

ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ

OUTAOUAIS
1 9 9 8

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1998 POUR LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS SONT PUBLIÉS SOUS FORME DE FICHES, CHACUNE CORRESPONDANT À UN DES THÈMES DE L'ENQUÊTE.

NOS FICHES

- Fiche 1 : Méthodes
- Fiche 2 : Caractéristiques sociales et socioéconomiques
- Fiche 3 : Usage du tabac
- Fiche 4 : Consommation d'alcool
- Fiche 5 : Consommation de drogues et autres substances psychoactives
- Fiche 6 : Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire
- Fiche 7 : Activité physique
- Fiche 8 : Poids corporel
- Fiche 9 : Comportements sexuels et utilisation du condom
- Fiche 10 : Orientation sexuelle et santé
- Fiche 11 : Divers comportements de santé propres aux femmes
- Fiche 12 : Perception de l'état de santé
- Fiche 13 : Problèmes de santé
- Fiche 14 : Problèmes auditifs et problèmes visuels
- Fiche 15 : Accidents avec blessures
- Fiche 16 : Santé mentale
- Fiche 17 : Idées suicidaires et parasuicides
- Fiche 18 : Incapacité et limitation d'activités**
- Fiche 19 : Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux
- Fiche 20 : Recours aux hospitalisations, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers
- Fiche 21 : Recours au service Info-Santé CLSC
- Fiche 22 : Consommation de médicaments
- Fiche 23 : Vaccination contre la grippe
- Fiche 24 : Famille et santé
- Fiche 25 : Environnement de soutien
- Fiche 26 : Travail et santé
- Fiche 27 : Environnement psychosocial au travail
- Fiche 28 : Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé
- Fiche 29 : Spiritualité, religion et santé

Incapacité et limitation
d'activités

Introduction

L'état de santé d'une population ne se mesure pas seulement par la prévalence des problèmes de santé, mais aussi par la capacité des individus d'exercer pleinement et de façon autonome leurs rôles sociaux et leurs activités quotidiennes. *L'Enquête sociale et de santé 1998* constitue une source importante d'informations sur l'autonomie fonctionnelle de la population québécoise vivant en ménages privés. Elle nous renseigne notamment sur la prévalence des limitations d'activités à long terme et sur le nombre de journées d'incapacité déclarées.

On trouvera dans la présente fiche une présentation des données sur la prévalence, les origines et les causes des limitations d'activités, ainsi qu'un profil des journées d'incapacité dans la population de l'Outaouais. Ces données seront comparées avec celles obtenues pour l'ensemble de la province.

Notons par ailleurs que Santé Québec et l'Institut de la Statistique du Québec ont approfondi ces questions dans une enquête séparée, soit *l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (Camirand et al., 2001). Cette enquête fournit notamment des informations complémentaires sur les besoins d'aide (comblés ou non) et sur les sources d'aide pour les soins personnels et les activités quotidiennes.

Aspects méthodologiques

Les questions sur les limitations d'activités et l'incapacité proviennent des sections I - Incapacité au cours des deux dernières semaines et II - Limitation des activités, du questionnaire administré par l'intervieweur (QRI). Selon les termes de la Classification internationale des handicaps (Organisation mondiale de la santé, 1988), *l'Enquête sociale et de santé 1998* ne mesure pas la déficience (troubles de fonctionnement des organes) ni l'incapacité au sens strict (difficulté ou impossibilité d'accomplir des activités particulières comme monter un escalier ou lire un journal avec ses lunettes, par exemple).

Le questionnaire recueille plutôt de l'information sur deux aspects de la perte d'autonomie fonctionnelle, soit : 1) les limitations d'activités à long terme reliées à un problème de santé ou à une maladie chronique physique ou mentale et 2) les journées d'incapacité au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête qui sont liées à des raisons de santé.

Par définition, une limitation d'activités restreint une personne dans le type ou la quantité d'activités qu'elle peut accomplir à cause d'une maladie chronique physique ou mentale, ou d'un problème de santé (QRI7, QRI8). Une personne peut être incapable d'exercer son activité principale (travailler, étudier, tenir maison), être restreinte dans son activité principale, ou encore avoir d'autres limitations d'activités (QRI9 à QRI11).

En rapportant une limitation d'activités pour un autre membre du ménage, le répondant devait spécifier si elle était le résultat d'un accident ou d'une blessure (QRI13). Ces renseignements permettaient de déterminer l'origine de la limitation. Lorsque la limitation était due à un accident ou à une blessure, son origine était considérée comme « externe ». Toute autre origine était portée à la catégorie « autres ».

Les problèmes de santé ayant entraîné une limitation (QRI12) ont été regroupés en six catégories : les problèmes ostéoarticulaires (comprenant l'arthrite, le rhumatisme, le mal de dos), les problèmes respiratoires (comprenant les affections respiratoires aiguës, l'influenza, la bronchite, l'emphysème et l'asthme), les problèmes cardiovasculaires (comprenant l'hypertension et les maladies cardiaques), les traumatismes (comprenant les accidents, les empoisonnements et les blessures intentionnelles), les problèmes mentaux et les autres problèmes.

Pour chaque personne, les journées d'incapacité sont calculées sur une base annuelle. Le nombre de journées d'incapacité déclarées pour les deux semaines précédant l'enquête est multiplié par 26, moyenne que l'on rapporte ensuite à l'ensemble de la population vivant dans les ménages privés. Les journées d'incapacité sont partagées en trois catégories : journées d'alitement (incapacité lourde, QRI1), journées d'incapacité par rapport à une activité principale (incapacité modérée, QRI2) et journées de restriction des activités habituelles (incapacité légère, QRI3). Seul le nombre total de journées d'incapacité, obtenu en faisant la somme de ces journées d'incapacité lourde, modérée et légère (QRI4), est rapporté dans la présente fiche.

Les questions sur les limitations d'activités dans l'enquête de 1998 figuraient déjà dans les deux précédentes enquêtes générales de Santé Québec. D'autres questions posées en 1987 et en 1992-1993 ont été reprises dans l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*. Soulignons enfin que les données présentées ne s'appliquent pas aux personnes vivant en institution.

Résultats

En Outaouais, 12,1 % de la population vit avec une limitation d'activités à long terme, ce qui représente une proportion plus élevée que dans l'ensemble du Québec (tableau 1). Comparativement aux résultats de 1987, il semble que la prévalence de la perte d'autonomie soit en augmentation en Outaouais, tendance que l'on observe aussi dans l'ensemble du Québec et ailleurs au Canada. Les données du tableau 1 démontrent également que les femmes sont plus touchées par les limitations d'activités que les hommes, tant en Outaouais que dans l'ensemble de la province. À cet égard, l'écart entre les sexes semble aller en s'accroissant.

Tableau 1 - Pourcentage de la population ayant des limitations d'activités à long terme, par sexe, Outaouais 1987, 1992-93 et 1998, Québec 1998.

Sexe	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Hommes	9,6	7,6	10,3	8,2
Femmes	9,1	8,4	13,8	10,4
Total	9,3	8,0	12,1 ¹	9,3 ¹

Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95%.

De façon générale, la prévalence de la perte d'autonomie à long terme augmente avec l'âge. En Outaouais, la proportion des individus qui sont dépendants ou qui présentent une limitation fonctionnelle passe graduellement de 3,4 % chez les 0-24 ans à 30 % chez les 65 ans et plus, tandis que dans l'ensemble du Québec, la proportion des personnes ayant une limitation d'activités passe de 3 % chez les 0-24 ans à 22,6 % chez les 65 ans et plus. Les données de l'enquête de 1998 ne révèlent aucune différence statistiquement significative entre l'Outaouais et le Québec.

En comparaison, la proportion des personnes présentant une limitation d'activités à long terme en Outaouais semble avoir augmenté de façon importante chez les 25-44 ans et chez les 65 ans et plus depuis 1992-1993. Dans ce dernier groupe d'âge, trois personnes sur dix sont actuellement en perte d'autonomie.

Tableau 2 - Pourcentage de la population ayant des limitations d'activités à long terme, par groupe d'âge, Outaouais 1987, 1992-93 et 1998, Québec 1998.

Groupe d'âge	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998
0 à 24 ans	3,1*	4,5*	3,4**	3,0
25 à 44 ans	9,2	5,9*	13,0	7,4
45 à 64 ans	17,4	13,5*	16,5	14,0
65 ans et plus	22,8*	19,2*	30,0*	22,6

* Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

** Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

En général, le portrait de l'Outaouais quant à l'origine des limitations d'activités à long terme ressemble à celui de l'ensemble du Québec. L'Outaouais compte près de 38 000 personnes présentant des limitations d'activités. De ce nombre 21 %, soit 8 000 personnes, sont affectées suite à un événement d'origine accidentelle. Les autres facteurs à l'origine de limitations d'activités à long terme sont les maladies et leurs séquelles, ainsi que les handicaps et les malformations, souvent présents depuis la naissance.

Tableau 3 - Origines de limitations d'activités à long terme, Outaouais 1998 et Québec 1998.

Origine	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Inconnue	2,8**	1,1**
Accidentelle	20,8	18,1
Autre	76,3	80,7

** Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

Les principales causes médicales de limitations d'activités à long terme, autant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec, sont les maladies ostéoarticulaires, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, les traumatismes et les maladies mentales. Ces cinq catégories expliquent à elles seules près de 70 % de toutes les limitations d'activités rapportées. On n'observe aucune différence significative entre la région et le Québec en ce qui concerne les pourcentages associés aux différentes catégories présentées au tableau 4.

Tableau 4 - Causes médicales de limitations d'activités à long terme, Outaouais et Québec, 1998.

Cause	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Ostéoarticulaires	28,7	26,8
Cardiovasculaires	14,3*	13,7
Traumatismes	8,6**	8,1
Respiratoires	8,6**	10,6
Mentales	7,2**	8,4
Autres	32,3	32,3

* Estimation imprécise : à interpréter avec prudence.

** Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement.

Le nombre de journées d'incapacité totale en Outaouais est demeuré relativement stable de 1987 à 1998, à environ 20 par année par personne en moyenne (tableau 5). Les hommes rapportaient un peu moins de journées d'incapacité en 1998 qu'en 1992-93, alors que les femmes en rapportaient un peu plus. Les différences observées entre les sexes en 1998 en Outaouais ne sont cependant pas statistiquement significatives, comme celles observées entre l'Outaouais et l'ensemble du Québec.

Tableau 5 - Nombre annuel moyen de journées d'incapacité totale selon le sexe, Outaouais 1987, 1992-93 et 1998, Québec 1998.

Sexe	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998
Hommes	20	19	16	15
Femmes	22	20	23	19
Sexes réunis	21	20	19	17

En général, le nombre annuel moyen de journées d'incapacité totale augmente avec l'âge, tant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec. On observe depuis l'enquête de 1992-1993 une forte baisse du nombre de journées d'incapacité chez les 65-74 ans et surtout chez les 75 ans et plus. Par contre, la situation est demeurée relativement stable chez les 45-64 ans et chez les 25-44 ans. Chez les jeunes, on observe des tendances inverses chez les 15-24 ans et chez les 0-14 ans respectivement. Les résultats par groupes d'âge obtenus en Outaouais en 1998 ne diffèrent pas de façon significative de ceux de l'ensemble du Québec.

Tableau 6 - Nombre annuel moyen de journées d'incapacité totale selon les groupes d'âge, Outaouais 1987, 1992-93 et 1998, Québec 1998.

Groupe d'âge	% Outaouais 1987	% Outaouais 1992-93	% Outaouais 1998	% Québec 1998
0 à 14 ans	6,7	8,8	10,6	7,7
15 à 24 ans	10,5	13,7	6,7	7,9
25 à 44 ans	23,4	20,6	22,9	17,1
45 à 64 ans	29,5	26,5	24,4	21,3
65 à 74 ans	50,6	36,7	31,8	27,9
75 ans et plus	62,7	46,9	32,6	41,3

Conclusion

En général, la prévalence des limitations fonctionnelles dans la population s'avère un peu plus importante chez les femmes que chez les hommes et elle augmente avec l'âge. La proportion de la population présentant des limitations

d'activités à long terme est plus élevée en Outaouais (12 %) que dans l'ensemble du Québec (9 %). La prévalence des limitations d'activités a augmenté de façon marquée chez les personnes âgées de 65 ans et plus entre 1992-1993 et 1998, et elle atteint désormais les 30 %. Toutes ces données vont dans le même sens que celles recueillies dans une autre enquête québécoise plus spécifique, *l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Selon les données de *l'Enquête sociale et de santé 1998*, les limitations d'activités à long terme affectant les résidents de l'Outaouais sont d'origine accidentelle dans 21 % des cas. La grande majorité des limitations à long terme est cependant attribuable aux maladies chroniques. Ces maladies sont, en ordre décroissant d'importance, les maladies ostéoarticulaires, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et les maladies mentales.

Chaque personne rapportant une incapacité fonctionnelle en Outaouais en 1998 a été « totalement » limitée dans ses activités pendant 19 jours en moyenne au cours de l'année précédant l'enquête. Ce nombre est demeuré remarquablement stable depuis 1987. Cela dit, le nombre annuel moyen de jours d'incapacité diminue constamment chez les personnes âgées, alors qu'il semble augmenter chez les jeunes. À cet égard, l'Outaouais ne se démarque pas de façon significative de l'ensemble du Québec.

Ces résultats, comme ceux obtenus dans d'autres enquêtes canadiennes et québécoises, suggèrent que la prévalence des formes lourdes de perte d'autonomie fonctionnelle à long terme a diminué, mais qu'il y a une prévalence accrue pour les formes moins graves. Les conséquences de ces changements sur les services de santé sont importantes. On peut notamment prévoir qu'il sera désormais possible d'éviter ou de retarder l'hébergement institutionnel pour une plus grande proportion de personnes âgées, dans la mesure où nous pourrions déployer davantage de ressources d'appoint pour les aidants familiaux et de meilleurs services à domicile.

Par ailleurs, le groupe démographique important des « baby boomers » arrive maintenant à l'âge de la retraite. Bien que ce groupe soit généralement en meilleure santé, plus riche et mieux éduqué que la génération précédente, il engendrera néanmoins une pression énorme sur les services de santé, et notamment sur les services de réadaptation, de soins à domicile et d'hébergement à long terme. ■



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX

DE L'OUTAOUAIS

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC

OUTAOUAIS

1 9 9 8

Les résultats régionaux de
l'Enquête sociale et de santé 1998
sont publiés par la
Direction de la Santé publique de la
Régie régionale de la Santé et des Services
sociaux de l'Outaouais.

Toute reproduction est autorisée
à condition de mentionner la source.

ONT COLLABORÉ À CETTE PUBLICATION

Rédaction

Philippe Garvie
Jean-Pierre Courteau
Christine Olivier
Nicole Truchon
Santé Québec

Infographie

Sylvie Bélisle

Pour toute information relative au contenu de cette fiche
ou pour obtenir d'autres numéros,
veuillez communiquer avec :

Philippe Garvie
agent de recherche

Tél. : (819) 776-7660, poste 7476
Courriel : philippe_garvie@ssss.gouv.qc.ca

104, rue Lois
Hull (Québec) J8Y 3R7

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920780-98-0