacités fonctionnelles selon l'âge et le sexe dans la RMM, pour la comparer aux résultats de l'étude de Saucier et Lafontaine (1991) pour l'ensemble du Québec.

## **PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU VIEILLISSEMENT EN 1986**

Au-delà de la croissance de la proportion de personnes âgées dans la société québécoise, plusieurs caractéristiques démographiques doivent être mentionnées :



Source : Thibault et Gauthier, 1990.

FIGURE 1 — Évolution en proportion de la population du Québec et de la Région métropolitaine de Montréal par grands groupes d'âge

— En 1986, la RMM comptait près de la moitié (46,0 %) de la population âgée québécoise. Les 65 ans et plus formaient 10,2 % de sa population (hommes, 8,1 %; femmes, 12,2 %). En 1991, leur part était passée à 14,5 %. Selon les projections du scénario moyen de Thibault et Gauthier (1990), elle atteindrait 16,1 % en 2001, 22,2 % en 2021 et 27 % en 2031 (figure 1).

— L'espérance de vie à la naissance a augmenté, reflétant la baisse des taux de mortalité, principalement chez les personnes âgées. Mais l'écart entre les sexes s'élargit. Si l'espérance de vie à 65 ans est passée de 1,4 année en 1956 à

environ 5 ans en 1986, le rapport de masculinité de la RMM est un des plus faibles des régions du Québec : 70 hommes pour 100 femmes chez les 65 ans et plus, la moitié environ chez les 75 ans et plus (Thibault et Gauthier, 1990).

— La proportion de 75 ans et plus dans la population totale de la RMM était de 4,9 % en 1986 et de 5,8 % en 1991, et selon les projections du Bureau de la statistique du Québec (BSQ), elle atteindra 7,5 % en 2001 et 13,0 % en 2031. Quant à la part des 75 ans et plus dans l'ensemble des 65 ans et plus, elle est passée de 35 % en 1981 à 39,5 % en 1986; elle serait de 46,4 % en 2001.

— Le vieillissement touche l'ensemble de l'île de Montréal, mais plus particulièrement les centres locaux de services communautaires (CLSC) centraux, où les concentrations de 65 ans et plus dépassent 13 % (Marois et al., 1989). Quelques CLSC centraux où prédominent les populations âgées anglaises et juives entrent dans cette catégorie. Ce processus résulte des faibles taux de fécondité — la RMM a l'un des taux les plus bas des régions du Québec — et de fortes pertes migratoires.

— La proportion des 14 ans et moins était de 15,6 % en 1986. Selon les projections du BSQ, elle devrait diminuer, pour atteindre 15,5 % en 2001 et 12,5 % en 2031 (Thibault et Gauthier, 1990). Cependant, la proportion des 15-64 ans demeure relativement stable, baissant après 2006 (Thibault et Gauthier, 1990). Ce constat est toutefois fonction des scénarios retenus. Les résultats, et donc l'importance du coût social, diffèrent sensiblement selon que l'on retient le taux de dépendance des personnes actives par rapport aux personnes inactives (Ledent, 1991) ou le ratio population active/population totale (Wolfson, 1991). Dans les deux cas, ils dépendent aussi des hypothèses retenues dans les scénarios, notamment du taux d'activité des femmes. Ces mesures sont intéressantes pour évaluer les difficultés de financement de la protection sociale (Termote, 1990).

Si le vieillissement de la population de la RMM paraît inéluctable, il ne faut pas perdre de vue que la proportion des 65 ans et plus est relativement moindre au Québec que dans d'autres pays industrialisés (Wolfson, 1991). D'autre part, les personnes âgées ne forment pas un groupe homogène au point de vue de la santé : il s'y trouvera toujours des plus jeunes et des plus vieux, dont le niveau de santé et les besoins de soins différeront en fonction du sexe et de l'environnement familial, social et économique (Sandiez, 1988). Lorsque l'on parle de

vieillesse, il est donc nécessaire de nuancer les statistiques globales. Selon que l'on raisonne en volumes, en poids relatifs, en termes de rapidité d'évolution ou encore selon l'échelle géographique, les conséquences socio-économiques et médico-hospitalières du vieillissement peuvent varier sensiblement.

## **LA PRÉVALENCE DES INCAPACITÉS FONCTIONNELLES**

Nous présenterons rapidement l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA), puis nous analyserons les taux de prévalence observés chez les ménages âgés qui résident sur le territoire de la RMM et nous les comparerons à ceux du reste du Québec<sup>1</sup>. Finalement, nous dégagerons la nature des incapacités des personnes qui vivent en ménage privé.

### **Les données : l'ESLA**

L'ESLA, réalisée en 1986-1987 par Statistique Canada, portait sur l'ensemble de la population canadienne, vivant tant en institution qu'en ménage privé. La population cible comprenait toutes les personnes résidant au Canada atteintes d'une incapacité physique ou psychologique. Cette caractéristique a été obtenue à l'aide d'une question filtre au recensement de 1986.

Pour l'enquête pancanadienne auprès des personnes vivant en ménage privé, qui nous intéresse plus particulièrement ici, l'échantillon était constitué de personnes ayant répondu avoir des limitations d'activités à la question 20 du questionnaire détaillé du recensement de 1986 (échantillon 20 %), soit 112 000 répondants, auxquels se sont ajoutés environ 3500 répondants, soit les personnes qui, après avoir répondu par la

---

<sup>1</sup> L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a établi une classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps pour mesurer les conséquences d'une maladie. Le concept d'incapacité est évalué à l'aide d'une série de questions portant sur «les activités de tous les jours». Dans ESLA, la saisie des limites fonctionnelles a été réalisée avec les restrictions suivantes : les personnes qui utilisent un appareil spécial éliminant complètement la limitation d'activité ne sont pas considérées comme atteintes d'une incapacité (par exemple, une personne qui utilise une prothèse auditive et ne déclare aucune limite lorsqu'elle s'en sert n'est pas incluse dans la banque de données); de plus, la limite doit être présente pendant au moins six mois. L'enquête vise donc à déterminer si le répondant était limité dans ses activités quotidiennes en raison d'une affection ou d'un problème de santé d'ordre physique, émotif, psychologique, nerveux ou mental d'une durée de six mois ou plus (Statistique Canada, 1988 : 7).

négative à cette question, ont révisé leur réponse suite à une interview téléphonique. Des interviews personnelles ont été effectuées auprès des personnes échantillonnées et le taux de réponse a été de 90 %. Au total, 71 900 personnes ont finalement participé à l'enquête canadienne auprès des ménages privés, dont 10 534 au Québec et 2862 dans la région métropolitaine de Montréal<sup>2</sup>.

Quatre questionnaires ont été employés pour l'enquête auprès des ménages privés. Nous utiliserons ici les résultats du formulaire qui s'adresse aux adultes (formule O2). Il s'agit du questionnaire le plus élaboré, et il aborde différents thèmes, dont les déplacements (Canada, 1988).

### **Les taux d'incapacités fonctionnelles selon l'âge et le sexe**

Chez les 65 ans et plus, le taux de prévalence des incapacités<sup>3</sup> est moins élevé dans la RMM que dans le reste du Québec : 336,6 pour mille par rapport à 359,4. Toutefois, ce rapport est différent selon le sexe (tableau 1) : le degré d'invalidité est plus grand chez les hommes dans le reste du Québec que dans la RMM (369,4 pour mille par rapport à 299,4) et plus élevé chez les femmes dans la RMM que dans le reste du Québec (361,2 pour mille contre 351,5).

La prévalence des incapacités augmente avec l'âge. Ainsi, dans la RMM, elle passe de 216 pour mille chez les 55-64 ans à 248,1 chez les 65-74 ans et à 519,6 chez les 75 ans et plus. Le taux de prévalence est plus élevé en province pour les deux sexes, sauf chez les 75 ans et plus; il est toujours plus important chez les femmes que chez les hommes, quel que soit le lieu de résidence. Notons que dans l'ensemble de la province la prévalence était de 87,6 pour mille chez les 15-64 ans et de 348,5 chez les 65 ans et plus, et que la proportion de gens de 65 ans atteints d'une incapacité par rapport à l'ensemble des personnes de 15 ans et plus limitées à un degré quelconque

---

<sup>2</sup> Le système de pondération utilisé a été fait à partir d'une stratification tenant compte de l'âge, du sexe et d'autres variables démographiques et géographiques, ce qui produit un système de pondérations variables (Théberge, 1987). À titre d'exemple, le facteur de pondération obtenu est de 38,91 pour le Canada, de 56,80 pour le Québec et de 97,38 pour la RMM de Montréal.

<sup>3</sup> La prévalence exprime la situation épidémiologique à un moment précis (prévalence ponctuelle). Le taux de prévalence des incapacités est le rapport du nombre pondéré de personnes présentant une incapacité au nombre de personnes observées  $\times 10^3$  (Monnier et al., 1980).

**TABLEAU 1 — Population de 15 ans et plus ayant une incapacité et vivant dans un ménage privé, selon l'âge et le sexe, RMM, Reste du Québec et Québec, 1986<sup>a</sup>**

Âge (ans)		RMM		Reste du Québec		Québec	
		1	2	1	2	1	2
15-24	T	16 785	34,22	19 864	36,07	36 649	35,20
	F	5 925	25,24	9 677	34,53	15 602	30,30
	H	10 860	42,45	10 187	37,67	21 047	40,00
25-34	T	26 990	45,77	33 521	56,90	60 511	51,33
	F	14 448	48,47	13 200	43,79	27 648	46,12
	H	12 542	43,00	20 321	70,64	32 863	56,73
35-44	T	27 550	58,85	37 077	73,46	64 627	66,43
	F	15 494	63,41	16 406	67,67	31 900	65,53
	H	12 056	53,87	20 671	78,82	32 727	67,33
45-54	T	36 080	118,87	50 731	137,20	86 811	128,94
	F	17 199	108,12	25 929	141,68	43 128	126,07
	H	18 887	130,74	24 796	132,78	43 683	131,90
55-64	T	60 817	216,03	82 744	249,75	143 561	234,26
	F	34 813	222,21	45 498	273,19	80 311	248,48
	H	26 004	208,28	37 246	226,06	63 250	218,39
15-64	T	168 222	78,85	223 937	95,97	392 159	87,56
	F	87 873	80,41	110 716	94,33	198 589	87,62
	H	80 349	77,21	113 221	96,62	193 570	87,49
65-74	T	47 780	248,08	68 624	330,56	116 404	290,87
	F	29 207	267,00	33 911	296,84	63 118	282,24
	H	18 573	223,21	34 713	371,82	53 286	301,79
75 et +	T	48 382	519,57	42 602	418,24	90 984	466,63
	F	32 874	526,05	26 762	458,63	59 636	493,50
	H	15 508	506,33	15 840	364,07	31 348	422,8
65 et +	T	96 161	336,56	111 227	359,42	207 388	348,45
	F	62 081	361,19	60 673	351,54	122 754	356,35
	H	34 080	299,38	50 554	369,36	84 634	337,59
Pop. 15 et + ayant une incap.	T	264 383	109,29	335 164	126,24	599 547	118,16
	F	149 959	118,57	171 385	127,30	321 344	123,07
	H	114 424	99,12	163 779	125,15	278 203	112,95
Pop. tot. 15 et +	T	2 419 166		2 654 993		5 074 159	
	F	1 264 728		1 346 302		2 611 030	
	H	1 154 438		1 308 691		2 463 129	

Source : Statistique Canada, 1986. Enquête sur la santé et les limitations d'activité (ESLA), traitement INRS.

a. 1 : nombre de personnes ayant une incapacité; 2 : taux de prévalence pour mille. Voir p. 50, note 3, pour le mode de calcul.



TABLEAU 2 — Degré de gravité des incapacités de la population de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé, selon l'âge et le sexe, RMM et Reste du Québec, 1986<sup>a</sup>

	15-64 ans		65-74 ans		75 ans et +		65 ans et +		Total	
	1	2	1	2	1	2	1	2		
	T	F	T	F	T	F	T	F		
RMM	82 966	38,89	17 089	88,74	15 169	162,90	32 258	112,90	115 224	47,63
Incapacité légère	41 605	38,07	8 766	80,14	9 115	145,85	17 881	104,03	59 486	47,03
	41 361	39,75	8 323	100,03	6 054	197,65	14 377	126,30	55 738	48,28
Incapacité modérée	61 709	28,92	17 901	92,94	18 773	201,60	36 674	128,36	98 383	40,67
	32 675	29,90	11 215	102,52	14 695	235,15	25 910	150,75	58 585	46,32
	29 034	27,90	6 686	80,35	4 078	138,15	10 764	94,56	39 798	34,48
Incapacité grave	23 547	11,04	12 789	66,40	14 440	155,07	27 229	106,40	50 776	20,99
	13 600	12,44	9 226	84,34	9 064	145,05	18 290	106,40	31 890	25,22
	9 947	9,56	3 563	42,83	5 376	175,53	8 939	78,52	18 886	16,36
Total	168 222	78,85	47 780	248,08	48 382	519,57	96 161	336,56	264 383	109,29
	87 873	80,41	29 207	267,00	32 874	526,05	62 081	361,18	149 959	118,57
Reste du Québec	80 349	77,21	18 573	223,21	15 508	506,33	34 080	299,38	114 424	99,12
Incapacité légère	97 914	41,74	31 144	150,02	9 828	96,48	40 972	132,40	138 886	52,30
	44 286	37,81	13 753	120,39	5 683	97,38	19 436	112,61	63 722	47,33
Incapacité modérée	53 628	45,76	17 391	186,28	4 145	95,28	21 536	157,35	75 164	57,43
	84 093	35,85	24 346	117,27	14 586	143,20	38 932	125,80	123 025	46,34
	41 260	35,08	12 930	113,18	8 610	147,55	21 540	124,80	62 800	46,65
Incapacité grave	42 833	36,55	11 416	122,28	5 976	137,36	17 392	127,08	60 225	46,02
	41 928	17,88	13 135	63,27	18 188	178,56	31 323	101,22	73 251	27,60
	25 162	21,44	7 229	63,27	12 470	213,70	19 699	114,13	44 861	33,32
Total	167 966	14,31	5 906	63,26	5 718	131,43	11 624	84,93	28 390	21,70
	223 937	95,47	68 624	330,56	42 602	418,24	111 227	359,42	335 164	126,24
	110 716	94,33	33 911	296,84	26 762	458,63	60 673	351,54	171 385	127,30
	113 221	96,62	34 713	371,82	15 840	364,07	50 554	369,36	163 779	125,15

Source : Statistique Canada, 1986. Enquête sur la santé et les limitations d'activité (ESLA), traitement INRS.

a. 1 : nombre de personnes ayant une incapacité; 2 : taux de prévalence pour mille. Voir p. 50, note 3, pour le mode de calcul.

dans leurs activités était de 34,6 % (de 36,4 % dans la RMM), en partie à cause des taux plus élevés des 75 ans et plus.

Le tableau 2 présente la prévalence des incapacités selon leur degré de gravité. Dans le cadre de l'ESLA, Statistique Canada a élaboré une échelle de «sévérité» qui peut être décrite brièvement de la façon suivante : chaque individu reçoit deux points s'il a répondu qu'il est totalement incapable de réaliser une action; il reçoit un point s'il a seulement des difficultés à la faire. Les points ont ensuite été additionnés pour donner une échelle allant de 1 à 39. Cette échelle a été découpée en trois niveaux : léger (0-4 points), modéré (5 à 10) et grave (11 et plus). Rappelons que ces données reflètent la perception de la personne quant à son incapacité ou à sa limitation d'activité.

Dans la RMM, les taux de prévalence diminuent avec le degré de sévérité pour le groupe d'âge 15-64 ans. À compter de 65 ans, les incapacités modérées présentent les taux les plus élevés, et la prévalence des incapacités graves augmente chez les personnes plus âgées (tableau 2). Ainsi, pour l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus, les taux de prévalence des incapacités légères sont de 112,9 (pour mille) comparativement à 128,4 pour les incapacités modérées et à 95,30 pour les incapacités graves. Le tableau 2 indique par ailleurs que tous les degrés d'incapacité augmentent avec l'âge, tant dans la RMM que dans le reste du Québec, et que cette augmentation est plus forte lorsque l'incapacité est grave; il montre aussi que tous les degrés d'incapacité sont plus faibles dans la RMM que dans le reste du Québec, sauf chez les 75 ans et plus, qui présentent nettement plus d'incapacités légères et graves dans la RMM. L'écart global est effectivement de 25 % à «l'avantage» de la RMM.

La nature des incapacités peut être un indicateur du type de service nécessaire pour assurer la viabilité d'une politique de maintien à domicile des personnes âgées. La figure 2 illustre l'ampleur des variations de la prévalence pour six catégories d'incapacités : mobilité, agilité, ouïe, vision, parole et «autres».

Les incapacités liées à la mobilité et à l'agilité sont les plus fréquentes pour les deux sexes, quel que soit le groupe d'âge. Elles sont cernées par un certain nombre de questions du questionnaire no 2 de l'enquête, portant sur les difficultés éprouvées pour marcher, monter des escaliers, transporter des objets, se déplacer d'une pièce à l'autre, se pencher, ramasser des objets, s'habiller... Le taux de prévalence de ces incapacités est plus élevé chez les 75 ans et plus dans la RMM que dans le

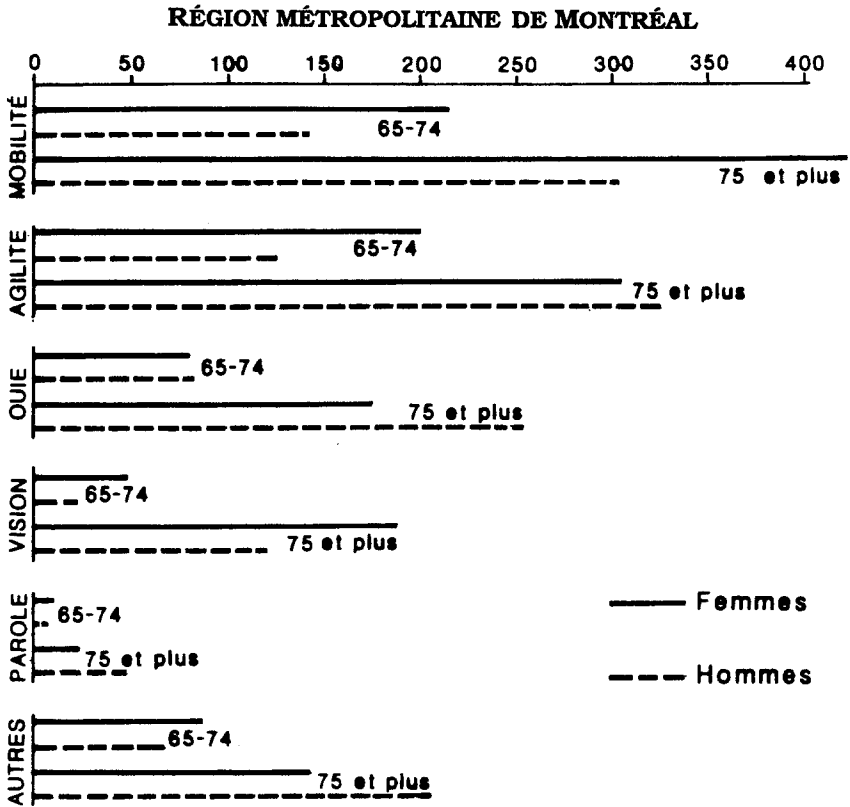
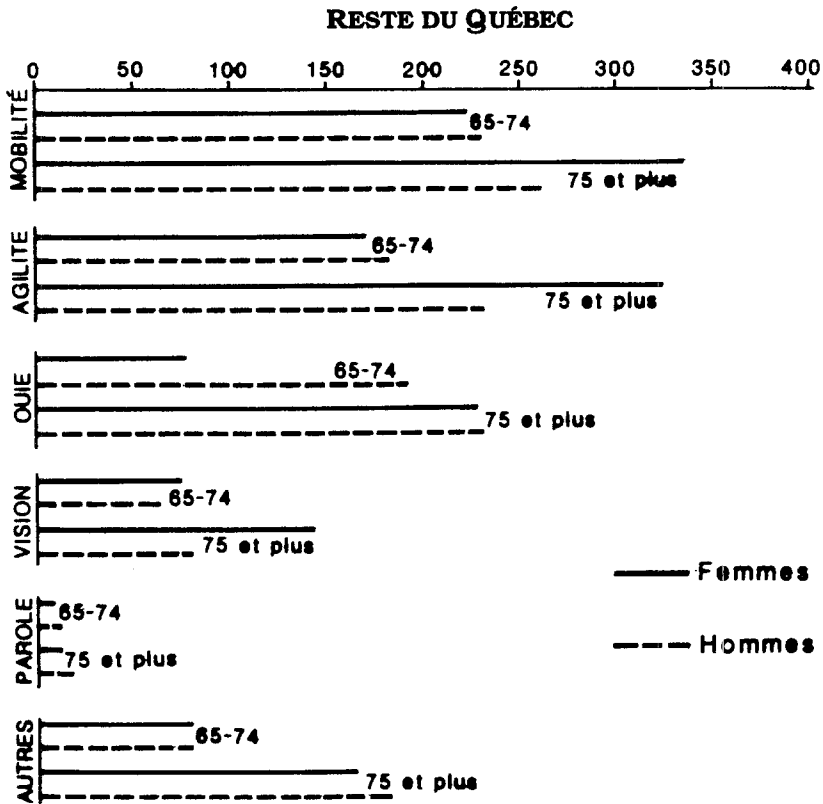


FIGURE 2 — Nature des incapacités chez les 65-74 ans et chez les 75 ans et plus ayant une incapacité et vivant en ménage, selon le sexe (taux pour mille), 1986 : Région métropolitaine de Montréal

reste du Québec. Dans ce groupe, les deux tiers environ de la population sont affectés par des incapacités de cette nature.

Quelle que soit la nature de l'incapacité, on observe une augmentation avec l'âge, indépendamment du sexe. Les incapacités touchant la mobilité et l'agilité et touchant la vision présentent des taux plus élevés chez les femmes, quel que soit le lieu de résidence. Seules les incapacités liées à l'ouïe ont des taux plus élevés chez les hommes. Elles viennent au troisième rang, si l'on exclut la catégorie «autres», loin derrière la mobilité et l'agilité. De façon générale, les personnes âgées demeurant en province sont plus fréquemment limitées dans leurs activités que celles de la RMM. Par contre, chez les 75 ans et plus cette tendance est renversée. En effet, les problèmes de mobilité et de vision atteignent un plus grand nombre de personnes très



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé et les limitations d'activités : guide de l'utilisateur, 1988.

FIGURE 2 (suite) : Reste du Québec

âgées de la RMM, tant en volume qu'en termes relatifs. C'est pour ces incapacités que l'écart entre les femmes et les hommes est généralement le plus prononcé. Les résultats sont globalement les mêmes que pour la région métropolitaine de Toronto et le reste de l'Ontario (Moore et al., 1990).

L'enquête portait non seulement sur les ménages, mais également sur les institutions, pour lesquelles les données sont disponibles à l'échelle de l'ensemble du Québec. Notons que le taux d'institutionnalisation des personnes ayant une incapacité augmente très rapidement avec l'âge (tableau 3). Il passe de 8,6 % pour les 65-74 ans à 23,9 % pour les 75-84 ans et à 42,4 % pour les 85 ans et plus. L'analyse détaillée de ces populations et de leurs besoins en termes de caractéristiques des logements et de services à domicile pourrait permettre d'évaluer

Tableau 3 — Personnes de 15 ans ou plus ayant une incapacité et vivant dans une institution ou dans un ménage privé, selon l'âge et le sexe, Québec, 1986<sup>a</sup>

		Institutions		Ménages privés		Total
		1	2	1	2	1
65-74 ans	T	10 885	8,55	116 405	91,45	127 290
	F	6 255	8,97	63 120	90,52	69 730
	H	4 630	7,99	53 285	92,01	57 915
75-84 ans	T	21 885	23,86	69 880	76,20	91 705
	F	15 830	25,18	47 040	74,83	62 865
	H	6 055	20,95	22 840	79,03	28 900
85 ans et plus	T	15 525	42,38	21 105	57,62	36 630
	F	11 890	48,56	12 600	51,46	24 485
	H	3 635	29,94	8 505	70,06	12 140
65 ans et plus	T	48 295	18,89	207 390	81,11	255 680
	F	33 970	21,67	122 755	78,33	156 725
	H	14 320	14,47	84 635	85,53	98 955
Total 15 ans et plus		64 495	8,86	663 245	91,14	727 740

Source : Statistique Canada, 1989. Enquête sur la santé et les limitations d'activité (ESLA), Données infraprovinciales pour le Québec. No 82-607 au catalogue, tableau 1.

a. 1 : nombre de personnes ayant une incapacité; 2 : taux de prévalence pour mille. Voir p. 50, note 3, pour le mode de calcul.

les possibilités de maintenir chez elles plus longtemps les personnes qui sont affligées d'une incapacité.

## COMMENTAIRES

Les problèmes les plus sérieux d'incapacités fonctionnelles et de dépendance se posent principalement pour les personnes très âgées : celles de plus de 75 ans et de plus de 85 ans (Saucier et Lafontaine, 1991). C'est aussi à cet âge que le maintien à domicile devient plus difficile et que l'hébergement en institution prend de l'importance. Faute d'avoir des données plus détaillées à l'intérieur du groupe des personnes de plus de 65 ans, il est difficile de saisir la progression des incapacités selon les cohortes et d'évaluer l'effet de génération sur l'attitude des personnes âgées et de leur famille vis-à-vis du recours aux soins. De même que l'état de santé d'une personne âgée est lié aux différents aspects de son histoire personnelle et médicale, de même sa perception des symptômes morbides et sa décision de les traiter résultent de l'ajustement au contexte économique et technologique du moment et d'attitudes héritées d'une époque antérieure très différente (Sandiez, 1988). On peut donc

se demander si les réponses actuellement fournies par la société sont à la hauteur des besoins des personnes âgées.

Mechanic (1991) souligne que l'incapacité n'est pas un attribut de la personne mais plutôt le résultat d'un malajustement entre les caractéristiques de la personne et l'environnement social et physique dans lequel elle fonctionne. L'importance des incapacités associées à la mobilité et à l'agilité dans la population québécoise et surtout chez les femmes très âgées de la RMM peut être un indicateur du type de service à mettre en place dans le cadre d'une politique de maintien à domicile soucieuse de ces groupes d'âge. De plus, la dimension psychologique associée à l'incapacité ne saurait être ignorée si l'on veut accroître la motivation de la personne âgée à participer aux activités de tous les jours (Robson, 1982; Hall et al., 1989; Roos et Havens, 1991). Dans le même sens, Colvez et al. (1987) notent que, quels que soient l'âge et le sexe, l'incapacité fonctionnelle apparaît comme la caractéristique la plus prédictive de la morbidité à moyen terme des personnes âgées. On peut penser qu'elle permet de repérer les sujets dont la capacité de résistance aux agressions est déjà largement entamée.

Réduire l'incapacité est devenu une priorité de santé publique dans les pays développés. Au Québec, et dans la RMM en particulier, l'accroissement de la population très âgée soulève des questions centrales sur la nature du processus de vieillissement et sur les politiques à adopter. Une de ces questions est : le vieillissement va-t-il nécessairement s'accompagner d'un accroissement de l'incapacité et, par voie de conséquence, des services nécessaires pour y suppléer ? Cet accroissement de la population âgée laisse entrevoir aussi les limites d'une politique de maintien à domicile et soulève le problème de l'accélération des dépenses de soins et de protection sociale, et d'autant plus que l'on admet que les dépenses sont plus élevées en institution que pour les soins ambulatoires. D'autre part, on ne peut savoir dans quelle mesure un contexte de restriction des dépenses médico-hospitalières pourra influencer le recours aux services à domicile. Il ne faut pas sous-estimer les problèmes d'adaptation auxquels auront à faire face à la fois le système d'offre pour satisfaire les besoins des personnes âgées et très âgées et les organismes de financement collectif.

Par ailleurs, il est important de rappeler ici que le niveau des incapacités est généralement plus faible dans la RMM que dans le reste du Québec, sauf chez les 75 ans et plus. Cette différence semble refléter un effet négatif sur les migrations des

65-74 ans vers la RMM et un impact positif sur celles des 75 ans et plus grâce aux politiques de maintien à domicile en milieu très urbanisé. Dans la RMM, l'on devrait se préoccuper de cette situation, car les personnes très âgées ont généralement un niveau d'incapacité grave, elles sont les plus fortes consommatrices de services, et il vient un temps où elles sont obligées d'aller vivre en milieu institutionnel (tableau 3).

L'évolution à venir de cette situation reste en bonne partie inconnue. Si le vieillissement doit inévitablement augmenter le contingent de personnes lourdement handicapées, on ne peut encore statuer sur l'effet qu'auront sur les générations futures les modifications actuelles des habitudes de vie (la plus grande pratique de l'activité physique par exemple), les conditions de vie (ainsi, les revenus augmentent chez les personnes âgées), le partage plus grand des tâches ménagères (par les hommes), l'environnement physique (environnement adapté, aides technologiques, etc.).

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BUSSIÈRE, Y., J.-P. THOUÉZ et P. LAROCHE, 1993. «Vieillesse et demande de transport des personnes à mobilité réduite. Un modèle de prospective appliqué au cas montréalais : 1986-2011», *Routes et transports*, revue de l'Association québécoise du transport et des routes.
- BUSSIÈRE, Y., 1990. «Effet du vieillissement démographique sur la demande de transport dans la région métropolitaine de Montréal, 1986-2011», *Cahiers québécois de démographie*, 19, 2 : 325-350.
- COLVEZ, A., N. VARNOUX, et D. BUCQUET, 1985. *Différences régionales de l'état de santé des personnes âgées vivant à domicile*. Paris, INSERM.
- COLVEZ, A., J.-M. ROBINE, D. BUCQUET, et C. JOUAN-FLAHAUT, 1987. «Facteurs prédictifs de la morbidité dans les trois ans chez les personnes âgées», *Gérontologie et société*, 44 : 35-52.
- DESROSIERS, M., 1987. *Impacts du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux : les véritables enjeux*. Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Synthèse critique 31, 100 p.
- GAUTHIER, H., et L. DUCHESNE, 1986. *Les Personnes âgées au Québec. Statistiques démographiques*. Québec, Bureau de la statistique du Québec, 255 p.
- GARRARD, J., et A. E. BENNETT, 1971. «A Validated Survey Schedule for Use in Population Surveys of Chronic Disease and Disability», *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 25 : 97-104.

- HALL, J. A., A. M. EPSTEIN et B. J. McNEIL, 1989. «Multidimensionality of Health Status in an Elderly Population». *Medical Care*, 27, 3 : S169-S177.
- HELLER, P. S., R. HEMMING et P. W. KOHNUT, 1982. «Aging and Social Expenditures in the Major Industrial Countries, 1990-2025». *World Health Statistics Quarterly*, 35, 3/4.
- HENRARD, J. C., 1979. «Les indicateurs de santé adaptés aux problèmes de santé des personnes âgées». *Gérontologie et Société*, 9 : 19-26.
- JOSEPH, A., et D. S. CLOUTIER, 1988. «Population Aging and Health and Social Services in Rural Communities». Paper presented to the Canadian Association of Geographers Conference, Halifax, Nova Scotia.
- KAUFERT, J. M., S. GREEN, D. R. DUNT, R. CORKHILL, A. L. CREESE et D. LOCKER, 1979. «Assessing Functional Status among Elderly Patients». *Medical Care*, XVII, 8 : 807-818.
- LEDENT, J., 1991. *L'Impact de l'immigration internationale sur l'évolution démographique du Québec*. Rapport d'étape présenté au ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration. Montréal, INRS-Urbanisation, 48 p.
- LUX, A., 1983. «Un Québec qui vieillit. Perspectives sur le XXI<sup>e</sup> siècle». *Recherches sociographiques*, XXIV, 3 : 325-378.
- MAROIS, C., J.-P. THOUÉZ et P. LAROCHE, 1989. *Atlas du vieillissement sur l'île de Montréal par centre local de services communautaires (CLSC), 1971-1991*. Montréal, Université de Montréal, Département de géographie, Notes et documents, 89-02, mai, 62 p.
- MARZOUK, M. S., 1991. «Aging, Age-Specific Health Care Costs and the Future Health Care Burden in Canada», *Analyse de politiques*, XVII, 4 : 490-506.
- MATHEWS, G., 1984. *Le Choc démographique*. Montréal, Boréal, 204 p.
- MATHEWS, G., 1989. «L'évolution démographique du Québec : quand l'arbre tend à cacher la forêt». Communication présentée au congrès annuel de l'Association des économistes québécois, Montréal, INRS-Urbanisation, 10 p.
- MECHANIC, D., 1991. «Changing Perspectives in the Study of the Social Role of Medicine». *The Milbank Quarterly*, 69-2 : 215-232.
- MONNIER, J., J.-P. DESCHAMPS, J. FABRY, M. MANCIAUX et al., 1980. *Santé publique : santé de la communauté*. Bruxelles, SIMEP, 444 p.
- MOORE, E. G., S. O. BURKE et M. W. ROSENBERG, 1990. *The Disabled Adult Residential Population of Ontario*. A Report Prepared for the Ontario Ministry of Community and Social Services. Kingston, Ontario, Queen's University, Department of Geography.
- ROBSON, P., 1982. «Patterns of Activity and Mobility among the Elderly», in A. M. WARNES, éd. *Geographical Perspectives on the Elderly*. Toronto, Wiley : chapitre 11.



- ROOS, N. P., et B. HAVENS, 1991. «Predictors of Successful Aging: A Twelve Year Study of Manitoba Elderly». *American Journal of Public Health*, 81 : 1, 63-67.
- ROSENBERG, M. W., et E. G. MOORE, 1990. «The Elderly, Economic Dependency, and Local Government Revenues and Expenditures». *Environment and Planning C: Government and Policy*, 8 : 149-165.
- SANDIEZ, S., 1988. «Dépenses de santé : les vieux ne coûteront pas si cher !». *Population et Avenir*, 589, 5 : 6-10.
- SAUCIER, A., et P. LAFONTAINE, 1991. *Nature et sévérité des incapacités au Québec 1986-1987*. 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 du Québec, 47 p.
- STATISTIQUE CANADA, juin 1988. *Enquête sur la santé et les limitations d'activités : guide de l'utilisateur de micro-données (adultes dans les ménages)*. Ottawa, Approvisionnements et Services Canada.
- STATISTIQUE CANADA, mai 1989. *Enquête sur la santé et les limitations d'activités : guide de l'utilisateur*. Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, 53 p.
- STATISTIQUE CANADA, 1992. *Âge, sexe et état matrimonial*. Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, Recensement du Canada de 1991, no 93-310.
- STROHMENGER, C., et Y. PÉRON, 1983. «Les dépenses hospitalières durant le cycle de vie : un indicateur du coût des soins». *Maladies chroniques du Canada*, 4, 2 : 19-21.
- TERMOTE, M., 1990. «The Aged and the Family Environment». *Canadian Studies in Population*, 17, 2 : 45-51.
- THÉBERGE, A., 1987. *Pondération pour l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités*. Statistique Canada, DMES.
- THIBAUT, N., et M. GAUTHIER, 1990. *Perspectives démographiques du Québec et de ses régions 1986-2046*. Bureau de la statistique du Québec, Les publications du Québec, 397 p.
- THOUÉZ, J.-P., Y. BUSSIÈRE, N. CHICOINE et R. PAMPALON, 1994. «L'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes de la région de Montréal : analyse secondaire de l'enquête ESLA, 1986-1987». *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 13, 2 : 187-200.
- WOLFSON, M. C., 1991. «Perspectives internationales sur l'économie du vieillissement». *L'Observateur économique canadien*. Statistique Canada, no 11-010, étude spéciale, août : 3.1-3.16.

## RÉSUMÉ — SUMMARY — RESUMEN

THOUÉZ Jean-Pierre, BUSSIÈRE Yves, PAMPALON Robert et CHICOINE Nathalie.  
VIEILLISSEMENT ET LIMITATIONS FONCTIONNELLES : ANALYSE COMPARÉE DES DONNÉES DE L'ENQUÊTE ESLA ENTRE LA RÉGION MÉTROPOLITAINE DE MONTRÉAL ET LA PROVINCE DE QUÉBEC, 1986

Le Québec, à l'instar des pays industrialisés, verra sa population âgée augmenter de façon importante au cours des prochaines décennies. Dans cet article, l'analyse des données de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) pour la région métropolitaine de Montréal (RMM) et pour le Québec, réalisée en 1986-1987 par Statistique Canada, démontre que le niveau des incapacités et la gravité des handicaps sont étroitement reliés au vieillissement, ce qui soulève des questions centrales sur la nature du processus de vieillissement et sur les politiques à adopter. De plus, on observe des différences spatiales importantes dans le niveau des incapacités pour différents groupes d'âge. Ainsi, le niveau des incapacités est généralement plus faible dans la RMM que dans le reste du Québec, sauf chez les 75 ans et plus et pour le niveau d'incapacité le plus grave.

THOUÉZ Jean-Pierre, BUSSIÈRE Yves, PAMPALON Robert and CHICOINE Nathalie. AGEING AND FUNCTIONAL LIMITATIONS: A COMPARATIVE ANALYSIS OF DATA FROM THE HALS SURVEY BETWEEN THE METROPOLITAN REGION OF MONTREAL AND THE PROVINCE OF QUÉBEC, 1986

Québec, just as the case of other industrialized countries, will experience considerable growth in the size of its elderly population over the next few decades. In this article, an analysis of data from the Health and Activity Limitation Survey (HALS) for the metropolitan region of Montreal (MRM) and for the province of Québec, conducted in 1986-87 by Statistics Canada, will show that the level of disabilities and the severity of handicaps are distinctly related to ageing. This raises central questions regarding the nature of the ageing process and on the pertinent policies to be adopted. Furthermore, significant spatial differences can be observed concerning the level of disabilities for various age groups. As such, the level of disabilities is generally lower in the MRM than in the rest of Québec, except among those aged 75 and over and for the worst degree of disability.

THOUÉZ Jean-Pierre, BUSSIÈRE Yves, PAMPALON Robert y CHICOINE Nathalie.  
ENVEJECIMIENTO Y LIMITACIONES FUNCIONALES: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA ESLA ENTRE LA REGIÓN METROPOLITANA DE MONTREAL Y LA PROVINCIA DE QUÉBEC, 1986

Quebec, como otros pases industrializados, experimentará un aumento considerable de su población de edad en el transcurso de las próximas décadas. En este artículo, el análisis de los datos de la Encuesta sobre la Salud y las Limitaciones de Actividades (Enquête sur

*la santé et les limitations d'activités, ESLA) en la región metropolitana de Montreal (RMM) y en Quebec, realizada en 1986-1987 por Estadísticas Canadá, demuestra que el nivel de las incapacidades y la gravedad de los handicaps están estrechamente relacionados con el envejecimiento. Ésto plantea una serie de interrogaciones centrales respecto a la naturaleza del proceso de envejecimiento, así como a las políticas a adoptar. Asimismo, se observan importantes diferencias espaciales en el nivel de incapacidades según distintos grupos de edades. Así, el nivel de incapacidades es generalmente inferior en la RMM que en el resto de Quebec, excepto para las personas de 75 años y más y para el peor nivel de incapacidad.*