

L'ESPÉRANCE DE VIE SELON LE DEGRÉ D'INCAPACITÉ ET DE DÉSAVANTAGE : NOUVELLES ESTIMATIONS POUR LE QUÉBEC ET LES AUTRES RÉGIONS CANADIENNES, EN 2001

Karine Garneau^{1,2}, Robert Bourbeau¹, Robert Choinière²

¹ Département de démographie, Université de Montréal

² Unité études et analyses de l'état de santé de la population, Institut national de santé publique du Québec

Contexte et objectifs

Depuis les années 80, les espérances de santé sont utilisées par plusieurs pays pour décrire l'état de santé des populations et examiner l'évolution des limitations fonctionnelles à travers le temps. Le Canada a produit plus d'une dizaine de mesures d'espérance de santé depuis 1978. Les indicateurs recensés s'appuient surtout sur des concepts liés aux limitations fonctionnelles, aux incapacités ou à la dépendance. Les estimations qui permettent de comparer les provinces canadiennes entre elles montrent que, malgré une espérance de vie moins favorable, les Québécois peuvent espérer vivre plus longtemps en santé que leurs homologues canadiens, et ce, indépendamment du concept retenu. Deux études ont précisé que la plus faible prévalence des incapacités moins sévères au Québec étaient à l'origine de ces écarts de santé entre le Québec et les autres provinces (Wilkins 1991, Wilkins et Chen 1995). L'objectif de cette étude est d'estimer les espérances de vie selon différents degrés d'incapacité et de désavantage dans les régions canadiennes et d'examiner le rôle respectif de la mortalité et de la morbidité dans les écarts entre le Québec et les autres régions.

Données et méthodologie

Nous avons calculé des espérances de vie selon quatre degrés d'incapacité et cinq degrés de désavantage pour les régions¹ canadiennes selon la méthode de Sullivan, conçue pour des données d'enquête transversale. La prévalence de l'incapacité et du désavantage dans la population à domicile est tirée de l'*Enquête sur la participation et les limitations d'activité* (EPLA) réalisée par Statistique Canada en 2001 (Statistique Canada, 2004). Le recensement canadien de 2001 a été utilisé pour obtenir la proportion de personnes en établissement de santé. Le logiciel SUDAAN a été employé pour mesurer la variance associée aux proportions de personnes atteintes d'incapacité et de désavantage. Ces variances ont été utilisées pour le calcul de tests de différences d'espérances de santé, à un seuil de 0,01 (Mathers, 1991).

Deux concepts de santé ont été utilisés pour estimer l'espérance de santé, soit l'incapacité et le désavantage. Les mesures retenues ont été définies de façon à considérer plusieurs degrés de sévérité. La définition de l'incapacité adoptée par l'EPLA est tirée de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), modèle révisé en 2001 par l'OMS (Statistique Canada, 2002). L'incapacité est définie en fonction de l'environnement de l'individu, lequel peut faciliter ou compliquer l'exercice des rôles sociaux et des activités de la vie quotidienne. L'indice d'incapacité a été construit en fonction des réponses aux questions portant sur l'intensité et la fréquence de dix types d'incapacité soit l'audition, la vision, la parole, la mobilité, l'agilité, la douleur et les malaises, les problèmes

¹ Le Canada se compose de 10 provinces et de 3 territoires. Pour des raisons de confidentialité et de précision statistique, cette analyse exclut les territoires canadiens et les 10 provinces ont été regroupées en 5 régions canadiennes ; l'Atlantique (Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard), le Québec, l'Ontario, les Prairies (le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta) et la Colombie-Britannique.

d'apprentissage, les problèmes de mémoire, la déficience intellectuelle et finalement les troubles psychologiques (Statistique Canada, 2004). Chaque individu se voit attribuer un score d'incapacité qui permet de répartir les individus dans l'un des quatre degrés d'incapacité : léger, modéré, sévère et très sévère.

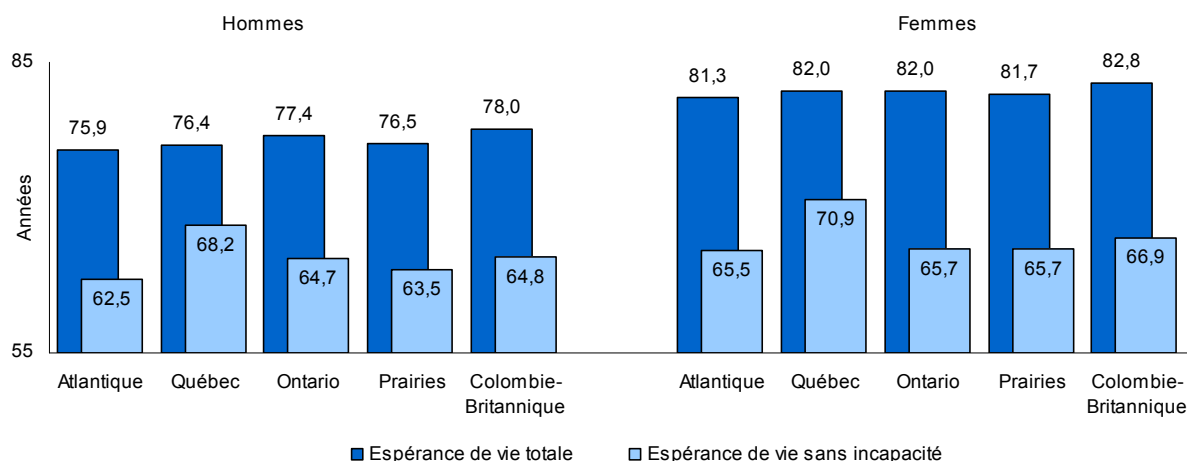
L'indice de désavantage lié à l'incapacité que nous retenons ici s'inspire de celui créé par Gosselin et al. (2001) dans le cadre de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités* (EQLA) de 1998. Cet indice permet de saisir les conséquences des incapacités en distinguant les désavantages d'indépendance physique ou de mobilité tel que le besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne et les désavantages d'occupation dont ceux reliés à l'activité principale ou à d'autres sphères d'activités. Cet indice compte cinq degrés soit les dépendances légères, modérées et fortes, les limitations liées à l'occupation principale et les limitations liées à d'autres domaines. Un nombre variable de questions forme ces catégories mutuellement exclusives. Les individus se voient attribuer un degré de désavantage dès que leur réponse coïncide avec l'une de ces catégories.

Les régions affichent des différences de santé, tant en termes de mortalité que de morbidité, lesquelles influencent les estimations d'espérances de santé et le classement des régions. Afin d'examiner les variations dans le classement régional des espérances de santé, nous avons procédé à une forme d'ajustement permettant d'isoler l'effet de la mortalité sur les estimations d'espérances de santé. Nous avons recalculé les espérances de santé en remplaçant les données de mortalité de chacune des régions par celles du Canada, selon l'âge et le sexe et nous avons étudié les taux de prévalence d'incapacité et de désavantage. En présentant les estimations obtenues sans puis avec ces ajustements, on observe aisément l'influence des caractéristiques régionales sur les résultats.

Principaux résultats

L'analyse des disparités régionales de santé entre le Québec et les autres régions canadiennes a d'abord mis en évidence un double constat. En 2001, les régions canadiennes présentent des profils d'incapacité et de désavantage similaires, à l'exception du Québec qui se distingue par un moins grand nombre d'années à vivre en mauvaise santé. Tant chez les hommes que chez les femmes, près de cinq années séparent les espérances de vie en l'absence d'incapacité du Québec de celles des autres régions, comme l'illustre le graphique. Cette tendance s'observe également pour l'espérance de vie sans désavantage.

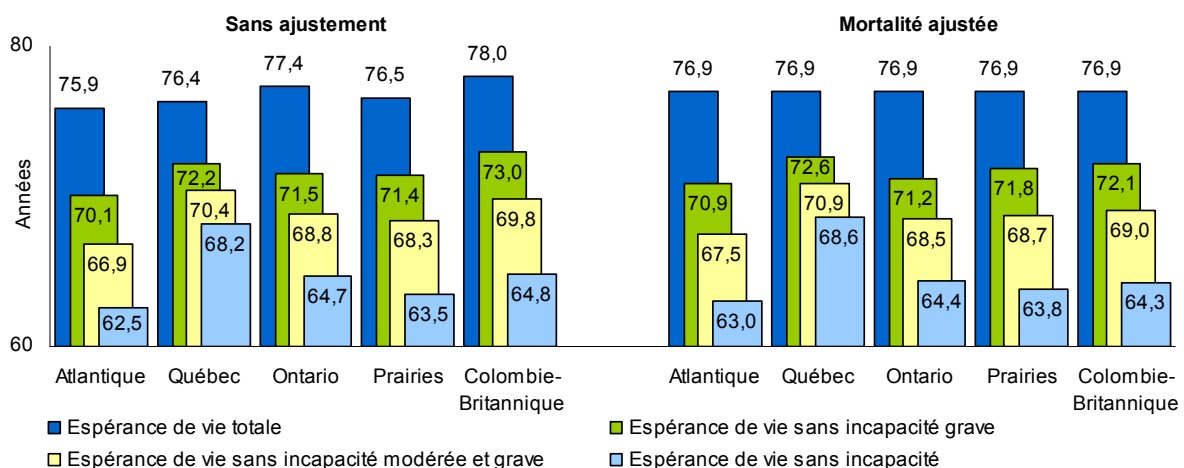
Graphique 1 Espérances de vie totales et selon le degré d'incapacité à la naissance, dans les régions canadiennes, 2001



Nous avons vérifié si le nombre d'années vécues à chacun des degrés d'incapacité et de désavantage au Québec est significativement inférieur aux valeurs affichées par les autres régions, à un seuil de 0,01. Les résultats indiquent qu'à la naissance le nombre d'années vécues dans chacun des états de santé est moins élevé au Québec qu'ailleurs au Canada. À 65 ans, seuls les degrés moins sévères se distinguent. Les écarts entre le Québec et les autres régions s'amenuisent dans les degrés d'incapacité et de désavantage les plus sévères et les Québécois enregistrent un plus grand nombre d'années à vivre en établissement de santé.

Malgré un moins grand nombre d'années à vivre en mauvaise santé, les espérances de vie selon différents degrés d'incapacité et de désavantage du Québec ne sont pas systématiquement plus favorables. En effet, l'avance du Québec s'estompe graduellement au fur et à mesure que l'on intègre les états de santé plus sévères à l'espérance de vie sans incapacité et sans désavantage. À la naissance, la Colombie-Britannique et les Prairies affichent des espérances de vie en l'absence d'incapacité et de dépendance grave plus favorables que le Québec. À 65 ans, les écarts régionaux sont plus ténus et les régions de l'ouest se rapprochent voire dépassent le Québec en ce qui concerne les conditions modérées et graves.

Graphique 2 Espérances de vie totales et selon le degré d'incapacité à la naissance, sans ajustement et mortalité ajustée, chez les hommes dans les régions canadiennes, 2001



Afin de mieux comprendre ce classement, nous avons examiné les taux d'incapacité, de désavantage et d'institutionnalisation à chaque âge et selon le sexe. Les taux québécois sont près de moitié inférieurs à ceux du reste du Canada dans les niveaux les moins sévères. Pour les degrés très sévères et sévères d'incapacité et les dépendances fortes et modérées, les taux sont légèrement plus faibles au Québec sauf à partir de 65 ans. Les taux d'institutionnalisation au Québec sont toutefois toujours plus élevés qu'ailleurs au Canada, ce qui contribue à augmenter le nombre d'années vécues dans un état grave d'incapacité et de dépendance. Les différences de morbidité ne pouvant expliquer le rang du Québec, en particulier pour les espérances de vie sans incapacité grave, nous avons ajusté la mortalité de chacune des régions sur celle du Canada. Comme l'illustre le graphique 2, une fois la mortalité ajustée, le Québec se situe au premier rang parmi les régions canadiennes et ce, pour toutes les espérances de santé. Les analyses suggèrent donc que la mortalité défavorable au Québec influence à la baisse le classement de la région et ce, malgré les taux de prévalence moins élevés à tous les âges.

Discussion

Ces résultats mettent en lumière l'importance de connaître les comportements de mortalité et de morbidité pour mieux contextualiser les différences régionales.

Au Canada, la comparaison régionale d'espérances de santé est influencée par le gradient est/ouest de la mortalité canadienne, qui laisse entrevoir des espérances de vie plus faibles au Québec et en Atlantique et inversement, plus élevées en Colombie-Britannique et dans les Prairies. Cette surmortalité dans les régions de l'est est observable tant par l'examen des taux de mortalité générale que pour les principales causes de décès dont les tumeurs malignes, les maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire puis les traumatismes intentionnels et non intentionnels (Statistique Canada et Institut Canadien d'information sur la santé, 2009).

Nos résultats font également ressortir une autre tendance dans les analyses canadiennes. En effet, qu'il soit question d'incapacité, de limitations fonctionnelles ou de tout autre indicateur permettant de mesurer l'état de santé perçue, diverses sources de données dont l'EPLA de 2001, présentent une prévalence moindre des problèmes de santé au Québec, en particulier de problèmes légers ou non-récurrents. Les Québécois sont-ils en meilleure santé ou existe-t-il des différences entre la façon de se percevoir ou de déclarer son état de santé au Québec comparativement aux régions canadiennes? Quelques pistes d'explications ont été soulevées dans la littérature pour mieux cerner cet enjeu. Après avoir étudié les taux d'incapacité en fonction de la langue maternelle et de la province, Dunstan (2003) observe que même à l'extérieur du Québec, les francophones tendent à moins déclarer de problèmes de santé. Les différences culturelles peuvent en effet influencer la compréhension des questions dans les enquêtes de santé et la façon de déclarer son état de santé (Buratta et al., 2003). Shields et Tremblay (2002) ont quant à eux remarqué une plus faible prévalence de certaines maladies causant des limitations fonctionnelles au Québec, telle l'arthrite. Ce type de problèmes de santé peut également affecter la déclaration de l'état de santé des individus. D'autres analyses seraient de mise pour examiner plus en profondeur les causes de ces différences.

Conclusion

Malgré une espérance de vie moins favorable, les Québécois et les Québécoises peuvent s'attendre à vivre plus longtemps avant l'apparition d'une forme d'incapacité ou de désavantage. Cependant, cette avance s'estompe lorsque l'on considère les conditions plus sévères. En effet, la prévalence des problèmes plus sévères ou nécessitant un placement en institution est semblable dans les régions canadiennes voire plus élevée au Québec. Nos analyses ont également fait ressortir l'intérêt de connaître les tendances lourdes de la mortalité et de la morbidité au Canada lorsqu'il est question de comparer des espérances de santé à l'échelle régionale. L'une des utilités des espérances de santé est de suivre l'évolution temporelle des états de santé. Peu de données canadiennes permettent ces analyses en raison des améliorations constantes apportées à l'identification conceptuelle et statistique de la population atteinte de problèmes de santé dans les enquêtes. En 2006, l'EPLA a été reconduite et s'il n'y a pas eu de changements méthodologiques majeurs entre 2001 et 2006, les estimations pourront être comparées. En plus d'une analyse de l'évolution des incapacités et des désavantages pendant la période, il sera possible de vérifier si en 2006, le Québec se démarque toujours des autres régions canadiennes.

Bibliographie :

BURATTA, V. et V. EGIDI. 2003. «Data Collection Methods and Comparability Issues». In J.-M. Robine, C. Jagger, C.D. Mathers, E.-M. Crimmins, R.M. Suzman, *Determining Health Expectancies*, p. 187-201. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

DUNSTAN, T. 2003. «Lower Rates of Self Reported Disability in Quebec than the Rest of Canada». An Investigation Into Some of the Factors, Data Interpretation Workshop, 14 février, 14 p.

GOSELIN C., R. CHOINIERE et R. WILKINS. 2001. «Désavantage lié à l'incapacité». Dans : *Camirand, J. et coll.. 2001. Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Collection la santé et le bien-être, chapitre 4. Institut de la statistique du Québec, Québec, pp.121-142.

MATHERS, Colin D. 1991. « Health Expectancies in Australia 1981 and 1988 ». Technical report, Australian Institute of Health :AGPS, Canberra.

SHIELDS M. et TREMBLAY, S. 2002. «La santé dans les collectivités canadiennes». Suppléments aux Rapports sur la santé, Vol. 13, Statistique Canada, pp. 1-27. No 82-003 au catalogue.

STATISTIQUE CANADA et INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTE. 2009. «Indicateurs de la santé, 2009», vol. 1, no 1.

STATISTIQUE CANADA. 2004. « Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2001, Guide de l'utilisateur du fichier de microdonnées à grande diffusion». Ottawa, catalogue no. 82M0023GPE, pp.1-21.

STATISTIQUE CANADA. 2002. «Une nouvelle perspective sur les statistiques de l'incapacité : Changements entre l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1991 et l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2001». Division de la statistique sociale, du logement et des familles. Ottawa, catalogue no. 89-578-XIF.

WILKINS, R., et CHEN, J. 1995. «Measures of Health Expectancy Based on Physical Independence Handicap : Demographic, Regional and Social Dimensions for Canada in 1986 and 1991. 8th Meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES), Chicago.

WILKINS, R. 1991. «Espérance de vie en santé au Québec et au Canada en 1986». Cahiers québécois démographie, Vol. 20, no 2, automne 1991, p. 367-382.