

Université de Montréal

Incapacités et services de maintien à domicile chez les personnes âgées :
évolution récente au Québec

par
Carolyne Alix

Département de démographie
Centre interuniversitaire d'études démographiques
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en démographie

Août, 2005

© Carolyne Alix, 2005



HB

881

U54

2006

V.001

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Incapacités et services de maintien à domicile chez les personnes âgées :
évolution récente au Québec

présenté par :
Carolyne Alix

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Lisa Y. Dillon
présidente-rapporteuse

Jacques Légaré
directeur de recherche

Yves Carrière
codirecteur

Hani Guend
membre du jury

Mémoire accepté le
23 septembre 2005

RÉSUMÉ

Au Québec, l'augmentation du nombre et de la proportion de personnes âgées est appréhendée dans plusieurs domaines. L'un d'entre eux touche le maintien à domicile des futures personnes âgées. En effet, la taille importante des cohortes du baby-boom conjuguée à une faible fécondité pourrait poser certains défis pour la société québécoise. À l'aide des données de l'*Enquête sur la santé et les limitations d'activités* de 1986 de Statistique Canada et de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités* de 1998 de l'Institut de la statistique du Québec, cette recherche a permis d'identifier les facteurs associés à l'incapacité et à l'utilisation des réseaux d'aide chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant en ménage privé en 1986 et 1998. En effet, il a été possible de démontrer que les probabilités d'être atteint d'incapacité varient selon l'âge, le niveau d'éducation et l'état matrimonial. Pour ce qui est des probabilités d'utiliser les réseaux d'aide, les données des deux enquêtes ont confirmé que l'utilisation des réseaux d'aide varie selon certaines caractéristiques des individus comme la gravité de l'incapacité, l'âge, le sexe et le mode de vie. Il a aussi été possible de détecter une augmentation généralisée, mais non significative des probabilités d'être atteint d'incapacité et une diminution des probabilités d'utiliser les réseaux d'aide entre 1986 et 1998. La hausse des probabilités d'être atteint d'incapacité semble être attribuable à plusieurs facteurs tels que l'augmentation de l'incapacité légère, les changements méthodologiques et une sensibilisation accrue des répondants face à l'incapacité, et ce, entre 1986 et 1998. Les raisons qui ont conduit à la diminution des probabilités d'utilisation des réseaux d'aide sont cependant plus nébuleuses. Nous avons toutefois de bonnes raisons de croire que cette décroissance pourrait provenir d'un déséquilibre entre l'offre et la demande des réseaux de soutien à domicile informel et formel.

Mots-clés : personnes âgées, incapacité, services de maintien à domicile, réseaux de soutien, Québec, ESLA, EQLA

ABSTRACT

In Quebec, the rise in the number and the proportion of the elderly population is beginning to cause some apprehension in many areas. One such area of concern is the maintenance of the future elderly in their private domicile. In fact, the large proportion of the baby boom generation combined with a low fertility rate will represent certain challenges for Quebec society. With the aid of survey data obtained from the *Health and Activity Limitation Survey* of 1986 from Statistics Canada and the *Enquête québécoise sur les limitations d'activités* de 1998 from l'Institut de la statistique du Québec, this research permits us to identify the factors associated with disability and the use of social support networks in 1986 and 1998. Actually, it was possible to show that the probability of suffering a disability varied based on age, education level and marital status. Regarding the probability of using these social support networks, the research data found in the HALS and EQLA confirmed that the use of such networks varies based on the severity of disability, age, sex and lifestyle. The examination of these two surveys permit us to show a general increase in disability networks at home between 1986 et 1998. The increasing probability of suffering from a disability could be attributed to many factors such as the rise of mild disability, changes in methodology and the grown awareness of respondents faced with a disability between 1986 and 1998. The reasons that have led to the decrease in the probability of using social support networks are more nebulous. But, we have good reasons to believe that this stems from an imbalance between the supply and demand of informal and formal networks.

Keywords : elderly persons, disability, home care services, social support networks, Quebec, HALS, EQLA

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	III
ABSTRACT	IV
TABLE DES MATIÈRES	V
Liste des tableaux	VII
Liste des figures	X
Liste des abréviations	XI
DÉDICACE	XII
REMERCIEMENTS	XIII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE, RECENSION DES ÉCRITS ET OBJECTIFS	5
1.1 LA PROBLÉMATIQUE : LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, UN PHÉNOMÈNE NÉGATIF ?	5
1.1.1 <i>La définition de l'âge seuil</i>	6
1.1.2 <i>La longévité en santé</i>	7
1.1.3 <i>L'hétérogénéité intragénérationnelle et intergénérationnelle</i>	8
1.2 LA RECENSION DES ÉCRITS	11
1.2.1 <i>Les facteurs qui influencent l'hébergement en institution chez les aînés</i> ..	12
1.2.2 <i>Les personnes âgées vivant à domicile</i>	16
1.2.2.1 Les facteurs associés à l'incapacité chez les aînés	16
1.2.2.2 Les facteurs associés au besoin d'aide et à l'utilisation des réseaux d'aide chez les aînés en perte d'autonomie	21
1.2.2.3 Les caractéristiques associées à l'utilisation des différentes sources d'aide	27
1.3 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	30
CHAPITRE 2 : PRÉSENTATION DES ENQUÊTES, DES SOURCES DE DONNÉES ET DE LA MÉTHODOLOGIE	33
2.1 PRÉSENTATION ET DESCRIPTION DES ENQUÊTES	33
2.1.1 <i>Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986</i>	33
2.1.2 <i>Enquête québécoise sur les limitations d'activités de 1998</i>	34
2.1.3 <i>Sources de données et échantillons utilisés</i>	35
2.2 COMPARABILITÉ DES ENQUÊTES	35
2.2.1 <i>Le vieillissement de la population</i>	36
2.2.2 <i>Les aspects méthodologiques</i>	38
2.2.2.1. Effet de contexte	39
2.2.2.2. Plan de sondage	40
2.2.2.3 Choix du répondant	41
2.2.2.4 Mode de collecte	42
2.2.2.5 Période de collecte	43
2.2.2.6 Formation des intervieweurs	44

2.2.2.7 Questionnaires et critères de sélection	44
2.2.3 <i>Sensibilisation face à l'incapacité</i>	47
2.3 MÉTHODOLOGIE	48
2.3.1 <i>Traitement des variables indépendantes</i>	48
2.3.1.1 Variable « milieu résidentiel »	49
2.3.1.2 Variable « mode de vie ».....	49
2.3.1.3 Variable « éducation ».....	49
2.3.2 <i>Traitement des variables dépendantes</i>	50
2.3.2.1 Indicateur d'incapacité et échelle de pointage.....	50
2.3.2.2 Indicateur de l'utilisation des réseaux d'aide	54
2.3.3 <i>Échantillons utilisés</i>	56
2.3.4 <i>Pondération</i>	56
2.3.5 <i>Les méthodes d'analyse des données</i>	57
CHAPITRE 3 : LES RÉSULTATS	59
3.1 LES MODÈLES UTILISÉS.....	60
3.1.1 <i>Le modèle pour l'incapacité</i>	60
3.1.2 <i>Le modèle pour l'utilisation des services d'aide à domicile</i>	61
3.2 LES RÉSULTATS DU MODÈLE POUR L'INCAPACITÉ.....	61
3.2.1 <i>L'analyse descriptive</i>	61
3.2.2 <i>Les résultats de l'analyse multivariée pour l'incapacité</i>	70
3.3 LES RÉSULTATS DU MODÈLE POUR L'UTILISATION DES RÉSEAUX D'AIDE.....	76
3.3.1 <i>L'analyse descriptive</i>	76
3.3.2 <i>Les résultats de l'analyse multivariée pour l'utilisation des réseaux d'aide</i>	81
3.3.3 <i>Les tendances concernant les probabilités d'utilisation des réseaux pour les aînés en perte d'autonomie entre 1986 et 1998</i>	83
DISCUSSION ET CONCLUSION	86
BIBLIOGRAPHIE	90
ANNEXES	XIV
ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE	XXXIII

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 Proportions de personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité, Québec, 1986 et 1998	37
Tableau 2.2 Proportions standardisées de personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité, Québec, 1986 et 1998 (Population de base = 1998).....	37
Tableau 2.3 Structure de la population québécoise des 65 ans et plus, selon les groupes d'âges, 1986 et 1998	38
Tableau 2.4 Question de sélection au recensement de 1986	40
Tableau 2.5 Taux (en %) de non-réponse partielle selon la question sur l'incapacité, Québec, 1986 et 1998	45
Tableau 2.6 Système de pointage pour l'indicateur d'incapacité basé sur l'approche proposée par Ian McDowell (ESLA 1986).....	51
Tableau 2.7 Pointage maximal attribué à chacune des composantes de l'incapacité..	52
Tableau 2.8 Balises utilisées pour définir les différents types d'incapacité.....	53
Tableau 2.9 Pourcentages (non standardisés) des personnes âgées de 65 ans et plus, ayant une incapacité, Québec, 1986 et 1998	54
Tableau 2.10 Échantillons utilisés de répondants âgés 65 ans et plus, Québec, ESLA de 1986 et EQLA de 1998	56
Tableau 3.1 Répartition des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en ménage privé selon certaines caractéristiques, Québec, 1986 et 1998	62
Tableau 3.2 Distribution de la population de 65 ans et plus qui a répondu au QAA et celle qui n'a pas répondu au QAA selon certaines caractéristiques, Québec, 1998	65
Tableau 3.3 Distribution de la population de 65 ans et plus qui a répondu au QAA et celle qui n'a pas répondu au QAA selon la source d'aide, Québec, 1998 ...	66
Tableau 3.4 Distribution des personnes de 65 ans et plus selon si elles sont atteintes ou non d'incapacité, Québec 1986 et 1998	69
Tableau 3.5 Paramètres du modèle de régression logistique sur la probabilité d'être atteint d'incapacité, Québec, 1986 et 1998	72
Tableau 3.6 Probabilités pour une personne de 65 ans et plus d'être atteinte d'incapacité selon certaines caractéristiques, Québec 1986 et 1998.....	74
Tableau 3.7 Répartition des personnes âgées atteintes d'incapacité vivant en ménage privé selon certaines caractéristiques , Québec, 1986 et 1998	77
Tableau 3.8 Distribution des personnes âgées de 65 ans et plus atteintes d'incapacité qui utilisent les réseaux de soutien, Québec, 1986 et 1998	80
Tableau 3.9 Paramètres et rapports de risque du modèle de régression logistique pour l'utilisation des réseau d'aide, Québec, 1986 et 1998	82

Tableau 3.10 Probabilités pour une personne de 65 ans et plus atteinte d'incapacité d'avoir recours à un réseau de soutien selon certaines caractéristiques, Québec 1986 et 1998	84
Tableau A.2.1 Critères d'entrevue en face à face obligatoire, Enquête québécoise sur les limitations d'activité, 1998	xv
Tableau A.2.2 Description des questions utilisées de l'ESLA de 1986 et de l'EQLA de 1998 pour construire l'indicateur d'incapacité	xvi
Tableau A.2.3 Liste des variables utilisées et créées selon les enquêtes.....	xxi
Tableau A.2.4 Informations supplémentaires sur l'Enquête sociale et de santé et de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités de 1998	xxii
Tableau A.2.5 Exemple de question portant sur le groupe des aidants	xxiii
Tableau A.3.1 Degré de significativité des tests du khi-deux entre l'incapacité et les variables indépendantes avec et sans l'utilisation de l'effet de plan moyen	xxiv
Tableau A.3.2 Degré de significativité des tests du khi-deux entre l'utilisation des réseaux d'aide et les variables indépendantes avec et sans l'utilisation de l'effet de plan moyen.....	xxiv
Tableau A.3.3 Paramètres de la régression logistique binomiale sur la variable « incap » selon le codage régulier, Québec, 1986	xxv
Tableau A.3.4 Paramètres de la régression logistique binomiale sur la variable « incap » selon le codage régulier, Québec, 1998	xxvi
Tableau A.3.5 Paramètres de la régression logistique binomiale sur la variable « incap » selon le codage d'effets, Québec, 1986	xxvii
Tableau A.3.6 Paramètres de la régression logistique binomiale sur la variable « incap » selon le codage d'effets, Québec, 1998	xxviii
Tableau A.3.7 Paramètres de la régression logistique binomiale sur la variable « aide » selon le codage régulier, Québec, 1986	xxix
Tableau A.3.8 Paramètres de la régression logistique binomiale sur la variable « aide » selon le codage régulier, Québec, 1998	xxx
Tableau A.3.9 Paramètres de la régression logistique binomiale sur la variable « aide » selon le codage d'effets, Québec, 1986	xxxi
Tableau A.3.10 Paramètres de la régression logistique binomiale sur la variable « aide » selon le codage d'effets, Québec, 1998	xxxii
Tableau AA.1 Catégorisation des questions sur l'incapacité selon la composante compte tenu des changements subis entre les questionnaires de l'ESLA de 1986 et l'EQLA de 1998	xxxiv
Tableau AA.2 Proportions de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont répondu positivement à une question sur l'incapacité de la composante « ouïe », Québec, 1986 et 1998	xxxvi

Tableau AA.3 Proportions de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont répondu positivement à une question sur l'incapacité de la composante « vision », Québec, 1986 et 1998	xxxvii
Tableau AA.4 Proportions de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont répondu positivement à une question sur l'incapacité de la composante « élocution », Québec, 1986 et 1998	xxxviii
Tableau AA.5 Proportions de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont répondu positivement à une question sur l'incapacité de la composante « mobilité », Québec, 1986 et 1998	xxxix
Tableau AA.6 Proportions de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont répondu positivement à une question sur l'incapacité de la composante « agilité », Québec, 1986 et 1998	xli
Tableau AA.7 Proportions de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont répondu positivement à une question sur l'incapacité de la composante « problèmes cognitifs », Québec, 1986 et 1998	xliii
Tableau AA.8 Proportions de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont répondu positivement à une question sur l'incapacité de la composante « autre », Québec, 1986 et 1998	xliv

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1 Formule pour le modèle de régression logistique binomial	58
Figure 3.1 Pourcentage de personnes qui ont répondu au QAA selon la source d'aide utilisée, Québec, 1998	67
Figure 3.2 Probabilités pour une personne de 65 ans et plus d'être atteinte d'incapacité selon le sexe, Québec 1986 et 1998.	75
Figure 3.3 Probabilités pour une personne de 65 ans et plus atteinte d'incapacité d'avoir recours à un réseau de soutien selon le sexe, Québec, 1986 et 1998	85

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVC : Activités de la vie courante

AVD : Activités de la vie domestique

AVQ : Activités de la vie quotidienne

BDLC : Base de données sur la longévité canadienne

CADRISQ : Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ

CLSC : Centre local de services communautaires

DMDES : Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales

EQLA : Enquête québécoise sur les limitations d'activités

ESLA : Enquête sur la santé et les limitations d'activités

ESS : Enquête sociale et de santé

FQRSC : Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture

ISQ : Institut de la statistique du Québec

QAA : Questionnaire auto-administré

QRI : Questionnaire rempli par l'intervieweur

À mes grands-parents

REMERCIEMENTS

J'aimerais tout d'abord témoigner ma reconnaissance à mon directeur de recherche Monsieur Jacques Légaré pour son ouverture d'esprit, son expertise, sa patience et son appui financier.

Je tiens aussi à remercier mon codirecteur de recherche Monsieur Yves Carrière pour son expertise et ses conseils justes.

J'aimerais également souligner la contribution financière du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) lors de la rédaction de ce mémoire.

Par ailleurs, j'en profite pour remercier tous mes amis et les membres de ma famille qui m'ont encouragée, supportée et motivée tout au long de ce parcours. Des pensées toutes spéciales vont à :

Samuel Vézina, George Babalis et Sylvie Brunelle qui m'ont aidée lors de la révision linguistique ce mémoire ;

Le personnel, les étudiants, les professeurs ainsi que le directeur du département de démographie de l'Université de Montréal, Monsieur Robert Bourbeau.

Enfin, je ne peux oublier Marc, la personne merveilleuse avec laquelle je partage ma vie. Merci pour ton aide technique, tes encouragements, ta patience et ta présence.

INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, la plupart des pays industrialisés font face à une forte augmentation du nombre de personnes âgées et de la part relative qu'elles occupent au sein de la population. Le Québec ne fait notamment pas exception. En effet, pendant la première moitié du XX^e siècle, le rapport des 65 ans et plus au sein de la population québécoise s'est toujours maintenu à 5% environ. Ce n'est qu'à partir des années 50 que l'on note une accentuation significative du phénomène. Et depuis, cette proportion n'a cessé de prendre de l'ampleur pour atteindre 13% en 2001. Le nombre de personnes âgées, quant à lui, s'est multiplié par 12, passant de 78 000 à 959 000. Et les prévisions en terme de vieillissement vont dans le même sens que les tendances observées récemment. La société québécoise s'apprête effectivement à vivre une accélération du vieillissement de sa population sur une période beaucoup plus courte qu'ailleurs. Plus exactement, d'ici les 50 prochaines années, on s'attend à ce que non seulement le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus passe d'environ un million à plus de deux millions, mais que la proportion de ce groupe d'âges s'accroisse d'approximativement 130%, pour constituer au milieu du siècle présent près du tiers de la population de la province. Il va sans dire que l'évolution de l'âge médian et moyen est également à la hausse depuis ces mêmes décennies ainsi que pour celles à venir. En effet, l'âge médian au Québec était de 20,5 années en 1901 et a presque doublé pour atteindre 38,5 ans en 2001 (Duchesne, 2004). Il semble même d'après les perspectives démographiques de l'Institut qu'il pourrait atteindre un peu plus de 49 ans en 2051.

Par définition, le vieillissement de la population est une modification de la structure par âge de la population qui se traduit par une augmentation de la proportion des personnes âgées au sein de la population totale (Pressat, 1979). C'est un processus dynamique qui se caractérise non seulement par une proportion toujours plus grande de personnes âgées, mais aussi par le renouvellement constant de cette portion de la population (Carrière et Légaré, 1993).

Le vieillissement de la population québécoise ainsi que son accentuation à travers les années paraissent inéluctables et sont loin d'être exceptionnels. En effet, il prendra une ampleur considérable au cours des prochaines décennies compte tenu de l'arrivée des baby-boomers à l'âge de 65 ans. En plus de compter un nombre grandissant de personnes âgées, nous observerons aussi que les groupes d'âges les plus avancés (85 ans et plus, par exemple) prendront de plus en plus d'importance parmi la population totale (Desjardins, 1993). Selon les données des recensements canadiens, le nombre de grands vieillards, soit les 85 ans et plus, est passé, au Québec, d'environ 4 000 à 94 000 entre 1901 et 2001, soit dans une proportion allant de 0,2% à 1,3% pour les mêmes années.

Les causes du vieillissement de la population sont multiples et touchent principalement les changements qu'ont connus les différents phénomènes démographiques : fécondité, mortalité et migrations. La cause principale du vieillissement démographique réside dans la baisse de la fécondité (Légaré, 2001 ; Gauthier et Duchesne, 1994 ; Desjardins, 1993 ; Marcil-Gratton et Légaré, 1987 ; Pressat, 1979) et dans la transformation des comportements féconds. Cette baisse a entraîné une diminution progressive de l'importance relative des classes d'âges jeunes au sein de la population et, inversement, une augmentation de la part des classes d'âges plus élevés. La baisse de la mortalité a, quant à elle, aussi joué un rôle non négligeable dans le processus du vieillissement de la population. Elle a accentué le vieillissement démographique en gonflant les effectifs des classes d'âges élevés. Finalement, il ne faut pas sous-estimer le rôle de la migration internationale dans le processus du vieillissement de la population (Desjardins, 1993). Elle se manifeste par la sélection des individus en meilleure santé, ce qui leur permet de vivre plus longtemps et parfois même de jouir d'une plus grande longévité que la population locale.

Les facteurs connus jusqu'ici sont essentiellement la diminution rapide de la fécondité et, plus récemment, la transition épidémiologique qui s'est traduite par des évolutions dans les domaines de la santé et qui a généré un allongement de la vie

(Desjardins, 1993). Pour la majorité des pays industrialisés, le processus du vieillissement démographique est lié à la transition démographique. Cette transition est le passage d'un régime de haute fécondité et de forte mortalité à un régime de basse fécondité et de faible mortalité (Chesnais, 1986). Le vieillissement démographique est donc une des conséquences du contrôle de notre fécondité et de notre mortalité.

Si les causes du vieillissement de la population au Québec sont assez bien connues, on ne peut pas en dire autant de ses conséquences. En effet, le vieillissement démographique est à l'origine de nombreuses spéculations. Il existe dans la littérature une certaine crainte de l'accroissement du nombre d'aînés, souvent perçus comme des personnes à charge, des individus dont les besoins, et surtout les coûts de ces besoins, devront être supportés par la population active. Parmi les préoccupations liées au vieillissement de la population, on retrouve également des inquiétudes liées à la pénurie de main d'œuvre ainsi qu'à l'augmentation des charges sociales tant au niveau du système de soins de santé que des prestations de retraite. À ce sujet, Jean-Pierre Voyer (2003) pose cette question primordiale : « une société qui prévoit la réduction de sa population active peut-elle supporter les coûts supplémentaires des rentes de retraite et des soins de santé, engendrés par le départ à la retraite des baby-boomers ? ».

Sachant que les personnes âgées représenteront une fraction de la société dont l'importance n'a encore été jamais vue, et que ces dernières sont plus vulnérables du point de vue de leur santé et particulièrement lors de l'exécution des activités de tous les jours, il sera nécessaire de faire des ajustements d'ordre économique, social et politique (Desjardins, 1993). Parmi ces changements, nous pouvons noter ceux qui pourraient être apportés au système de santé et aux services liés au maintien à domicile chez les personnes âgées. En effet, depuis quelque temps, on favorise le vieillissement dans la communauté, plutôt qu'en institution, qui est une alternative moins coûteuse (Grabbe et al., 1995) et qui privilégie une majorité de personnes âgées qui préfère vivre au sein de leur communauté le plus longtemps possible (Frossard in Hébert et al., 1997). Or, demeurer à la maison pour une personne âgée

atteinte d'incapacité peut représenter un véritable défi. C'est pourquoi il est important de mieux comprendre les facteurs qui entraînent l'incapacité chez les personnes âgées ainsi que ceux qui influencent l'utilisation des réseaux de soutien à domicile chez les aînés en perte d'autonomie.

Ce mémoire propose donc de s'attarder à l'évolution récente de l'incapacité et de l'utilisation des réseaux d'aide chez les personnes âgées vivant à domicile au Québec en trois chapitres. Le premier aborde initialement la problématique de cette recherche pour ensuite présenter un survol des études qui discutent des facteurs qui influencent l'incapacité et l'utilisation des réseaux d'aide chez les aînés. Le deuxième chapitre consiste à présenter les enquêtes et la méthodologie inhérentes à ce mémoire. Il sera principalement question d'y aborder la problématique de la comparabilité des enquêtes ainsi que les indicateurs utilisés. Le troisième et dernier chapitre met en relation les éléments exposés dans les deux premières parties. Il présente et discute des résultats obtenus à l'aide des régressions logistiques. Il permet de détecter les caractéristiques qui influencent l'incapacité et l'utilisation des réseaux d'aide chez les aînés du Québec vivants à domicile et de vérifier s'il y a eu évolution de ces caractéristiques entre 1986 et 1998. Ces résultats permettront de mieux évaluer les besoins en services à domicile des personnes âgées de demain et ainsi favoriser leur maintien à la maison. Ceci constitue la finalité d'une recherche plus large menée par l'Équipe de recherche sur le vieillissement¹ dans laquelle s'inscrit ce mémoire, et qui est subventionnée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC).

¹ Jacques Légaré, Marie Amzallag, Yves Carrière et Janice Keefe.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE, RECENSION DES ÉCRITS ET OBJECTIFS

À l'instar de la majorité des pays industrialisés, le Québec fait face au vieillissement de sa population. Malgré certaines craintes, il semble que le vieillissement démographique ne s'avère pas si dramatique que certains le laissent présager. En effet, plusieurs éléments doivent être considérés pour bien comprendre les conséquences réelles du phénomène et ne pas le juger trop rapidement comme étant négatif. Ce chapitre sera donc composé de deux principales parties. La première présentera la problématique de ce mémoire et permettra de diminuer les craintes face au vieillissement démographique en discutant de l'âge seuil, de la longévité en santé et de l'hétérogénéité intra et intergénérationnelle. La deuxième partie mettra davantage l'accent sur les facteurs qui influencent l'incapacité et l'utilisation des réseaux d'aide chez les personnes âgées et permettra de bien définir le cadre théorique de notre recherche. Dans un premier temps, on explicitera la différence entre les aînés vivant à domicile et ceux en institution en abordant les facteurs qui influencent l'institutionnalisation chez les personnes âgées. Par la suite, un certain nombre de recherches qui discutent des facteurs associés à l'incapacité et à l'utilisation des réseaux d'aide chez les personnes âgées vivant à domicile seront passées en revue.

1.1 LA PROBLÉMATIQUE : LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, UN PHÉNOMÈNE NÉGATIF ?

Comme il a été mentionné plus tôt, la littérature est imprégnée d'appréhensions face au vieillissement de la population (Organisation de coopération et de développement économiques, 1998). Par exemple, le vieillissement démographique pourrait contribuer à accroître de façon substantielle les coûts reliés à la santé au cours des prochaines années et serait un obstacle incontournable à la viabilité du régime d'assurance maladie universel tel que connu au Québec jusqu'à maintenant (Carrière, 1996). Selon certains auteurs (Carrière, 1996 ; Carrière et Légaré, 1993), il existe deux principales raisons qui gonflent la facture des soins attribués aux personnes

âgées. La première réside dans le fait que les personnes âgées sont souvent présentées comme surconsommatrices de services de santé et, la deuxième, dans l'arrivée massive des baby-boomers à l'âge de 65 ans ainsi que l'amélioration de leur espérance de vie. Or, il est possible de diminuer les craintes liées au vieillissement en tenant compte de certains éléments tels que l'âge seuil, la longévité en santé et l'hétérogénéité intra et intergénérationnelle.

1.1.1 La définition de l'âge seuil

L'âge qui détermine la vieillesse, soit l'âge seuil délimitant de façon arbitraire d'un côté les personnes à charge et de l'autre les individus actifs, donne un effet alarmiste au vieillissement démographique. Au Québec, comme dans le reste du Canada et aux États-Unis, la majorité des études qui traitent des aînés retiennent encore le seuil de 65 ans pour déterminer si une personne est âgée. Or, depuis quelques années, on remet en question cette définition de l'âge « limite » (Gauthier et Carrière, 2003). L'âge de 65 ans marque, en fait, le début ou la fin de certains programmes gouvernementaux et est associé à l'âge de la retraite (Gauthier et Duchesne, 1994 ; Desjardins, 1993). Il était aussi autrefois relié aux conditions de vie de la vieillesse, caractérisées par la dépendance physique et économique des personnes qui la composaient (Légaré, 2004). Par contre, le seuil de 65 ans ne correspond plus, aujourd'hui, à cet état de vieillesse, car une grande majorité de la population atteint cet âge critique. En 2000 selon la *Base de données sur la longévité canadienne*², 83% des hommes et 90% des femmes au Québec atteignaient l'âge de 65 ans. En ce sens, Ryder (1975) a proposé une mesure de la vieillesse qui ne serait plus de compter le temps écoulé depuis la naissance, mais plutôt le nombre d'années à vivre. Si l'âge seuil était révisé selon la proposition de Ryder ou tout simplement établi à 80-85 ans (âge plus réaliste d'un état de dépendance physique et économique), le vieillissement perdrait de sa puissance alarmiste (Marcil-Gratton, 1990).

² <http://www.demo.umontreal.ca/CHMD/>

1.1.2 La longévité en santé

Si la majorité des adultes d'aujourd'hui passent le cap de 65 ans, ils sont aussi nombreux à atteindre le quatrième âge. La *Base de données sur la longévité canadienne* le démontre bien puisque 46% des hommes et 66% des femmes ont atteint l'âge de 80 ans en 2000. Puisque c'est surtout aux âges avancés que se développent les incapacités (Pampalon et al., 2001), plusieurs croient que l'augmentation de l'espérance de vie entraîne aussi une plus grande proportion de personnes âgées en état d'incapacité et de dépendance. Et c'est précisément à cet effet que l'on peut entrevoir le vieillissement démographique comme un problème majeur. De fait, on pourrait de façon simpliste arriver à la conclusion que l'amélioration de l'espérance de vie entraîne nécessairement des problèmes de santé graves, et donc une hausse incommensurable des coûts de santé.

La baisse de la mortalité s'est effectuée davantage aux âges élevés à la suite de nombreux changements dans les causes de décès observées. Autrefois, elles étaient majoritairement infectieuses et parasitaires, et sont devenues, suite aux améliorations apportées à l'hygiène personnelle, au niveau de vie, à la santé publique et aux progrès de la médecine, plus liées aux maladies chroniques, particulièrement présentes chez les personnes âgées (Martel, 2002). Ainsi, de nos jours, l'espérance de vie totale ne permet plus de faire un constat global (ou de résumer l'état de santé) sur la santé de la population étant donné l'importance prise par les maladies chroniques (Pampalon et al., 2001). Pour définir la santé de la population, il est plutôt utile d'utiliser un indicateur de l'état de santé comme l'espérance de santé ou l'espérance de vie sans incapacité qui indique le nombre moyen d'années que l'on peut espérer vivre sans incapacité. L'avantage de cet indicateur est qu'il combine la durée et la qualité de vie (Pampalon et al., 2001). Cependant, le lien entre l'espérance de vie totale et l'espérance de vie sans incapacité n'est pas simple. Même si aucune tendance claire entre ces deux concepts n'est observée lorsque toutes les formes d'incapacité ou de désavantage sont prises en compte, plusieurs chercheurs ont trouvé, au cours des dernières années, que les gains d'espérance de vie se sont accompagnés d'une

croissance rapide des années passées en état d'incapacité (Dillard, 1983 in Marcil-Gratton, 1990 ; Robine, 1989 ; Verbrugge, 1984).

D'autres chercheurs ont aussi noté, au cours des trente dernières années, une augmentation de l'espérance de vie et des incapacités en général, sans toutefois observer cette accentuation pour les incapacités sévères (Légaré, 2004 ; Rochon, 2004 ; Légaré, 2001 ; Pampalon et al., 2001 ; Robine et al., 1999 ; Waidmann et Manton, 1998). En fait, ils ont remarqué une progression parallèle de l'espérance de vie totale et de l'espérance de vie sans incapacité grave, ce qui témoigne d'un équilibre dynamique entre la durée et la qualité de vie. De plus, la hausse des incapacités légères qui accompagnent la croissance de l'espérance de vie peut simplement être le reflet d'une plus grande conscientisation de la population par rapport à leur santé (Saucier et Lafontaine, 2001) et ne concerne pas la majorité des aînés. Les progrès médicaux et en santé publique qui ont fait reculer la mort au niveau individuel et augmenter l'âge moyen au sein de la population semblent aussi avoir amélioré la santé chez la plupart des aînés.

Il semble donc, malgré le fait que l'espérance de vie a considérablement augmenté au cours du dernier siècle, que la plupart des personnes âgées ne souffrent pas de problèmes importants de santé et restent autonomes (Jenkins et al., 1997 ; Carrière 1996). Il serait donc faux de prétendre que l'allongement de la vie occasionne des coûts disproportionnés en soins de santé, car les personnes âgées vivent donc de plus en plus longtemps, et ce, sans incapacité/dépendance modérée ou sévère.

1.1.3 L'hétérogénéité intragénérationnelle et intergénérationnelle

La prise en compte de l'hétérogénéité intragénérationnelle et intergénérationnelle des personnes âgées permet aussi de relativiser la hausse appréhendée des coûts en soins de santé liée au vieillissement de la population. Tout d'abord, on ne peut considérer les personnes âgées comme un groupe homogène puisqu'il est démontré qu'au sein des générations actuelles, il n'y a pas d'homogénéité des comportements des aînés.

De fait, le profil de ces derniers varie en fonction d'un ensemble de caractéristiques économiques et sociodémographiques (Légaré et al., 1995). Il faut aussi tenir compte de l'évaluation qualitative de la population âgée. En effet, ce ne sont que certaines caractéristiques spécifiques qui conduisent à une forte utilisation de l'aide chez certains aînés. En effet, il a été démontré que, pour un même niveau d'incapacité, deux personnes n'expriment pas nécessairement le même besoin (Carrière, 1996).

De plus, on peut penser que les aînés de demain seront certainement différents de ceux d'aujourd'hui compte tenu d'une foule de facteurs comme leur situation socioéconomique et leur santé, lesquelles ne sont pas du tout comparables à celles que connaissent les personnes âgées d'aujourd'hui. Elles représentent deux réalités bien différentes (Légaré et al., 1995 ; Marcil-Gratton et Légaré, 1987), puisque leur vécu lors de leur vie active les aura dotés de caractéristiques différentes de celles de leurs aînés. De fait, les adultes d'aujourd'hui, et donc les personnes âgées de demain, seront plus instruits (Desjardins, 1993) et plus autonomes, et ce, particulièrement sur le plan financier. Plusieurs auteurs ont remarqué que les impacts des progrès enregistrés en matière de scolarisation au cours des dernières décennies touchent différents aspects de la vie dont la santé, c'est-à-dire que l'état de santé ainsi que les comportements en matière de santé sont liés au niveau d'éducation (Légaré et al., 1995). Finalement, l'évolution des comportements matrimoniaux comme la diminution de la taille des familles et l'éclatement du noyau familial (le recul de la nuptialité, la montée des unions libres, l'augmentation des séparations et des divorces) aura également pour conséquence de rendre les gens plus autonomes (Légaré et al., 1995). Effectivement, les périodes de vie sans conjoint favorisent l'indépendance : l'instabilité conjugale d'aujourd'hui pourrait rendre la vieillesse plus autonome (Marcil-Gratton et Légaré, 1987). Certains auteurs soulignent aussi l'importance de meilleures habitudes de vie adoptées par les adultes d'aujourd'hui qui se traduisent par les préoccupations grandissantes face aux problèmes associés à la santé (Marcil-Gratton, 1990). On pense ici à l'alimentation, la consommation de tabac et d'alcool, l'exercice physique, la pollution et les conditions de travail (Légaré et al., 1995).

Les caractéristiques sociodémographiques évolueront entre les générations d'aînés d'aujourd'hui et de demain, et ce, de façon différente entre les hommes et les femmes. En effet, ces dernières étaient autrefois plus vulnérables lors de la vieillesse que les hommes. Cependant, étant donné la plus grande égalité entre les sexes et une participation accrue des femmes sur le marché du travail (chez les aînés de demain comparativement à ceux d'aujourd'hui), on observera une meilleure situation financière chez les femmes âgées de demain. Les femmes sont de plus en plus actives sur le marché du travail et le retour au travail suite à une grossesse se fait de plus en plus précoce (Marcil-Gratton, 1990). Bref, l'autonomie financière, que ces dernières ont acquise au fil des années, aura un effet positif sur leur situation financière à la vieillesse (Marcil-Gratton et Légaré, 1987). Cette autonomie a été obtenue par un plus grand accès au système d'éducation, une plus grande expérience de travail, une croissance des revenus de travail, un accès accru aux régimes publics de retraite, une meilleure participation aux régimes de retraite privés ainsi que par la réduction dans le temps et l'espace des responsabilités parentales (Légaré et al., 1995). Tout ceci permettra aux futures retraitées, d'être mieux protégées financièrement et d'avoir des habitudes d'autonomie économique plus développées (Légaré et al., 1995 ; Marcil-Gratton et Légaré, 1987).

En somme, lorsque la perception négative du vieillissement démographique prédomine, c'est que nous associons la vieillesse de demain aux problèmes que connaissent les personnes âgées d'aujourd'hui ainsi qu'aux caractéristiques qui leur sont associées. Une telle représentation négative du vieillissement de la population ignore totalement les transformations qualitatives que les personnes âgées auront vécu tout au long de leur vie étant donné les changements entre les conditions et leurs habitudes de vie d'une génération à l'autre (Légaré et al., 1995), en termes d'éducation, d'expérience de travail, de sécurité financière, de vie matrimoniale et d'attitudes face à la santé (Marcil-Gratton et Légaré, 1987). En considérant ces évolutions, certains auteurs ont de bonnes raisons de croire que l'état de santé des aînés de demain s'améliorera, ce qui influencera probablement l'utilisation des

services de maintien à domicile. Par conséquent, l'augmentation de la demande auprès du réseau sociosanitaire du Québec ne suivra donc pas nécessairement un rythme d'accroissement identique à celui de la population âgée (Légaré et al., 1995). On ne peut donc conclure que le vieillissement démographique conduira à une hausse vertigineuse des coûts reliés à la santé sans d'abord étudier les caractéristiques reliées à l'utilisation de ces services chez les aînés. Bref, le vieillissement démographique mettra de la pression sur le système de services de maintien à domicile, mais cette pression sera pondérée par l'évolution de nombreuses caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées ainsi que par celles de leur environnement (Carrière, 1996 ; Carrière et Légaré, 1993).

Les différents points abordés précédemment permettent de démystifier le vieillissement de la population et cesser d'y prêter, sur le plan individuel et collectif, des attributs négatifs. Tout d'abord, il a été prouvé que l'âge de 65 ans pour définir le seuil de la vieillesse est aujourd'hui désuet, puisque la majorité des adultes d'aujourd'hui y accèdent. Ensuite, il ne faut pas non plus perdre de vue que les pertes de qualité de vie qui accompagnent l'augmentation de l'espérance de vie, observées au cours des dernières années, concernent principalement des incapacités légères. Les limitations plus sévères semblent en effet s'être stabilisées depuis quelques années. Finalement, la considération de l'hétérogénéité intragénérationnelle et intergénérationnelle montre que les personnes âgées ne partagent pas les mêmes caractéristiques et ne se ressemblent pas non plus lorsqu'elles font partie d'une même génération. Il est donc clair que, lorsque l'on considère ces points, le vieillissement démographique apparaît moins alarmant.

1.2 LA RECENSION DES ÉCRITS

Il n'en reste pas moins qu'un nombre considérable de baby-boomers atteindront la vieillesse au même moment. À partir de 2011, la première cohorte du baby-boom parviendra à l'âge « critique » de 65 ans. Par conséquent, des adaptations au niveau de l'organisation de la société et des dépenses publiques sont à prévoir si l'on veut

garder ces futurs vieillards à domicile. Bien qu'ils disposeront de caractéristiques différentes de ceux d'aujourd'hui, les aînés de demain auront probablement aussi des besoins distincts. Ils seront en effet peut-être plus exigeants étant donné les meilleures conditions de vie qu'ils auront connues tout au long de leur vie. Cette recension des écrits permettra de détecter les facteurs qui semblent influencer l'incapacité et l'utilisation des réseaux d'aide chez les personnes âgées à domicile. Cependant, nous devons faire une distinction entre les aînés vivant en institution et ceux vivant en ménage privé en présentant dans un premier temps les caractéristiques liées à l'institutionnalisation et deuxièmement celles liées à l'incapacité et à l'utilisation des réseaux d'aide chez les aînés vivant à domicile.

Le vieillissement de la population entraînera des réajustements tant au niveau de l'institutionnalisation que des services d'aide à domicile. L'état de santé et les besoins en soins et en services médicaux sont probablement les principaux facteurs de décision quant au choix de résidence de la personne âgée. Certains aînés sont placés en institution alors que d'autres préfèrent et réussissent à demeurer à domicile une bonne partie de leur vie. Par conséquent, il n'y a aucun doute que ces types d'hébergement sont influencés par certains facteurs. Cette section suggère de faire une distinction entre les principaux facteurs qui influencent l'hébergement en institution comparativement à ceux qui déterminent l'hébergement à domicile.

1.2.1 Les facteurs qui influencent l'hébergement en institution chez les aînés

Tout d'abord, il a été démontré que le choix du mode d'hébergement d'une personne âgée dépend de l'interdépendance entre ses caractéristiques sociodémographiques, son état de santé et l'éventail de services offerts (Pelletier, 1992). Parmi les caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes âgées influant sur l'institutionnalisation, on dénombre l'âge, le sexe, la situation conjugale (ou l'état matrimonial), le profil socioéconomique, l'état de santé ainsi que la province de résidence.

L'âge et le sexe sont des caractéristiques prédominantes. Plusieurs études ont démontré l'existence d'une relation positive entre l'institutionnalisation et l'âge (Jenkins et al., 1997 ; Carrière et Pelletier, 1995 ; Légaré et al., 1995 ; Pelletier, 1992). En effet, ce sont les groupes plus âgés (85 ans et plus) qui connaissent un risque plus élevé de vivre en institution. Le sexe joue par ailleurs un rôle sur le risque d'hébergement chez les aînés. Les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à vivre en institution. Il semble aussi que le poids considérable des femmes parmi la population âgée en institution est le fruit d'un ensemble de caractéristiques qui semble davantage affliger les femmes que les hommes (Légaré et al., 1995).

De plus, le fait que les femmes, plus souvent que les hommes, vivent en institution est compréhensible lorsque l'on réalise qu'à âge égal, les femmes sont plus souvent veuves que les hommes et sont donc plus souvent seules. Ce déséquilibre résulte de l'écart d'âge au mariage qui favorise les femmes, le tout conjugué à une surmortalité masculine (Pelletier, 1992). Il découle également du fait que les hommes veufs se remarient plus souvent que leurs homologues féminins (Légaré et al., 1995). La situation conjugale des personnes âgées est donc une variable qui est susceptible d'influencer la probabilité d'hébergement en institution. Il a été démontré en outre que les personnes mariées sont moins nombreuses à vivre en institution que les autres (Pelletier, 1992). Une durée de vie en couple plus longue ainsi que la présence d'un conjoint survivant (Pelletier, 1992) auraient aussi pour effet de réduire l'incidence de l'hébergement en institution.

Plusieurs études ont démontré que le profil socioéconomique de la personne âgée a une incidence sur la probabilité d'être hébergée en institution. Il semble que ce sont les personnes les moins scolarisées et qui ont des revenus plus faibles qui sont plus sujettes à vivre en institution, du moins chez les hommes. Au contraire chez les femmes, la probabilité de vivre en institution est plus forte chez les plus scolarisées (Pelletier, 1992). Cet auteur a aussi avancé qu'étant donné que l'instruction est un facteur déterminant d'une certaine qualité de vie et d'une meilleure santé, il serait par conséquent le gage d'une plus grande longévité, ce qui repousserait à un âge plus

élevé la demande de soins en institution. D'autres auteurs ont par ailleurs observé une corrélation négative avec les ressources économiques et l'institutionnalisation ; une faible situation financière aurait pour effet d'augmenter les chances d'être hébergé en institution (Carrière et Pelletier, 1995 ; Légaré et al., 1995).

Le recours à l'hébergement en institution n'est pas uniquement conditionné par le profil sociodémographique et socioéconomique de la personne âgée. Son état de santé et ses besoins en soins et en services médicaux sont probablement des facteurs de décision essentiels quant à son choix de résidence (Mutchler et Burr, 1991 in Pelletier, 1992). En effet, selon différentes recherches (Carrière, 1996 ; Carrière et Pelletier, 1995 ; Carrière et Légaré, 1993), il a été démontré que la mauvaise santé est significativement associée à un risque plus élevé d'hébergement en institution. La présence d'une invalidité ou d'un sérieux problème de santé ferait ainsi augmenter la probabilité de se retrouver en institution.

Manton (1987) a aussi proposé une réflexion plus économique démontrant que l'utilisation des ressources d'hébergement s'appuie sur la loi de l'offre et de la demande. Si cette demande est liée à l'offre de services, aux besoins médicaux ainsi qu'aux caractéristiques démographiques et socioéconomiques de la population, l'offre, quant à elle, est affectée par des modalités organisationnelles et administratives telles la disponibilité, l'accessibilité et le financement des services (Pelletier, 1992). En effet, certaines recherches faites sur le Canada ont démontré que la province de résidence joue un rôle dans le risque d'être un jour hébergé en institution. Carrière (1996) a trouvé que c'est au Québec et dans les Prairies, parmi l'ensemble du Canada, que le risque d'hébergement en institution est le plus élevé. Ces disparités provinciales peuvent s'expliquer tout particulièrement par des programmes de services et de santé différents d'une province à l'autre. En effet, certaines provinces axent leurs programmes sur le maintien à domicile ou sur le rôle traditionnel de la famille dans le support des personnes âgées.

Bref, si l'on compare les aînés vivant en ménage privé à ceux vivant en institution, on remarque que ces derniers sont souvent plus affligés d'incapacités graves et qu'ils souffrent proportionnellement moins d'incapacités légères et modérées (Légaré et al., 1995). En effet, c'est souvent la présence de problèmes cognitifs sévères ou de douleurs intenses qui empêchent les aînés de vivre à domicile et qui les obligent à aménager dans un établissement (Lafrenière et al., 2003 ; Trottier et al., 2000). De plus, nous remarquons que ce sont les femmes très âgées en perte d'autonomie et vivant seules qui sont les plus susceptibles de vivre en institution.

Que nous réserve l'avenir en matière d'institutionnalisation ? Il apparaît que le nombre de personnes qui vivront en institution pourrait augmenter étant donné l'arrivée des cohortes du baby-boom aux âges plus élevés. Cependant, il semble que la proportion de personnes vivant en institution ne pourra jamais être plus importante que celle des individus vivant en ménage privé, et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'hébergement à domicile est moins coûteux et par conséquent plus avantageux pour la société. Les personnes âgées préfèrent, par ailleurs, demeurer à domicile même lorsqu'elles sont en perte d'autonomie. En deuxième lieu, on peut affirmer que les aînés de demain seront probablement en meilleure santé étant donné, entre autres, un niveau d'éducation plus élevé. Ceci pourrait contribuer à une qualité de vie supérieure et ainsi diminuer les probabilités des futures personnes âgées d'être hébergées en institution. Le rétrécissement de l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les hommes et les femmes observé au cours des dernières années (Nault, 1997) est aussi un facteur qui pourrait contribuer à diminuer la proportion de personnes âgées vivant en institution au profit de celles vivant en ménages privés. En effet, la diminution de cet écart ferait en sorte que moins de femmes se retrouveront veuves et seules à leur vieillesse, qui ont par ailleurs des probabilités plus élevées de vivre en institution. Finalement, nous remarquons que la très grande majorité des aînés du Québec d'aujourd'hui vit en ménage privé. C'est pour cette raison que nous allons, dans cette deuxième section, nous intéresser aux facteurs qui influencent l'incapacité et l'utilisation des réseaux d'aide chez les aînés vivant à domicile et présenter différents travaux qui en traitent.

1.2.2 Les personnes âgées vivant à domicile

Comme démontré précédemment, le vieillissement de la population est inévitable. Il est donc clair que la proportion d'aînés au sein de la population totale sera de plus en plus importante au cours des prochaines années. Parmi ces personnes âgées, certaines seront en meilleure santé que d'autres, et les plus vieilles seront par ailleurs davantage susceptibles de souffrir de problèmes de santé chroniques, d'être limitées et de dépendre d'autrui pour vaquer à leurs activités de la vie quotidienne (Shields et Chen, 1999). Le fait qu'une personne âgée soit atteinte d'incapacité ou non joue un rôle fondamental dans l'utilisation des services d'aide à domicile. La gravité de l'incapacité joue également un rôle prépondérant dans la demande d'aide. En effet, une personne atteinte d'incapacités plus sévères aura davantage de difficultés à exécuter les activités de la vie quotidienne (AVQ)³ et demandera plus souvent de l'aide qu'une autre atteinte d'incapacités légères. Il est donc impératif de mieux connaître les particularités de cette population âgée et plus particulièrement celles qui conduisent à l'incapacité. En connaissant ces caractéristiques, il sera possible de prévenir et d'apaiser les conséquences du vieillissement de la population, de tenter de les réduire et de mieux comprendre ce qui aide les aînés à demeurer en bonne santé et autonomes tout au long de leur vieillesse.

1.2.2.1 Les facteurs associés à l'incapacité chez les aînés

Plusieurs enquêtes ont révélé que certains éléments sont spécifiques aux personnes qui souffrent d'incapacité et que les caractéristiques démographiques et socioéconomiques de ces personnes diffèrent de celles des personnes qui ne sont pas victimes d'incapacité (Statistique Canada 1994, 1990). La plupart des études, présentées dans cette partie du travail, discutent des différences entre les personnes

³ Les activités de la vie quotidienne (AVQ) sont des fonctions indispensables au maintien de la vie. Parmi ces activités, on peut compter les activités comme se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir, aller à la toilette, contrôler ses sphincters ainsi que les déplacements à l'intérieur de la maison (Légaré et al., 1995).

avec et sans incapacité⁴. Il est possible de les regrouper en trois principales catégories, soit les caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques et les autres.

Parmi les caractéristiques sociodémographiques qui semblent influencer l'incapacité, on retrouve le sexe, l'âge et l'état matrimonial. Plusieurs études ont démontré que ces attributs jouent un rôle quant à la présence ou l'absence d'incapacité chez un individu ainsi qu'à son degré d'intensité. Des chercheurs ont confirmé que les femmes souffrent plus souvent d'incapacité que les hommes (Saucier et Lafontaine, 2001 ; Wilkins, 2000 ; Statistique Canada, 1994 ; Secrétariat d'État du Canada, 1986). Toutefois, lorsqu'on tient compte du fait que la structure par âge des femmes est plus vieille que celle des hommes, il apparaît que les taux d'incapacité sont presque les mêmes (Gauthier et Duchesne, 1994 ; Saucier et Lafontaine, 1991). Il semble aussi que les femmes déclarent un degré d'incapacité plus fort que les hommes. En fait, elles souffrent moins d'incapacités légères que les hommes, mais plus d'incapacités modérées et davantage d'incapacités graves (Légaré et al., 1995 ; Desjardins, 1993 ; Saucier, 1992).

D'autres ont mis en évidence les liens entre l'incapacité et l'âge. Chez le sexe masculin comme chez le sexe féminin, la population avec incapacité affiche une structure par âge beaucoup plus vieille que celle sans incapacité. En effet, il a été démontré à maintes reprises que les taux d'incapacité augmentent avec l'âge (Gosselin et al., 2001 ; Saucier et Lafontaine, 2001 ; Wilkins, 2000 ; Statistique Canada, 1994 ; Desjardins, 1993 ; Saucier et Lafontaine, 1991 ; Secrétariat d'État du Canada, 1986) et que le nombre d'incapacités se multiplie aussi avec l'âge (Gosselin et al., 2001). Ce constat est également vérifié, peu importe le niveau de gravité ou la nature de l'incapacité observée (Saucier et Lafontaine, 2001 ; Saucier, 1992 ; Saucier et Lafontaine, 1991). Rochon (2004) a cependant remarqué que l'effet d'âge est plus prononcé lorsque l'on considère un état plus grave. En effet, les niveaux de gravité

⁴ Ces différences s'appliquent à la population de 15 ans et plus. Généralement, les résultats reflètent aussi la situation de la population âgée de 65 ans et plus. À moins d'avis contraire, les résultats présentés dans cette section sont aussi extrapolables aux aînés.

des taux d'incapacité s'accroissent en fonction de l'âge (Légaré et al., 1995 ; Saucier, 1992 ; Secrétariat d'État du Canada, 1986).

Lorsque l'on examine la situation conjugale des individus atteints d'incapacité par rapport à celle des gens qui n'en souffrent pas, on remarque qu'ils sont plus nombreux à être veufs, divorcés ou séparés (Guillemette et al., 2001). De fait, plusieurs études ont montré que les personnes mariées ou en union de fait souffrent moins d'incapacité que les non mariées (Guillemette et al., 2001 ; Légaré, et al., 1995). Les personnes ayant une incapacité comptent aussi une proportion moindre de célibataires que la population sans incapacité (Guillemette et al., 2001). Ces conclusions sont aussi accentuées par les modalités de vie des personnes avec incapacité. En effet, selon Statistique Canada (1994), les personnes avec incapacité sont moins susceptibles de vivre dans un ménage familial.

Parmi les caractéristiques socioéconomiques, on retrouve le niveau de scolarité et la situation économique. Même si plusieurs études présentent des indicateurs différents concernant le niveau d'instruction et la situation économique, nous trouvons des résultats généraux similaires. En somme, nous observons que les personnes ayant une incapacité sont en général moins instruites que celles sans incapacité (Guillemette et al., 2001 ; Wilkins, 2000 ; Secrétariat d'État du Canada, 1986). Il a par ailleurs été possible de détecter dans la recension des écrits que les gens qui ont un niveau d'éducation plus élevé souffrent moins de restrictions d'activités et que la sévérité de ces incapacités est moindre comparativement aux individus qui ont un niveau d'éducation plus faible (Légaré et al. 1995). En effet, le groupe de personnes ayant des incapacités légères présente un pourcentage plus important d'individus ayant fait des études postsecondaires ou universitaires (Guillemette et al., 2001). Ceci n'est pas étonnant, car selon plusieurs auteurs, il semble qu'il existe une relation claire entre l'éducation et la qualité de vie (Chen et Millar 2000 ; Légaré et al., 1995 ; Marcil-Gratton, 1990).

À l'instar des indicateurs de scolarité, ceux sur la situation économique des individus atteints d'incapacité révèlent aussi que ces personnes affichent une situation plus défavorable comparativement aux autres (Guillemette et al., 2001). En effet, ces personnes ont des revenus moins élevés que celles qui ne souffrent pas d'incapacité (Wilkins, 2000 ; Statistique Canada, 1994 ; Secrétariat d'État du Canada, 1986). De plus, la population avec incapacité compte de plus fortes proportions d'individus vivant dans un ménage considéré comme très pauvre (Guillemette et al., 2001). Ces auteurs suggèrent même que l'évaluation subjective qu'un individu fait de sa situation financière serait un bon indicateur de son statut économique global. Par exemple, ils notent que les hommes et les femmes se considérant comme à l'aise financièrement sont nettement moins nombreux en proportion dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité et ainsi, inversement, les personnes ayant une incapacité affirment plus souvent être pauvres ou très pauvres.

La situation économique des individus ayant une incapacité varie aussi selon la gravité de l'incapacité et sa nature. En effet, les individus ayant une incapacité modérée ou grave ont des revenus personnels moindres que ceux dont l'incapacité est qualifiée de légère. De même, les personnes qui ont une incapacité légère profitent d'une situation financière plus favorable que celles ayant une incapacité modérée ou grave (Guillemette et al., 2001). La recension des écrits révèle par ailleurs qu'il existe des liens entre le revenu personnel et la nature de l'incapacité (Guillemette et al., 2001). On découvre que ce sont les personnes qui souffrent d'incapacité de nature non précisée ou d'incapacité liée à l'ouïe qui se retrouvent parmi la catégorie de revenu plus élevé, soit 30 000\$ et plus, tandis que ce sont les personnes atteintes d'incapacités intellectuelles ou de santé mentale qui ont des revenus plus faibles. De plus, on ne détecte pas d'association entre la présence d'une incapacité liée à la vision ou à la parole et le revenu personnel. Cependant, selon Guillemette et ses collègues (2001), il n'y a pas de différence quant à la situation économique entre les personnes avec et sans incapacité chez les 65 ans et plus.

D'autres caractéristiques, comme les habitudes de vie et le milieu résidentiel, ont aussi un impact sur l'incapacité des personnes âgées. En effet, parmi les déterminants clés de la santé d'une population figurent les habitudes de vie. Plusieurs comportements sont en cause comme l'alimentation, la pratique d'activités physiques et la consommation de différentes substances, dont le tabac et l'alcool (Rochon, 2004). Parmi la population avec incapacité on découvre une plus grande proportion d'individus ayant des habitudes de vie moins saines que celle sans incapacité comme la consommation d'alcool et de tabac, la mauvaise alimentation, le manque d'activités physiques, etc. Le surpoids peut aussi être un bon indicateur de mauvaises habitudes de vie, car il résulte à la fois de l'alimentation, de la consommation d'alcool et du manque d'activité physique (Rochon, 2004).

L'analyse de l'incapacité selon le milieu résidentiel ne fait cependant pas l'unanimité. En effet, quelques chercheurs ont trouvé des résultats différents. Selon Saucier et Lafontaine (2001), il semble que le milieu résidentiel des personnes âgées n'a pas d'impact sur leurs niveaux d'incapacité. Par contre, Légaré et ses collaborateurs (1995) ont démontré dans leurs études que les niveaux d'incapacité sont légèrement plus importants en milieu urbain non métropolitain qu'en milieu métropolitain ou rural (Légaré et al., 1995). Les données fournies par le Secrétariat d'État du Canada (1986) proposent au contraire que les taux d'incapacité sont plus élevés en zone rurale qu'en milieu urbain.

Ces différences entre les caractéristiques révèlent que les personnes ayant une incapacité présentent généralement un profil socioéconomique défavorable avec des niveaux d'éducation et des revenus moindres comparativement au reste de la population. De plus, le fait que les personnes âgées soient dans de plus grandes proportions veuves ou divorcées et vivent seules, montre que les aînés atteints d'incapacité risquent plus d'être isolés socialement que les autres si les tendances se maintiennent (Guillemette et al., 2001). Il semble cependant que plusieurs de ces caractéristiques sont reliées entre elles et que le lien causal entre ces dernières n'est pas toujours évident. Par exemple, on peut penser qu'un faible niveau d'éducation

peut expliquer un revenu moins élevé. Par conséquent, un revenu modeste ne conduirait pas nécessairement à une incapacité.

1.2.2.2 Les facteurs associés au besoin d'aide et à l'utilisation des réseaux d'aide chez les aînés en perte d'autonomie

D'ici 2031, la population âgée de 85 ans ou plus, devrait avoir plus que triplée au Québec. Cela signifie qu'il s'opérera une augmentation considérable du nombre de personnes en perte d'autonomie impliquant un accroissement potentiel de la demande de services de soutien à domicile. Ces services s'adressent principalement aux personnes âgées atteintes d'incapacité dans le but de répondre à leurs besoins à domicile dans l'exécution des activités de tous les jours. Puisque les coûts en institution sont plus élevés que ceux liés à l'hébergement à domicile et que des cohortes de plus en plus nombreuses arrivent à l'âge de la vieillesse, on favorise l'élaboration d'une politique de services de maintien à domicile (Carrière, 1996 ; Grabbe et al., 1995). Le financement des services formels dans le milieu de vie a été proposé comme un moyen de réduire le coût des soins de longue durée associé au placement en établissement (Chen et Wilkins, 1998). En effet, en dispensant des services de maintien à domicile à une personne âgée, on peut empêcher ou retarder son placement en établissement.

Il a été démontré précédemment que l'état de santé des personnes âgées de demain dépend de plusieurs facteurs. De la même façon, le besoin d'aide et l'utilisation des réseaux d'aide informel et formel dépendent non seulement de l'incapacité, mais aussi de plusieurs autres aspects démographiques et socioculturels. Le but de ce travail est de présenter les liens existants entre la perte d'autonomie chez les personnes âgées, leurs besoins et leur utilisation spécifiques en services de maintien à domicile ainsi que les caractéristiques qui sont associées aux besoins d'aide et à l'utilisation des réseaux.

Avant de discuter des différentes études qui traitent des facteurs associés au besoin d'aide et à l'utilisation des réseaux d'aide, il y a tout d'abord lieu de présenter la différence entre les termes « besoin d'aide » et « utilisation des réseaux d'aide ». Le besoin d'aide est en fait une mesure de la performance des individus dans l'exécution des activités de tous les jours (Carrière, 1996). L'utilisation des réseaux d'aide sert plutôt à identifier si la personne âgée utilise ou non de l'aide en raison d'un besoin, soit d'une perte d'autonomie. En fait, un individu peut avoir un besoin d'aide sans toutefois utiliser un réseau d'aide. Les réseaux d'aide à domicile utilisés pour répondre aux besoins d'aide des personnes en état d'incapacité sont les réseaux informel, formel et mixte. Voici donc ce que nous avons retenu de la recension des écrits.

Carrière et ses collègues (2002) ont démontré que certains facteurs sont associés à la probabilité qu'une personne âgée en perte d'autonomie vivant à domicile reçoive de l'aide et que cette aide provienne des réseaux informel, formel ou mixte. D'autres soulignent l'importance de prendre en considération l'évolution des caractéristiques sociodémographiques, compte tenu du fait qu'elles influencent l'utilisation des réseaux d'aide (Légaré et al., 1995). Ces mêmes chercheurs ont trouvé que l'utilisation des réseaux d'aide chez les personnes âgées varie selon certains facteurs liés, tant à l'individu qu'à son environnement, et ce, pour un même niveau d'incapacité enregistré. Grabbe et al. (1995) suggèrent même que ces caractéristiques sont fortement liées aux facteurs familiaux.

Nous allons donc présenter les facteurs qui influencent le besoin et l'utilisation des services de maintien à domicile chez les aînés en perte d'autonomie. On peut les classer sous différentes catégories, soit les caractéristiques liées à la santé, les caractéristiques démographiques liées à l'individu et à la situation familiale ainsi que les caractéristiques socioéconomiques.

Il existe plusieurs variables associées à l'état de santé qui influencent le besoin d'aide à domicile et son utilisation. Parmi ces variables, on retrouve l'état de santé, le statut fonctionnel, l'intensité et le type d'incapacité ainsi que les comportements relatifs à la santé. L'état de santé, ou plutôt la mesure agrégée de la santé fonctionnelle, est la variable la plus déterminante du besoin d'aide et de l'utilisation des services de santé (Carrière et al., 2002 ; Carrière, 1996 ; Grabbe et al., 1995). La gravité de l'incapacité est aussi très influente quant au besoin d'aide (Légaré et al., 1995). Certaines études ont démontré que les personnes ayant des problèmes de santé importants ont une plus grande probabilité d'avoir un besoin d'aide élevé et de recevoir de l'aide pour l'exécution d'au moins une activité de la vie de tous les jours (Carrière et Martel, 2003 ; Lafontaine et al., 2001 ; Légaré et al., 1995). En effet, le statut fonctionnel de l'individu peut donner une bonne idée de l'état de santé de ce dernier en mesurant le niveau d'incapacité par exemple. Ce statut fonctionnel qui est souvent mesuré par les activités de tous les jours est souvent identifié comme un déterminant clé du besoin d'aide et de l'utilisation de ces services, du moins pour les incapacités modérées et sévères (Grabbe et al., 1995).

Le type d'incapacité peut aussi influencer le besoin d'aide. Selon Lafontaine et ses collègues (2001), la proportion de personnes ayant besoin d'aide est plus élevée chez celles ayant une incapacité liée à la parole, la mobilité, l'agilité, la vision, les activités intellectuelles et la santé mentale que celles n'étant pas affectée par ce type d'incapacité. À l'inverse, la proportion de personnes ayant une incapacité liée à l'audition ou de nature non spécifiée ont moins souvent besoin d'aide que les autres.

Les comportements et attitudes relatifs à la santé jouent également un rôle majeur quant au besoin d'aide à domicile et son utilisation. Les travaux de Légaré et ses collaborateurs (1995) ont démontré que les comportements face à la santé ont un effet statistiquement significatif sur l'expression du besoin d'aide. De fait, de mauvaises habitudes de vie traduisent une certaine insouciance vis-à-vis la santé et une moindre utilisation des services de santé d'ordre préventifs, et conséquemment une utilisation plus intense des services d'ordre curatif. L'insouciance pourrait par ailleurs inciter les

personnes qui ont de mauvaises habitudes de vie à exprimer un besoin d'aide inférieur à celles considérées comme ayant de bonnes habitudes de vie : « de bonnes habitudes de vie sont, toutes choses étant égales par ailleurs, corrélées à un besoin d'aide plus élevé » (Légaré et al., 1995).

Certaines caractéristiques démographiques propres à l'individu ou à sa situation familiale influencent le besoin et l'utilisation des services de maintien à domicile. Parmi les caractéristiques liées à l'individu lui-même, on trouve l'âge, le sexe et l'origine ethnique. Plusieurs études démontrent que le besoin d'aide augmente considérablement avec l'âge (Lafontaine et al., 2001 ; Chen et Wilkins, 1998 ; Légaré et al., 1995). L'avancement en âge est aussi associé à une plus grande utilisation des services à domicile (Carrière et al., 2002 ; Carrière, 1996 ; Grabbe et al., 1995).

Le sexe est aussi important pour déterminer le besoin et l'utilisation des services de maintien à domicile. En effet, dans les deux cas, de nombreux chercheurs ont confirmé que les femmes utilisent davantage les services à domicile (Carrière et al., 2002 ; Carrière, 1996 ; Grabbe et al., 1995) et qu'elles expriment un plus grand besoin d'aide (Lafontaine et al., 2001 ; Légaré et al., 1995). Cet écart existant entre les sexes peut s'expliquer par certaines caractéristiques socioculturelles ou économiques, notamment par la nature des tâches à réaliser (Lafontaine et al., 2001 ; Légaré et al., 1995) surtout en ce qui concerne les activités de la vie domestique (AVD)⁵ qui sont souvent associées à l'activité domestique des femmes. De plus, les femmes semblent avoir moins recours à des ressources externes en raison de leur niveau socioéconomique souvent inférieur à celui des hommes. L'effet d'âge est d'autant plus important puisque les femmes ont généralement une espérance de vie plus élevée que les hommes, qu'elles sont proportionnellement plus nombreuses aux âges avancés et plus souvent seules (Lafontaine et al., 2001).

⁵ Parmi les activités de la vie domestique (AVD) qui sont aussi appelées « activités instrumentales de la vie quotidienne » (AIVQ), on peut compter les activités comme les achats d'épicerie et de produits essentiels, l'exécution de tâches ménagères quotidiennes (épousseter, faire du rangement, faire sa lessive), l'utilisation du téléphone, la préparation des repas, prendre ses médicaments, faire de petites sorties en utilisant des moyens de transport ainsi que tenir un budget (Chen et Wilkins, 1998 ; Légaré et al., 1995).

L'origine ethnique joue aussi un rôle concernant le besoin et l'utilisation de l'aide à domicile. En effet, les minorités ethniques sont surreprésentées dans la population avec incapacité et ont plus de chances d'exprimer un besoin d'aide global élevé ou d'utiliser des services à domicile (Rowland, 1989 in Grabbe et al., 1995 ; Légaré et al., 1995).

Parmi les caractéristiques démographiques qui influencent le besoin et l'utilisation de l'aide à domicile et qui sont reliées à la situation familiale de la personne âgée, on retrouve l'état matrimonial, les modalités de vie et le nombre d'enfants survivants. Grabbe et al. (1995) ont démontré que les aînés qui ne se sont jamais mariés utilisent davantage de services à domicile que les autres. De plus, les personnes âgées, autres que celles qui sont mariées (célibataires, séparées, veuves et divorcées), ont en général une prévalence relativement plus élevée de besoin d'aide personnelle que les autres aînés (Chen et Wilkins, 1998).

Les modalités de vie et le nombre d'enfants survivants sont aussi des caractéristiques qui déterminent le besoin d'aide et l'utilisation des services de maintien à domicile. Carrière et al. (2002) et Grabbe et al. (1995) ont montré que les caractéristiques se rapportant à la structure familiale des personnes âgées ayant besoin d'aide seraient fortement associées à leur utilisation de sources d'aide particulières. Il semble même, selon certains auteurs, que les modalités de vie seraient de meilleurs indicateurs que l'état matrimonial pour déterminer l'utilisation des services à domicile (Chappell, 1991 in Grabbe et al., 1995). Les personnes vivant seules ont, en général, une prévalence relativement élevée de besoin d'aide personnelle (Chen et Wilkins, 1998). Par contre, les personnes vivant avec leur conjoint ne nécessitent qu'un besoin d'aide inférieur (Légaré et al., 1995). Parmi les facteurs familiaux, on remarque aussi que le nombre d'enfants survivants influence l'utilisation de l'aide. Hanley et Wiener (1990) in Grabbe et al. (1995) ont trouvé des proportions plus fortes d'utilisation de services de maintien à domicile chez les personnes sans enfant. Par ailleurs, ils ont découvert que le nombre de filles est négativement corrélé avec l'utilisation de ces services. De plus, le fait d'avoir dans son entourage un plus grand nombre d'enfants survivants

donne une plus grande probabilité de recevoir de l'aide (Carrière et Martel, 2003). Cependant, Carrière et al. (2002), ont confirmé que ce n'est pas tellement le nombre d'enfants survivants qui accroît les chances de recevoir de l'aide à domicile, et plus particulièrement de l'aide informelle, mais bien d'en avoir au moins un.

Certaines caractéristiques socioéconomiques ont aussi un impact sur le besoin de services à domicile et de son utilisation. Parmi celles-là, on retrouve le revenu et l'éducation. Selon Chen et Wilkins (1998), la prévalence du besoin d'aide personnelle dans les activités de la vie courante (AVC)⁶ est plus grande chez les personnes âgées ayant un statut socioéconomique moins élevé. Plusieurs auteurs ont identifié le revenu comme un bon indice de l'utilisation des services à domicile. En effet, on observe, pour la plupart des personnes âgées qui appartiennent à des ménages dont les revenus sont faibles, une prévalence plus grande d'utilisation d'aide que pour celles où les revenus sont plus élevés (Lafontaine et al., 2001 ; Chen et Wilkins, 1998).

L'éducation exerce également un effet sur le besoin d'aide et son utilisation. En effet, il a été démontré que les personnes ayant un degré d'instruction plus élevé expriment un besoin d'aide plus faible (Légaré et al., 1995). Par conséquent, la prévalence est plus grande chez les personnes âgées n'ayant pas fait d'études secondaires (Chen et Wilkins, 1998). Pour ce qui est du lieu de résidence, certaines études ont démontré que c'est en région rurale que l'on observe la plus petite proportion de personnes exprimant un besoin d'aide « les plus frêles résidant peut-être déjà en ville » (Légaré et al., 1995). Ceci se traduit peut-être par la structure sociale mise en place dans les villes qui offre plus de ressources disponibles, ce qui a un impact sur l'utilisation des réseaux d'aide (Grabbe et al., 1995 ; Légaré et al., 1995).

⁶ Les activités de la vie courante (AVC) comprennent les activités de la vie domestique (AVD) ainsi que les activités de la vie quotidienne (AVQ).

Bref, il apparaît d'après ces travaux que plusieurs caractéristiques influencent le besoin et l'utilisation des réseaux d'aide et qu'il existe un lien étroit entre l'incapacité et le besoin d'aide et/ou l'utilisation des réseaux d'aide. Cependant, il semble que ce ne sont pas toutes les études qui contrôlent pour d'autres variables comme l'état de santé des individus.

1.2.2.3 Les caractéristiques associées à l'utilisation des différentes sources d'aide

Maintenant, si on se concentre plus particulièrement sur les facteurs qui influencent l'utilisation des réseaux d'aide à domicile, il est possible de dégager certaines différences selon la source de cette aide, soit l'aide informelle et l'aide formelle.

Le réseau informel englobe les services et les appuis donnés par le conjoint, les enfants, les frères et sœurs, les autres membres de la famille, les amis et les voisins qui aident les aînés à s'adapter (Carrière et al., 2002 ; Chen et Wilkins, 1998). La famille représente une source d'aide considérable et joue un rôle essentiel dans le maintien à domicile des personnes âgées confrontées à la dépendance (Légaré et al., 1995). En effet, on observe que les principaux fournisseurs de services provenant du réseau informel sont le conjoint et les enfants (Carrière et Martel, 2003 ; Lafontaine et al., 2001). Il faut aussi noter que les personnes qui sont liées à ce type d'aide n'ont pas de formation spécialisée (Légaré et al., 1995).

Certaines variables influencent plus particulièrement l'utilisation de l'aide informelle. Parmi celles d'ordre socioéconomique, on note le revenu et l'éducation. Les travaux de Chen et Wilkins (1998) montrent, en effet, l'importance des sources informelles pour le soutien à domicile des personnes âgées financièrement défavorisées ayant besoin d'aide pour leurs activités de tous les jours. De plus, ils observent que les aînés ayant un faible niveau de scolarité ont tendance à dépendre davantage d'un soutien informel pour leurs besoins d'aide. De plus, il est démontré que la probabilité de recevoir de l'aide du réseau informel est moindre chez les personnes âgées plus scolarisées (Carrière et Martel, 2003 ; Carrière et al., 2002).

Les hommes sont également plus susceptibles que les femmes de recevoir de l'aide de sources informelles (Carrière et al., 2002). De plus, l'état matrimonial influence l'utilisation des services provenant du réseau informel. Parmi les personnes mariées, c'est le soutien informel, particulièrement d'un conjoint ou d'un partenaire, qui prédomine (Chen et Wilkins, 1998). Par contre, ces dernières ont tendance à dépendre d'une aide formelle comme deuxième option plutôt que de leurs enfants, du moins pour les activités de la vie quotidienne (AVQ), ce qui n'est pas le cas dans les activités de la vie domestique (AVD) où ce sont les enfants qui arrivent en deuxième position (Chen et Wilkins, 1998). Par ailleurs, la majorité des personnes âgées qui vivent avec d'autres personnes ont une probabilité plus élevée de recevoir de l'aide du réseau informel (Carrière et al., 2002 ; Chen et Wilkins, 1998).

Il existe des facteurs et changements davantage de nature sociétale qui sont susceptibles d'influencer la disponibilité du réseau de soutien informel. Parmi ceux-là, on retrouve la baisse de la fécondité, les changements dans les comportements matrimoniaux et des modes de vie, tels que la grande participation des femmes au marché du travail (Carrière et al., 2002), la réduction de la mortalité ainsi que l'allongement de la vie (Marcil-Gratton et Légaré, 1987). Une plus grande mobilité géographique des enfants influe aussi l'offre et la disponibilité du réseau informel (Lafrenière et al., 2003).

La baisse de la fécondité a un effet direct sur l'étendue du réseau informel. On pense ici à la réduction du nombre d'aidants potentiels tels les enfants et les frères/sœurs survivants (Carrière et Martel, 2003). Il est clair que les tendances démographiques actuelles, notamment la baisse de la fécondité, influenceront sur l'utilisation future de cette source d'aide (Carrière et al., 2002 ; Lafrenière et al., 2003). Puisque le réseau informel serait plus restreint et que le fardeau des aidants naturels augmenté, ceci pourrait impliquer un accroissement des besoins insatisfaits. Il semble par ailleurs qu'un plus grand nombre d'enfants survivants donne une plus grande probabilité de recevoir de l'aide informelle (Carrière et Martel, 2003). De plus, Carrière et al. (2002)

mentionnaient que le fait d'avoir au moins un enfant survivant augmentait considérablement les probabilités de recevoir de l'aide informelle.

Quant aux changements dans les comportements matrimoniaux, ils se traduisent notamment, par des taux élevés de divorces (Carrière et al., 2002). Il semble que le divorce a des conséquences sur les relations parents-enfants car Carrière et Martel (2003) ont montré que les divorcés ont plus de difficulté à trouver de l'aide lorsqu'ils sont en perte d'autonomie. Les effets sur les relations parents-enfants sont plus néfastes lors d'un divorce que le veuvage et plus particulièrement pour les pères. En effet, on observe parmi les divorcés, que les femmes sont plus susceptibles de recevoir du soutien de leurs enfants que les hommes. Le fait que le remariage soit plus fréquent chez les hommes réduit le nombre de contacts entre les enfants et le père biologique (Carrière et Martel, 2003). Ces derniers ne peuvent pas non plus compter sur leurs beaux-enfants pour les aider en cas d'incapacité car le sentiment d'obligation à leur venir en aide est moins fort que pour les enfants biologiques.

Le réseau formel, quant à lui, est composé d'organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux, d'organismes à but lucratif ou sans but lucratif et de personnes embauchées par des organisations privées pour fournir de l'aide (Carrière et al., 2002 ; Chen et Wilkins, 1998). L'aide formelle est l'utilisation que les aînés font de ces services pour surmonter des obstacles liés aux activités de tous les jours. Cette forme d'aide est généralement fournie par des travailleurs spécialisés.

Il existe aussi des facteurs qui influencent plus particulièrement le recours au réseau de soutien formel. Tout d'abord, il semble que l'état de santé soit le principal indicateur de l'utilisation des services formels (Carrière et al., 2002). En effet, Lafrenière et al. (2003) soutiennent que le recours aux sources formelles d'aide se fait davantage lorsque les incapacités sont plus graves. Le mode de vie et l'état matrimonial ont aussi une influence sur le recours des services formels de maintien à domicile. Il semble que les personnes vivant seules ainsi que celles n'ayant pas de conjoint ou de partenaire, ont davantage recours aux services formels (Chen et

Wilkins, 1998 ; Soldo 1985 in Grabbe et al, 1995). Selon Carrière (1996), ce constat est valable lorsque l'incapacité est faible ou modérée. Cependant, lorsque l'incapacité est sévère, ce sont les personnes vivant avec des personnes non apparentées qui recourent davantage aux services formels. Dans ce cas, il existe probablement un problème de sélectivité pour les personnes vivant seules car lorsqu'elles souffrent d'incapacités graves, elles deviennent fortement dépendantes d'autrui et que, par conséquent, elles sont souvent transférées en institution. Généralement, la présence d'un conjoint ou de toute autre personne apparentée à l'intérieur du ménage diminue le besoin de recourir aux services formels (Légaré et al., 1995). Des contacts journaliers avec les membres de la parenté favoriseraient aussi l'utilisation de l'aide formelle (Shapiro in Grabbe et al., 1995). La possibilité de faire appel à un réseau informel diminue aussi significativement la propension à recourir aux services formels de soutien à domicile. En effet, il semble que les aînés qui jouissent d'un réseau informel facilement accessible recourent dans une moindre mesure au réseau formel pour leurs besoins d'aide (Carrière et al., 2002). Lafrenière et ses collègues (2003) ont aussi démontré que les personnes qui sont très âgées et/ou le réseau informel est restreint sont parfois obligées de recourir davantage au réseau formel d'aide. Par exemple, le fait qu'une personne n'ait pas d'enfant survivant augmente ses chances d'utiliser le réseau formel (Carrière et al., 2002). De même, selon ces derniers chercheurs, il existe une relation positive entre le niveau d'éducation et la probabilité de recourir à des sources d'aide formelles. Les personnes ayant fait des études postsecondaires ont donc une plus forte propension à recourir à l'aide formelle (Carrière et al., 2002). En effet, il est aussi possible que les personnes âgées ayant peu de scolarité ne sachent pas de quels services officiels ils peuvent disposer ainsi que les frais qui sont pris en charge par l'État, ce qui pourrait limiter leur accès à ces services plus formels (Chen et Wilkins, 1998).

1.3 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Cette recension des écrits nous a permis de constater que plusieurs études se sont penchées sur l'analyse des caractéristiques associées à l'incapacité et à l'utilisation

des réseaux d'aide. Nous avons tout d'abord remarqué qu'il n'y a pas homogénéité des comportements entre les personnes âgées, et ce peu importe si elles proviennent de générations différentes ou d'une même génération. Il a aussi été possible de constater que l'incapacité chez les aînés varie en fonction d'un ensemble de caractéristiques économiques et sociodémographiques comme l'âge, le sexe, l'état matrimonial, l'origine ethnique, le milieu résidentiel, le niveau de scolarité, la situation économique, les habitudes de vie comme la consommation de tabac et d'alcool, les habitudes alimentaires et l'activité physique.

Par ailleurs, il a été démontré qu'il existe une hétérogénéité intragénérationnelle et intergénérationnelle en ce qui a trait au recours à différentes sources d'aide. L'utilisation des différents réseaux d'aide varie d'un individu à l'autre, et ce, pour un même niveau d'incapacité. En effet, on doit tenir compte non seulement du niveau de gravité de l'incapacité, mais également d'un ensemble de variables qui jouent un rôle important comme l'âge, le sexe, l'origine ethnique, l'état matrimonial, le nombre d'enfants survivants, le milieu résidentiel, le mode de vie, l'éducation, le revenu ainsi que d'autres plus liées à la santé comme l'état de santé, l'intensité ainsi que le type d'incapacité et les comportements relatifs à la santé.

D'après les informations fournies dans cette recension des écrits, il semble que l'utilisation des services formels est en bonne partie reliée aux services offerts. En effet, comme il a été démontré plus tôt, l'offre de ces services n'est pas toujours la même entre les différentes provinces du Canada, notamment. Le Québec est une société fortement distincte des autres provinces qui composent le Canada sur plusieurs points comme la nuptialité, la fécondité, la mortalité, l'incapacité, etc. C'est à cause de son caractère distinct que nous nous intéressons plus particulièrement à la situation des aînés québécois en termes d'incapacité et d'utilisation des services de maintien à domicile. De plus, peu d'études traitent des caractéristiques influençant l'incapacité et l'utilisation des réseaux d'aide chez les Québécois âgés de 65 ans et plus, et encore moins pour une période récente. En somme, compte tenu de l'accroissement de l'espérance de vie, de l'augmentation du nombre, mais aussi de la

proportion d'aînés au sein de la population totale du Québec ainsi que des comportements différents des Québécois des autres Canadiens dans plusieurs domaines, nous croyons qu'il est pertinent de mieux comprendre les caractéristiques liées à l'incapacité et à l'utilisation des réseaux d'aide au Québec pour une période récente.

Le présent mémoire vise donc l'atteinte des 4 objectifs suivants :

- 1) Identifier les principaux facteurs associés à l'incapacité chez les personnes âgées de 65 ans et plus en 1986 et 1998.
- 2) Établir l'évolution des facteurs associés à l'incapacité entre 1986 et 1998
- 3) Identifier les principaux facteurs associés à l'utilisation des réseaux informel, formel et mixte chez les personnes âgées en perte d'autonomie en 1986 et 1998.
- 4) Établir l'évolution des facteurs associés à l'utilisation des réseaux de soutien à domicile entre 1986 et 1998

Il serait donc intéressant de vérifier à l'aide de données récentes, si les variables présentées dans l'état des connaissances actuelles ont un effet sur l'incapacité des Québécois et Québécoises âgés de 65 ans et plus vivant à domicile. Après avoir identifié les facteurs qui influencent davantage l'incapacité chez les aînés québécois, il serait pertinent, dans un deuxième temps de vérifier si elles ont changé de façon significative au cours de cette période récente. Finalement, pour atteindre les deux derniers objectifs, il faudra identifier les facteurs associés à l'utilisation des services de maintien à domicile reliés à la perte d'autonomie des Québécois âgés de 65 ans et plus en 1986 et 1998 et de vérifier s'il s'est produit une évolution de ces caractéristiques au courant de cette période.

CHAPITRE 2 : PRÉSENTATION DES ENQUÊTES, DES SOURCES DE DONNÉES ET DE LA MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre dévoile les différents éléments méthodologiques qui permettront d'atteindre les objectifs de ce mémoire, soit d'identifier les principaux facteurs associés à l'incapacité et à l'utilisation des réseaux d'aide chez les aînés vivant à domicile au Québec en 1986 et 1998. On y retrouve tout d'abord la présentation et la description des enquêtes et des données utilisées. La comparabilité des enquêtes y est aussi abordée. Finalement le traitement des données, la construction des différents indicateurs, les variables incluses dans les modèles ainsi que les formules de régressions y sont également présentés.

2.1 PRÉSENTATION ET DESCRIPTION DES ENQUÊTES

Puisqu'un objectif majeur de ce mémoire est de vérifier l'évolution récente de l'incapacité et de l'utilisation des réseaux d'aide à partir de donnée québécoises, nous utilisons deux enquêtes, soit l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 et l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA) de 1998.

2.1.1 Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986

L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 est une enquête postcensitaire sur l'incapacité qui vise à déterminer le nombre et la répartition des adultes ayant une incapacité dans les ménages, de même que les obstacles auxquels ils doivent faire face en ce qui a trait au travail, à l'éducation, au transport, à l'aide sociale, au logement et aux loisirs. Elle renferme aussi certaines données démographiques tirées du recensement de 1986, ainsi que de l'information sur la nature et la gravité de l'incapacité, le type d'appareils utilisés ou requis et les dépenses et revenus attribuables à l'affection. Les fichiers incluent également les personnes ne souffrant pas d'incapacité et sont basés sur des informations tirées du recensement. Le

champ géographique de l'ESLA est l'ensemble du Canada, ses provinces, ses territoires et les régions métropolitaines de recensement suivantes : St-John's, Halifax, Montréal, Toronto, Winnipeg, Edmonton, Calgary et Vancouver.

2.1.2 Enquête québécoise sur les limitations d'activités de 1998

L'Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA) de 1998 a pour but de recueillir des renseignements sur la population québécoise de tout âge, enfants, adultes ou personnes âgées, qui présente une incapacité de longue durée (d'au moins six mois) et vit en ménage privé, c'est-à-dire à domicile. Elle vise également à assurer la continuité de la base de données sur cette population constituée par Statistique Canada lors de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986 et 1991. L'EQLA est rattachée, au niveau de la collecte des données, à l'Enquête sociale et de santé (ESS) de 1998. Cette stratégie de collecte consiste à identifier les répondants ayant une incapacité au sein de l'échantillon de l'enquête générale, grâce à un ensemble de questions de sélection, puis à administrer aux personnes sélectionnées un questionnaire détaillé portant sur divers thèmes relatifs à l'incapacité. Ceci permet de donner accès à un large éventail de renseignements sur les caractéristiques sociosanitaires des individus ayant une incapacité et leur ménage et de les comparer au reste de la population québécoise. Parmi ces attributs, on y retrouve d'abord ceux sur la nature, la gravité, la durée, les causes et les origines de l'incapacité. D'autres caractéristiques démographiques et socioéconomiques complètent la description de la population avec incapacité. L'enquête présente aussi les obstacles liés à la réalisation des activités de tous les jours ou à l'obtention de l'aide requise tant en ce qui a trait aux aides techniques, à l'aménagement de l'habitation, aux déplacements, qu'au travail, à la scolarisation et aux loisirs.

2.1.3 Sources de données et échantillons utilisés

Les données de l'ESLA sont disponibles pour le public via le site internet⁷ de l'Université de Montréal. Contrairement à l'ESLA de 1986, les banques de données de l'ESS 1998 et de l'EQLA de 1998 ne sont pas disponibles publiquement. Tout chercheur qui désire utiliser ces données doit obligatoirement obtenir la permission de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) via le Centre d'accès aux données de recherche de l'Institut de la statistique du Québec (CADRISQ) et doit manipuler les données à l'intérieur de ce centre uniquement.

2.2 COMPARABILITÉ DES ENQUÊTES

Malgré le fait qu'un des objectifs importants de l'EQLA était de conduire à des résultats semblables et d'assurer la comparabilité des indicateurs à ceux de l'ESLA, dans le but de permettre le suivi chronologique du taux d'incapacité et d'autres indicateurs de l'enquête, nous remarquons une importante différence dans la distribution de la population des 65 ans et plus selon le niveau d'incapacité. En effet, on observe une hausse plus prononcée de l'incapacité légère comparativement aux autres types d'incapacité (modérée et sévère) entre 1986 et 1998 (tableau 2.1). En effet, les conclusions du rapport de recherche (Noël, 2003) de l'Équipe sur le vieillissement nous informaient d'un accroissement du nombre, mais aussi de la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus atteintes d'une incapacité, et plus particulièrement d'une incapacité légère entre 1986 et 1998 au Québec. Les différentes recherches effectuées par l'Institut de la statistique du Québec (2001 et 2003) arrivent à des résultats semblables pour la population de 15 ans et plus, et suggèrent que l'augmentation de l'incapacité au Québec chez les adultes entre 1986 et 1998 est due à une hausse de l'incapacité légère. En effet, on constate tant dans ces derniers rapports que dans celui de l'Équipe de recherche sur le vieillissement que les incapacités modérée et sévère sont restées stables entre 1986 et 1998. Selon l'Institut

⁷ <http://www.bib.umontreal.ca/SS/num/esla.htm>

de la statistique du Québec, la hausse de l'incapacité légère serait attribuable à trois facteurs principaux : le vieillissement de la population, la modification de la méthodologie entre les deux enquêtes ainsi qu'une sensibilisation accrue de la population relativement à l'incapacité. Nous croyons donc que l'augmentation « inattendue » de l'incapacité légère entre 1986 et 1998 pourrait être attribuable à certaines différences méthodologiques entre les deux enquêtes étudiées ainsi qu'à d'autres facteurs. C'est ce que nous proposons d'étudier dans cette section.

Il est donc question de tenter de cerner les principaux facteurs responsables de l'augmentation de l'incapacité et plus particulièrement de l'incapacité légère chez les aînés au Québec entre 1986 et 1998. Pour ce faire, nous allons examiner l'impact du vieillissement démographique sur les taux d'incapacité, comparer les aspects méthodologiques de l'ESLA de 1986 et de l'EQLA de 1998 et discuter d'une possible accentuation de la sensibilisation face à l'incapacité de la population québécoise au cours des dernières années.

2.2.1 Le vieillissement de la population

Le tableau 2.1 montre les proportions des personnes de 65 ans et plus au Québec ayant une incapacité en 1986 et en 1998. L'indicateur d'incapacité qui a été employé pour produire ces proportions est le même que celui utilisé par les chercheurs de l'Équipe de recherche sur le vieillissement dans une recherche semblable portant sur le Canada (Noël, 2002). Il est semblable à celui utilisé dans cette recherche (voir la section 2.3.2.1 *Indicateur d'incapacité et échelle de pointage* du présent chapitre). Les principales différences quant à la construction de ces deux indicateurs d'incapacité sont présentées dans le tableau 2.6 de la page 51 du mémoire. Bien que les proportions ne soient pas standardisés, on remarque une augmentation substantielle des gens atteints d'une incapacité légère au détriment de ceux n'ayant aucune incapacité (Noël, 2003).

Tableau 2.1
Proportions de personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité, Québec, 1986 et 1998

Proportions non standardisées	ESLA 1986	EQLA 1998
aucune	64,2	58,3
incapacité	34,4	41,1
légère	12,1	20,9
modérée	12,6	12,1
sévère	9,7	8,1
indéterminée	1,4	0,6
Total	100,0	100,0

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

Pour tenir compte du vieillissement de la population et vérifier si les changements de la structure de la population québécoise des 65 ans et plus entre 1986 et 1998 ont conduit à une augmentation de l'incapacité légère, nous avons standardisé les populations afin de voir si la structure par âge de ces dernières est responsable de l'accroissement de l'incapacité légère. Nous allons prendre comme population de référence la population de 65 ans et plus du Québec en 1998.

Tableau 2.2
Proportions standardisées de personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité, Québec, 1986 et 1998 (Population de base = 1998)

Proportions standardisées	ESLA 1986	EQLA 1998
aucune	63,8	58,3
incapacité	34,7	41,1
légère	12,1	20,9
modérée	12,8	12,1
sévère	9,8	8,1
indéterminée	1,5	0,6
Total	100,0	100,0

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

La standardisation permet de tenir compte du changement de la structure démographique du Québec entre 1986 et 1998. Même après avoir standardisé (tableau 2.2), on voit que les taux restent relativement semblables. Cela est dû au fait que la structure par âge de la population des 65 ans et plus a peu changé (tableau 2.3).

L'évolution des taux standardisés se traduit également par une hausse moins prononcée de l'incapacité, mais les écarts restent sensiblement les mêmes. Les résultats montrent que l'accroissement des taux d'incapacité même une fois standardisés entre 1986 et 1998 au Québec n'est pas attribuable au vieillissement de la population, particulièrement pour l'incapacité légère.

Tableau 2.3
Structure de la population québécoise des 65 ans et plus, selon les groupes d'âges, 1986 et 1998

Groupe d'âges	ESLA 1986	EQLA 1998
65-69 ans	38,0	34,8
70-74 ans	29,2	29,7
75-79 ans	16,8	19,6
80-84 ans	10,6	10,7
85 ans et plus	5,4	5,2
Total	100,0	100,0
Âge moyen	73,3 ans	73,6 ans

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

Le vieillissement de la population ne semble pas expliquer l'augmentation observée de l'incapacité légère chez les aînés. Nous proposons donc d'étudier, dans cette prochaine section, les principales différences méthodologiques entre l'ESLA de 1986 et l'EQLA de 1998. Ceci nous permettra de mieux comprendre pourquoi l'indicateur d'incapacité n'est pas entièrement comparable entre les deux enquêtes. D'ailleurs, l'Équipe de recherche sur le vieillissement dans ses conclusions du rapport d'étape du projet québécois (Noël, 2003), suggérait, entre autres, de reconstruire l'indicateur d'incapacité afin de le rendre comparable entre les deux enquêtes (1986 et 1998), car ce dernier semblait être plus sensible à l'incapacité légère en 1998.

2.2.2 Les aspects méthodologiques

Comme mentionné plus tôt, un des objectifs importants de l'EQLA de 1998 était de permettre le suivi chronologique du taux d'incapacité et d'autres indicateurs de l'EQLA, à l'ESLA de 1986 et 1991. Cependant, il semble que quelques modifications méthodologiques aient été apportées lors de l'EQLA. En effet, pour faire la

comparaison des résultats et plus particulièrement de l'incapacité légère entre deux enquêtes, on doit s'assurer de plusieurs choses. On doit vérifier, que la population cible, les instruments, les méthodes de collecte, les répondants, les questionnaires, etc. sont comparables. Nous proposons de présenter dans cette section une comparaison des méthodes d'enquêtes utilisées dans l'ESLA de 1986 et dans l'EQLA de 1998 puisque c'est sur la comparabilité des méthodes que repose principalement la similarité des résultats (Institut de la statistique du Québec, 2003). Les comparaisons méthodologiques se feront sous plusieurs points : soit l'effet de contexte, le plan de sondage, le choix du répondant, le mode de collecte, la période de collecte, la formation des intervieweurs ainsi que les questionnaires et critères de sélection.

2.2.2.1. Effet de contexte

Selon Binder et Morin (1988), l'effet de contexte joue un rôle important dans la qualité des résultats obtenus. Ils suggèrent, entre autres, que la recherche doit faire partie d'une étude plus générale et ne doit pas être appelée « enquête sur l'incapacité ». En effet, un répondant, une fois assuré de ne pas être étiqueté comme « handicapé » ou atteint d'une incapacité, sera plus enclin à mentionner un plus grand nombre de petites difficultés.

Si on compare l'ESLA 1986 et l'EQLA 1998 sur ce point, on observe qu'il n'y a pas de différence majeure entre les deux enquêtes. En effet, l'entrevue de l'EQLA consiste à identifier les individus ayant une incapacité au sein de l'échantillon de l'Enquête sociale et de santé de 1998 tandis que dans l'ESLA, la question de présélection de l'ESLA fait partie du questionnaire long du recensement canadien de 1986.

Quant au préambule de sélection, il est le même pour les deux enquêtes et précise qu'il s'agit d'un volet « spécial sur les personnes limitées ». Toutefois lors de l'EQLA, puisque les interviewés répondaient au Questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) de l'Enquête sociale et de santé (ESS 1998) avant la sélection de

l'EQLA, il se peut qu'ils soient influencés dans l'évaluation de leur fonctionnalité puisqu'ils ont énuméré en détail leurs problèmes de santé dans le QRI.

2.2.2.2. Plan de sondage

Le plan de sondage est différent entre l'ESLA de 1986 et l'EQLA de 1998. Lors de l'ESLA, il s'est fait en deux étapes, soit la présélection et la sélection. La présélection a été réalisée à partir de deux questions présentes dans le questionnaire long du recensement canadien de 1986, soumis à 20% des ménages canadiens (tableau 2.4). Cette question devait permettre d'identifier le plus grand nombre possible de personnes pouvant avoir une incapacité (Statistique Canada, 1988). Tous les individus de la strate « oui », soit ceux qui ont répondu avoir des limitations à la question du recensement de 1986 (le poids dans la population canadienne est de 1 personne sur 25), étaient inclus dans l'échantillon de l'ESLA 1986. On a aussi ajouté un certain nombre d'individus provenant de la strate « non » (poids = 1/300) car une vérification sur le terrain avait indiqué que de nombreuses personnes ayant une incapacité légère et que certains aînés ne répondaient pas par l'affirmative à la question 20 du questionnaire long du recensement. Ceci pourrait expliquer pourquoi moins de gens ont une incapacité légère au Québec en 1986 comparativement à 1998.

Tableau 2.4
Question de sélection au recensement de 1986

(a) Êtes-vous limité(e) dans vos activités à cause d'une incapacité physique, d'une incapacité mentale ou d'un problème de santé chronique :

À la maison ?

Non, je ne suis pas limité(e)

Oui, je suis limité(e)

À l'école ou au travail ?

Non, je ne suis pas limité(e)

Oui, je suis limité(e)

Sans objet

Dans d'autres activités, par ex., dans vos trajets entre la maison et votre lieu de travail ou dans vos loisirs ?

Non, je ne suis pas limité(e)

Oui, je suis limité(e)

(b) Avez-vous des incapacités ou handicaps à long terme ?

Non

Oui

Le plan de sondage de l'EQLA (qui est le même que celui de l'ESS de 1998) est beaucoup plus complexe⁸ que celui de l'ESLA. L'échantillon est stratifié hiérarchiquement à trois degrés et est représentatif des individus vivant en ménage privé dans les 16 régions sociosanitaires couvertes par l'ESS de 1998. Malgré le fait que les plans de sondage diffèrent fondamentalement entre les deux enquêtes, il semble d'après l'Institut de la statistique du Québec (2003) que ces différences n'affectent pas la précision des données et ne limitent pas la comparabilité des résultats obtenus pour le Québec lorsque ces derniers sont pondérés. Les analyses multivariées faites par l'Institut de la statistique du Québec (2003) ont montré que le rattachement à l'ESS de 1998 n'a pas non plus d'effet significatif sur le taux d'incapacité des adultes et que cette différence méthodologique n'entrave pas la comparabilité avec les résultats de l'ESLA.

2.2.2.3 Choix du répondant

Puisque Binder et Morin (1988) ont démontré qu'une plus faible proportion de répondants substitués pourrait induire une hausse des incapacités légères, le choix du répondant est aussi un élément important à considérer lors de l'analyse des résultats entre les deux enquêtes. Ces derniers notaient en effet que le taux d'incapacité était moins élevé dans les études faisant appel à des répondants substitués, sans toutefois pouvoir conclure si cet effet est attribuable à l'utilisation d'un substitut ou plutôt au fait que les personnes absentes (pour lesquelles il y a réponse par un tiers) sont plus mobiles et en santé que celles qui ont des incapacités.

Lors de l'ESLA de 1986, environ 12% des entrevues portant sur des adultes ont été faites par l'intermédiaire d'un substitut dans l'ensemble du Canada. La plupart des cas étaient justifiés par l'absence de la personne choisie. Le répondant substitut devait être un membre du ménage responsable de 15 ans et plus ; la « personne 1 » indiquée sur le formulaire du recensement était considérée comme un bon choix (Institut de la

⁸ Voir ISQ 2003, Volume 1, Section 9 pour une description détaillée de l'EQLA 1998 (ESS98).

statistique du Québec, 2003). Cependant dans l'EQLA, la simple absence du répondant n'était pas considérée comme une raison valable d'entrevues auprès d'un substitut et celles-ci n'ont été permises qu'exceptionnellement, principalement lorsque l'état de santé rendait impossible l'entrevue auprès de l'individu visé. Le recours a donc été moins fréquent que dans l'ESLA : 5% des entrevues de sélection et 6,1% des entrevues lors du questionnaire de suivi ont été faites par l'intermédiaire d'un substitut. Par ailleurs, dans l'EQLA, lorsqu'un tel répondant était utilisé, ce dernier devait constituer un aussi bon répondant substitut que celui de l'ESLA, sinon un meilleur, car le répondant du ménage dans l'EQLA était choisi pour sa connaissance de l'état de santé des membres du ménage et non déterminé par sa position dans le ménage. L'effet prévu de ces modifications au niveau du choix du répondant est une amélioration de la qualité des données comparativement aux enquêtes précédentes. Cette différence quant au choix du répondant entre l'ESLA 1986 et l'EQLA 1998 tient au recours moins fréquent à des répondants substitués dans l'EQLA, en raison de critères plus sévères, ce qui pourrait contribuer au surcroît des incapacités légères en 1998 comparativement à 1986.

2.2.2.4 Mode de collecte

Le mode de collecte et la période de collecte peuvent, en outre, jouer un rôle sur la comparabilité des taux d'incapacité entre les deux enquêtes. En effet, Binder et Morin (1988) suggèrent que les entrevues « face à face » peuvent conduire à un taux d'incapacité plus élevé et inclure des cas d'incapacité plus marginale comparativement à celles effectuées par téléphone.

Lors de l'ESLA de 1986, la plupart des entrevues étaient effectuées en personne dans la strate « oui » et par téléphone dans la strate « non ». Pour l'EQLA de 1998, on a créé un groupe analogue à la strate « oui » comprenant des individus qui sont fortement susceptibles de présenter une incapacité. L'EQLA a utilisé des critères semblables pour déterminer quelles entrevues devaient être obligatoirement faites en personne, soit en s'inspirant des critères déterminés lors de l'enquête de 1991 (pour

avoir une description de ces critères, voir le tableau A.2.1 de l'annexe). Les entrevues subséquentes à celles effectuées lors de la visite pour l'ESS de 1998 pouvaient aussi être faites par téléphone, au choix de l'intervieweur. On supposait que ce choix offert inciterait ce dernier à privilégier l'entrevue en personne (parce qu'il était alors rémunéré) plutôt qu'au téléphone (faite par l'équipe du central téléphonique). Cela était souhaitable, car en général, l'entrevue « face à face » est préférable pour une population avec incapacité à cause des biais de sélection liés aux entrevues téléphoniques. En fait, la proportion d'entrevues téléphoniques a été faible, soit de 2,9% pour le questionnaire de sélection chez les adultes de 15 ans et plus et de 5,9% pour le questionnaire de suivi toujours chez les 15 ans et plus (Institut de la statistique du Québec, 2003).

Puisqu'il y a eu plus d'entrevues téléphoniques dans l'ESLA que dans l'EQLA, on suppose que l'EQLA conduirait à un taux d'incapacité plus élevé et inclurait des cas d'incapacité plus marginale. Toutefois, une comparaison de l'ESLA de 1986 et de 1991 a montré que la différence de mode de collecte n'expliquait pas l'augmentation du taux d'incapacité de 1986 à 1991, car cette augmentation était concentrée dans la strate « non », où les méthodes de collecte étaient les mêmes dans les deux enquêtes. Il semble donc que les différences de mode de collecte entre les enquêtes n'affectent pas leur comparabilité.

2.2.2.5 Période de collecte

La période de collecte diffère aussi entre l'ESLA et l'EQLA. Cette dernière est répartie sur 12 mois tandis que l'ESLA de 1986 ne s'échelonne que sur quelques mois seulement, soit au cours de l'été. On serait porté à croire que le taux d'incapacité fluctue selon les saisons en raison d'une inclinaison plus grande des répondants à rapporter des difficultés lors que la température n'est pas clémente. Cependant, puisque l'incapacité que l'on cherche à mesurer dans l'ESLA et l'EQLA est celle de longue durée, celle-ci devrait être moins sujette aux variations

saisonniers que l'incapacité de courte durée par exemple (Institut de la statistique du Québec, 2003).

2.2.2.6 Formation des intervieweurs

Le manuel de l'intervieweur et la formation préparés par Santé Québec ont été développés à partir des documents utilisés par Statistique Canada. Les mêmes directives ont été conservées, en particulier pour la sélection, en vue de préserver la comparabilité des résultats. L'accent était mis afin de souligner l'importance de bien comprendre les questions de sélection et que les intervieweurs ne préjugent pas du statut d'incapacité du répondant (Institut de la statistique du Québec, 2003). En dépit de cela, les analyses faites par l'Institut de la statistique du Québec (2003) ont mis en évidence un effet d'intervieweur qui reflète l'impact de leur apprentissage sur le taux de sélection. Toutefois, cela n'invalide pas la comparabilité avec l'ESLA où le même phénomène a été observé lors de la collecte, bien qu'il n'ait pas été mesuré. Ainsi, cet effet montre l'importance de l'intervieweur dans le processus de sélection.

Par ailleurs, le rôle des intervieweurs, lorsqu'il existe un questionnaire de suivi plus particulièrement, peut jouer sur la comparabilité des taux d'incapacité. Binder et Morin (1988) ont suggéré que les taux d'incapacité pourraient être influencés par le fait que le répondant ou l'intervieweur sait qu'il y a un questionnaire de suivi après la sélection. Dans ce cas, il y a généralement une diminution du taux de sélection.

2.2.2.7 Questionnaires et critères de sélection

Certaines corrections ont été apportées au questionnaire de l'ESLA dans le but d'améliorer les taux de réponse aux questions. Les principales différences sont : l'informatisation du questionnaire, des modifications mineures au libellé des questions de sélection, le retrait de certaines questions de sélection ou de celles ne servant pas à la sélection ainsi que l'absence en 1986 de question sur la déficience

intellectuelle (Institut de la statistique du Québec, 2003). Il semble que ces changements sont en général mineurs, rendent les questions plus précises et améliorent la qualité du questionnaire. Le but a été atteint, car le taux de non-réponse partielle pour les 21 questions⁹ communes aux deux enquêtes sur l'incapacité est plus faible dans l'EQLA de 1998 que dans l'ESLA de 1986 (tableau 2.5).

Tableau 2.5
Taux (en %) de non-réponse partielle selon la question sur l'incapacité, Québec, 1986 et 1998

Question	ESLA de 1986	EQLA de 1998
OUIPER	0,92	0,00
OUIGRP	0,92	0,22
VISLIRE	1,07	0,17
VISVOIR	1,06	0,03
PARDIALO	1,15	0,14
MOBEXT	1,08	0,00
MOBESCAL	1,16	0,03
MOBTRANS	1,17	0,43
MOBINT	1,19	0,01
MOBDEBOU	1,17	0,13
AGIRAMAS	1,26	0,02
AGIHABIL	1,27	0,01
AGILIT	1,30	0,03
AGIONGLE	1,31	0,16
AGIDOIGT	1,27	0,01
AGIBRAS	1,31	0,24
AGIALIM	1,31	0,06
COGAPPRE	1,48	0,43
COGMEM	1,35	0,00
COGPSY	1,53	0,69
INCPHYS	1,41	0,41

Notes : Voir le tableau A.2.2 de l'annexe pour une description des questions sur l'incapacité.

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

L'analyse de ces 21 questions de l'incapacité est fournie dans l'annexe méthodologique. Le but de cette analyse est de savoir si les changements au niveau du libellé des questions sont responsables de la hausse de l'incapacité légère entre 1986 et 1998. Cet examen permettra aussi de décider des questions qui seront

⁹ Il s'agit des 21 questions utilisées pour construire l'indicateur d'incapacité dans une recherche similaire portant cependant sur le Canada (Noël, 2002).

conservées pour construire un indicateur d'incapacité comparable entre les deux enquêtes. Pour ce faire, les questions ont tout d'abord été classées dans quatre catégories (questions identiques, peu de modifications dans la formulation des questions, plus de précision dans la formulation des questions et questions différentes). Ensuite, chaque question a été analysée par composante, où l'on examine les proportions d'être atteint d'incapacité totale et d'incapacité partielle en 1986 et 1998. Bref, la plupart des questions sont comparables entre les deux enquêtes et seulement les questions de la composante cognitive et une autre provenant de la composante « mobilité » ne semblent pas comparables entre l'ESLA de 1986 et l'EQLA de 1998.

En somme, les analyses comparatives faites au niveau de la méthodologie portent à conclure que les méthodes de l'ESLA de 1986 et de l'EQLA de 1998 sont suffisamment semblables pour permettre une comparaison de leurs résultats et que seulement quelques questions devront être retirées pour obtenir un indicateur d'incapacité qui soit comparable. Toutefois, il est important de nuancer cette affirmation et de souligner que la mesure de l'incapacité, telle que définie par les questions sur les activités de tous les jours, est un processus délicat qui fait appel à la subjectivité du répondant et à l'expérience des intervieweurs et qui a vraisemblablement une borne inférieure floue. Il semble que le seuil d'inclusion des personnes avec incapacité légère est variable entre les enquêtes et qu'il est plus sujet à des fluctuations en raison des différences entre les méthodes et les instruments d'enquêtes, comparativement au seuil d'inclusion des individus ayant des incapacités plus graves (Institut de la statistique du Québec, 2003 ; Binder et Morin, 1988). En effet, plusieurs enquêtes utilisant des questions identiques ou semblables ont conduit à des taux d'incapacité assez stables en ce qui a trait à l'incapacité modérée ou grave, mais à des taux d'incapacité variables pour l'incapacité légère (Binder et Morin, 1988). Le groupe ayant des incapacités légères pourrait donc être plus sensible aux différences méthodologiques entre les enquêtes.

2.2.3 Sensibilisation face à l'incapacité

Il semble que les divergences méthodologiques n'expliquent pas les différences observées au niveau de l'incapacité légère. Il a été démontré par certains auteurs que les taux d'incapacité légère sont plus sujets à des variations qui ne sont pas dues uniquement aux changements de l'incapacité, mais à d'autres facteurs, comme la perception des répondants, par exemple (Saucier et Lafontaine, 2001). Deux faits portent à croire que la hausse de l'incapacité légère observée entre l'ESLA de 1986 et l'EQLA de 1998 n'est pas seulement imputable aux différences méthodologiques, mais aussi à une réelle augmentation de l'incapacité et permettent de mettre en perspective l'augmentation de l'incapacité légère : la plus faible proportion d'incapacité enregistrée dans les enquêtes précédentes (ESLA 1986 et ESLA 1991) au Québec comparativement au reste du Canada ainsi que la sensibilité accrue des répondants relativement à l'incapacité qui s'est développée au cours des dernières années.

Tout d'abord, LaRoche et Lynch (1994) ont énoncé l'hypothèse que la hausse du taux d'incapacité au Canada entre 1986 et 1991 pourrait être attribuable en partie à une plus grande propension des Canadiens à déclarer des incapacités légères, en raison d'une sensibilisation et d'une acceptation sociale accrues face à l'incapacité. De fait, l'augmentation de l'incapacité légère enregistrée entre 1986 et 1998 pourrait également être le fruit d'une plus grande sensibilisation des gens face à l'incapacité et à la maladie ainsi que de modifications de l'environnement physique et social (Pampalon et al., 2001). Ces mêmes auteurs ont par ailleurs évoqué la possibilité que le virage « ambulatoire » et l'expansion des programmes de soins et d'aide à domicile à l'intention des personnes âgées en perte d'autonomie au Québec, aurait gonflé la propension à déclarer des incapacités et des dépendances légères.

Deuxièmement, la hausse marquée des incapacités, en particulier celles d'intensité légère, se comprend mieux lorsqu'elle est remise dans le contexte de l'évolution de l'incapacité au Canada. En effet, le Québec avait, selon l'ESLA de 1986, un taux

global d'incapacité inférieur à celui du reste du Canada. Cette situation s'expliquait parce que le Québec présentait un taux d'incapacité légère plus faible, les taux d'incapacité modérée ou grave étant relativement semblables à ceux observés pour le reste du Canada. Les résultats montrent que le Québec, par cette remontée, rejoint les niveaux d'incapacités observés ailleurs au Canada (Saucier et Lafontaine, 2001).

Étant donné les informations mentionnés ci-haut, il semble que l'augmentation de l'incapacité légère soit attribuable à plusieurs facteurs comme une réelle augmentation de l'incapacité, des changements méthodologiques entre les deux enquêtes ainsi qu'une sensibilisation accrue des répondants face à l'incapacité. Or, cette conclusion s'apparente également à ce qui est observé dans plusieurs autres pays industrialisés. En effet, l'allongement de l'espérance de vie peut s'accompagner d'une augmentation des incapacités, et principalement celles de faible intensité, alors que celles modérées et sévères restent stables (Robine et al, 1999 ; Waidmann et Manton, 1998).

2.3 MÉTHODOLOGIE

Après avoir présenté les enquêtes et leur comparabilité, nous allons dans cette troisième section présenter la méthodologie utilisée afin de construire nos modèles et tester nos hypothèses. Ainsi, le traitement des variables indépendantes et dépendantes, des données manquantes, la pondération, la construction des échantillons ainsi que les méthodes d'analyse des données seront abordés.

2.3.1 Traitement des variables indépendantes

Puisque le projet québécois découle d'une recherche faite pour le Canada (Noël, 2002), la création des variables de l'EQLA de 1998 nécessaires aux diverses analyses qui seront effectuées se base principalement sur les variables de l'ESLA de 1986 déjà créées en grande majorité. Le tableau A.2.3 de l'annexe illustre toutes les variables

utilisées pour la création des variables indépendantes et dépendantes qui seront utiles aux régressions ultérieures.

Les points suivants, qui touchent en majorité l'EQLA de 1998, ne visent pas l'ensemble des variables, mais seulement quelques-unes d'entre elles qui demandent des précisions supplémentaires, soit parce que l'information se retrouve ailleurs que dans les documents officiels de l'EQLA ou de l'ESS de 1998, soit pour apporter des renseignements additionnels.

2.3.1.1 Variable « milieu résidentiel »

La seule variable de l'EQLA de 1998 qui permet de créer la variable représentant le milieu résidentiel – urbain/rural – est la variable *milieu* fournie par la Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales (DMDES) de l'ISQ. Cet indice a été créé à partir de la répartition géographique définie par Statistique Canada et est basée sur les secteurs de dénombrement – voir tableau A.2.4 de l'annexe.

2.3.1.2 Variable « mode de vie »

Cette variable découle de l'indice *sitv* que l'on retrouve déjà dans la banque de données de l'ESS de 1998. Il a été créé à partir des variables de la fiche d'identification au début du Questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) et représente en fait les mêmes modalités que celles de notre variable illustrant le mode de vie – voir tableau A.2.4 de l'annexe.

2.3.1.3 Variable « éducation »

La variable du plus haut niveau de scolarité complété de l'ESS de 1998 vient du questionnaire auto-administré (QAA) et comporte un pourcentage élevé de non-

réponses en raison du refus de répondre au questionnaire de la part de plusieurs répondants. Afin de ne pas fausser les résultats des analyses multivariées, les non-réponses sont gardées et représentent en soi une catégorie de chacune des variables.

2.3.2 Traitement des variables dépendantes

Deux indicateurs ont été créés pour atteindre les objectifs de la recherche, soit un indicateur d'incapacité et un autre pour l'utilisation des réseaux d'aide.

2.3.2.1 Indicateur d'incapacité et échelle de pointage

Dans le but de mesurer l'incapacité des répondants, un indicateur, inspiré des travaux de l'Équipe de recherche sur le vieillissement (Noël, 2002) et conséquemment de ceux de McDowell (1988), a été construit. Cet indicateur d'incapacité a été bâti à partir de 17 questions sur les activités de tous les jours qui sont comparables entre l'ESLA de 1986 et de l'EQLA de 1998 (voir la section *Analyses et comparaisons des questions sur l'incapacité* de l'annexe méthodologique). Ces questions concernent les limitations d'activités chez les aînés du Québec pour différentes composantes de l'incapacité telles l'ouïe, la vision, l'élocution, la mobilité, l'agilité ainsi qu'une composante non spécifiée, liée à une incapacité physique.

Le tableau 2.6 présente un résumé de trois indicateurs d'incapacité, les questions qui ont été utilisées pour les construire ainsi que leur système de pointage. La première colonne présente l'indicateur utilisé par McDowell (1988) dans ses recherches, la deuxième celui utilisé dans les travaux de l'Équipe de recherche sur le vieillissement (Noël, 2003 et 2002) et la dernière, celui qui est utilisé dans cette recherche, soit le « nouvel indicateur ». Ce dernier prend en considération les différents changements apportés aux libellés des questions entre le questionnaire de l'ESLA de 1986 et celui de l'EQLA de 1998.

Tableau 2.6
Système de pointage pour l'indicateur d'incapacité basé sur l'approche proposée par Ian McDowell (ESLA 1986)

Objet de la question	Indicateur		Ancien		Nouvel				
	Ian McDowell		indicateur		indicateur				
Suivre une conversation avec 1 personne	0-1	Ouïe	0-1-2	Ouïe	0-1-2	Ouïe			
Suivre une conversation en groupe	0-1		3		0-1-2		4	0-1-2	4
Détails sur appareil	0-1		-----		-----		-----	-----	
Lire un journal	0-1-2	Vision	0-1-2	Vision	0-1-2	Vision			
Voir la figure de quelqu'un à l'autre bout de la pièce	0-1-2		6		0-1-2		4	0-1-2	4
Être aveugle	0-1-2		-----		-----		-----	-----	
Parler et être compris*	0-1-2	Élocution	0-1-2	Élocution	0-1-2	Élocution			
		2		2		2			
Marcher 3 pâtés de maison	0-1-2	Mobilité	0-1-2	Mobilité	0-1-2	Mobilité			
Monter et descendre un escalier	0-1-2		10		0-1-2		10	0-1-2	8
Transporter un objet sur une petite distance	0-1-2		0-1-2		0-1-2		0-1-2	0-1-2	
Se déplacer d'une pièce à l'autre	0-1-2		0-1-2		0-1-2		0-1-2	0-1-2	
Se tenir debout pendant de longues périodes	0-1-2		0-1-2		0-1-2		-----	-----	
Se pencher et ramasser un objet	0-1-2	Agilité	0-1-2	Agilité	0-1-2	Agilité			
S'habiller et se déshabiller	0-1-2		14		0-1-2		14	0-1-2	14
Se mettre au lit et en sortir	0-1-2		0-1-2		0-1-2		0-1-2	0-1-2	
Se couper les ongles d'orteils	0-1-2		0-1-2		0-1-2		0-1-2	0-1-2	
Se servir de ses doigts pour saisir de petits objets	0-1-2		0-1-2		0-1-2		0-1-2	0-1-2	
Étendre les bras	0-1-2		0-1-2		0-1-2		0-1-2	0-1-2	
Couper les aliments	0-1-2		0-1-2		0-1-2		0-1-2	0-1-2	
Être limité physiquement dans le genre ou la quantité d'activités**	0-1-2		Autre		0-1-2		Autre	0-1-2	Autre
		2		2		2			
Diagnostic de difficultés d'apprentissage	0-1	Cognitif	0-1	Cognitif	-----	Cognitif			
Problèmes permanents de mémoire ou d'apprentissage	0-1		4		0-1		4	-----	0
Être limité psychologiquement dans le genre ou la quantité d'activités**	0-1-2		0-1-2		0-1-2		-----	-----	
Total		41		40		34			

Notes:

*: La pointage maximal est attribué à ceux dont personne ne les comprend.

** : Pour obtenir le pointage maximal, il faut être limité dans 2 des 3 sphères d'activités questionnés, soit à la maison, à l'école ou au travail, dans les autres occupations comme les déplacements, les sports ou les loisirs.

Les questions qui n'ont pas été inclus dans l'indicateur d'incapacité sont les trois questions formant la composante cognitive ainsi que celle portant sur la mobilité debout (se tenir debout pendant de longues périodes). La principale justification de ces retraits est la non-comparabilité des questions entre les deux enquêtes. Nous croyons que ces modifications permettront une comparaison plus juste de l'incapacité entre 1986 et 1998.

Chaque question sur l'incapacité est composée de deux sous-questions. Pour la plupart des questions, la première en est une de sélection qui nous permet de savoir si le sujet est capable ou non d'effectuer une activité donnée. La deuxième permet de connaître si l'incapacité (lorsque la personne a répondu positivement à la première question) est totale ou partielle. C'est-à-dire qu'une personne peut avoir de la difficulté à effectuer une activité sans toutefois être incapable de l'exécuter totalement. L'incapacité totale est alors présente chez un individu lorsqu'il a répondu affirmativement à la question de sélection ainsi qu'à celle de suivi. Les réponses aux différentes questions sur l'incapacité nous informent donc si le répondant est tout à fait capable (0 point), partiellement capable (1 point) ou totalement incapable (2 points) d'accomplir les activités demandées. Par conséquent, chaque répondant se voit attribué un score allant de 0 à 2 points pour chacune des questions et conséquemment un score total pouvant aller jusqu'à un maximum de 34 points. Le tableau 2.7 nous indique la répartition du pointage selon les composantes de l'incapacité.

Tableau 2.7
Pointage maximal attribué à chacune des composantes de l'incapacité

Ouïe	Vision	Élocution	Mobilité	Agilité	Autre	Total
4 points	4 points	2 points	8 points	14 points	2 points	34 points

Les répondants n'ayant obtenu aucun point sont considérés comme n'ayant aucune incapacité. Quant aux autres répondants, ils ont été répartis selon certains seuils de sévérité (tableau 2.7). Les personnes qui ont recueilli entre 1 et 4 points sont classées dans la catégorie d'incapacité légère. Si le nombre de points gagnés est situé entre 5 et 10 points, l'incapacité est considérée comme modérée et finalement, lorsque le

score est plus élevé que 11 points, l'incapacité est sévère. Le choix de ces seuils de sévérité n'est pas arbitraire et a grandement été influencé par les travaux faits précédemment par l'Équipe de recherche sur le vieillissement (Noël, 2002). Nous utilisons les mêmes seuils, et ce, en dépit du fait que le nombre maximal de points qu'il est possible d'obtenir est différent entre les deux recherches. En effet, nous avons fait quelques tests de validation des balises afin de s'assurer que les personnes faisant partie d'une catégorie donnée partageaient un certain nombre de caractéristiques communes, notamment celles concernant l'utilisation des réseaux d'aide.

Tableau 2.8
Balises utilisées pour définir les différents types d'incapacité

Gravité de l'incapacité	Nombre de points
aucune	0
légère	1-4
modérée	5-10
sévère	11-34

Il faut noter que les répondants ayant plus d'une non-réponse ont été exclus de la distribution précédente ; l'étiquette de valeur « incapacité indéterminée » leur ayant été assignée. Cependant, pour ce qui est des répondants n'ayant qu'une seule non-réponse parmi l'ensemble des questions, nous avons fait la supposition que cette non-réponse est une réponse négative et avons attribué un pointage nul à cette question. Cette hypothèse implique donc un pourcentage d'erreur qui correspond à la proportion des répondants ayant pu être mal classés étant donné cette hypothèse. Selon la recherche canadienne (Noël, 2002) ce pourcentage d'erreur pour les trois catégories possibles, soit aucune, légère et modérée sont respectivement de 0,22%, 0,26% et de 1,06% pour l'ESLA de 1986. Autrement dit, en 1986 au Canada, 0,22% des répondants de 65 ans et plus ayant été classé dans la catégorie « aucune » auraient dû être classés dans la catégorie suivante, soit « légère » si l'hypothèse d'un pointage nul pour la non-réponse s'était avérée fausse.

Le tableau 2.9 montre le pourcentage de personnes âgées selon la gravité de l'incapacité obtenus pour les deux enquêtes à l'aide du nouvel indicateur

d'incapacité. Encore une fois, on observe une augmentation de l'incapacité qui est principalement causée par une hausse de l'incapacité légère. En effet, l'incapacité modérée et sévère reste stable entre 1986 et 1998.

Tableau 2.9
Pourcentages (non standardisés) des personnes âgées de 65 ans et plus, ayant une incapacité, Québec, 1986 et 1998

Proportions non standardisées	ESLA 1986	EQLA 1998
aucune	64.8	59.2
incapacité	33.9	40.7
légère	13.5	21.7
modérée	12.9	12.9
sévère	7.4	6.2
indéterminée	1.4	0.1
Total	100.0	100.0

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

2.3.2.2 Indicateur de l'utilisation des réseaux d'aide

L'indicateur d'incapacité a donc servi à délimiter la population cible, soit les personnes atteintes d'incapacité, afin de créer l'indicateur de l'utilisation des réseaux d'aide. Ce dernier a été construit à partir de quatre activités de tous les jours, soit la préparation des repas, l'achat d'épicerie, les travaux ménagers courants, ainsi que les soins personnels. Le choix de ces activités a été fait puisqu'elles sont liées étroitement avec ce qu'il convient d'appeler les services de maintien à domicile. Il s'agit donc des conséquences de l'incapacité sur l'exécution des activités de la vie courante. Aux fins d'analyse, trois sources d'aide ont été considérées. Une personne atteinte d'incapacité réalise l'ensemble des activités de la vie courante soit par elle-même, soit avec l'aide du réseau informel seulement, soit avec l'aide du réseau formel seulement ou encore par la combinaison des deux types de réseaux (réseau mixte). Le réseau informel est composé de la famille du répondant (conjoint, parents, enfants, frères et sœurs et personnes apparentées), des amis et des voisins. Les membres d'un service de soins ou de repas à domicile, les personnes provenant d'un

CLSC ou toute autre aide embauchée à titre privé forment le réseau formel. Le réseau mixte, quant à lui, correspond à une combinaison d'aide fournie par les deux types de réseaux (informel et formel). Malgré le fait que les questions sur les quatre activités étaient comparables entre les deux questionnaires, certaines différences concernant la liste des aidants existent. Il est cependant impossible d'en mesurer l'étendue. En effet, dans l'ESLA de 1986, les bénévoles sont comptabilisés par défaut dans la catégorie « autres » qui comprend toutes les personnes qui ne font pas partie de la famille et qui ne sont pas un ami ou un voisin. Dans l'EQLA cependant, on retrouve les bénévoles dans le groupe des « amis/voisins » (voir le tableau A.2.5 de l'annexe).

Encore une fois, la construction de l'indicateur de l'utilisation des réseaux d'aide a été inspirée des travaux faits précédemment par l'Équipe de recherche sur le vieillissement (Noël, 2002). Pour ce faire, il a tout d'abord été question de créer quatre variables de sources d'aide pour chacune des activités étudiées (la préparation des repas, les achats d'épicerie, les travaux ménagers courants, ainsi que les soins personnels). Pour chacune de ces activités, il est possible de connaître la nature de l'aide (conjoint, enfants, bénévole, etc.) fourni au répondant lorsque ce dernier en avait besoin. Afin de minimiser le nombre de répondants exclus lors de la création de ces variables « sources d'aide » en raison de certaines réponses manquantes aux questions sur l'identité des aidants, ces dernières ont été remplacées par une réponse négative lorsqu'au moins une réponse positive était présente. Il faut spécifier que pour être comptabilisé comme recevant de l'aide, un répondant devait absolument avoir reçu cette aide en raison d'une incapacité, autrement, il était exclu de l'échantillon. Finalement, un indicateur global de sources d'aide a été créé à partir des indicateurs intermédiaires « sources d'aide » pour les quatre activités étudiées. Cet indicateur nous renseigne sur la source du réseau d'aide utilisé par le répondant soit aucun, informel, formel, mixte et non disponible.

2.3.3 Échantillons utilisés

Les deux principaux échantillons utilisés pour vérifier nos hypothèses de recherche proviennent de l'ESLA de 1986 et de l'EQLA de 1998. Le premier, soit celui de l'ESLA comprend 5931 répondants, ce qui correspond à 595 176 québécois âgés de 65 ans et plus. Celui de l'EQLA, quant à lui, est constitué de 2951 répondants qui représentent 816 982 aînés. Le tableau 2.10 présente les sous-échantillons qui seront utilisés selon les différents scénarios de régressions. Le nombre de cas qui y sont inclus dépend des critères utilisés pour construire les variables dépendantes. Par exemple, pour connaître la probabilité d'être en incapacité, on ne tient compte que des cas connus d'incapacité, soit les cas valides; les missing étant retirés de l'échantillon de départ.

Tableau 2.10

Échantillons utilisés de répondants âgés 65 ans et plus, Québec, ESLA de 1986 et EQLA de 1998

	Échantillons	Incapacité (a)	Aide (b)
ESLA 1986	5931	5781	3989
EQLA 1998	2951	2944	1061

Notes : (a) Échantillon non-pondéré de répondants dont on connaît la sévérité de l'incapacité (aucune, légère, modérée ou sévère) ;

(b) Échantillon non-pondéré de répondants dont on connaît le réseau d'aide utilisé (aucun, informel, formel ou mixte).

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

2.3.4 Pondération

Pour les fins d'analyse statistique, les poids retrouvés dans chacune des deux enquêtes (poids populationnels) ont été modifiés pour tenir compte de la taille de chaque échantillon. Ainsi, chaque poids a été divisé par le poids moyen de l'ensemble des poids. Par conséquent, la somme de ces nouveaux poids est égale à la taille de l'échantillon et la moyenne de ceux-ci est égale à l'unité.

Mentionnons, par ailleurs, qu'étant donnée la complexité du processus d'enquête de l'EQLA de 1998, il est très important de choisir les variables de pondération adéquates qui tiennent compte des variables mises en cause et des méthodes statistiques utilisées. Selon les documents de l'Institut de la statistique du Québec (2003), la variable de pondération qui doit être utilisée ici fait partie du groupe POIDSEL (EQ_PSL), puisque la population totale retenue dans le projet correspond à la population soumise à la sélection. En fait, toutes les personnes ayant répondu au questionnaire de sélection sont gardées dans notre base de données, et ce, peu importe qu'elles aient répondu ou non au questionnaire de suivi, s'il y a lieu, et au questionnaire auto-administré ; les valeurs manquantes sont mises dans les catégories indéterminées selon le cas.

2.3.5 Les méthodes d'analyse des données

L'analyse univariée, l'analyse bivariée ainsi que l'analyse multivariée sont les principales méthodes appliquées dans cette étude qui vont pouvoir tester nos hypothèses de recherche. L'analyse univariée permettra, dans un premier temps, de décrire les échantillons et de détecter s'il existe d'importantes différences entre eux. Après avoir vérifié que les distributions des variables des échantillons sont comparables, l'analyse bivariée montrera le degré de force statistique entre chaque variable dépendante et indépendante prise individuellement. Ce degré de force statistique sera quantifié à l'aide du test du khi-deux. Finalement, l'analyse multivariée permettra aussi de repérer si une variable a une influence sur la variable dépendante, mais tiendra également compte de l'effet des autres variables indépendantes. Le modèle de régression logistique binomiale sera utilisé afin d'obtenir les paramètres de régression qui seront nécessaires aux calculs des probabilités des différentes modalités des variables dépendantes. Ce modèle de régression est employé lorsque la variable dépendante est dichotomique. Les deux valeurs possibles « 0 et 1 » signifient que la caractéristique observée est respectivement absente ou présente chez un individu. Les coefficients de la régression, estimés par la méthode itérative des maximums de vraisemblance, servent

à calculer la probabilité que la variable dépendante soit égale à 1, c'est-à-dire de montrer l'attribut en question. Notons que c'est le logiciel SPSS, version 10.0 en français qui a été utilisé pour faire les analyses.

Figure 2.1
Formule pour le modèle de régression logistique binomial

$$\log O_i = \log \left(\frac{\pi_i}{1 - \pi_i} \right) = \alpha + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_j X_j$$

$$P_j(Y=1|X) = \pi_i = \frac{1}{1 + \exp -(\alpha + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_j X_j)}$$

- O_i : Rapport de cote
- π_i : Probabilité conditionnelle de l'évènement
- P_j : Probabilité conditionnelle de l'évènement
- Y : Variable dépendante
- J : Nombre de modalités de la variable dépendante
- α : Constante
- β : Coefficients de la régression
- X : Variables indépendantes

Source : Demaris, 1992.

Ce chapitre a permis de rendre compte de la complexité de la comparaison entre l'ESLA de 1986 et l'EQLA de 1998, même si les objectifs de ces deux enquêtes étaient sensiblement similaires. Malgré ces obstacles méthodologiques, surtout celles concernant les questionnaires, il a quand même été possible de construire des indicateurs afin de comparer les niveaux d'incapacité et d'utilisation des réseaux d'aide au Québec pour une période récente. La hausse imprévue de l'incapacité légère entre 1986 et 1998 a aussi été un obstacle à la comparabilité des résultats. Cette augmentation semble, en fait, être le résultat d'une combinaison d'éléments telle une hausse réelle de l'incapacité légère compte tenu de l'élévation de l'espérance de vie et une sensibilisation accrue des individus face à l'incapacité. Par conséquent, cette hausse n'est pas entièrement attribuable à une méthodologie différente du phénomène entre les enquêtes.

CHAPITRE 3 : LES RÉSULTATS

Le premier chapitre a présenté quelques études démontrant l'existence de relations entre l'incapacité ou l'aide reçue et certaines caractéristiques des individus. Parmi ces dernières, on retrouve des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, état matrimonial, origine ethnique), socioéconomiques (revenu, éducation) et d'autres sur la santé des individus et leurs habitudes de vie. En plus d'examiner ces relations avec des données québécoises, un des objectifs principaux de ce mémoire est de vérifier s'il y a eu modification des facteurs qui influencent l'incapacité et l'utilisation des réseaux d'aide chez les personnes âgées au Québec entre 1986 et 1998. Ces résultats permettront de poursuivre les travaux entamés par l'Équipe de recherche sur le vieillissement, portant sur les projections du mode de vie et du réseau familial des aînés de demain. Par ailleurs, l'adéquation entre les besoins des personnes âgées en services de maintien à domicile et la capacité du réseau familial de répondre à cette demande pour la période 2001-2031 pourra être effectuée à partir des tendances observées entre 1986 et 1998.

Ce troisième et dernier chapitre porte sur l'analyse des résultats obtenus concernant l'incapacité et l'utilisation des réseaux d'aide chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant en ménage privé. Il sera divisé en deux grandes parties. La première traitera des facteurs associés à l'incapacité et la deuxième, à ceux liés à l'utilisation des réseaux d'aide chez les aînés en perte d'autonomie au Québec en 1986 et 1998. Les résultats sont présentés de la même façon pour les deux parties. Tout d'abord, une analyse plus descriptive traite des différences entre la distribution de la population de 1986 et celle de 1998. Cette description permet aussi de démontrer l'existence de relations entre les variables indépendantes et dépendantes. Par la suite, l'analyse multivariée sera employée afin de calculer, à l'aide de régressions logistiques, les probabilités et les risques relatifs d'être atteints d'incapacité et de recourir à un réseau de soutien pour les aînés en perte d'autonomie selon certaines caractéristiques. Avant d'aborder les résultats, nous allons, dans un premier temps,

présenter les variables dépendantes et indépendantes qui sont utilisées dans chacun des deux modèles.

3.1 LES MODÈLES UTILISÉS

3.1.1 Le modèle pour l'incapacité

Afin de déterminer les variables qui influencent l'incapacité chez les personnes âgées de 65 ans et plus, nous utilisons un premier modèle où une variable dépendante dichotomique d'incapacité est incluse. Les variables indépendantes qui y sont incluses sont le groupe d'âges, le sexe, l'état matrimonial légal, l'éducation et le milieu résidentiel. Le choix de ces variables n'a rien d'arbitraire puisque plusieurs études ont démontré l'influence de celles-ci sur l'incapacité. De fait, on note que les femmes, les personnes très âgées ainsi que les personnes veuves, séparées ou divorcées sont plus susceptibles de souffrir d'incapacité que les autres personnes. De plus, il semble que les personnes avec incapacité sont en général moins instruites et ont des revenus inférieurs à celles sans incapacité. On retrouve par ailleurs, parmi la population atteinte d'incapacité, une plus grande proportion de personnes adoptant des habitudes de vie moins saines et vivant en milieu rural.

Idéalement, nous aurions aussi dû inclure dans le modèle des variables sur le revenu et les habitudes de vie mais la non-disponibilité et la non-comparabilité de ces dernières dans les deux bases de données nous en a empêché. Néanmoins, nous croyons que les variables retenues pour les analyses permettront de vérifier leur influence sur l'incapacité et s'il y a eu évolution de l'effet de ces caractéristiques entre 1986 et 1998.

3.1.2 Le modèle pour l'utilisation des services d'aide à domicile

Afin de déterminer les facteurs qui influencent l'utilisation des réseaux d'aide à domicile, nous utilisons un deuxième modèle dont la variable dépendante est le recours à un réseau de soutien. Comme pour le premier modèle, nous y avons inclus des variables indépendantes dont l'importance sur l'aide reçue a été confirmée par plusieurs recherches et qui sont par ailleurs disponibles et comparables entre les bases de données de l'ESLA de 1986 et de l'EQLA de 1998. Ces variables sont la sévérité de l'incapacité, le groupe d'âges, le sexe, le mode de vie, l'éducation et le milieu résidentiel.

Étant donné la non-disponibilité ou la non-comparabilité de certaines questions entre les deux enquêtes, nous n'avons pas pu inclure certaines variables dans ce deuxième modèle, et ce, malgré les informations fournies par la recension des écrits. En effet, notre modèle aurait dû considérer l'origine ethnique, le nombre d'enfants survivants, le revenu ainsi que des variables sur les habitudes de vie ou les comportements face à la santé. Cependant, nous croyons que ce modèle permettra aussi d'atteindre les objectifs de ce mémoire, soit de déterminer les facteurs qui influencent l'utilisation de l'aide chez les personnes de 65 ans et plus en perte d'autonomie et s'il y a eu évolution de l'effet de ces caractéristiques entre 1986 et 1998.

3.2 LES RÉSULTATS DU MODÈLE POUR L'INCAPACITÉ

3.2.1 L'analyse descriptive

Avant de procéder à l'analyse des caractéristiques qui influencent l'incapacité chez les aînés en perte d'autonomie, nous allons tout d'abord tracer le portrait des populations étudiées en 1986 et 1998 et tenter de détecter, à l'aide de l'analyse bivariée, certaines relations possibles entre l'incapacité et les caractéristiques de la population âgée.

Le tableau 3.1 présente la distribution des échantillons de cas valides¹⁰ retenus pour effectuer nos analyses multivariées. Il nous informe sur la répartition de la population québécoise de 65 ans et plus vivant en ménage privé selon cinq caractéristiques : le groupe d'âges, le sexe, l'éducation, l'état matrimonial légal et le milieu résidentiel.

Tableau 3.1
Répartition des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en ménage privé selon certaines caractéristiques, Québec, 1986 et 1998

	1986		1998	
	Échantillon pondéré		Échantillon pondéré	
	N	%	N	%
Groupe d'âges				
85 ans et plus	293	5,0	154	5,2
75-84 ans	1583	27,1	891	30,3
65-74 ans	3976	67,9	1901	64,5
Sexe				
Hommes	2448	41,8	1252	42,5
Femmes	3404	58,2	1694	57,5
Plus haut niveau de scolarité complété				
Postsecondaire	1054	18,0	371	12,6
Secondaire	441	7,5	294	10,0
Information non disponible ^(a)	---	---	559	19,0
Moins que le secondaire	4357	74,5	1722	58,4
État matrimonial légal				
Jamais marié(e)/célibataire	632	10,8	183	6,2
Divorcé(e)/séparé(e)/veuf(ve)	1988	34,0	1150	39,0
Actuellement marié(e)	3232	55,2	1613	54,8
Milieu résidentiel				
Rural	1314	22,5	433	14,7
Urbain	4538	77,5	2513	85,3
Total	5852	100,0	2946	100,0

Notes : ^(a) Personnes qui n'ont pas complété le QAA ainsi que celles qui n'ont pas fourni l'information sur le plus haut niveau de scolarité complété. Afin de ne pas biaiser les résultats, les non-répondants sont pris en compte et forment une catégorie distincte.

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

Lorsque l'on examine le tableau 3.1, il est possible de détecter certaines différences entre les deux échantillons. Toutefois, ces deux échantillons présentent une distribution semblable selon le sexe et le groupe d'âges. De fait, tant en 1986 qu'en 1998 les hommes comptent pour environ 42% de la population des aînés tandis que

¹⁰ Les cas retenus sont ceux dont le niveau de l'incapacité est connu. Le pourcentage de cas où l'incapacité est inconnue et qui ont été retirés des échantillons correspond à 1,3% en 1986 et à 0,2% en 1998.

les femmes forment à peu près 58% de la population des 65 ans et plus vivants en ménage privé au Québec. La distribution de la population selon l'âge est également répartie sensiblement de la même façon en 1986 et 1998. Le groupe des 85 ans et plus constitue environ 5% des personnes âgées, celui des 75-84 ans représente entre 27% et 30% et celui des 65-74 ans est d'environ 65%. Ces chiffres permettent de détecter un léger vieillissement de la population entre 1986 et 1998 qui se manifeste par une sensible augmentation de la proportion des groupes d'âges plus élevés au détriment du groupe des 65-74 ans.

L'examen de la distribution des échantillons selon l'état matrimonial montre en premier lieu que la part de personnes qui n'ont jamais été mariées (célibataires) est un peu plus importante en 1986 (11%) qu'en 1998 (6%). À l'inverse, la proportion des « divorcés/séparés/veufs » est plus élevée en 1998 (39%) qu'en 1986 (34%). Quant au pourcentage d'individus mariés, il est semblable pour les deux années, se stabilisant autour de 55%. Ces résultats semblent refléter ce qui s'est réellement passé dans la réalité, soit une augmentation du poids des divorcés dans la population.

On peut en outre s'apercevoir, dans le tableau 3.1, de certaines différences entre la population de 1986 et celle de 1998 selon le milieu résidentiel du répondant. On constate effectivement qu'un plus grand nombre de personnes ont déclaré vivre en milieu rural en 1986 comparativement à 1998, suggérant donc une certaine urbanisation des personnes âgées. Cette urbanisation s'expliquerait par le fait qu'il y a une plus grande disponibilité des logements fonctionnels dans les villes qu'en milieu rural.

Lorsque l'on examine la distribution de la population selon le niveau d'éducation, nous remarquons qu'il existe une différence majeure entre les deux échantillons. En effet, la catégorie « Information non disponible » de la variable sur l'éducation présente un résultat nul pour l'échantillon de 1986, alors que 19% des répondants de l'échantillon de 1998 sont inclus dans cette catégorie. Cette différence s'explique

principalement¹¹ par le fait qu'un certain nombre d'individus n'ont pas répondu au questionnaire auto-administré (QAA) de l'Enquête sociale et de santé de 1998 (ESS 1998) d'où provient la question sur l'éducation. En effet, puisque l'EQLA était administrée au même échantillon que l'ESS de 1998, il est possible que certaines informations essentielles ne figurent pas dans les questionnaires de l'EQLA et que, par conséquent, elles doivent être extraites des questionnaires de l'ESS 1998 (Institut de la statistique du Québec, 2003).

Il est donc possible qu'un individu ait complété les questionnaires de sélection et de suivi, sans toutefois avoir rempli le QAA. Il convient de mentionner que ce dernier était destiné aux personnes de 15 ans et plus des ménages répondants au QRI et qu'il s'agit d'un instrument papier que la personne remplit seule en 35 à 40 minutes. Il comporte 241 questions réparties en 17 sections dont certaines portent sur les habitudes de vie et la santé ou sur des questions plus personnelles. Dans le cas qui nous préoccupe, le pourcentage de personnes qui n'ont pas répondu au QAA est assez élevé, soit 16% de l'ensemble des répondants. C'est pourquoi nous avons décidé d'analyser et de comparer les non-répondants au QAA à ceux qui ont répondu au questionnaire.

Le tableau 3.2 présente la distribution des répondants qui n'ont pas répondu au QAA selon certaines caractéristiques et la compare à ceux qui ont répondu au questionnaire. La première constatation est qu'il n'y a pas de différenciation importante entre les deux groupes selon le sexe et le milieu résidentiel. En effet, les distributions des modalités de ces deux variables ne diffèrent pas selon que les répondants aient répondu ou non au QAA.

¹¹ La non-réponse au QAA n'est pas le critère exclusif pour être inclus dans cette catégorie. En effet, les répondants qui n'ont pas fourni d'information concernant le niveau d'éducation, et ce, même s'ils ont répondu au QAA, sont également inclus dans cette catégorie.

Tableau 3.2
Distribution de la population de 65 ans et plus qui a répondu au QAA et celle qui n'a pas répondu au QAA selon certaines caractéristiques, Québec, 1998

	Population qui n'a pas répondu au QAA n = 485 (%)	Population qui a répondu au QAA n = 2466 (%)
Groupe d'âges		
85 ans et plus	7,6	4,8
75-84 ans	37,2	28,9
65-74 ans	55,2	66,3
Âge moyen	74,6 ans	72,8 ans
Sexe		
Hommes	42,7	42,5
Femmes	57,3	57,5
État matrimonial légal		
Jamais marié(e)/célibataire	7,8	5,9
Divorcé(e)/séparé(e)/veuf(ve)	43,5	38,2
Actuellement marié(e)	48,7	55,9
Mode de vie		
Vit seul(e)	26,2	31,2
Vit avec conjoint(e)	48,9	58,3
Vit avec d'autres	24,9	10,5
Milieu résidentiel		
Rural	14,3	14,9
Urbain	85,7	85,1
Sévérité de l'incapacité		
Aucune	57,0	59,6
Légère	18,4	22,3
Modérée	14,4	12,6
Sévère	10,0	5,4
Inconnue	0,2	0,1
Source d'aide (b)		
Aucune	38,8	65,2
Informelle	24,4	23,6
Formelle	5,9	3,7
Mixte	11,5	4,8
Inconnue	19,4	2,7
Total	100,0	100,0

Notes : La somme des deux populations donne 2951 répondants, ce qui correspond à l'échantillon initial non-pondéré ;

^(b) Ne correspond qu'à 40% de l'échantillon qui a répondu au QAA et 43% de l'échantillon qui n'a pas répondu au QAA car les personnes qui utilisent les sources d'aide, le font en raison d'une incapacité.

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

Parmi les différences dégagées entre les deux groupes, on observe que la population qui n'a pas répondu au QAA est constituée de personnes plus âgées ; l'âge moyen étant de 74,6 ans comparativement à 72,8 ans pour la population qui a répondu au QAA. On remarque aussi une plus grande proportion de célibataires et de

« divorcés/séparés/veufs » parmi ce premier groupe. Par ailleurs, on voit que les individus vivant avec leur conjoint démontrent une plus forte propension à répondre au questionnaire que les gens vivants seuls ou avec d'autres. De plus, on constate qu'une grande proportion des individus qui n'ont pas répondu au QAA souffrent d'une incapacité et que cette incapacité est plus souvent d'un degré modéré ou grave.

Pour ce qui est de la distribution selon la source d'aide, les résultats nous démontrent que parmi la population qui n'a pas répondu au QAA, une plus grande proportion a été classée dans la catégorie « Inconnue », ce qui correspond aux individus qui n'ont pas correctement répondu aux questions sur la source d'aide dans l'EQLA. Étant donné que le but de cet exercice est de comparer les données entre les deux populations, nous avons retiré les cas inconnus de la distribution sur la source d'aide. Le tableau 3.3 ne présente donc que les cas connus de source d'aide, ce qui rend plus facile la comparaison entre les deux populations. En effet, d'après ce tableau, on note que la population qui n'a pas répondu au QAA utilise dans de plus fortes proportions les réseaux de soutien (52%), que celle qui a répondu au questionnaire (33%).

Tableau 3.3
Distribution de la population de 65 ans et plus qui a répondu au QAA et celle qui n'a pas répondu au QAA selon la source d'aide, Québec, 1998

	Population qui n'a pas répondu au QAA n = 167 (%)	Population qui a répondu au QAA n = 967 (%)
<i>Source d'aide</i>		
Aucune	48,2	67,0
Informelle	30,3	24,2
Formelle	7,3	3,8
Mixte	14,2	5,0
<i>Total</i>	100,0	100,0

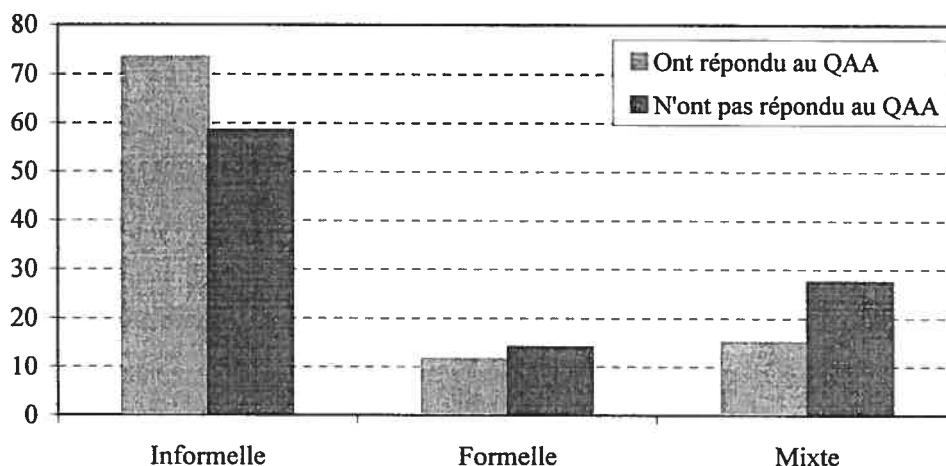
Sources : Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé de 1998 et Enquête québécoise sur les limitations d'activités de 1998.

La figure 3.1 réduit cette fois l'échantillon uniquement aux personnes qui utilisent les réseaux d'aide. On constate, parmi les individus qui utilisent de l'aide que ceux qui n'ont pas répondu aux QAA utilisent davantage les réseaux de soutien formels et mixtes que ceux qui ont répondu au QAA. Cette situation reflète bien les résultats

d'autres études qui se sont penchées sur le sujet, et suit cette tendance voulant que les personnes qui souffrent d'incapacités plus sévères utilisent davantage les sources d'aide formelles de soutien.

Puisqu'il semble exister d'importantes différenciations entre la population qui a répondu au QAA et celle qui n'y a pas répondu, nous avons décidé de garder ces non-réponses, d'en former une catégorie distincte et de les inclure dans nos analyses afin de ne pas biaiser les résultats.

Figure 3.1
Pourcentage de personnes qui ont répondu au QAA selon la source d'aide utilisée, Québec, 1998



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

En somme, l'analyse univariée nous a donc permis de constater que l'évolution des distributions des variables indépendantes des échantillons de l'ESLA de 1986 et de l'EQLA de 1998 reflètent ce qui a aussi été observé dans la réalité, soit un léger vieillissement de la population, une augmentation de la proportion de « séparés/divorcés/veufs » ainsi qu'une diminution de la part de célibataires parmi la population âgée et finalement une urbanisation des aînés entre 1986 et 1998. Seule la catégorie « Information non disponible » de la variable sur l'éducation est différente entre les deux échantillons.

Il convient maintenant d'identifier les relations entre les différentes variables indépendantes et l'incapacité. Le tableau 3.4 présente la distribution des personnes âgées de 65 ans et plus selon qu'elles sont atteintes ou non d'incapacité, pour la population québécoise en 1986 et 1998. Il nous dévoile toutes les possibilités existantes entre les variables indépendantes et la variable dépendante et indique le sens ainsi que la force statistique des relations entre ces dernières à l'aide du test du khi-deux. Pour chaque variable un niveau de significativité est donné, qui témoigne de la force statistique entre la variable dépendante d'incapacité et la variable indépendante en question. Il faut cependant noter une différence entre les deux échantillons dans le traitement de ce test. En effet, l'Institut de la statistique du Québec (2001) suggère l'utilisation d'un effet de plan, étant donné le plan d'échantillonnage complexe de l'ESS de 1998 : « il n'est pas suffisant d'utiliser les poids ramenés à la taille de l'échantillon lorsque des tests statistiques sont effectués : on doit en plus apporter un ajustement à l'aide d'un effet de plan ». En langage courant, l'effet de plan consiste à « pondérer » l'échantillon en fonction de plan de sondage complexe de l'enquête en question. En 1998, nous utilisons donc un effet de plan général pour l'ensemble des variables (1,9) lorsque les tests du khi-deux sont effectués, alors qu'en 1986, il n'existe pas de tels tests. Puisqu'il s'agit d'un effet de plan moyen, il se peut qu'il ne soit pas tout à fait pertinent d'utiliser cette technique pour certaines variables prises individuellement. À vrai dire, l'effet de plan pourrait surestimer ou sous-estimer l'effet de certaines variables. Néanmoins, puisque les résultats des tests du khi-deux sont très semblables avec et sans effet de plan (voir le tableau A.3.1 en annexe) nous avons décidé d'intégrer l'effet de plan aux tests du khi-deux par souci de robustesse.

Le tableau 3.4 nous permet de discerner quelques relations. Comme attendu, nous remarquons que la proportion de personnes atteintes d'incapacité augmente avec l'âge. En effet, nous observons que les individus âgés de 85 ans et plus sont plus nombreux à être atteints d'une incapacité que les aînés provenant de groupes d'âges plus jeunes, et ce, en 1986 et 1998. Même si le lien entre l'incapacité et le sexe n'est pas significatif, et ce, pour les deux années, il semble que le fait d'être une femme

semble influencer la propension d'être en état d'incapacité. De fait, on discerne très bien que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à souffrir d'incapacité.

On note par ailleurs que le lien entre la scolarité et l'incapacité est significatif. Lorsque l'on examine les données selon le plus haut niveau de scolarité complété, on remarque que, plus le niveau d'éducation est faible, plus la part de personnes avec incapacité est élevée. Lorsque l'on considère l'incapacité selon l'état matrimonial, on observe que ce sont les « divorcés/séparés/veufs » qui possèdent la plus forte proportion de personnes avec incapacité comparativement aux mariés et célibataires.

Tableau 3.4
Distribution des personnes de 65 ans et plus selon si elles sont atteintes ou non d'incapacité, Québec 1986 et 1998

	1986		1998	
	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité
Groupe d'âges	***		***	
85 ans et plus	67,8	32,2	72,1	27,9
75-84 ans	42,7	57,3	51,0	49,0
65-74 ans	28,5	71,5	33,5	66,5
Sexe			*	
Hommes	33,2	66,8	38,2	61,8
Femmes	35,1	64,9	42,7	57,3
Plus haut niveau de scolarité complété	***		***	
Postsecondaire	23,2	76,8	31,5	68,5
Secondaire	26,8	73,2	35,4	64,6
Information non disponible ^(a)	---	---	41,9	58,1
Moins que le secondaire	37,8	62,2	43,3	56,7
État matrimonial légal	***		**	
Jamais marié(e)/célibataire	33,4	66,6	39,7	60,3
Divorcé(e)/séparé(e)/veuf(ve)	39,0	61,0	50,5	49,5
Actuellement marié(e)	31,6	68,4	34,0	66,0
Milieu résidentiel				
Rural	33,6	66,4	39,0	61,0
Urbain	34,5	65,5	41,1	58,9
Total	34,3	65,7	40,8	59,2

Notes : *** significatif à $p < 0,001$; ** significatif à $p < 0,01$; * significatif à $p < 0,05$

^(a) Personnes qui n'ont pas complété le QAA ainsi que celles qui n'ont pas fourni l'information sur le plus haut niveau de scolarité complété. Afin de ne pas biaiser les résultats, les non-répondants sont pris en compte et forment une catégorie distincte.

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

L'analyse descriptive a permis de montrer le sens des relations existantes entre l'incapacité et certaines caractéristiques des aînés. L'analyse multivariée déterminera l'impact de chacune des variables indépendantes prises individuellement. Les résultats du modèle de régression logistique permettront de tester si ces variables exercent une influence significative sur l'incapacité, en tenant compte de l'effet des autres variables dépendantes.

3.2.2 Les résultats de l'analyse multivariée pour l'incapacité

Les résultats des régressions logistiques seront présentés en deux blocs. Le premier portera sur le calcul des risques relatifs à partir des résultats produits par le codage régulier et le deuxième sur le calcul de probabilités moyennes et leurs intervalles de confiance à partir du codage d'effets moyens des variables indépendantes. Il sera aussi possible, dans ce deuxième bloc, de déterminer, à partir des intervalles de confiance calculés, s'il y a eu évolution des caractéristiques liées à l'incapacité entre 1986 et 1998.

Dans le cas du codage régulier, chaque variable indépendante est incluse dans le modèle de régression logistique sous la forme de variable « dummy » (qui prend la valeur 0 ou 1) en quantité égale au nombre de catégories, moins 1. Les résultats des régressions nous permettent tout d'abord de voir quelles sont les catégories des variables indépendantes qui sont statistiquement associées à l'incapacité. Lorsque les paramètres sont en gras, cela indique qu'ils sont significatifs, et qu'il existe donc une différence significative entre la catégorie mentionnée et la catégorie de référence. Dans le cas où le coefficient n'est pas significatif, cela indique que la catégorie de référence ainsi que celle associée au coefficient estimé ont un impact équivalent sur l'incapacité.

De plus, les coefficients estimés par la régression logistique de cette variable « dummy » représentent l'effet de chacune des catégories par rapport à la catégorie de référence, soit la catégorie omise. Pour chaque catégorie d'une variable X, (à

l'exception des catégories de référence), un coefficient β est estimé. Par exemple, pour une catégorie donnée, plus le coefficient s'éloigne de 0, plus l'impact de cette catégorie sur l'incapacité diffère par rapport à l'impact de la catégorie de référence de cette même variable. Lorsque le coefficient est positif, le risque est plus grand et dans le cas où il est négatif, cela signifie que le risque est plus faible par rapport à la catégorie de référence.

Pour faciliter l'interprétation et la comparaison des coefficients estimés par les régressions logistiques, nous utilisons les risques relatifs calculés à partir des coefficients estimés. Le risque relatif¹² se définit comme étant la probabilité qu'un événement se produise pour un individu donné, divisée par la probabilité que ce même événement survienne pour un individu présentant les caractéristiques de la catégorie de référence. Les risques relatifs nous permettent de comparer deux groupes, toutes choses étant égales par ailleurs. Lorsqu'il est supérieur à 1, ce rapport indique que l'effet de la catégorie de référence sur l'incapacité/l'utilisation des réseaux d'aide est inférieur à celui de la catégorie à laquelle elle est comparée. Autrement, le risque relatif sera inférieur à 1, mais toujours supérieur à 0. Plus sa valeur est près de 1, plus l'effet de chacune des catégories comparées est semblable.

Le tableau 3.5 présente donc les coefficients estimés par la régression logistique binomiale ainsi que les risques relatifs calculés à partir de ces résultats. Comme il a été mentionné plus tôt, l'interprétation des risques relatifs se fait toujours par rapport à la catégorie de référence qui est constituée des catégories omises des variables indépendantes. Dans ce cas particulier, il s'agit des femmes mariées âgées entre 65 et 74 ans dont le plus haut niveau de scolarité complété est « moins que le secondaire » et qui vivent en milieu urbain.

¹² Le calcul du risque relatif se fait à partir de la formule suivante : $RR = P(\text{événement}) / P(\text{catégorie de référence})$.

Tableau 3.5
Paramètres du modèle de régression logistique sur la probabilité d'être atteint d'incapacité,
Québec, 1986 et 1998

	1986		1998	
	β	RR	β	RR
Groupes d'âges				
85 ans et plus	1,5760	2,24	1,4670	2,14
75-84 ans	0,5696	1,44	0,6401	1,49
65-74 ans	---	1,00	---	1,00
Sexe				
Hommes	0,0683	1,05	0,0896	1,06
Femmes	---	1,00	---	1,00
Plus haut niveau de scolarité complété				
Postsecondaire	-0,6800	0,59	-0,4130	0,74
Secondaire	-0,4502	0,71	-0,2582	0,83
Information non disponible ^(a)	s/o	s/o	-0,1458	0,90
Moins que le secondaire	---	1,00	---	1,00
État matrimonial légal				
Jamais marié(e)/célibataire	0,1553	1,11	0,1641	1,12
Divorcé(e)/séparé(e)/veuf(ve)	0,1660	1,12	0,5375	1,40
Actuellement marié(e)	---	1,00	---	1,00
Milieu résidentiel				
Rural	-0,0695	0,95	-0,0404	0,97
Urbain	---	1,00	---	1,00

Notes : Les risques relatifs (RR) en gras sont significatifs à au moins 95% de confiance.

^(a) Personnes qui n'ont pas complété le QAA ainsi que celles qui n'ont pas fourni l'information sur le plus haut niveau de scolarité complété. Afin de ne pas biaiser les résultats, les non-répondants sont pris en compte et forment une catégorie distincte.

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

Les résultats du tableau 3.5 montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les hommes et la catégorie de référence en 1986 et 1998. Les mêmes conclusions sont constatées pour les personnes vivant en milieu rural. Par ailleurs, nous remarquons que l'avancement en âge augmente le risque d'être atteint d'incapacité. En effet, les personnes de 75 à 84 ans ont 50% plus de risques d'être atteintes d'incapacité que celles faisant partie de la catégorie de référence, tandis que celles de 85 ans et plus doublent leur risque d'être atteintes d'incapacité.

Pour la scolarité, nous observons également une tendance, du moins en 1986. De fait, on note que, plus les gens ont un niveau de scolarité élevé, plus les risques d'être en incapacité diminuent. En 1998, la relation entre l'éducation et l'incapacité va aussi

dans le sens attendu, c'est-à-dire que l'augmentation du niveau de scolarité diminue les risques de souffrir d'incapacité. Cependant, seule une différence significative est observée entre le groupe des personnes qui ont atteint un niveau d'études postsecondaires et le groupe type, toutes choses étant égales par ailleurs. Il n'y a pas non plus de différence significative entre les aînés qui détiennent un niveau de scolarité secondaire comparativement à ceux dont le plus haut niveau de scolarité atteint est « moins que le secondaire », toutes choses étant égales par ailleurs. La même constatation a été décelée pour les individus dont le niveau de scolarité est indéterminé.

Lorsque l'on examine les résultats du tableau 3.5 selon l'état matrimonial légal, on constate que les personnes divorcées ont plus de risques que les gens mariés de se retrouver dans un état d'incapacité en gardant constantes toutes les autres caractéristiques de la personne type. Cette différence semble même plus importante en 1998 qu'en 1986. Cependant, on ne décèle pas de différence significative entre les célibataires et le groupe de référence.

3.2.3 Les tendances concernant les probabilités d'être atteint d'incapacité entre 1986 et 1998

Comme il a été mentionné un peu plus tôt, il est possible de codifier les variables indépendantes de manière à interpréter les coefficients par rapport à l'effet moyen de toutes les catégories. On utilise cette façon de codifier dans le but de comparer l'effet net de chacune des variables sur l'incapacité. Dans ce cas, plus le coefficient β s'éloigne de 0, plus le risque d'être atteint d'incapacité diffère par rapport à l'effet moyen de toutes les catégories de la variable en question. Pour faciliter l'interprétation et la comparaison dans le temps des coefficients estimés par les régressions logistiques, nous utilisons les probabilités¹³ calculées à l'aide du codage d'effets moyens. L'avantage des probabilités calculées à l'aide du codage d'effets moyens est qu'elles tiennent compte de l'effet moyen des autres variables

¹³ Le calcul d'une probabilité se fait à partir de la formule suivante :

$$P = \frac{(e^{\beta} X e^{\beta_0})}{(1 + (e^{\beta} X e^{\beta_0}))}$$

indépendantes du modèle. En effet, on ne doit pas toujours se référer au groupe de référence, mais plutôt à l'effet moyen des autres variables du modèle.

Le tableau 3.6 nous informe des probabilités pour un individu d'être atteint d'incapacité selon certaines caractéristiques en 1986 et 1998. Ces résultats vont dans le même sens que pour le tableau précédent : on constate que les probabilités d'être atteint d'incapacité augmentent avec l'âge, diminuent lorsque le niveau de scolarité croît et que les différences selon le sexe et le milieu résidentiel sont faibles.

Tableau 3.6
Probabilités pour une personne de 65 ans et plus d'être atteinte d'incapacité selon certaines caractéristiques, Québec 1986 et 1998.

	1986	1998	Tendance
Groupes d'âges			
85 ans et plus	0,61	0,67	
75-84 ans	0,37	0,47	
65-74 ans	0,25	0,32	**
Sexe			
Hommes	0,41	0,50	
Femmes	0,39	0,47	**
Plus haut niveau de scolarité complété			
Postsecondaire	0,33	0,43	
Secondaire	0,38	0,47	
Information non disponible ^(a)	0,40	0,50	
Moins que le secondaire	0,49	0,54	
État matrimonial légal			
Jamais marié(e)/célibataire	0,41	0,47	
Divorcé(e)/séparé(e)/veuf(ve)	0,42	0,56	**
Actuellement marié(e)	0,38	0,43	
Milieu résidentiel			
Rural	0,39	0,48	
Urbain	0,41	0,49	**

Notes : ** Il existe une tendance entre 1986 et 1998 : les probabilités sont statistiquement différentes entre 1986 et 1998 à 95% de confiance.

^(a) Personnes qui n'ont pas complété le QAA ainsi que celles qui n'ont pas fourni l'information sur le plus haut niveau de scolarité complété. Afin de ne pas biaiser les résultats, les non-répondants sont pris en compte et forment une catégorie distincte.

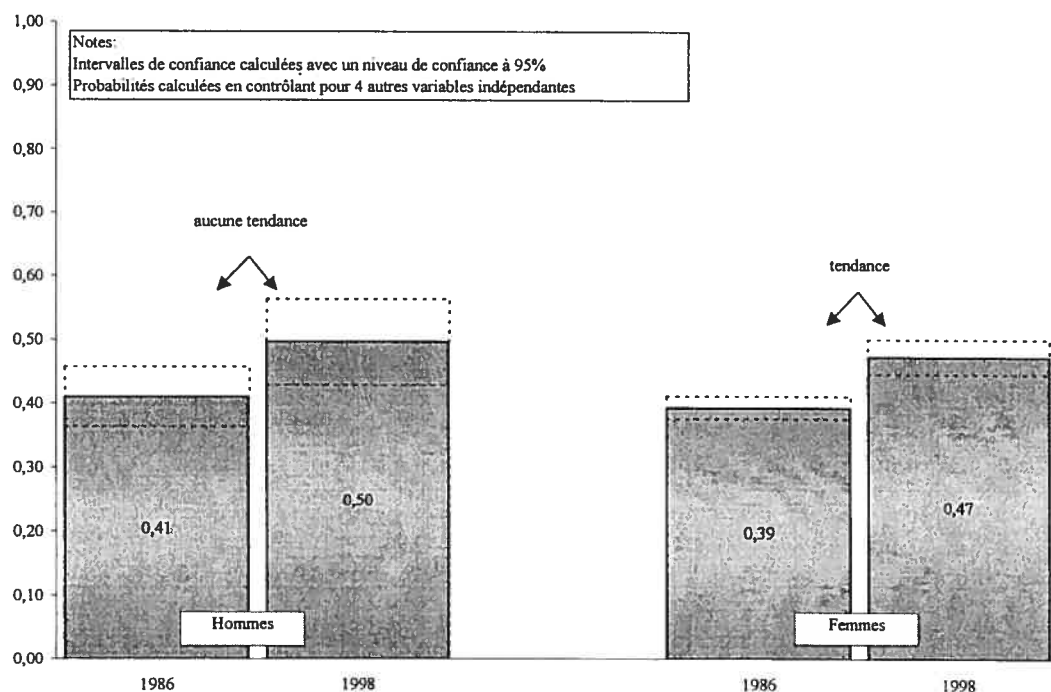
Sources : Statistique Canada, Enquête sur la santé et les limitations d'activité de 1986 ; Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé de 1998 et Enquête québécoise sur les limitations d'activités de 1998.

On note par ailleurs que ce sont les gens mariés qui ont les plus faibles probabilités d'être atteints d'incapacité et, qu'au contraire, ce sont les aînés divorcés, séparés ou

veufs qui connaissent les probabilités les plus élevées lorsque l'on analyse les résultats selon l'état matrimonial. Bref, la probabilité la plus élevée d'être en incapacité est observée chez les 85 ans et plus (0,61 en 1986 et 0,67 en 1998) tandis que ce sont les 65-74 ans (0,25 en 1986 et 0,32 en 1998) qui connaissent la plus faible de souffrir d'incapacité.

De façon générale, on remarque que les probabilités calculées sont toujours supérieures en 1998 qu'en 1986. Deux astérisques sont ajoutés à la dernière colonne du tableau 3.6 pour indiquer lorsque la tendance entre 1986 et 1998 est statistiquement significative. Cette tendance est détectée à partir des intervalles de confiance calculés pour les probabilités. S'il y a chevauchement des intervalles de confiance entre les deux échantillons, on conclut à l'absence de tendance et vice versa comme le démontre la figure 3.2.

Figure 3.2
Probabilités pour une personne de 65 ans et plus d'être atteinte d'incapacité selon le sexe, Québec 1986 et 1998.



Source : Tableau 3,6.

En somme, nous observons une augmentation significative de la probabilité d'être atteint d'incapacité entre 1986 et 1998, lorsque l'on tient compte de l'effet moyen des autres variables du modèle, pour les groupes suivants : les 65-74 ans, les femmes, les célibataires (jamais mariés) ainsi que les personnes vivant en milieu urbain. La figure 3.2 représente un exemple de chevauchement d'intervalles de confiance, soit lorsqu'il n'existe pas de tendance significative entre 1986 et 1998 (hommes) ainsi qu'un exemple où la tendance est significative (femmes).

3.3 LES RÉSULTATS DU MODÈLE POUR L'UTILISATION DES RÉSEAUX D'AIDE

Cette deuxième partie de l'analyse des résultats porte sur les personnes atteintes d'incapacité qui sont susceptibles d'utiliser les réseaux de soutien à domicile. L'utilisation de l'aide a été définie selon quatre activités de la vie courante, soit la préparation des repas, l'achat d'épicerie, les travaux ménagers courants ainsi que les soins personnels. Le choix de ces activités n'a rien d'arbitraire et découle des méthodologies utilisées par l'équipe de recherche sur le vieillissement qui s'intéresse à l'effet que pourraient avoir les changements au niveau des caractéristiques sociodémographiques des aînés sur l'utilisation des services de maintien à domicile. De fait, ces quatre tâches sont plus souvent associées aux services de maintien à domicile que d'autres activités comme les gros travaux ménagers¹⁴, les finances personnelles et les déplacements à l'intérieur de la résidence.

3.3.1 L'analyse descriptive

Comme pour la section sur l'incapacité, nous allons, dans cette deuxième partie de l'analyse des résultats, examiner les différences existantes entre les échantillons de 1986 et de 1998. Le tableau 3.7 présente la distribution de ces échantillons et permet de faire la distinction entre les caractéristiques de la population québécoise qui est, cette fois, réduite aux aînés atteints d'incapacité seulement.

¹⁴ Les gros travaux ménagers incluent le lavage des murs, l'entretien extérieur et le déneigement.

Tableau 3.7
Répartition des personnes âgées atteintes d'incapacité vivant en ménage privé selon certaines caractéristiques, Québec, 1986 et 1998

	1986		1998	
	Échantillon pondéré N	%	Échantillon pondéré N	%
Sévérité de l'incapacité				
Sévère	411	21,3	171	15,1
Modérée	743	38,6	357	31,5
Légère	773	40,1	606	53,4
Groupe d'âges				
85 ans et plus	191	9,9	103	9,1
75-84 ans	642	33,3	422	37,2
65-74 ans	1094	56,8	609	53,7
Sexe				
Hommes	787	40,8	453	40,0
Femmes	1140	59,2	681	60,0
Plus haut niveau de scolarité complété				
Postsecondaire	233	12,1	116	10,2
Secondaire	115	6,0	99	8,7
Information non disponible ^(a)	---	---	194	17,1
Moins que le secondaire	1579	81,9	725	64,0
Mode de vie				
Vit seul(e)	467	24,2	436	38,5
Vit avec d'autres	533	27,7	150	13,2
Vit avec conjoint(e)	927	48,1	548	48,3
Milieu résidentiel				
Rural	424	22,0	164	14,5
Urbain	1503	78,0	970	85,5
Total	1927	100,0	1134	100,0

Notes : ^(a) Personnes qui n'ont pas complété le QAA ainsi que celles qui n'ont pas fourni l'information sur le plus haut niveau de scolarité complété. Afin de ne pas biaiser les résultats, les non-répondants sont pris en compte et forment une catégorie distincte.

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

Quelques modifications ont été apportées au modèle afin d'analyser les facteurs associés à l'utilisation des réseaux d'aide. Tout d'abord, nous y avons ajouté une variable qui permet de tenir compte de l'état de santé des individus, soit le degré de sévérité de l'incapacité. Ceci nous permettra de vérifier s'il existe un lien entre le degré de l'incapacité et l'utilisation des réseaux d'aide. Ensuite, nous avons remplacé l'état matrimonial par le mode de vie. En effet, la recension des écrits a déjà démontré que le mode de vie est plus susceptible d'influencer le recours aux réseaux d'aide que l'état matrimonial. La distribution des personnes mariées ressemble beaucoup à celle des personnes vivant avec leur conjoint(e) alors que les personnes célibataires et

« divorcées/séparées/veuves » sont réparties à peu près également parmi celles vivant seules ou avec d'autres. De plus, le coefficient de corrélation de Pearson de ces deux variables est très proche de 1 (0,775 en 1986), ce qui indique qu'il y a une forte colinéarité entre les deux variables. Nous avons par conséquent décidé de substituer le mode de vie à l'état matrimonial dans ce deuxième modèle. Les variables indépendantes qui y sont incluses sont la sévérité de l'incapacité, le groupe d'âges, le sexe, le mode de vie, le milieu résidentiel et l'éducation.

Le tableau 3.7 permet de comparer l'échantillon de la population avec incapacité de 1986 à celui de 1998. On observe tout d'abord que la population de 1998 est dans une plus grande proportion atteinte d'incapacité légère et, inversement, dans une plus faible proportion atteinte d'incapacité modérée et sévère comparativement à celle de 1986. Parmi les autres différences observées entre les deux échantillons, on note que le groupe des 75-84 ans est proportionnellement plus important en 1998 qu'en 1986, et ce, au détriment des deux autres groupes d'âges. De plus, on remarque que la distribution des populations selon le mode de vie, et plus particulièrement pour les catégories « vit seul(e) » et « vit avec d'autres », diffère entre les deux échantillons. Malgré que la proportion de personnes dont le mode de vie est « vit avec conjoint(e) » soit restée stable entre 1986 et 1998 (environ 48%), il semble que les distributions des deux autres modes de vie aient changé entre 1986 et 1998. Un plus grand nombre de personnes vivant avec d'autres a été rapporté en 1986 ainsi qu'une plus petite proportion d'individus vivant seuls comparativement à ce qui est observé en 1998.

On remarque aussi que la proportion de personnes vivant avec leur conjoint s'apparente beaucoup à celles des personnes mariées présentées dans le tableau 3.2 de la première partie. Le même constat peut également être fait à propos de la distribution selon le milieu résidentiel, c'est-à-dire que les proportions pour les deux échantillons sont presque identiques à ce qui avait été révélé dans la première partie portant sur l'incapacité (tableau 3.1).

Lorsque l'on examine la distribution des échantillons selon le sexe, on ne remarque aucune différence notable entre les deux années. En effet, tant en 1986 qu'en 1998, la proportion de femmes atteintes d'incapacité se situe autour de 60%, tandis que celle des hommes est approximativement 40%.

Pour ce qui est du niveau d'éducation, on constate, les mêmes tendances décrites au tableau 3.1 soit, au cours des douze années séparant les deux enquêtes, une baisse de la proportion de personnes avec une éducation postsecondaire, une augmentation du nombre de personnes avec un niveau d'études secondaire, et une diminution du niveau « moins que le secondaire ». Il semble que ce soit principalement l'ajout de la catégorie « information non disponible » en 1998, comme constaté au tableau 3.1, qui a créé ces tendances. Pour résumer, il semble que la distribution des deux échantillons (1986 et 1998) ne présente pas de différence majeure, sauf en ce qui concerne la catégorie « information non disponible » de la variable sur le niveau d'éducation.

Bien que le tableau 3.8 rappelle une fois de plus les tendances observées dans la première partie sur l'incapacité pour les deux échantillons, il vient ajouter certains détails supplémentaires portant sur la gravité de l'incapacité et le mode de vie des personnes âgées. Ce tableau nous permet également de mettre à jours certaines distinctions entre la population qui utilise les réseaux d'aide et celle qui ne les utilise pas. Enfin, il nous informe des liens ainsi que le degré d'association statistique entre les variables indépendantes et l'utilisation des réseaux d'aide.

Le premier élément fourni dans ce tableau est le fait que 48,7% ont reçu de l'aide en 1986, alors que ce pourcentage n'est que de 35,7% en 1998. De plus, il est possible de faire le constat général que, la part d'individus qui utilisent les réseaux de soutien est toujours inférieure en 1998 comparativement à 1986, contrairement à ce qui a été observé pour l'incapacité, où on concluait plutôt à la présence d'une augmentation au cours de la période. La comparaison des résultats par catégorie permet d'explicitier le

fait que ce sont les personnes aux prises avec une incapacité sévère, les plus âgées, de sexe féminin et vivant avec d'autres qui sont les plus susceptibles d'utiliser de l'aide.

Tableau 3.8
Distribution des personnes âgées de 65 ans et plus atteintes d'incapacité qui utilisent les réseaux de soutien, Québec, 1986 et 1998

	1986		1998	
	Utilisateur	Non-utilisateur	Utilisateur	Non-utilisateur
Sévérité de l'incapacité	***		***	
Sévère	90,5	9,5	84,8	15,2
Modérée	57,3	42,7	49,0	51,0
Légère	18,0	82,0	13,9	86,1
Groupe d'âges	***		***	
85 ans et plus	74,7	25,3	57,3	42,7
75-84 ans	55,5	44,5	41,9	58,1
65-74 ans	40,0	60,0	27,8	72,2
Sexe	***		***	
Hommes	36,9	63,1	27,8	72,2
Femmes	56,8	43,2	41,1	58,9
Plus haut niveau de scolarité complété			**	
Postsecondaire	43,8	56,2	32,5	67,5
Secondaire	53,0	47,0	21,2	78,8
Information non disponible ^(a)	---	---	50,5	49,5
Moins que le secondaire	49,0	51,0	34,3	65,7
Mode de vie	***		**	
Vit seul(e)	45,8	54,2	39,7	60,3
Vit avec d'autres	62,3	37,7	47,3	52,7
Vit avec conjoint(e)	42,2	57,8	29,4	70,6
Milieu résidentiel				
Rural	44,6	55,4	37,2	62,8
Urbain	49,8	50,2	35,5	64,5
Total	48,7	51,3	35,7	64,3

Notes : *** significatif à $p < 0,001$; ** significatif à $p < 0,01$; * significatif à $p < 0,05$.

^(a) Personnes qui n'ont pas complété le QAA ainsi que celles qui n'ont pas fourni l'information sur le plus haut niveau de scolarité complété. Afin de ne pas biaiser les résultats, les non-répondants sont pris en compte et forment une catégorie distincte.

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

Comme mentionné précédemment, pour mesurer la force statistique des liens entre la variable dépendante et les variables indépendantes, nous avons utilisé le test du khi-deux. Encore une fois, il faut bien comprendre que l'effet de plan a été intégré à la variable de pondération, pour les données de 1998, tout ça dans le but de tenir compte du plan de sondage complexe de l'EQLA. Il convient de rappeler que cette méthodologie nous permet d'avoir des estimations plus robustes. Il est possible de

trouver en annexe un tableau (tableau A.3.2) donnant les degrés de significativité avec et sans effet de plan.

3.3.2 Les résultats de l'analyse multivariée pour l'utilisation des réseaux d'aide

Pour mieux comprendre l'incidence de chaque variable indépendante sur l'utilisation des réseaux d'aide chez les aînés en perte d'autonomie, nous avons utilisé la régression logistique binomiale.

Le tableau 3.9 présente les coefficients estimés par la régression logistique du deuxième modèle ainsi que les risques relatifs calculés à partir de ces derniers. L'interprétation des risques relatifs se fait toujours par rapport à la catégorie de référence¹⁵. Pour ce modèle, la catégorie de référence est celle formée des femmes mariées, âgées entre 65 et 74 ans, avec un niveau d'éducation plus faible que le secondaire, souffrant d'incapacité légère et vivant en milieu urbain.

Contrairement aux tests du khi-deux, nous n'avons pas utilisé l'effet de plan pour les régressions logistiques. Nous préférons calculer les paramètres avec des intervalles de confiance de 95%, soit en conservant le même seuil de significativité qu'utilisé pour l'échantillon de l'ESLA de 1986. Nous procédons de cette façon simplement par souci de comparaison des résultats entre 1986 et 1998.

Les résultats du tableau 3.9 montrent que toutes les catégories, à l'exception de celles de la variable du plus haut niveau de scolarité complété (1986 seulement) et du milieu résidentiel (1986 et 1998), sont significativement différentes de la catégorie de référence. Ils démontrent, entre autres, que les personnes atteintes d'incapacités plus sévères (modérée ou sévère) ont plus de chances d'utiliser les réseaux d'aide que celles qui font partie du groupe de référence, et ce, en 1986 comme en 1998. On s'aperçoit par ailleurs que l'âge exerce le même effet sur l'utilisation de l'aide que

¹⁵ Pour plus d'information sur le calcul et l'interprétation des risques relatifs, voir la section 3.2.2 du présent chapitre.

celui observé pour l'incapacité, c'est-à-dire que les personnes les plus âgées sont davantage portées à utiliser les réseaux de soutien que celles faisant partie de la catégorie de référence.

Tableau 3.9

Paramètres et risques relatifs du modèle de régression logistique pour l'utilisation des réseaux d'aide, Québec, 1986 et 1998

	1986		1998	
	β	RR	β	RR
Constante	-1,4085		-1,9929	
Sévérité de l'incapacité				
Sévère	3,7773	4,65	3,5638	6,90
Modérée	1,7468	2,97	1,7787	3,72
Légère	---	1,00	---	1,00
Groupe d'âges				
85 ans et plus	0,9289	1,95	0,9594	2,19
75-84 ans	0,3138	1,28	0,4281	1,44
65-74 ans	---	1,00	---	1,00
Sexe				
Hommes	-0,9498	0,44	-0,6755	0,54
Femmes	---	1,00	---	1,00
Plus haut niveau de scolarité complété				
Postsecondaire	0,2525	1,22	0,3205	1,32
Secondaire	0,0937	1,08	-0,5844	0,59
Information non disponible ^(a)	s/o	s/o	0,6399	1,71
Moins que le secondaire	---	1,00	---	1,00
Mode de vie				
Vit seul	-0,3721	0,73	0,0910	1,08
Vit avec d'autre(s)	0,3464	1,31	0,1240	1,11
Vit avec conjoint(e)	---	1,00	---	1,00
Milieu résidentiel				
Rural	0,3479	1,31	0,0826	1,08
Urbain	---	1,00	---	1,00

Notes : Les risques relatifs (RR) en gras sont significatifs à au moins 95% de confiance.

^(a) Personnes qui n'ont pas complété le QAA ainsi que celles qui n'ont pas fourni l'information sur le plus haut niveau de scolarité complété. Afin de ne pas biaiser les résultats, les non-répondants sont pris en compte et forment une catégorie distincte.

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

On observe également certaines différences significatives entre la catégorie de référence et les personnes de sexe masculin (moins de chances) ainsi que celles vivant en milieu rural en 1986 seulement (plus de chances). Le premier résultat serait en partie expliqué par la présence de deux phénomènes, soit le « gender role » et l'effet de génération. En effet, il est fort possible que la préparation des repas, par

exemple, ne soit pas considéré comme de l'aide chez les hommes. Ces derniers n'ayant jamais participé à la préparation de leurs repas étant donné les distributions des tâches au sein du couple et des rôles traditionnels des hommes et des femmes chez les plus vieilles générations, notamment. En ce qui concerne les résultats portant sur la scolarité, contrairement à ce que la littérature suggère, aucune différence significative entre les personnes d'un niveau de scolarité plus faible que le secondaire et les autres n'a été observé.

Une fois de plus, il convient de rappeler que les résultats des risques relatifs doivent toujours être comparés à une catégorie de référence, ce qui constitue le principal inconvénient d'utiliser cette méthode. En effet, le choix de la catégorie de référence est un peu arbitraire et les résultats sont conditionnels à cette dernière. Nous avons donc décidé de calculer des probabilités moyennes, qui tiennent compte de l'effet moyen des autres variables du modèle, ce qui permet de calculer une probabilité pour chaque individu. Par exemple, on peut faire le calcul des probabilités moyennes d'utiliser les réseaux d'aide en gardant constantes les autres caractéristiques de la population.

3.3.3 Les tendances concernant les probabilités d'utilisation des réseaux pour les aînés en perte d'autonomie entre 1986 et 1998

Le tableau 3.10 présente les probabilités moyennes d'utiliser un réseau d'aide pour une personne atteinte d'incapacité selon certaines caractéristiques. Il présente aussi, dans la dernière colonne, si la tendance est significative entre les deux probabilités entre 1986 et 1998. La significativité est indiquée par la présence d'astérisques.

Les résultats de ce tableau portent à conclure, comme dans le tableau 3.9, que les personnes avec une incapacité sévère, âgées de 85 ans et plus, de sexe féminin, vivant avec d'autres ou en milieu rural sont celles qui ont les probabilités les plus élevées d'utiliser un réseau d'aide parmi les personnes atteintes d'incapacité. La nouveauté réside dans cette découverte d'une tendance à la baisse entre 1986 et 1998 de

l'utilisation des réseaux d'aide pour les personnes atteintes d'incapacité. Du moins, cette tendance à la baisse est significative pour les gens souffrant d'incapacité sévère, ceux âgés entre 65 à 74 ans et les femmes. Les personnes vivant avec leur conjoint et en milieu rural ont aussi connu une diminution significative de la probabilité d'utiliser un réseau informel, formel ou mixte.

Tableau 3.10
Probabilités pour une personne de 65 ans et plus atteinte d'incapacité d'avoir recours à un réseau de soutien selon certaines caractéristiques, Québec 1986 et 1998

	1986	1998	Tendance
Sévérité de l'incapacité			
Sévère	0,93	0,87	**
Modérée	0,64	0,53	
Légère	0,23	0,16	
Groupes d'âges			
85 ans et plus	0,76	0,65	
75-84 ans	0,63	0,52	
65-74 ans	0,56	0,42	**
Sexe			
Hommes	0,54	0,45	
Femmes	0,76	0,61	**
Plus haut niveau de scolarité complété			
Postsecondaire	0,69	0,59	
Secondaire	0,65	0,36	
Info non disponible ^(a)	0,66	0,66	
Moins que le secondaire	0,63	0,51	
Mode de vie			
Vit seul	0,57	0,53	
Vit avec d'autre(s)	0,73	0,54	
Vit avec conjoint(e)	0,66	0,51	**
Milieu résidentiel			
Rural	0,70	0,54	
Urbain	0,62	0,52	**

Notes : ** Il existe une tendance entre 1986 et 1998 : les probabilités sont statistiquement différentes entre 1986 et 1998 à 95% de confiance

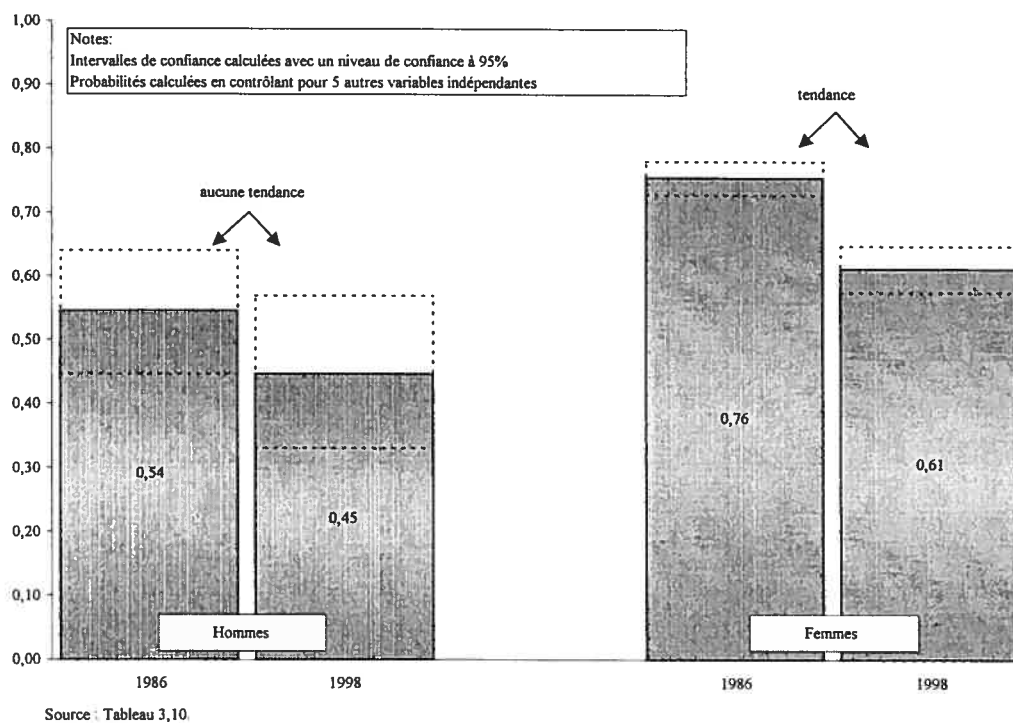
^(a) Personnes qui n'ont pas complété le QAA ainsi que celles qui n'ont pas fourni l'information sur le plus haut niveau de scolarité complété. Afin de ne pas biaiser les résultats, les non-répondants sont pris en compte et forment une catégorie distincte.

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

La figure 3.3 présente donc un exemple de chevauchement d'intervalles de confiance, soit le cas où il n'y a pas de tendance significative entre les probabilités de 1986 et 1998 d'utiliser les réseaux de soutien informel, formel et mixte (le cas des hommes).

Cette figure présente aussi le cas inverse, par exemple celui des femmes, où l'on remarque une diminution significative de l'utilisation des réseaux d'aide entre 1986 et 1998.

Figure 3.3
Probabilités pour une personne de 65 ans et plus atteinte d'incapacité d'avoir recours à un réseau de soutien selon le sexe, Québec, 1986 et 1998



Même si peu de catégories présentent des résultats statistiquement significatifs, on remarque une tendance générale de diminution des probabilités de recourir à un réseau informel ou formel de maintien à domicile. Est-ce le reflet d'une plus grande autonomie des personnes âgées lorsqu'elles sont atteintes d'incapacité. Ou est-ce que cette baisse significative est plutôt due à une diminution de l'offre des services à domicile fournis par les réseaux informel et formel ?

DISCUSSION ET CONCLUSION

Dans le contexte d'une société vieillissante, il est primordial de se questionner sur les conséquences qu'aura l'augmentation du nombre et de la proportion d'aînés sur la population totale. On n'a qu'à penser par exemple aux problématiques touchant les pénuries de main-d'œuvre, du financement des caisses de retraite et du système de santé publique ainsi que de la planification des services de maintien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Cette recherche s'est penchée sur les facteurs qui influencent l'incapacité et l'utilisation des réseaux d'aide chez les aînés du Québec. Il a aussi été possible à partir des résultats de ce mémoire, de présenter l'évolution entre 1986 et 1998 des probabilités d'être atteint d'incapacité et d'utiliser les réseaux de soutien selon certaines caractéristiques pour les Québécois âgés de 65 ans et plus vivant à domicile.

Pour ce faire, il a tout d'abord été question de situer la problématique de cette recherche. Par la suite, la recension des écrits a permis de démystifier le vieillissement de la population par la prise en compte de nombreux facteurs tels l'âge seuil, l'hétérogénéité intra et intergénérationnelle. Après avoir fait une différenciation des caractéristiques associées aux aînés vivant en institution à ceux vivant à domicile, la deuxième partie du premier chapitre a présenté les facteurs liés à l'incapacité et à l'utilisation des réseaux d'aide chez les personnes âgées, ce qui a permis de bien définir les objectifs de cette recherche.

L'originalité de cette étude est, qu'en plus de vérifier les facteurs qui influencent l'incapacité et l'aide reçue, elle s'intéresse à l'évolution des probabilités d'être atteint d'incapacité et d'utiliser les réseaux d'aide chez les aînés au Québec pour une période récente. Ceci a nécessité l'utilisation de deux enquêtes transversales, soit l'ESLA de 1986 et l'EQLA de 1998. Afin de rendre les résultats comparables, nous avons dû nous assurer que les indicateurs, la méthodologie et les questionnaires inhérents aux enquêtes étaient analogues entre les deux enquêtes. C'est ce point qui a créé les plus grandes difficultés, mais ces dernières se sont avérées heureusement surmontables.

De plus, puisque l'incapacité d'un répondant est mesurée par des questions sur les activités de tous les jours, ses réponses dépendent grandement de la façon dont la question lui a été exposée et de la manière dont il l'a comprise. Par conséquent, lorsque la même méthodologie n'est pas respectée entre les deux enquêtes, il se peut que l'incapacité ne soit pas perçue de la même façon par les répondants. Dans cette recherche, nous avons dû faire face à une augmentation de l'incapacité légère. En effet, comparativement à celle plus sévère, il est possible que l'incapacité légère soit plus susceptible de fluctuer. Cette fluctuation proviendrait des différences méthodologiques entre les enquêtes, de l'intérêt des répondants face à leur santé qui peut varier d'une enquête à l'autre ou tout simplement d'une véritable augmentation.

Même si rien n'est dit à propos des facteurs qui influencent l'incapacité selon différents niveaux (ou l'utilisation de l'aide selon la source exploitée), il semble que les résultats présentés dans cette étude nous offrent une piste sur l'orientation que pourrait prendre l'évolution future de l'incapacité et de l'utilisation des réseaux d'aide chez les personnes âgées. Tout d'abord, les résultats présentés dans le troisième chapitre de ce mémoire sont conformes à ce que nous avons trouvé dans la recension des écrits. Les effets de l'âge, de l'éducation et de l'état matrimonial ont été démontrés significativement associés à l'incapacité. De la même manière, on a trouvé que certaines caractéristiques influencent l'utilisation des réseaux d'aide, tels que la sévérité de l'incapacité, l'âge, le sexe, le mode de vie et le milieu résidentiel. Le fait que l'éducation semble aussi jouer positivement sur l'incapacité et que cette dernière a un impact sur l'utilisation des réseaux d'aide est également une indication concernant le fait qu'il faut continuer à investir dans l'éducation. Ceci permettrait de réduire les coûts reliés aux services de santé chez les personnes en perte d'autonomie, particulièrement ceux relatifs aux services de maintien à domicile et à l'institutionnalisation.

Cependant, même si peu de caractéristiques présentent une évolution statistiquement significative des probabilités d'être atteint d'incapacité et d'utiliser les réseaux d'aide entre 1986 et 1998, nous estimons que les résultats démontrent une tendance

générale. De fait, on remarque clairement une augmentation des probabilités d'être atteint d'incapacité et une diminution des probabilités d'utiliser un réseau de soutien (informel ou formel) d'aide à domicile chez les aînés entre 1986 et 1998, même si ces évolutions ne sont pas toujours significatives.

Une des causes possibles, du fait que l'on observe peu d'évolution significative entre 1986 et 1998, et ce, malgré la tendance générale, est peut-être que la période de temps étudiée (12 années) est trop courte pour détecter une évolution statistiquement significative. Par conséquent, l'utilisation d'une autre enquête transversale s'avérerait utile pour étudier une période plus longue. L'enquête utilisée devrait prendre en compte les mêmes éléments que ceux présentés dans ce mémoire et devrait poser des questions sur les activités de tous les jours afin de fournir encore une fois une comparabilité adéquate entre les indicateurs des différentes enquêtes. Si possible, l'enquête devrait par ailleurs s'adresser plus particulièrement aux personnes âgées car le fait que l'on étudie les sous-échantillons des personnes âgées au sein d'enquêtes plus larges qui traitent des limitations d'activités, pose souvent des problèmes d'ordre statistique étant donné la faible taille des échantillons.

En somme, l'augmentation des probabilités d'être atteint d'incapacité (même si elles ne sont pas toujours significatives) semble être principalement reliée à la hausse de l'incapacité légère au Québec entre 1986 à 1998. Ce phénomène ne semble pas alarmant car il est aussi observé dans d'autres pays (Robine et al., 1999 ; Waidmann et Manton, 1998) et qu'il constitue le reflet d'une combinaison de changements méthodologiques entre les deux enquêtes ainsi que d'un plus grand intérêt des gens face à leur santé en général et vis-à-vis la maladie. Ce qui demeure par contre un peu plus préoccupant, c'est la diminution généralisée des probabilités d'utiliser les réseaux d'aide combiné à une augmentation de l'incapacité.

On sait que les changements au niveau de la fécondité et des comportements matrimoniaux contribuent à diminuer le nombre d'aidants potentiels du réseau informel. Pour ce qui est du réseau formel, le rapport final du Forum national sur la

santé qui a eu lieu à Halifax en mars 1998, arrivait à la conclusion que « les soignants et la population estiment que l'accès aux médicaments prescrits, aux soins à domicile et à d'autres types de soins est insuffisant ». De plus, toujours selon ce rapport, « la restructuration et la réduction de la taille des services avaient placé un fardeau insoutenable sur les personnes âgées et leur famille et qu'il est temps de réinvestir dans les Canadiens ». Il est donc clair que le déséquilibre entre l'offre et la demande de services à domicile est un des facteurs explicatifs de la diminution de l'utilisation des services de maintien à domicile chez les personnes âgées en perte d'autonomie. Ce déséquilibre, quant à lui, est-il dû à une diminution de l'offre de services ou à une augmentation des besoins chez la population qui souffre d'incapacité ? Une autre explication possible de ce déséquilibre pourrait être, que l'accroissement des besoins est plus rapide que l'augmentation de l'offre de services, ce qui aurait comme conséquence de diminuer l'utilisation des services. Peut-être serait-ce le reflet d'une plus grande autonomie des personnes âgées dans leurs activités de la vie courante ?

Bref, on voit que cette diminution de la probabilité d'utilisation des réseaux d'aide ne nous informe pas sur les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie en termes de services informel et formel d'aide à domicile. Cette information pourrait être utile si l'on veut bien préparer l'arrivée des baby-boomers à la vieillesse.

Enfin, il semble essentiel de revoir la disponibilité des services formels afin de garder le maximum de personnes âgées à domicile. En effet, l'arrivée des nombreux baby-boomers à l'âge de 65 ans à partir de 2001 et à l'âge de 85 ans à partir de 2031 ainsi que les tendances démographiques actuelles (augmentation de l'espérance de vie et diminution de la fécondité) pourraient s'avérer problématique pour l'équilibre social si les tendances actuelles en termes d'incapacité et d'utilisation des réseaux d'aide se poursuivent au cours des prochaines années.

BIBLIOGRAPHIE

BINDER, David A. et Jean-Pierre MORIN, 1988, « The use of activities of daily living questions to screen for disabled persons in a household survey », *Bulletin of the International Statistical Institute*, Proceedings of the 46th Session, Tokyo, 8-16 september 1987, Volume LII, Book 3. Voorburg (Netherlands), International Statistical Institute, pp. 231-248.

CARRIÈRE, Yves, 1996, *L'incidence du vieillissement démographique sur les services socio-sanitaires destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie : institutionnalisation et aide à domicile*, Thèse de doctorat, Département de démographie, Université de Montréal, 178 p.

CARRIÈRE, Yves et Laurent MARTEL, 2003, « L'aide apportée aux personnes âgées veuves ou divorcées au Canada : peut-on compter sur les enfants ? », *Cahiers québécois de démographie*, Vol. 32, no 1, pp. 139-153.

CARRIÈRE, Yves, Laurent MARTEL, Jacques LÉGARÉ et Lucie MORIN, 2002, « Nouvelles tendances démographiques et utilisation des services de maintien à domicile », in Alain BÉLANGER (rédacteur en chef), *Rapport sur l'état de la population du Canada 2001*, Statistique Canada, catalogue no 91-209-XPF, pp. 145-169.

CARRIÈRE, Yves et Louis PELLETIER, 1995, « Factors Underlying the Institutionalization of Elderly Persons in Canada », *Journal of Gerontology : Social Sciences*, Vol. 50B, no 3, pp. S164-S172.

CARRIÈRE, Yves et Jacques LÉGARÉ, 1993, « Vieillissement démographique et institutionnalisation des personnes âgées : des projections nuancées pour le Canada », *Cahiers québécois de démographie*, Vol. 22, no 1, pp. 63-92.

CHEAL, David, 2003, « Vieillissement et changement démographique dans un contexte canadien », *Horizons. Projet de recherche sur les politiques*, Vol. 6, no 2, pp. 21-23.

CHEN, Jiajian et Wayne J. MILLAR, 2000, « Les générations récentes sont-elle en meilleure santé ? », *Rapports sur la santé*, Ottawa, Statistique Canada, no 82-003 au catalogue, Vol. 11, no 4, pp. 9-26.

CHEN, Jiajian et Russell WILKINS, 1998, « Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle », *Rapports sur la santé*, Ottawa, Statistique Canada, no 82-003 au catalogue, Vol. 10, no 1, pp. 41-53.

CHESNAIS, Jean-Claude, 1986, *La transition démographique : étapes, formes, implications économiques*, Paris, Institut national d'études démographiques et Presses Universitaires de France, collection Travaux et documents de l'INED, cahier no 113, 580 p.

DEMARIS, Alfred, 1992, *Logit Modeling – Pratical Applications*, Serie : Quantitative Application in the Social Sciences, London, 87 p.

DESIARDINS, Bertrand, 1993, *Vieillissement de la population et des personnes âgées : la conjoncture démographique*, Ottawa, Statistique Canada, catalogue no 91-533F, Hors série, 130 p.

DUCHESNE, Louis, 2004, *La situation démographique au Québec, bilan 2004 : la diffusion des naissances hors-mariages, 1950-2003*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 357 p.

FREEDMAN Vicki A. et Linda G. MARTIN, 1998, « Understanding Trends in Functionnal Limitations Among Older », *American Journal of Public Health*, Vol. 88, Issue 10, pp. 1457-1462.

GAUTHIER, Hervé et Yves CARRIÈRE, 2003, « Changements sociodémographiques et populations vieillissantes », *Cahiers québécois de démographie*, Vol. 32, no 1, pp. 1-6.

GAUTHIER, Hervé et Louis DUCHESNE, 1994, *Le vieillissement démographique et les personnes âgées au Québec*, Bureau de la statistique du Québec, 244 p.

GRABBE, Linda, Alice S. DEMI, Frank WHITTINGTON, Jo M. JONES, Laurence G. BRANCH and Richard LAMBERT, 1995, « Functional Status and the Use of Formal Home Care in the Year Before Death », *Journal of Aging and Health*, Vol. 7, no 3, pp. 339-364.

GUILLEMETTE, André, François CORMIER et Robert ALLIE, 2001, « Caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes avec incapacité », in INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Collection La santé et le bien-être, Québec, pp. 143-164.

GOSSELIN, Céline, Pierre PATRU et Robert ALLIE, 2001, « Nature et autres caractéristiques des incapacités » in INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*. Collection La santé et le bien-être, Québec, pp. 89-117.

HÉBERT, Réjean, Nicole DUBUC, Martin BUTEAU, Johanne DESROSIERS, Gina BRAVO, Lise TROTTIER, Carole ST-HILAIRE, and Chantale ROY, 2001, « Resources and Costs Associated with Disabilities of Elderly People Living at Home and in Institutions », *La Revue canadienne du vieillissement*, Vol. 20, no 1, pp. 1-21.

HÉBERT, Réjean, Nicole DUBUC, Martin BUTEAU, Chantale ROY, Johanne DESROSIERS, Gina BRAVO, Lise TROTTIER et Carole ST-HILAIRE, 1997, *Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie: Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie*, Collection Études et analyses, no 33, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la recherche et de l'évaluation, Québec.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, 2003, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998: cahier technique et méthodologique. Volume 1*, Direction santé Québec, Québec, 247 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, 2001, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*. Collection La santé et le bien-être, Québec, 511 p.

JENKINS, Éric, Yves CARRIÈRE et Jacques LÉGARÉ, 1997 « Les changements qualitatifs dans le processus de renouvellement des générations : impacts sur la mesure et la projection du besoin d'aide », *La Revue canadienne du vieillissement*, Vol. 16, no 2, pp. 237-253.

LAFONTAINE, Pierre, Alain SAUCIER et Élisabeth DUTIL, 2001, « Activités de la vie quotidienne », in INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Collection La santé et le bien-être, Québec, pp. 207-223.

LAFRENIÈRE, Sylvie A., Yves CARRIÈRE, Laurent MARTEL et Alain BÉLANGER, 2003, « Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide », *Rapports sur la santé*, Ottawa, Statistique Canada, no 82-003 au catalogue, Vol. 14, no 4, pp. 33-43.

LAROCHE Sylvie et Jenny LYNCH, 1994, *Étude des variations entre les taux d'incapacité de l'ESLA de 1986 et de 1991 pour le programme d'équité en matière d'emploi*, Ottawa, Statistique Canada, Division des méthodes d'enquête sociales, septembre, 27 p.

LÉGARÉ, Jacques, 2004, « Conséquences économiques, sociales et culturelles du vieillissement de la population » in Graziella CASELLI, Jacques VALLIN et Guillaume WUNSCH (eds.), *Démographie : analyse et synthèse. TRAITE VI. – Population et société*, pp. 82 à 135.

LÉGARÉ, Jacques, 2001, « Vieillesse démographique et réformes des programmes de sécurité sociale : la situation canadienne dans une perspective internationale », *ISUMA: Revue canadienne de recherche sur les politiques*, Vol. 2, no 2 (été), pp. 120-129.

LÉGARÉ, Jacques, Yves CARRIÈRE et Éric JENKINS, 1995, *Le vieillissement de la population et son impact sur les besoins en soins et services socio-sanitaires*, Avec la collaboration de Liane Bélanger et Dominique André, Rapport de recherche soumis au Conseil Québécois de la recherche sociale, Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche sur la démographie québécoise, 173 p.

MANTON, Kenneth G., 1987, « The Linkage of Morbidity and Mortality: Implications of Increasing Life Expectancy at Later Ages for Health Service Demand », in *Aging with Limited Health Resources. Proceeding of a Colloquium on Health Care*, May 1986, Ottawa: Economic Council of Canada, Minister of Supply and Services Canada.

MARCIL-GRATTON, Nicole, 1990, « Vieillir comme on a vécu : la clé pour décoder la vieillesse de demain », *Revue internationale d'action communautaire*, Vol. 23, no 63 (printemps), pp. 57-66.

MARCIL-GRATTON, Nicole et Jacques LÉGARÉ, 1987, « Vieillesse d'aujourd'hui et de demain. Un même âge, une autre réalité ? », *Futuribles*, no 110, pp. 3-21.

MARTEL, Sylvie, 2002, *Évolution de la dispersion des durées de vie au Québec au cours du XXe siècle*, Montréal, Université de Montréal, Département de démographie, mémoire de maîtrise, 128 p.

MARTEL, Sylvie et Robert BOURBEAU, 2003, « Compression de la mortalité et rectangularisation de la courbe de survie au Québec au cours du XXe siècle », *Cahiers québécois de démographie*, Vol. 32, no 1, pp. 43-75.

MCDOWELL, Ian, 1988, *A disability score for the health and activity limitation survey*, Health and Activity Limitation Survey, Ottawa, Statistique Canada, 37 p.

NAULT, François, 1997, « Diminution des écarts de mortalité de 1978 à 1995 », *Rapports sur la santé*, Ottawa, Statistique Canada, no 82-003 au catalogue, Vol. 9, no 1, pp. 37-43.

NOËL, Christine, 2003, *Le soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie : jusqu'où les baby-boomers pourront-ils compter sur leur famille pour répondre à leurs besoins ? -Parties I et II : Les facteurs associés à l'incapacité des personnes âgées et à l'utilisation des réseaux d'aide*, Rapport de Recherche (Version Québec), Montréal, 109 p.

NOËL, Christine, 2002, *Les effets de la transformation du réseau familial sur l'utilisation des services de maintien à domicile reliée à la perte d'autonomie - Parties I et II : Les facteurs associés à l'incapacité des personnes âgées et à l'utilisation des réseaux d'aide*, Rapport de Recherche (Version Canada), Montréal, 120 p.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES, 1998, *Préserver la prospérité dans une société vieillissante*, 7 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1988, *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages : un manuel de classification des conséquences des maladies*, Paris, 203 p.

PAMPALON, Robert, Robert CHOINIÈRE et Madeleine ROCHON, 2001, « L'espérance de santé au Québec » in INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Collection La santé et le bien-être, Québec, pp. 399-420.

PELLETIER, Louis, 1992, « Vieillir en institution ou à domicile ? Les facteurs associés à l'hébergement des personnes âgées », *Espace, Populations, Sociétés*, no 1, pp. 71-86.

PRESSAT, Roland, 1979, *Dictionnaire de démographie*, Presses universitaires de France, Paris, 295 p.

ROBINE, Jean-Marie, 1989, « Estimations de la valeur de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) pour les pays occidentaux au cours de la dernière décennie. Quelle peut-être l'utilité de ce nouvel indicateur de santé ? » *Rapport trimestriel de Statistiques sanitaires mondiales*, 42, pp. 141-150.

ROBINE, Jean-Marie, Isabelle ROMIEU et Emmanuelle CAMBOIS, 1999, « Les indicateurs d'espérance de santé », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, recueil d'articles, no 1, pp. 107-111.

ROCHON, Madeleine, 2004, « Mortalité, causes de décès et état de santé », in INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain*, Volume I, pp. 91-152.

RYDER Norman B., 1975, « Notes on Stationary Populations », *Population Index*, Vol. 41, no 1, pp. 3-28.

SAUCIER, Alain, 1992, *Le portrait des personnes ayant des incapacités au Québec en 1986*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 63 p.

SAUCIER, Alain et Pierre LAFONTAINE, 2001, « Prévalence et gravité de l'incapacité dans la population québécoise » in INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Collection La santé et le bien-être, Québec, pp. 73-84.

SAUCIER, Alain et Pierre LAFONTAINE, 1991, Nature et gravité des incapacités au Québec en 1986 : un portrait statistique des adultes à domicile et en établissement selon l'enquête sur la santé et les limitations d'activités, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 104 p.

SECRETARIAT D'ÉTAT DU CANADA, 1986, *Profil des personnes âgées vivant avec une incapacité au Canada*, Direction de l'analyse des tendances sociales, Ottawa, 23 p.

SHIELDS, Margot et Jiajian CHEN, 1999, « L'état de santé des personnes âgées », *Rapport sur la santé* (numéro spécial sur la santé de la population canadienne), Ottawa, Statistique Canada, Vol. 11, pp. 53-69.

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

STATISTIQUE CANADA, 1990, *Faits saillants : personnes ayant une incapacité au Canada, Enquête sur la santé et les limitations d'activités*, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 82-602, 1 v.

STATISTIQUE CANADA, 1988, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités : Guide de l'utilisateur*, Ottawa, pagination multiple.

TROTTIER, Helen, Laurent MARTEL, Jean-Marie BERTHELOT, Christian HOULE et Jacques LÉGARÉ, 2000, "Vieillir chez soi ou en établissement: à quoi cela tient-il?", *Rapports sur la santé*, Ottawa, Statistique Canada, no 82-003 au catalogue, Vol. 11, no 4, pp. 55-68.

VERBRUGGE, Lois M., 1984, « Longer Life but Worsening Health ? Trends in Health and Mortality of Middle-Aged and Older Persons », *Milbank Memorial Fund Quartely/Health and Society*, Vol. 62, no 3, pp 475-519.

VOYER, Jean-Pierre, 2003, « Vieillissement de la population : un problème, mais aussi une opportunité », *Horizons. Projet de recherche sur les politiques*, Vol. 6, no 2, pp. 1-2.

WAIDMANN, Timothy. A. et Kenneth. G. MANTON, 1998, *International Evidence on Disability Trends among the Elderly*.

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

WILKINS, Russell, 2000, « Incapacités et limitations d'activités », in INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, pp. 369-383.

ANNEXES

Tableau A.2.1
Critères d'entrevue en face à face obligatoire, Enquête québécoise sur les limitations d'activité, 1998

Critères	Détails
1. Répondant de 65 ans et plus sélectionné pour le suivi	1. À moins que le répondant insiste pour faire l'entrevue au téléphone
2. Répondant de 65 ans et plus fortement susceptible de présenter une incapacité.	Un répondant est considéré fortement susceptible de présenter une incapacité si le répondant du ménage a déclaré au QRI qu'il avait un des problèmes de santé suivant : restriction d'activité, paralysie cérébrale, déficience intellectuelle, incapacité ou handicap à la suite de la perte d'un membre, paralysie à la suite d'un accident, paralysie à la suite d'une attaque ou d'une hémorragie cérébrale, période de confusion ou perte de mémoire fréquentes et importantes, incapacité ou handicap due à l'obésité.
3. Répondant de 15 ans et plus qui a un problème de santé ou une difficulté à parler ou à entendre qui l'empêcherait de répondre à un questionnaire au téléphone.	3. Question de gestion
4. Répondant de 15 ans ou plus qui a besoin de l'aide de quelqu'un du ménage ou d'un interprète gestuel (hors du ménage) pour répondre à un questionnaire qui est lu.	4. Question de gestion
5. Entrevue faite auprès d'un répondant substitut qui nécessite lui-même une entrevue en face à face selon les points 1 à 4.	

Source : Institut de la statistique du Québec, 2003.

Tableau A.2.2

Description des questions utilisées de l'ESLA de 1986 et de l'EQLA de 1998 pour construire l'indicateur d'incapacité

OUIEPER : Suivre une conversation avec 1 personne
ESLA 1986 : Question A1. Éprouvez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation normale avec une autre personne ?
ESLA 1986 : Question A1B. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
EQLA 1998 : Question SELA1. Éprouvez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec une autre personne ?
EQLA 1998 : Question SA2. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
OUIEGRP : Suivre une conversation en groupe
ESLA 1986 : Question A2. Éprouvez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes ?
ESLA 1986 : Question A2B. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
EQLA 1998 : Question SELA2. Éprouvez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe ou avec au moins trois autres personnes ?
EQLA 1998 : Question SA4. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
VISLIRE : Lire un journal
ESLA 1986 : Question A4. Éprouvez-vous des difficultés à lire les caractères ordinaires d'un journal (avec des verres si vous en portez habituellement) ?
ESLA 1986 : Question A4B. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
EQLA 1998 : Question SELA3. Éprouvez-vous des difficultés à voir les caractères ordinaires d'un journal, même avec des lunettes ou des verres de contact si vous en portez habituellement ?
EQLA 1998 : Question SA11. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
VISVOIR : Voir la figure de l'autre côté de la rue
ESLA 1986 : Question A5. Éprouvez-vous des difficultés à voir clairement la figure de quelqu'un à 12 pieds/4 mètres (par ex. d'un bout à l'autre d'une pièce) avec des verres si vous en portez habituellement ?
ESLA 1986 : Question A5B. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
EQLA 1998 : Question SELA4. Éprouvez-vous des difficultés à voir clairement le visage de quelqu'un à l'autre bout d'une pièce (à 4 mètres ou 12 pieds), même avec des lunettes ou des verres de contact si vous en portez habituellement ?
EQLA 1998 : Question SA15. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?

PARDIALO : Parler et être compris
ESLA 1986 : Question A7. Éprouvez-vous des difficultés à parler et à être compris (e) ?
ESLA 1986 : Question A7B. Jusqu'à quel point croyez-vous être capable de vous faire comprendre en parlant à... A7Ba. Des membre des votre famille ? A7Bb. Vos amis ? A7Bc. D'autres personnes ?
EQLA 1998 : Question SELA5. Éprouvez-vous des difficultés à parler et à être compris(e) à cause de votre état ou d'un problème de santé ?
EQLA 1998 : Question SA20. Jusqu'à quel point êtes-vous capable de vous faire comprendre en parlant : Sa20A. Aux membres de votre famille ? Sa20B. À vos amis ? Sa20C. À d'autres personnes ?
MOBEXT : Marcher trois pâtés de maison
ESLA 1986 : Question A8. Éprouvez-vous des difficultés à marcher sur une distance de 400 verges/ mètres sans vous reposer (environ trois pâtés de maisons) ?
ESLA 1986 : Question A8B. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
EQLA 1998 : Question SELA6. Éprouvez-vous des difficultés à marcher sur une distance de 400 mètres sans vous reposer (environ trois pâtés de maisons ou un quart de mille) ?
EQLA 1998 : Question SA25. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
MOBESCAL : Monter et descendre un escalier
ESLA 1986 : Question A9. Éprouvez-vous des difficultés à monter et descendre un escalier (environ 12 marches) ?
ESLA 1986 : Question A9B. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
EQLA 1998 : Question SELA7. Éprouvez-vous des difficultés à monter et à descendre un escalier d'environ 12 marches ?
EQLA 1998 : Question SA29. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
MOBTRANS : Transporter un objet sur une petite distance
ESLA 1986 : Question A10. Éprouvez-vous des difficultés à transporter un objet de 10 livres sur une distance de 30 pieds/5 kilogrammes sur 10 mètres (par ex., un sac d'épicerie) ?
ESLA 1986 : Question A10B. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
EQLA 1998 : Question SELA8. Éprouvez-vous des difficultés à transporter un objet de 5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres (ou 10 livres sur une distance de 30 pieds), par exemple un sac d'épicerie ?
EQLA 1998 : Question SA33. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?

MOBINT : Se déplacer d'une pièce à l'autre
ESLA 1986 : Question A11. Éprouvez-vous des difficultés à vous déplacer d'une pièce à l'autre ?
ESLA 1986 : Question A11B. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
EQLA 1998 : Question SA36. Éprouvez-vous des difficultés à vous déplacer d'une pièce à une autre ?
EQLA 1998 : Question SA38. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
MOBDEBOU : Se tenir debout de longues périodes
ESLA 1986 : Question A12. Éprouvez-vous des difficultés à vous tenir debout pendant de longues périodes c'est-à-dire pendant plus de 20 minutes ? Rappelez-vous qu'il s'agit de problèmes qui devraient durer 6 mois ou plus.
ESLA 1986 : Question A12B. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
EQLA 1998 : Question SELA9. Éprouvez-vous des difficultés à vous tenir debout pendant plus de 20 minutes ?
EQLA 1998 : Question SA42. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
AGIRAMAS : Se pencher et ramasser un objet
ESLA 1986 : Question A13. Lorsque vous êtes debout, éprouvez-vous des difficultés à vous pencher et à ramasser un objet sur le plancher (par ex. un soulier) ?
ESLA 1986 : Question A13B. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
EQLA 1998 : Question SELA11. Lorsque vous êtes debout, éprouvez-vous des difficultés à vous pencher et à ramasser un objet sur le plancher (par exemple, un soulier) ?
EQLA 1998 : Question SA55. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
AGIHABIL : S'habiller et se déshabiller
ESLA 1986 : Question A14. Éprouvez-vous des difficultés à vous habiller et vous déshabiller ?
ESLA 1986 : Question A14B. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
EQLA 1998 : Question SA49. Éprouvez-vous des difficultés à vous habiller et à vous déshabiller ?
EQLA 1998 : Question SA51. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
AGILIT : Se mettre au lit et en sortir
ESLA 1986 : Question A15. Éprouvez-vous des difficultés à vous mettre au lit et à sortir du lit ?
ESLA 1986 : Question A15B. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
EQLA 1998 : Question SELA10. Éprouvez-vous physiquement des difficultés à vous mettre au lit et à en sortir ?
EQLA 1998 : Question SA46. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?

AGIONGLE : Se couper les ongles d'orteils
ESLA 1986 : Question A16. Éprouvez-vous des difficultés à vous couper les ongles d'orteils ?
ESLA 1986 : Question A16B. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
EQLA 1998 : Question SELA12. Éprouvez-vous des difficultés à vous couper les ongles d'orteils ? (c'est-à-dire, vous est-il physiquement difficile de vous couper les ongles d'orteils) ?
EQLA 1998 : Question SA59. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
AGIDOIGT : Se servir de ses doigts pour saisir de petits objets
ESLA 1986 : Question A17. Éprouvez-vous des difficultés à vous servir de vos doigts pour saisir ou manier un objet ?
ESLA 1986 : Question A17B. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
EQLA 1998 : Question SELA13. Éprouvez-vous des difficultés à vous servir de vos doigts pour saisir ou manier un objet (par exemple, pour utiliser des pinces ou des ciseaux) ?
EQLA 1998 : Question SA63. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
AGIBRAS : Étendre les bras
ESLA 1986 : Question A18. Éprouvez-vous des difficultés à étendre le bras dans n'importe quelle direction pour prendre quelque chose (par ex. au dessus de votre tête) ?
ESLA 1986 : Question A18B. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
EQLA 1998 : Question SELA14. Éprouvez-vous des difficultés à tendre les bras dans n'importe quelle direction, par exemple au-dessus de votre tête ?
EQLA 1998 : Question SA67. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
AGIALIM : Couper les aliments
ESLA 1986 : Question A19. Éprouvez-vous des difficultés à couper vos aliments ?
ESLA 1986 : Question A19B. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
EQLA 1998 : Question SA70. Éprouvez-vous des difficultés à couper vos aliments ?
EQLA 1998 : Question SA72. Êtes-vous totalement incapable de le faire ?
COGAPPRE : Diagnostics de difficultés d'apprentissage
ESLA 1986 : Question A21. Un professionnel de l'enseignement ou de la santé vous a-t-il déjà dit que vous aviez des difficultés d'apprentissage ?
EQLA 1998 : Question SELA17. Est-ce qu'un professeur ou un professionnel de la santé (par exemple : médecin, infirmière ou travailleur social) vous a déjà dit que vous aviez des troubles d'apprentissage (comme la dyslexie), des troubles de perception, des difficultés d'attention ou de l'hyperactivité ?

<p>COGMEM : Problèmes permanents de mémoire ou d'apprentissage</p> <p>ESLA 1986 : Question A22. De temps à autres, chacun éprouve des difficultés à se souvenir du nom d'une personne familière ou à apprendre quelque chose de nouveau ou il nous arrive d'être confus pendant quelques instants. Toutefois, avez-vous en permanence des problèmes de mémoire ou d'apprentissage ?</p>
<p>EQLA 1998 : Question SELA16. De temps à autre chacun de nous éprouve des difficultés à se souvenir du nom d'une personne familière, à apprendre quelque chose de nouveau, ou il nous arrive d'être confus pendant quelques instants. Toutefois, avez-vous EN PERMANENCE des problèmes de mémoire ou des difficultés à apprendre ?</p>
<p>INCPHY : Être limité physiquement dans le genre ou la quantité d'activités</p> <p>ESLA 1986 : Question A20. À cause d'une affection ou un problème de santé chronique qui devrait durer 6 mois ou plus, êtes-vous limité (e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire... i) À la maison ? ii) À l'école ou au travail ? iii) Dans vos autres occupations comme les déplacements, les sports ou les loisirs ?</p>
<p>EQLA 1998 : Question SELA15. À cause d'un état ou d'un problème de santé PHYSIQUE qui dure ou qui pourrait durer six mois ou plus, êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire... Sela15A ...À la maison ? Sela15B ...À l'école ? Sela15C ...Au travail ? Sela15D ...Dans vos autres activités comme les déplacements, les sports ou les loisirs ?</p>
<p>COGPSY : Être limité psychologiquement dans le genre ou la quantité d'activités</p> <p>ESLA 1986 : Question A23. À cause d'une affection ou un problème chronique d'ordre émotif, psychologique, nerveux ou mental, êtes-vous limité (e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire... i) À la maison ? ii) À l'école ou au travail ? iii) Dans vos autres occupations comme les déplacements, les sports ou les loisirs ?</p>
<p>EQLA 1998 : Question SELA19. À cause d'un problème émotif, psychologique ou mental, qui dure ou qui pourrait durer six mois ou plus, ou d'une déficience intellectuelle, êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire... Sela19A ...À la maison ? Sela19B ...À l'école ? Sela19C ...Au travail ? Sela19D ...Dans vos autres activités comme les déplacements, les sports ou les loisirs ?</p>

Tableau A.2.3
Liste des variables utilisées et créées selon les enquêtes

Objet	Variables créées	Variables utilisées selon l'enquête		
	EqlaEsla	Esla 1986*	Ess 1998**	Eqla 1998**
VARIABLES INDÉPENDANTES				
Identification	Noidm	Id	Noid	Noidm
Poids populationnel	Poidspop	Wt	Poidselp	
Poids échantillonnel	Poidsech	Wt	Pdm1ad 1	
Âge	Grpage	Agegrp	Age	
Sexe	Sexe	Sex	Sexe	
État matrimonial	Etatmat	Marst	Statu	
Milieu résidentiel	Milresid	Cmaru	Milieu	
Consommation de tabac	Tabac	H9	A20,A21	
Consommation d'alcool	Alcool	H10	A33,A34, A36	
Habitudes alimentaires	Habalim	H11	A8	
Activités physiques	Actphys	H5, H6	A12	
Mode de vie	Mode	Units,Cfamsize,Cfamst	Sitv	
Éducation	Educ	Hlos	A226	
VARIABLES D'INCAPACITÉ				
Suivre une conversation avec 1 personne	Ouieper	A1, A1b		sela1, sa2
Suivre une conversation en groupe	Ouiegrp	A2, A2b		sela2, sa4
Lire un journal	Vislire	A4, A4b		sela3, sa11
Voir la figure de quelqu'un à l'autre bout de la pièce	Visvoir	A5, A5b		sela4, sa15
Parler et être compris	Pardialo	A7, A7b(i,ii,iii)		sela5,sa20(a,b,c)
Marcher 3 pâtés de maison	Mobext	A8, A8b		sela6, sa25
Monter et descendre un escalier	Mobescal	A9, A9b		sela7, sa29
Transporter un objet sur une petite distance	Mobtrans	A10, A10b		sela8, sa33
Se déplacer d'une pièce à l'autre	Mobint	A11, A11b		sa36, sa38
Se tenir debout pendant de longues périodes	Mobdebou	A12, A12b		sela9, sa42
Se pencher et ramasser un objet	Agiramas	A13, A13b		sela11, sa55
S'habiller et se déhabiller	Agihabil	A14, A14b		sa49, sa51
Se mettre au lit et en sortir	Agilit	A15, A15b		sela10, sa46
Se couper les ongles d'orteils	Agiongle	A16, A16b		sela12, sa59
Se servir de ses doigts pour saisir de petits objets	Agidoigt	A17, A17b		sela13, sa63
Étendre les bras	Agibras	A18, A18b		sela14, sa67
Couper les aliments	Agialim	A19, A19b		sa70, sa72
Être limité physiquement dans le genre ou la quantité d'activités	Inchphys	A20(i,ii,iii)		sela15(a,b,c,d)
Diagnostic de difficultés d'apprentissage	Cogappre	A21		sela17
Problèmes permanents de mémoire ou d'apprentissage	Cogmem	A22		sela16
Être limité psychologiquement dans le genre ou la quantité d'activités	Cogpsy	A23(i,ii,iii)		sela19(a,b,c,d)
VARIABLES D'AIDE				
Préparation des repas	Repqui	C1		sa115
A cause de l'affection	Repinv	C2		sa116
Aide de la famille	Repfam	C3		sa117(a,b,c,d,e,f)
Aide des voisins/amis	Repami	C5		sa117g
Aide des autres	Repaut	C7		sa117(h,i)
Besoin d'aide (non additionnelle)	Repbes	C9		sa120a
Achats d'épicerie	Epiqui	C10		sa121
A cause de l'affection	Epiinv	C11		sa122
Aide de la famille	Epifam	C12		sa123(a,b,c,d,e,f)
Aide des voisins/amis	Epiami	C14		sa123g
Aide des autres	Epiaut	C16		sa123(h,i)
Besoin d'aide (non additionnelle)	Epibes	C18		sa126a
Ménage effectué	Menqui	C19		sa127
A cause de l'affection	Meninv	C20		sa128
Aide de la famille	Menfam	C21		sa129(a,b,c,d,e,f)
Aide des voisins/amis	Menami	C23		sa129g
Aide des autres	Menaut	C25		sa129(h,i)
Besoin d'aide (non additionnelle)	Menbes	C27		sa132a
Soins personnels	Soiqui	C41		sa145
A cause de l'affection	Soiinv	-		-
Aide de la famille	Soifam	C42		sa146(a,b,c,d,e,f)
Aide des voisins/amis	Soiami	C45		sa146g
Aide des autres	Soiaut	C48		sa146(h,i)
Besoin d'aide (non additionnelle)	Soibes	C51		sa149a

Sources: *Statistique Canada **Institut de la statistique du Québec

Tableau A.2.4
Informations supplémentaires sur l'Enquête sociale et de santé et de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités de 1998

Variable milieu
1) Métropole C'est la région métropolitaine de recensement (RMR) de Montréal seulement.
2) Capitale Ce sont toutes les autres RMR (Québec, Chicoutimi-Jonquière, Sherbrooke, Trois-Rivières et Hull)
3) Villes et Agglomérations
4) Rural La distinction entre ces deux dernières catégories au niveau municipal a été définie à partir de celle utilisée par Statistique Canada au niveau d'un secteur de dénombrement (SD) de 1991. Une municipalité sera dite rurale si 50% ou plus de sa population habite en milieu rural selon de SD de 1991. Ce dernier est défini par Statistique Canada selon sa densité-taille de la population/dimension du territoire- et la taille de la municipalité. D'autre part, la variable MILIEU est la seule variable de l'ESS98 qui permette de distinguer le milieu rural du milieu urbain. Cette variable a été produite avec les données du plan de sondage et est fournie par la Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales (DMDES) de l'ISQ.
Indice sitv
1) SITV=1 Si la personne vit seule.
2) SITV=2 Si la personne vit avec un conjoint dans le ménage peu importe le nombre de personnes dans le ménage.
SITV=3 S'il y a plus d'un individu dans le ménage, mais que la personne n'a pas de conjoint.

Source: Denis Ouellette-Roussel, Responsable du CADRISQ de Montréal.

Tableau A.2.5
Exemple de question portant sur le groupe des aidants

Préparation des repas
ESLA 1986 : Question C1. Qui prépare habituellement vos repas ? Vous seul Vous-même et quelqu'un d'autre Quelqu'un d'autre
EQLA 1998 : Question Sa 115. Qui prépare habituellement vos repas ? Vous seul Vous-même et quelqu'un d'autre Quelqu'un d'autre
ESLA 1986 : Question C2. Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé ?
EQLA 1998 : Question Sa 116. Est-ce à cause de votre état ou de votre problème de santé?
ESLA 1986 : Question C3. Êtes-vous aidé(e) par votre conjoint(e), votre père ou mère, un enfant ou une autre personne apparentée ? ESLA 1986 : Question C5. Êtes-vous aidé(e) par un(e) ami(e) ou voisin ? ESLA 1986 : Question C7. Êtes-vous aidé(e) par quelqu'un d'autre, par exemple un membre d'un service de soins ou de repas à domicile ou un aide embauché à titre privé ?
EQLA 1998 : Question Sa 117. Qui vous fournit l'aide dont vous avez besoin pour préparer vos repas? a) Époux, épouse ou conjoint(e) b) Fils c) Fille d) Père ou mère e) Frère ou sœur f) D'autres personnes apparentées g) Ami(e), voisin(e) ou bénévole h) Personne du CLSC ou payée par le CLSC i) Autres

Sources : Questionnaires de l'ESLA de 1986 et de l'EQLA de 1998.

Tableau A.3.1

Degré de significativité des tests du khi-deux entre l'incapacité et les variables indépendantes avec et sans l'utilisation de l'effet de plan moyen

	Sans effet de plan	Avec effet de plan
Groupe d'âges	***	***
Sexe	*	
Plus haut niveau de scolarité complété	***	***
État matrimonial légal	***	*
Milieu résidentiel		

Notes : *** significatif à $p < 0,001$; ** significatif à $p < 0,01$; * significatif à $p < 0,05$.

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

Tableau A.3.2

Degré de significativité des tests du khi-deux entre l'utilisation des réseaux d'aide et les variables indépendantes avec et sans l'utilisation de l'effet de plan moyen

	Sans effet de plan	Avec effet de plan
Sévérité de l'incapacité	***	***
Groupe d'âges	***	***
Sexe	***	***
Plus haut niveau de scolarité complété	***	***
Mode de vie	***	**
Milieu résidentiel		

Notes : *** significatif à $p < 0,001$; ** significatif à $p < 0,01$; * significatif à $p < 0,05$.

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

Tableau A.3.3
Paramètres de la régression logistique binomiale sur la variable « incap » selon le codage régulier, Québec, 1986

Esla 1986 QUÉBEC	Codage régulier (0,1)	N échantillon	B	E.S.	Wald	ddl	Signif.	Exp(B)	IC:Exp(B)* Inf. Sup.
Y (0,1)	incapacité ou non								* p <= 0,05
Constante		5781	-0,842	0,059	203,3	1	0,000	0,43	
GRPAGE	Groupe d'âges								
GRPAGE(1)	85+ ans	574	1,576	0,132	142,1	1	0,000	4,84	3,73 6,27
GRPAGE(2)	75-84 ans	1925	0,570	0,063	80,7	1	0,000	1,77	1,56 2,00
GRPAGE(3)	65-74 ans	3282	0		191,3	2	0,000	1	
SEXE	Sexe								
SEXE(1)	homme	2362	0,068	0,063	1,2	1	0,281	1,07	0,95 1,21
SEXE(2)	femme	3419	0					1	
ETATMAT	État matrimonial légal								
ETATMAT(1)	jamaïs marié(e)/célibataire	874	0,155	0,098	2,5	1	0,113	1,17	0,96 1,42
ETATMAT(2)	divorcé(e)/séparé(e)/veuf(ve)	2204	0,166	0,068	6,0	1	0,014	1,18	1,03 1,35
ETATMAT(3)	actuellement marié(e)	2703	0		6,8	2	0,033	1	
EDUC	Plus haut niveau de scolarité complété								
EDUC(1)	postsecondaire	896	-0,680	0,083	67,0	1	0,000	0,51	0,43 0,60
EDUC(2)	secondaire	373	-0,450	0,114	15,6	1	0,000	0,64	0,51 0,80
EDUC(3)	information non disponible	0	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o s/o
EDUC(4)	moins que le secondaire	4512	0		76,5	2	0,000	1	
MILRESID	Milieu résidentiel								
MILRESID(1)	rural	1422	-0,070	0,069	1,0	1	0,315	0,93	0,81 1,07
MILRESID(2)	urbain	4359	0					1	

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

Tableau A.3.4
Paramètres de la régression logistique binomiale sur la variable « incap » selon le codage régulier, Québec, 1998

Eq1a 1998 QUÉBEC	Codage régulier (0,1)	N échantillon	B	E.S.	Wald	ddl	Signif.	Exp(B)	IC:Exp(B)* Inf. Sup.
Y (0,1)	incapacité ou non								* p <= 0.05
Constante		2942	-0,807	0,083	93,3	1	0,000	0,45	
GRPAGE	Groupe d'âges								
GRPAGE(1)	85+ ans	130	1,467	0,190	59,6	1	0,000	4,34	2,99 6,29
GRPAGE(2)	75-84 ans	871	0,640	0,085	57,1	1	0,000	1,90	1,61 2,24
GRPAGE(3)	65-74 ans	1941	0		99,6	2	0,000	1	
SEXE	Sexe								
SEXE(1)	homme	1271	0,090	0,083	1,2	1	0,281	1,09	0,93 1,29
SEXE(2)	femme	1671	0					1	
ETATMAT	État matrimonial légal								
ETATMAT(1)	jamais marié(e)/célibataire	161	0,164	0,166	1,0	1	0,322	1,18	0,85 1,63
ETATMAT(2)	divorcé(e)/séparé(e)/veuf(ve)	1128	0,538	0,085	39,5	1	0,000	1,71	1,45 2,02
ETATMAT(3)	actuellement marié(e)	1653	0		39,9	2	0,000	1	
EDUC	Plus haut niveau de scolarité complété								
EDUC(1)	postsecondaire	308	-0,413	0,126	10,7	1	0,001	0,66	0,52 0,85
EDUC(2)	secondaire	257	-0,258	0,136	3,6	1	0,058	0,77	0,59 1,01
EDUC(3)	information non disponible	501	-0,146	0,103	2,0	1	0,155	0,86	0,71 1,06
EDUC(4)	moins que le secondaire	1876	0		13,0	3	0,005	1	
MILRESID	Milieu résidentiel								
MILRESID(1)	rural	697	-0,040	0,111	0,1	1	0,716	0,96	0,77 1,19
MILRESID(2)	urbain	2245	0					1	

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

Tableau A.3.5
Paramètres de la régression logistique binomiale sur la variable « incap » selon le codage d'effets, Québec, 1986

Esla 1986 QUÉBEC	Codage d'effet (-1,0,1)	N échantillon	B	E.S.	Wald	ddl	Signif.	Exp(B)	IC:Exp(B)*	
									Inf.	Sup.
Y(0,1) incapable ou non										
Constante		5781	-0,397	0,06608	36,1	1	0,000	0,67	0,589	0,767
GRPAGE	Groupe d'âges									
AGE85SUP	85+ ans	574	0,861	0,08699	97,9	1	0,000	2,365	1,99	2,80
AGE7584	75-84 ans	1925	-0,146	0,05551	6,9	1	0,009	0,865	0,78	0,96
AGE6574	65-74 ans	3282	-0,715					0,489		
SEXE	Sexe									
SEXHOMME	homme	2362	0,034	0,03164	1,2	1	0,281	1,035	0,97	1,10
SEXFEMME	femme	3419	-0,034					0,966		
ETATMAT	État matrimonial légal									
ETATCEL	jamais marié(e)/célibataire	874	0,048	0,06248	0,6	1	0,440	1,049	0,93	1,19
ETATDIV	divorcé(e)/séparé(e)/veuf(ve)	2204	0,059	0,04726	1,6	1	0,213	1,061	0,97	1,16
ETATMAR	actuellement marié(e)	2703	-0,107					0,898		
EDUC	Plus haut niveau de scolarité complété									
EDUCPOST	postsecondaire	896	-0,303	0,0637	22,7	1	0,000	0,74	0,65	0,84
EDUCSEC	secondaire	373	-0,073	0,07798	0,9	1	0,346	0,93	0,80	1,08
EDUCND	information non disponible	0	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
EDUCINF	moins que le secondaire	4512	0,377					1,458		
MILRESID	Milieu résidentiel									
MILRURAL	rural	1422	-0,035	0,0346	1,0	1	0,315	0,97	0,90	1,03
MILURB	urbain	4359	0,035					1,035		

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

Tableau A.3.6
Paramètres de la régression logistique binomiale sur la variable « incap » selon le codage d'effets, Québec, 1998

Eq1a 1998	Codage d'effet (-1,0,1)	N échantillon	B	E.S.	Wald	ddl	Signif.	Exp(B)	IC:Exp(B)* Inf. Sup.
QUÉBEC									
Y(0,1)	incapacité ou non								* p <= 0.05
Constante		2942	-0,056	0,09531	0,3	1	0,554	0,95	0,781 1,144
GRPAGE	Groupe d'âges								
AGE85SUP	85+ ans	130	0,756	0,12436	37,0	1	0,000	2,131	1,67 2,72
AGE7584	75-84 ans	871	-0,058	0,07699	0,6	1	0,450	0,943	0,81 1,10
AGE6574	65-74 ans	1941	-0,698					0,497	
SEXE	Sexe								
SEXHOMME	homme	1271	0,045	0,04153	1,2	1	0,282	1,046	0,96 1,13
SEXFEMME	femme	1671	-0,045					0,956	
ETATMAT	État matrimonial légal								
ETATCEL	jamais marié(e)/célibataire	161	-0,071	0,10716	0,4	1	0,506	0,931	0,75 1,15
ETATDIV	divorcé(e)/séparé(e)/veuf(ve)	1128	0,305	0,0689	19,5	1	0,000	1,356	1,18 1,55
ETATMAR	actuellement marié(e)	1653	-0,233					0,792	
EDUC	Plus haut niveau de scolarité complété								
EDUCPOST	postsecondaire	308	-0,208	0,09525	4,8	1	0,029	0,81	0,67 0,98
EDUCSEC	secondaire	257	-0,053	0,10195	0,3	1	0,600	0,95	0,78 1,16
EDUCND	information non disponible	501	0,057	0,08054	0,5	1	0,482	1,06	0,90 1,24
EDUCINF	moins que le secondaire	1876	0,205					1,228	
MILRESID	Milieu résidentiel								
MILRURAL	rural	697	-0,022	0,05538	0,2	1	0,688	0,98	0,88 1,09
MILURB	urbain	2245	0,022					1,022	

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

Tableau A.3.7
Paramètres de la régression logistique binomiale sur la variable « aide » selon le codage régulier, Québec, 1986

Esla 1986	Codage régulier (0,1)	N échantillon	B	E.S.	Wald	ddl	Signif.	Exp(B)	IC:Exp(B)* Inf. Sup.
Y(0,1)	aide ou non								* p <= 0.05
Constante		3989	-1,409	0,148	91,1	1	0,000	0,24	
DEGRE	Sévérité de l'incapacité								
DEGRE(1)	sévère	1177	3,777	0,201	354,6	1	0,000	43,70	29,49 64,74
DEGRE(2)	modérée	1630	1,747	0,127	188,3	1	0,000	5,74	4,47 7,36
DEGRE(3)	légère	1182	0		400,3	2	0,000	1	
GRPAGE	Groupe d'âges								
GRPAGE(1)	85+ ans	443	0,929	0,210	19,5	1	0,000	2,53	1,68 3,82
GRPAGE(2)	75-84 ans	1395	0,314	0,127	6,1	1	0,013	1,37	1,07 1,76
GRPAGE(3)	65-74 ans	2151	0		21,6	2	0,000	1	
SEXE	Sexe								
SEXE(1)	homme	1615	-0,950	0,131	52,8	1	0,000	0,39	0,30 0,50
SEXE(2)	femme	2374	0					1	
MILRESID	Milieu résidentiel								
MILRESID(1)	rural	851	0,348	0,147	5,6	1	0,018	1,42	1,06 1,89
MILRESID(2)	urbain	3138	0					1	
MODEVIE	Mode de vie								
MODEVIE(1)	vit seul	792	-0,372	0,154	5,9	1	0,016	0,69	0,51 0,93
MODEVIE(2)	vit avec autres	1519	0,346	0,146	5,6	1	0,018	1,41	1,06 1,88
MODEVIE(3)	vit avec conjoint	1678	0		20,5	2	0,000	1	
EDUC	Plus haut niveau de scolarité complété								
EDUC(1)	postsecondaire	606	0,252	0,179	2,0	1	0,159	1,29	0,91 1,83
EDUC(2)	secondaire	270	0,094	0,256	0,1	1	0,714	1,10	0,66 1,81
EDUC(3)	information non disponible	0	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o s/o
EDUC(4)	moins que le secondaire	3113	0		2,0	2	0,359	1	

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

Tableau A.3.8
Paramètres de la régression logistique binomiale sur la variable « aide » selon le codage régulier, Québec, 1998

Éla 1998 QUÉBEC	Codage régulier (0,1)	N échantillon	B	E.S.	Wald	ddl	Signif.	Exp(B)	IC:Exp(B)* Inf. Sup.
Y(0,1)	aide ou non								* p <= 0,05
Constante		1061	-1,993	0,191	108,8	1	0,000	0,14	
DEGRE	Sévérité de l'incapacité								
DEGRE(1)	sevère	170	3,564	0,254	196,2	1	0,000	35,30	21,44 58,12
DEGRE(2)	modérée	338	1,779	0,164	117,7	1	0,000	5,92	4,29 8,17
DEGRE(3)	légère	553	0		235,3	2	0,000	1	
GRPAGE	Groupe d'âges								
GRPAGE(1)	85+ ans	85	0,959	0,269	12,7	1	0,000	2,61	1,54 4,42
GRPAGE(2)	75-84 ans	395	0,428	0,163	6,9	1	0,009	1,53	1,12 2,11
GRPAGE(3)	65-74 ans	581	0		15,4	2	0,000	1	
SEXE	Sexe								
SEXE(1)	homme	442	-0,675	0,171	15,5	1	0,000	0,51	0,36 0,71
SEXE(2)	femme	619	0					1	
MILRESID	Milieu résidentiel								
MILRESID(1)	rural	247	0,083	0,223	0,1	1	0,711	1,09	0,70 1,68
MILRESID(2)	urbain	814	0					1	
MODEVIE	Mode de vie								
MODEVIE(1)	vit seul	350	0,091	0,175	0,3	1	0,602	1,10	0,78 1,54
MODEVIE(2)	vit avec autres	163	0,124	0,244	0,3	1	0,611	1,13	0,70 1,82
MODEVIE(3)	vit avec conjoint	548	0		0,4	2	0,824	1	
EDUC	Plus haut niveau de scolarité complété								
EDUC(1)	postsecondaire	85	0,320	0,263	1,5	1	0,224	1,38	0,82 2,31
EDUC(2)	secondaire	82	-0,584	0,300	3,8	1	0,052	0,56	0,31 1,00
EDUC(3)	information non disponible	166	0,640	0,203	10,0	1	0,002	1,90	1,27 2,82
EDUC(4)	moins que le secondaire	728	0		16,8	3	0,001	1	

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

Tableau A.3.9
Paramètres de la régression logistique binomiale sur la variable « aide » selon le codage d'effets, Québec, 1986

Esla 1986 QUÉBEC	Codage d'effet (-1,0,1)	N échantillon	B	E.S.	Wald	ddl	Signif.	Exp(B)	IC:Exp(B)*	
									Inf.	Sup.
Aide ou non: échantillon total valide										
Y(0,1)									p <= 0,05	
Constante		3989	0,653	0,134	23,7	1	0,000	1,92	1,47	2,51
DEGRE	Sévérité de l'incapacité sévère	1177	1,936	0,123	247,4	1	0,000	6,93	5,44	8,82
DEGRESEV	modérée	1630	-0,095	0,084	1,3	1	0,263	0,91	0,77	1,07
DEGREMOD	légère	1182	-1,841					0,16		
DEGRELEG										
AGE	Groupe d'âges									
AGE85SUP	85+ ans	443	0,515	0,136	14,3	1	0,000	1,67	1,28	2,19
AGE7584	75-84 ans	1395	-0,100	0,096	1,1	1	0,295	0,90	0,75	1,09
AGE6574	65-74 ans	2151	-0,414					0,66		
SEXE	Sexe									
SEXHOMME	homme	1615	-0,475	0,065	52,8	1	0,000	0,62	0,55	0,71
SEXFEMME	femme	2374	0,475					1,61		
MILRESID	Milieu résidentiel									
MILRURAL	rural	851	0,174	0,073	5,6	1	0,018	1,19	1,03	1,37
MILURB	urbain	3138	-0,174					0,84		
MODE	Mode de vie									
MODESEUL	vit seul	792	-0,364	0,092	15,6	1	0,000	0,70	0,58	0,83
MODEAUT	vit avec autres	1519	0,355	0,088	16,3	1	0,000	1,43	1,20	1,69
MODECJT	vit avec conjoint	1678	0,009					1,01		
EDUC	Plus haut niveau de scolarité complété									
EDUCPOST	postsecondaire	606	0,137	0,141	0,9	1	0,332	1,15	0,87	1,51
EDUCSEC	secondaire	270	-0,022	0,176	0,0	1	0,902	0,98	0,69	1,38
EDUCND	information non disponible	0	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
EDUCINF	moins que le secondaire	3113	-0,115					0,89		

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

Tableau A.3.10
Paramètres de la régression logistique binomiale sur la variable « aide » selon le codage d'effets, Québec, 1998

Eq la 1998	Codage d'effet (-1,0,1)	N échantillon	B	E.S.	Wald	ddl	Signif.	Exp(B)	IC:Exp(B)* Inf. Sup.
QUÉBEC									
Y(0,1)	aide ou non								* p <= 0.05
Constante		1061	0,120	0,162	0,5	1	0,459	1,13	0,82 1,56
DEGRE	Sévérité de l'incapacité								
DEGRESEV	sévère	170	1,783	0,159	126,5	1	0,000	5,95	4,36 8,11
DEGREMOD	modérée	338	-0,002	0,112	0,0	1	0,985	1,00	0,80 1,24
DEGRELEG	légère	553	-1,781					0,17	
AGE	Groupe d'âges								
AGE8SSUP	85+ ans	85	0,497	0,171	8,4	1	0,004	1,64	1,17 2,30
AGE7584	75-84 ans	395	-0,034	0,119	0,1	1	0,772	0,97	0,77 1,22
AGE6574	65-74 ans	581	-0,463					0,63	
SEXE	Sexe								
SEXHOMME	homme	442	-0,338	0,086	15,5	1	0,000	0,71	0,60 0,84
SEXFEMME	femme	619	0,338					1,40	
MILRESID	Milieu résidentiel								
MILRURAL	rural	247	0,041	0,112	0,1	1	0,711	1,04	0,84 1,30
MILURB	urbain	814	-0,041					0,96	
MODE	Mode de vie								
MODESEUL	vit seul	350	0,019	0,115	0,0	1	0,867	1,02	0,81 1,28
MODEAUT	vit avec autres	163	0,052	0,151	0,1	1	0,729	1,05	0,78 1,42
MODECJT	vit avec conjoint	548	-0,072					0,93	
EDUC	Plus haut niveau de scolarité complété								
EDUCPOST	postsecondaire	85	0,226	0,203	1,2	1	0,264	1,25	0,84 1,87
EDUCSEC	secondaire	82	-0,678	0,227	8,9	1	0,003	0,51	0,33 0,79
EDUCND	information non disponible	166	0,546	0,165	10,9	1	0,001	1,73	1,25 2,39
EDUCINF	moins que le secondaire	728	-0,094					0,91	

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

ANNEXE
MÉTHODOLOGIQUE

Analyses et comparaisons des questions sur l'incapacité

Dans cette annexe méthodologique, il est question de faire l'analyse des 21 questions communes à l'ESLA de 1986 et l'EQLA de 1998 concernant la capacité d'un individu à accomplir certaines activités de la vie quotidienne (AVQ). Il s'agit des mêmes questions qui avaient été utilisées dans la recherche canadienne par l'Équipe de recherche sur le vieillissement pour construire l'indicateur d'incapacité. Afin de savoir si les changements au libellé des questions entre 1986 et 1998 sont responsables de la hausse de l'incapacité légère, nous avons construit quatre catégories de questions (tableau AA.1).

Tableau AA.1

Catégorisation des questions sur l'incapacité selon la composante compte tenu des changements subis entre les questionnaires de l'ESLA de 1986 et l'EQLA de 1998

1. Questions identiques	2. Peu de modifications	3. Plus de précisions	4. Questions différentes
AGIRAMAS	OUIEPER	PARDIALO	COGAPPRE
AGIHABIL	OUIEGRP	MOBDEBOU	COGPSY
AGIALIM	VISLIRE	AGILIT	INCPHYS
	VISVOIR	AGIONGLE	
	MOBEXT	AGIDOIGT	
	MOBESCAL	AGIBRAS	
	MOBTRANS		
	MOBINT		
	COGMEM		

Note : voir le tableau A.2.2 de l'annexe pour une description des questions de l'ESLA de 1986 et de l'EQLA de 1998.

La première identifiée « Questions identiques » comprend les questions qui n'ont pas été modifiées entre le questionnaire de l'ESLA de 1986 et celui de l'EQLA de 1998. La deuxième catégorie « Peu de modifications », est celle où les questions ont été quelque peu transformées, mais dont le sens n'a pas été modifié. Les variations entre les questions peuvent être, par exemple, l'ajout ou le retrait de virgules, de parenthèses ou de mots qui facilitent la compréhension et la structure de la question. Les questions faisant partie de la troisième classe « Plus de précisions » se sont vu

ajouter ou parfois retirer des exemples et certaines précisions entre les deux questionnaires. Enfin, la dernière catégorie « Questions différentes » est celle où certains termes clés de la question ont été remplacés.

Sur les 21 questions étudiées, plus de la moitié (12) sont identiques ou presque (catégories « Questions identiques » et « Peu de modifications »). Les 9 autres questions font partie des deux dernières catégories, soit « Plus de précisions et « Questions différentes ». Le but de cette catégorisation est de nous aider à décider si nous gardons ou non les questions et ce, compte tenu des changements apportés à leur libellé entre 1986 et 1998.

Malgré le fait que les deux études semblent comparables, puisqu'il existe peu de différences majeures entre les questions, nous faisons l'hypothèse que les questions qui présentent des distinctions plus importantes entre les questionnaires de 1986 et 1998 pourraient également détecter d'une façon différente l'incapacité entre les deux enquêtes. Pour vérifier cette hypothèse, nous allons vérifier chacune des question par composante de l'incapacité (ouïe, vision, élocution, mobilité, agilité, problèmes cognitifs et autre composante non spécifiée) afin de distinguer si l'incapacité semble être perçue d'une manière différente entre les deux enquêtes. Pour ce faire, nous allons examiner la proportion de gens âgés de 65 ans et plus qui déclarait une incapacité en 1986 et en 1998. De plus, puisque l'indicateur d'incapacité utilisé dans cette recherche est basé sur les travaux de McDowell (1988) – qui tiennent compte de l'intensité (si l'incapacité est partielle ou totale) et de l'étendue de l'incapacité (nombre de composantes touchées) – nous allons examiner l'incapacité partielle¹⁶ et l'incapacité totale séparément, afin de voir si la variation de l'incapacité en général¹⁷

¹⁶ Chaque question sur l'incapacité est composée de deux sous-questions. Pour la plupart des questions, la première en est une de sélection qui nous permet de savoir si le sujet est capable ou non d'effectuer une activité donnée. La deuxième permet de connaître si l'incapacité (lorsque la personne a répondu positivement à la première question) de cet individu est totale ou partielle. C'est-à-dire qu'une personne peut avoir de la difficulté à effectuer une activité sans toutefois être incapable de l'exécuter totalement. L'incapacité totale est alors présente chez un individu lorsqu'il a répondu affirmativement à la question de sélection et à la question de suivi. Les réponses aux différentes questions sur l'incapacité nous permettent de savoir si le répondant est tout à fait capable (0 point), partiellement capable (1 point) ou totalement incapable (2 points) d'accomplir l'activité demandée.

¹⁷ L'incapacité en général correspond à la somme de l'incapacité partielle plus l'incapacité totale.

peut être due à un changement de l'incapacité partielle ou de l'incapacité totale. Nous allons donc vérifier s'il y a une tendance significative entre les proportions de 1986 et 1998 à l'aide des intervalles de confiance de ces proportions. S'il y a chevauchement des intervalles de confiance de 1986 et 1998, cela signifie qu'il n'y a pas de tendance significative entre les deux années et vice versa.

L'ouïe

La première composante étudiée, l'ouïe, est formée de deux questions (OUIEPER et OUIEGRP) qui n'ont pratiquement pas été modifiées. En effet, elles font partie de la deuxième catégorie « Peu de modifications » où seuls quelques mots ont été ajoutés ou retirés au questionnaire de 1998 pour rendre la compréhension des questions plus facile. Lorsqu'on examine les résultats (tableau AA.2), on voit que la question OUIEPER a connu une réduction significative de la proportion d'aînés atteints d'une incapacité entre 1986 et 1998. Cette diminution est principalement due à une baisse aussi significative de l'incapacité partielle pour la même période. La question OUIEGRP, quant à elle, ne révèle aucun écart significatif entre les proportions de personnes âgées atteintes d'incapacité et celles atteintes d'incapacité partielle en 1986 et 1998. Cependant, on observe une décroissance significative de l'incapacité totale.

Tableau AA.2
Proportions de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont répondu positivement à une question sur l'incapacité de la composante « ouïe », Québec, 1986 et 1998

	Incapacité partielle		Incapacité totale		Incapacité			
	1986	1998	1986	1998	1986	1998		
OUIEPER ⁽²⁾	11,0	7,5	**	0,6	0,7	11,6	8,2	**
OUIEGRP ⁽²⁾	11,0	12,4		2,6	1,5	**	13,6	13,9

Notes : ** Il y a une tendance entre 1986 et 1998. Les proportions sont significativement différentes entre 1986 et 1998, à 95% de confiance ;

⁽²⁾ Peu de modifications dans la formulation des questions.

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

Étant donné que la formulation de l'ensemble des questions de la composante ouïe a été très peu modifiée entre les deux enquêtes, nous proposons de conserver les deux questions.

La vision

La composante de la vision est également constituée de deux questions (VISLIRE et VISVOIR) qui n'ont fait l'objet que de modifications mineures, soit de restructurations de phrases par l'ajout de virgules et de parenthèses. Lorsqu'on examine les résultats (tableau AA.3) on remarque pour la question VISLIRE une diminution significative de l'incapacité prise dans son ensemble ainsi que l'incapacité partielle et l'incapacité totale prise séparément. Les résultats de la question VISVOIR ne présentent qu'une diminution significative de l'incapacité sans montrer de différence significative au niveau de l'incapacité partielle et l'incapacité totale entre 1986 et 1998.

Tableau AA.3

Proportions de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont répondu positivement à une question sur l'incapacité de la composante « vision », Québec, 1986 et 1998

	Incapacité partielle		Incapacité totale		Incapacité				
	1986	1998	1986	1998	1986	1998			
VISLIRE ⁽²⁾	5,4	3,6	**	2,6	1,5	**	8,0	5,1	**
VISVOIR ⁽²⁾	3,1	2,1		2,0	1,6		5,1	3,7	**

Notes : ** Il y a une tendance entre 1986 et 1998. Les proportions sont significativement différentes entre 1986 et 1998, à 95% de confiance ;

⁽²⁾ Peu de modifications dans la formulation des questions.

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

Nous proposons de ne pas modifier la composante sur la vision, c'est-à-dire de conserver les deux questions pour la construction du nouvel indicateur. En effet, les résultats observés ici corroborent ceux d'une autre recherche (Freedman et Martin, 1998). La diminution des incapacités visuelles peut-être due à une plus grande accessibilité aux aides visuelles (lentilles et lunettes) et aux interventions

chirurgicales permettant la correction et le traitement des problèmes qui sont à l'origine des ces incapacités (Gosselin et al., 2001).

L'élocution

La composante de l'élocution n'est formée que d'une seule question : PARDIALO. Malgré le fait que la question sur la parole a subi de plus importantes modifications¹⁸, il semble que ces changements ne transforment pas le sens de la question car les deux enquêtes captent environ 2% de personnes âgées de 65 ans et plus qui sont atteintes d'une incapacité liée à la parole. En effet, selon le tableau AA.4, il n'existe pas de différence significative entre la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus atteinte d'une incapacité liée à la parole entre 1986 et 1998, et ce, même lorsqu'on examine l'incapacité partielle et totale séparément. Finalement, nous suggérons de ne pas modifier cette composante pour le nouvel indicateur.

Tableau AA.4

Proportions de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont répondu positivement à une question sur l'incapacité de la composante « élocution », Québec, 1986 et 1998

	Incapacité partielle		Incapacité totale		Incapacité	
	1986	1998	1986	1998	1986	1998
PARDIALO ⁽³⁾	1,8	2,1	0,1	0,1	1,9	2,1

Notes : ⁽³⁾ Plus ou moins de précisions dans la formulation des questions.

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

La mobilité

Cinq questions forment la composante mobilité (MOBEXT, MOBESCAL, MOBTRANS MOBINT et MOBDEBOU). Parmi ces dernières, quatre font partie de la deuxième catégorie « Peu de modifications » (MOBEXT, MOBESCAL, MOBTRANS et MOBINT). La dernière, MOBDEBOU, fait partie de la catégorie « Plus de précisions ».

¹⁸ Voir le tableau A.2.2 de l'annexe pour une description détaillée de la question.

Les questions MOBESCAL et MOBINT ont subi des transformations très mineures comme le retrait de parenthèses ou de mots qui facilitent la compréhension de la question du français sans toutefois en changer le sens. Les questions MOBTRANS et MOBEXT, quant à elles, ont aussi été soumises à des changements marginaux concernant, cette fois, les conversions de mesures de poids et de longueur.

Tableau AA.5

Proportions de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont répondu positivement à une question sur l'incapacité de la composante « mobilité », Québec, 1986 et 1998

	Incapacité partielle		Incapacité totale		Incapacité				
	1986	1998	1986	1998	1986	1998			
MOBEXT ⁽²⁾	12,7	14,7	5,1	5,3	17,8	20,0			
MOBESCAL ⁽²⁾	14,2	16,8	**	3,8	4,1	18,0	20,9	**	
MOBTRANS ⁽²⁾	7,0	11,7	**	8,8	6,7	**	15,8	18,4	**
MOBINT ⁽²⁾	3,7	3,2		0,8	0,7	4,5	3,9		
MOBDEBOU ⁽³⁾	9,4	11,5	**	8,6	4,6	**	18,0	16,1	

Notes : ** Il y a une tendance entre 1986 et 1998. Les proportions sont significativement différentes entre 1986 et 1998, à 95% de confiance ;

⁽²⁾ Peu de modifications dans la formulation des questions ;

⁽³⁾ Plus ou moins de précisions dans la formulation des questions.

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

Lorsqu'on examine les résultats (tableau AA.5), on observe un accroissement significatif des proportions de personnes âgées qui ont répondu positivement aux questions sur l'incapacité pour MOBESCAL et MOBTRANS. Ces variations significatives de proportions entre 1986 et 1998 se traduisent par des augmentations également significatives de l'incapacité partielle. Cependant, pour ce qui est de l'incapacité totale, on n'observe pas de différence significative entre 1986 et 1998 pour la question MOBESCAL tandis que pour la question MOBTRANS, on décele une diminution significative. Les questions MOBEXT et MOBINT, ne révèlent aucune différence significative entre les deux années pour l'incapacité prise dans son ensemble comme pour l'incapacité partielle et l'incapacité totale prises séparément.

La dernière question (MOBDEBOU) semble un peu plus vague dans le questionnaire de 1986 comparativement à celui de 1998¹⁹. En effet, en 1986, on demande si l'individu est capable de se tenir debout pendant de longues périodes en précisant comme exemple 20 minutes. En 1998, la formulation de la question est plus concise et enlève toute ambiguïté en spécifiant que la personne doit se tenir debout pendant plus de 20 minutes. Puisque la question est plus floue en 1986, ceci pourrait avoir comme effet d'inclure un plus grand nombre de gens dans la catégorie d'incapacité totale. Il est donc possible qu'un plus grand nombre d'ânés se sentent inaptes (incapacité totale) de se tenir debout pendant de longues périodes comparativement à ceux qui sont incapables de se tenir debout pendant plus de 20 minutes. Nous croyons que les ajustements faits à la question MOBDEBOU en 1998 font qu'il est impossible de comparer les résultats entre 1986 et 1998. Nous proposons pour le nouvel indicateur d'éliminer cette question et de garder les quatre autres questions sur la mobilité (MOBEXT, MOBESCAL, MOBTRANS et MOBINT).

L'agilité

Cette composante est formée de sept questions (AGIRAMAS, AGIHABIL, AGILIT, AGIONGLE, AGIDOIGT, AGIBRAS et AGIALIM). On remarque que trois questions sur sept n'ont subi aucune modification au niveau de leur formulation : AGIRAMAS, AGIHABIL et AGIALIM. Au niveau des résultats, le tableau AA.6 révèle que deux de ces trois questions (AGIHABIL et AGIALIM), ne révèlent pas de variation significative entre les deux enquêtes lorsque sont prises en compte toutes les formes d'incapacité. Seule la question AGIRAMAS, connaît une croissance significative entre 1986 et 1998 de la proportion de personnes âgées atteintes d'incapacité partielle et une diminution significative de l'incapacité totale. D'ailleurs, on observe qu'il n'y a pas de différence significative pour cette composante de l'agilité en ce qui concerne l'incapacité prise dans son ensemble entre 1986 et 1998. Les quatre autres questions qui font partie de la troisième catégorie « Plus de précisions » (AGILIT, AGIONGLE, AGIDOIGT et AGIBRAS) qui ont connu des

¹⁹ Voir le tableau A.2.2 de l'annexe pour une description détaillée de la question.

modifications un peu plus importantes, ne se comportent pas de la même façon lorsque l'on examine les résultats. On constate dans un premier temps qu'il n'y a pas de différence significative des proportions entre 1986 et 1998 pour les questions AGILIT, AGIDOIGT et AGIBRAS tant pour l'incapacité partielle que l'incapacité totale. Deuxièmement, on remarque pour la question AGIONGLE une augmentation de l'incapacité qui est causée principalement par un accroissement de l'incapacité partielle. En effet, les résultats ne révèlent aucune différence significative entre les proportions pour l'incapacité totale de 1986 et celles de 1998. Puisque les questions de la composante agilité ont très peu été modifiées, nous suggérons de ne pas la modifier et de garder les sept questions pour la construction de notre indicateur.

Tableau AA.6
Proportions de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont répondu positivement à une question sur l'incapacité de la composante « agilité », Québec, 1986 et 1998

	Incapacité partielle		Incapacité totale		Incapacité				
	1986	1998	1986	1998	1986	1998			
AGIRAMAS ⁽¹⁾	8,8	10,8	**	4,0	2,7	**	12,8	13,5	
AGIHABIL ⁽¹⁾	4,2	4,6		1,0	0,6		5,2	5,2	
AGILIT ⁽³⁾	5,1	6,0		0,9	0,6		6,0	6,6	
AGIONGLE ⁽³⁾	7,9	10,0	**	7,6	8,2		15,5	18,2	**
AGIDOIGT ⁽³⁾	4,8	4,6		1,0	1,4		5,8	6,0	
AGIBRAS ⁽³⁾	5,3	5,2		1,5	1,4		6,8	6,6	
AGIALIM ⁽¹⁾	2,1	1,9		1,4	0,8		3,5	2,7	

Notes : ** Il y a une tendance entre 1986 et 1998. Les proportions sont significativement différentes entre 1986 et 1998, à 95% de confiance ;

⁽¹⁾ La formulation des questions est identique dans les deux enquêtes ;

⁽²⁾ Peu de modifications dans la formulation des questions.

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

La cognition

Cette composante qui comprend les problèmes d'apprentissage (COGAPPRE), les problèmes permanents de mémoire (COGMEM) ou la limitation psychologique dans le genre ou la quantité d'activités (COGPSY) est celle où les questions ont subi les changements les plus importants au niveau de leur formulation entre 1986 et 1998.

Contrairement aux autres questions sur l'incapacité, le pointage n'est pas attribué de la même façon pour les questions COGAPPRE et COGMEM, où les seules réponses possibles sont « oui » et « non ». Le pointage maximal (1 point) est attribué aux personnes qui répondent positivement à la question. Il n'est donc pas possible de faire une distinction entre l'incapacité partielle et l'incapacité totale comme cela est fait pour les autres questions. Pour la question COGPSY, comme c'est le cas pour la plupart des autres questions, il est possible de savoir si l'incapacité est partielle (1 point) ou totale (2 points). Cependant, pour obtenir le pointage maximal (incapacité totale), il faut que le répondant soit limité dans deux des trois sphères d'activités questionnées, soit à la maison, à l'école ou au travail et dans les autres occupations comme les déplacements, les sports ou les loisirs.

Lorsque l'on examine les résultats (tableau AA.7), on observe qu'il y a une diminution assez importante et significative de la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus ayant répondu positivement aux questions COGAPPRE et COGMEM. Pour la question COGAPPRE, ces différences pourraient s'expliquer par les différences importantes qui existent entre les questionnaires de 1986 et 1998 au niveau du libellé de cette question. Étant donné que les questionnaires de 1986 et de 1998 n'étaient pas administrés de la même façon (concernant les répondants substitués) et que cette question visait les problèmes de mémoire, nous croyons que la question COGMEM de 1986 surestime le phénomène et que celle de 1998 le sous-estime. En effet, un individu qui répond pour lui-même peut très bien affirmer qu'il n'éprouve pas de problème de mémoire tandis que son répondant substitué peut penser que ce même individu en éprouve. Ceci pourrait peut-être expliquer la diminution significative de 9,3% à 5,4% des personnes qui déclarent avoir des

problèmes permanents de mémoire puisque plus d'entrevues ont été faites par l'intermédiaire d'un répondant substitut en 1986 comparativement à 1998 (voir la section 2.2.2.3 *Choix du répondant* du mémoire).

Pour vérifier si cette hypothèse est juste, nous souhaitons comparer uniquement les cas de répondants de l'ESLA de 1986 et l'EQLA de 1998, qui ont répondu par eux-mêmes à cette question sur les problèmes de mémoire. Cependant, aucune variable ne permet de faire cette comparaison. Par conséquent, nous avons été contraints de retirer la question COGMEM de l'indicateur d'incapacité.

Tableau AA.7

Proportions de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont répondu positivement à une question sur l'incapacité de la composante « problèmes cognitifs », Québec, 1986 et 1998

	Incapacité partielle		Incapacité totale		Incapacité			
	1986	1998	1986	1998	1986	1998		
COGAPPRE ⁽⁴⁾	-----	-----	-----	-----	1,2	0,5	**	
COGMEM ⁽²⁾	-----	-----	-----	-----	9,3	5,4	**	
COGPSY ⁽⁴⁾	0,6	2,6	**	3,8	2,0	**	4,4	4,6

Notes : ** Il y a une tendance entre 1986 et 1998. Les proportions sont significativement différentes entre 1986 et 1998, à 95% de confiance ;

⁽²⁾ Peu de modifications dans la formulation des questions ;

⁽⁴⁾ La formulation des questions est différente entre les deux enquêtes.

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

Les modifications importantes au niveau du libellé de la question COGPSY entre les questionnaires de l'ESLA et de l'EQLA nous suggèrent de retirer également cette question pour la construction du nouvel indicateur.

Nous proposons donc pour la construction de notre indicateur de retirer l'ensemble des questions qui forment la composante cognitive (COGAPPRE, COGMEM et COGPSY). L'impact du retrait de cette composante de l'indicateur d'incapacité n'est pas important car le nombre d'individus souffrant uniquement de problèmes cognitifs

est très faible, soit moins de 1% pour l'EQLA (données non montrées). Puisque les questions portant sur cette composante ne sont pas comparables entre les deux questionnaires et que leur retrait a peu d'impacts sur le nombre de répondants, nous croyons qu'il est juste de soustraire cette composante pour le calcul du nouvel indicateur d'incapacité afin d'améliorer la comparabilité des données entre les deux années étudiées.

Autre incapacité non spécifiée

La dernière composante « autre », qui comprend les autres limitations physiques de nature non précisée ne contient qu'une seule question INCPHYSY. Cette question, fait partie de la catégorie « Questions différentes ». Dans l'ESLA, on parle d'un problème de santé chronique tandis que dans l'EQLA, on parle plutôt d'un problème de santé physique. Malgré le fait que la terminologie des questions est différente, il semble que le sens de la question ne soit pas vraiment affecté. Nous suggérons de conserver cette question et conséquemment cette dernière composante dans le calcul de notre indicateur d'incapacité

Tableau AA.8
Proportions de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont répondu positivement à une question sur l'incapacité de la composante « autre », Québec, 1986 et 1998

	Incapacité partielle		Incapacité totale		Incapacité			
	1986	1998	1986	1998	1986	1998		
INCPHYS⁽⁴⁾	4,8	8,8	**	19,5	14,8	**	24,3	23,6

Notes : ** Il y a une tendance entre 1986 et 1998. Les proportions sont significativement différentes entre 1986 et 1998, à 95% de confiance ;

⁽⁴⁾ La formulation des questions est différente entre les deux enquêtes.

Sources : Statistique Canada, Enquête sur la santé et les limitations d'activité de 1986 ; Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé de 1998 et Enquête québécoise sur les limitations d'activités de 1998

