INSTITUT
DE LA STATISTIQUE
DU QUÉBEC

www.stat.gouv.qc.ca

SANTÉ

Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011

Utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes de 65 ans et plus

Volume 3

Déjà 100 ans de patrimoine statistique

Québec

Pour tout renseignement concernant l'ISQ
et les données statistiques dont il dispose,
s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec)
G1R 5T4
Téléphone : 418 691-2401

ou

Téléphone : 1 800 463-4090
(sans frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Ce document est disponible seulement
en version électronique.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
4e trimestre 2013
ISBN 978-2-550-69427-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, 2013

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle
est interdite sans l'autorisation du gouvernement du Québec.
www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm.

Décembre 2013

AVANT-PROPOS

Dans la majeure partie des pays industrialisés, le nombre de personnes présentant une limitation d'activités ou encore une maladie chronique est en nette progression, notamment en raison du vieillissement de la population. La capacité de disposer d'une information statistique fiable et objective sur ces thèmes est d'autant plus importante que la combinaison de limitations sensorielles, motrices ou cognitives et de comorbidité chronique associée à des conditions de vie moins favorables sur le plan matériel ou social, fait en sorte que les besoins en matière de services sont complexes et que la manière d'y répondre pose de nombreux défis à tout système de santé.

C'est en réponse aux besoins d'information du ministère de la Santé et des Services sociaux et de son réseau que l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (EQLAV) a été réalisée en 2010-2011. Fruit d'une collaboration entre les divers acteurs du domaine de la santé et les spécialistes en enquête et en analyse des données sur la santé de l'Institut de la statistique du Québec, l'EQLAV 2010-2011 illustre bien la capacité à mettre en commun le savoir et l'expertise permettant de préparer le Québec de demain.

Sans la générosité de plus de 24 000 personnes ayant participé à l'EQLAV à la suite d'une première entrevue téléphonique effectuée dans le cadre de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES), plusieurs des questions soulevées par l'analyse des données n'auraient pu trouver de réponse. Nous tenons à les remercier de nous avoir fait part de leur expérience afin de construire notre connaissance des besoins populationnels dans le domaine de l'organisation et de la gestion des services de santé et des services sociaux.

Avant la fin de 2013, l'Institut diffusera le portrait statistique de deux des trois populations ciblées dans l'EQLAV 2010-2011, soit : les personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité et les personnes de 65 ans et plus, avec ou sans incapacité ou problème de santé de longue durée. Le portrait des personnes de 15 ans et plus qui déclarent un problème de santé de longue durée sera diffusé en 2014. Nous sommes convaincus que ces analyses, basées sur des méthodes rigoureuses et répondant à des normes de qualité élevée, viendront soutenir les efforts consentis pour l'amélioration de la qualité des services offerts aux personnes ciblées et la mise en place de nouveaux services et de nouvelles mesures de soutien adaptés aux besoins de ces populations. Nous osons également croire que la richesse des données de l'EQLAV – associée à celle des données de l'EQES, à laquelle l'EQLAV est rattachée – sera mise à profit par les chercheurs et les étudiants, afin que le développement des connaissances en matière d'analyse de la performance du système de santé du Québec puisse continuer à progresser.

Le directeur général

Stéphane Mercier

Produire une information statistique pertinente, fiable et objective, comparable, actuelle, intelligible et accessible, c'est là l'engagement « ***qualité*** *»* de l'Institut de la statistique du Québec.

Cette publication a été réalisée par :
Chantale Lecours, Maxime Murphy, Gaëtane Dubé et Marcel Godbout
Institut de la statistique du Québec

Avec la collaboration de :
Claire Fournier et Marie-Eve Tremblay
Institut de la statistique du Québec

Avec l'assistance technique de :
Ariane Dubé-Linteau, Katlyn Thibodeau, Valeriu Dumitru, au traitement et à la validation des données
Kate Dupont, à la vérification des chiffres
Institut de la statistique du Québec

Membres du comité de lecture :
André Tourigny
Institut national de santé publique du Québec
Valérie Guillot et Viviane Cantin
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylvie Rheault, Ghyslaine Neill, Patricia Caris et Robert Courtemanche
Institut de la statistique du Québec

Sous la coordination de :
Jasline Flores
Institut de la statistique du Québec

Ont assuré la révision linguistique et l'édition :
Micheline Lampron, à la révision linguistique
Claudette D'Anjou, à l'édition
Institut de la statistique du Québec

Enquête financée par :
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Office des personnes handicapées du Québec
Institut de la statistique du Québec

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :
Direction des statistiques de santé
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, bureau 500
Montréal (Québec) H3B 4J8

Téléphone : 514 873-4749
ou
1 800 463-4090
(sans frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Télécopieur : 514 864-9919

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Citation suggérée pour cette publication

LECOURS, Chantale, Maxime MURPHY, Gaëtane DUBÉ et Marcel GODBOUT (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes de 65 ans et plus*, Volume 3, Québec, Institut de la statistique du Québec, 176 p.

Citation suggérée pour cette publication

Maxime MURPHY (2013). « État de santé des personnes âgées de 65 ans et plus », *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes de 65 ans et plus*, Volume 3, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 47-66.

Avertissements

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties. Afin de faciliter la lecture des résultats, les proportions de 5 % et plus sont généralement arrondies à l'unité dans le texte. L'absence d'astérisque dans les tableaux ou figures signifie que toutes les estimations ont une bonne précision (CV ≤ 15 %).

Signes conventionnels

*	Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
**	Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
..	Donnée non disponible
...	N'ayant pas lieu de figurer
x	Donnée confidentielle (risque de divulgation en raison de petits nombres)
–	Néant ou zéro

CV	Coefficient de variation
Pe	Population estimée
k	En milliers

Note : Le genre masculin est utilisé dans le but d'alléger le texte.

REMERCIEMENTS

L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011* (EQLAV) est le fruit des efforts de personnes dont la compétence et l'engagement ont permis d'atteindre les objectifs visés. Des premières séances de travail, en 2007, jusqu'à la publication de ce volume, nous avons pu compter sur leur collaboration, et nous les en remercions vivement.

Tout au long de la réalisation du projet, nous avons bénéficié de l'expertise et du soutien de tous ceux qui, à un moment ou à un autre, ont participé aux travaux du comité d'orientation de projet (COP). Nos remerciements s'adressent en premier lieu à Patricia Caris et Harold Côté, de la Direction des études et des analyses du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui ont assuré successivement la coprésidence du comité. D'autres personnes ayant œuvré au MSSS à un moment ou à un autre ont également apporté une importante contribution en cours de projet : nous pensons particulièrement à Madeleine Rochon, Hélène VanNieuwenhuyse, Jean-Pierre Piché et Esther Létourneau. Mentionnons aussi la participation de Réjean Hébert aux activités du COP, alors qu'il était doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé à l'Université de Sherbrooke. Nous saluons de même les efforts des membres du comité qui ont fait partie des divers groupes de travail qui ont effectué les recherches et les consultations nécessaires, lesquelles ont permis d'appuyer les décisions relatives aux objectifs et au contenu de l'enquête. Nos remerciements s'adressent également aux personnes qui, par leurs commentaires pertinents et constructifs, ont contribué à la qualité des analyses présentées dans ce volume et des autres à venir. Nous souhaitons ainsi exprimer toute notre reconnaissance à :

- François Béland, du Département d'administration de la santé, à l'Université de Montréal;
- Howard Bergman, du Département de médecine, à l'Université McGill;
- Viviane Cantin, du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Lucie Dugas, de l'Office des personnes handicapées du Québec;
- Manon Duhamel, du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Isabelle Émond, de l'Office des personnes handicapées du Québec;
- Julie Filion, du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Patrick Fougeyrollas, de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec;
- William Murray, du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Michel Préville, du Département des sciences de la santé communautaire, à l'Université de Sherbrooke;
- Johanne Rhainds, du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Alain Saucier, du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Christina Wolfson, du Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, à l'Université McGill.

Nous profitons de l'occasion pour souligner la contribution exceptionnelle de Madeleine Rochon du MSSS, qui n'a ménagé aucun effort afin que l'élaboration de cette enquête soit en mesure de répondre aux nombreux défis de ce ministère en matière d'organisation des services. Nous la remercions tout particulièrement pour la générosité avec laquelle elle a su partager son expertise sur les questions liées au vieillissement et aux maladies chroniques.

On ne peut passer sous silence l'apport des organisations suivantes, qui ont autorisé l'utilisation de questions ou d'instruments de mesure aux fins de l'EQLAV. Nous sommes tout particulièrement redevables à Statistique Canada et au Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH). Un merci spécial va à Patrick Fougeyrollas et à Julie Tremblay, de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, ainsi qu'à Francis Charrier du RIPPH. Ces personnes ont mis leur expertise au service de l'enquête en contribuant étroitement à l'adaptation téléphonique, pour l'EQLAV, de l'instrument *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) conçu par le RIPPH dans le but de mesurer la participation sociale des personnes ayant une incapacité.

Il va sans dire que le développement et la réalisation d'une enquête de cette envergure nécessitent la contribution d'une équipe qui consacre temps et énergie à assurer le succès du projet. À l'Institut, la qualité de l'enquête repose sur la compétence de professionnels, de techniciens et de fonctionnaires qui, par leur engagement, la rigueur constante avec laquelle ils ont travaillé et leur participation aux travaux du COP ou de divers groupes de travail, ont contribué largement à l'atteinte des objectifs visés. Nous tenons ainsi à remercier : Robert Courtemanche, Marcel Godbout, Marie-Eve Tremblay, Luc Belleau et Katlyn Thibodeau, de la Direction de la méthodologie et de la qualité; Nathalie Audet et Valeriu Dumitru, de la Direction des enquêtes longitudinales et sociales; Joëlle Poulin, Sophie Bérubé, Charles Alleyn, Marie-Claude Giguère et l'équipe des intervieweurs et superviseurs de la centrale téléphonique, de la Direction des stratégies et des opérations de collecte; Danielle Laplante et Claudette D'Anjou, de la Direction des communications, ainsi que Claire Fournier, Jocelyne Camirand, Linda Cazale, Ariane Dubé-Linteau et Chantale Lecours, de la Direction des statistiques de santé. Merci également à notre ancienne collègue Brigitte Beauvais.

Enfin, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à Ghyslaine Neill, directrice des statistiques de santé à l'Institut, qui, en tant que coprésidente au moment de la création du COP, a consolidé les assises de l'enquête lors de son développement et a appuyé le projet tout au long de sa réalisation. Nos remerciements s'adressent aussi à la haute direction de l'Institut pour la confiance qui a été accordée à l'équipe de projet pour l'accomplissement de son mandat.

Jasline Flores,
Coprésidente du comité d'orientation de projet
Institut de la statistique du Québec

TABLE DES MATIÈRES

25 Introduction

27 Retour sur les aspects méthodologiques de l'enquête

31 PARTIE 1 Caractéristiques des personnes âgées de 65 ans et plus

33 Chapitre 1 Caractéristiques des personnes âgées de 65 ans et plus

35 1.1 Les personnes âgées de 65 ans et plus dans la population de 15 ans et plus

36 1.1.1 Les personnes âgées de 65 ans et plus dans la population âgée de 15 ans et plus selon le sexe et l'âge

37 1.1.2 Les personnes âgées de 65 ans et plus dans la population de 15 ans et plus selon la région sociosanitaire

38 1.2 Caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes âgées de 65 ans et plus

38 1.2.1 Répartition de la population de 65 ans et plus selon le sexe et l'âge

39 1.2.2 Statut d'immigration

39 1.2.3 Composition du ménage

40 1.2.4 Niveau de scolarité

41 1.2.5 Niveau de revenu du ménage

42 1.2.6 Indice de défavorisation matérielle et sociale

44 1.2.7 Zone de résidence

45 Annexe A : Tableau complémentaire

47 Chapitre 2 État de santé des personnes âgées de 65 ans et plus

50 2.1 Perception de l'état de santé

51 2.1.1 Perception de l'état de santé selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

52 2.2 Nombre et types de problèmes de santé de longue durée

53 2.2.1 Nombre de problèmes de santé de longue durée selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

54 2.2.2 Types de problèmes de santé de longue durée

56 2.3 Prévalence de l'incapacité

57 2.3.1 Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité

58 2.3.2 Taux d'incapacité selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

59 2.3.3 Taux d'incapacité selon le type d'incapacité

62 2.4 Cooccurrence des problèmes de santé de longue durée et de l'incapacité

63 2.4.1 Taux selon la gravité de l'incapacité, le nombre de problèmes de santé de longue durée et le sexe

64 2.4.2 Taux selon la gravité de l'incapacité, le nombre de problèmes de santé de longue durée et l'âge

65 2.4.3 Taux selon la gravité de l'incapacité et le type de problème de santé de longue durée

67 PARTIE 2 Utilisation des services de santé et des services sociaux

69 Chapitre 3 Consommation de médicaments prescrits

71 3.1 Consommation actuelle de médicaments prescrits selon le sexe et l'âge

71 3.2 Non-observance de la posologie et motifs de non-respect

73 3.3 Nombre de médicaments différents consommés

73 3.3.1 Nombre de médicaments différents consommés selon le sexe et l'âge

74 3.3.2 Nombre de médicaments différents consommés selon le niveau de revenu du ménage

74 3.3.3 Nombre de médicaments différents consommés selon certaines caractéristiques liées à la santé

77 Chapitre 4 Médecin de famille et endroit habituel de soins

79 4.1 Affiliation à un médecin de famille

79 4.1.1 Affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge

79 4.1.2 Affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé

81 4.1.3 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge

81 4.1.4 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée

82 4.2 Endroit habituel de soins

82 4.2.1 Endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge

82 4.2.2 Endroit habituel de soins selon le nombre de problèmes de santé de longue durée

83 4.2.3 Type d'endroit habituel de soins

83 4.3 Consultation auprès du médecin de famille et besoin non comblé

84 4.3.1 Consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge

84 4.3.2 Consultation auprès du médecin de famille selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

85 4.3.3 Consultation auprès du médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé

88 4.3.4 Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge

89 4.3.5 Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé

90 4.3.6 Le dernier besoin de consultation auprès du médecin de famille

91 Chapitre 5 Médecins spécialistes

93 5.1 Suivi régulier et consultation auprès d'un médecin spécialiste

93 5.1.1 Suivi régulier par un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge

94 5.1.2 Suivi régulier par un médecin spécialiste selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

94 5.1.3 Suivi régulier par un médecin spécialiste selon certaines caractéristiques liées à la santé

95 5.1.4 Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge

96 5.1.5 Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon certaines caractéristiques liées à la santé

97 5.2 Besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste

97 5.2.1 Besoin non comblé de consultation selon le sexe et l'âge

98 5.2.2 Besoin non comblé de consultation selon certaines caractéristiques liées à la santé

99 5.2.3 Suivi régulier et besoin non comblé de consultation selon le type de médecin spécialiste

101 Chapitre 6 Autres professionnels de la santé ou des services sociaux

103 6.1 Suivi régulier et consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux

104 6.1.1 Suivi régulier par un professionnel de la santé ou des services sociaux selon le sexe et l'âge

104 6.1.2 Suivi régulier par un professionnel de la santé ou des services sociaux selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

105 6.1.3 Suivi régulier par un professionnel de la santé ou des services sociaux selon certaines caractéristiques liées à la santé

106 6.1.4 Avoir payé les frais de consultation selon le sexe et l'âge

107 6.2 Besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux

107 6.2.1 Besoin non comblé de consultation selon le sexe et l'âge

108 6.2.2 Besoin non comblé de consultation selon le fait de vivre seul et la gravité de l'incapacité

109 Chapitre 7 Services hospitaliers et services à domicile posthospitaliers du CLSC

112 7.1 Services hospitaliers

112 7.1.1 Services hospitaliers selon le sexe et l'âge

113 7.1.2 Services hospitaliers selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

113 7.1.3 Services hospitaliers selon certaines caractéristiques liées à la santé

115 7.1.4 Fréquence des services hospitaliers reçus

117 7.2 Services à domicile posthospitaliers du CLSC et besoin non comblé

117 7.2.1 Services à domicile posthospitaliers du CLSC et besoin non comblé pour ces services selon le type de service hospitalier, le sexe et l'âge

119 7.2.2 Services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge

120 7.2.3 Services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

120 7.2.4 Services à domicile posthospitaliers du CLSC selon certaines caractéristiques liées à la santé

123 7.2.5 Initiateur des démarches afin de recevoir des services à domicile

124 7.2.6 Besoin non comblé de services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge

126 7.2.7 Besoin non comblé de services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

127 7.2.8 Besoin non comblé de services à domicile posthospitaliers du CLSC selon la gravité de l'incapacité

129 Chapitre 8 Soins de santé à domicile du CLSC ou d'autres organismes publics ou privés

131 8.1 Soins de santé à domicile

131 8.1.1 Soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge

131 8.1.2 Soins de santé à domicile selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

132 8.1.3 Soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques liées à la santé

133 8.1.4 Sources de paiement des soins de santé à domicile

133 8.1.5 Fréquence des soins de santé à domicile

135 8.2 Besoin non comblé de soins de santé à domicile

135 8.2.1 Besoin non comblé de soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge

135 8.2.2 Besoin non comblé de soins de santé à domicile selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

136 8.2.3 Besoin non comblé en soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques liées à la santé

137 Chapitre 9 Besoins non comblés pour divers soins de santé ou services sociaux

141 PARTIE 3 Répercussions de l'incapacité sur la réalisation des activités de la vie quotidienne ou domestique

143 Chapitre 10 Aide pour les activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique chez les personnes de 65 ans et plus, en raison d'une incapacité

148 10.1 Besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique

151 10.1.1 Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique

154 10.1.2 Indicateurs du besoin d'aide selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

155 10.1.3 Indicateurs du besoin d'aide selon certaines caractéristiques liées à la santé

158 10.2 Source et fréquence de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique

158 10.2.1 Source de l'aide

163 10.2.2 Fréquence de l'aide reçue selon la source de l'aide

166 10.2.3 Évaluation des besoins d'aide par un membre du service de soutien à domicile du CLSC

167 Conclusion

175 Références bibliographiques

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Liste des tableaux

PARTIE 1 Caractéristiques des personnes âgées de 65 ans et plus

Chapitre 1 Caractéristiques des personnes âgées de 65 ans et plus

Tableau 1.1
Répartition de la population de 15 ans et plus selon l'âge, Québec, 2010-2011 35

Tableau 1.2
Proportion de personnes de 65 ans et plus selon la région sociosanitaire et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 37

Tableau 1.3
Répartition de la population de 65 ans et plus selon l'âge et le sexe, Québec, 2010-2011 38

Tableau 1.4
Statut d'immigration selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 39

Tableau 1.5
Fait de vivre seul selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 39

Tableau 1.6
Niveau de scolarité selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 40

Tableau 1.7
Niveau de revenu du ménage selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 41

Tableau 1.8
Indice de défavorisation matérielle selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 42

Tableau 1.9
Indice de défavorisation sociale selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 43

Tableau 1.10
Zone de résidence selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 44

Tableau A1
Répartition de la population selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 45

Chapitre 2 État de santé des personnes âgées de 65 ans et plus

Tableau 2.1
Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 50

Tableau 2.2
Perception de l'état de santé selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 51

Tableau 2.3
Nombre de problèmes de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 52

Tableau 2.4
Nombre de problèmes de santé de longue durée selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 53

Tableau 2.5
Types de problèmes de santé de longue durée selon le sexe, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 54

Tableau 2.6
Types de problèmes de santé de longue durée selon l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 55

Tableau 2.7
Taux d'incapacité selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 56

Tableau 2.8
Gravité de l'incapacité selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 57

Tableau 2.10
Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité, le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 58

Tableau 2.9
Taux d'incapacité selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 58

Tableau 2.11
Taux d'incapacité selon le type d'incapacité et selon le sexe, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 60

Tableau 2.12
Taux d'incapacité selon le type d'incapacité et selon l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 61

Tableau 2.13
Répartition de la population de 65 ans et plus, taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité et le nombre de problèmes de santé de longue durée, Québec, 2010-2011 62

Tableau 2.14
Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité, le nombre de problèmes de santé et le sexe, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 63

Tableau 2.15
Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité, le nombre de problèmes de santé de longue durée et l'âge, population de 65 et plus, Québec, 2010-2011 64

Tableau 2.16
Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité et le type de problème de santé de longue durée, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 . 66

PARTIE 2 Utilisation des services de santé et des services sociaux

Chapitre 3 Consommation de médicaments prescrits

Tableau 3.1
Proportion de consommateurs actuels de médicaments prescrits selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 . 71

Tableau 3.2
Proportions de personnes ayant consommé des médicaments prescrits en moins ou en surplus selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus consommant des médicaments prescrits, Québec, 2010-2011 72

Tableau 3.3
Nombre de médicaments différents consommés selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 73

Tableau 3.4
Nombre de médicaments différents consommés selon le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 74

Tableau 3.5
Nombre de médicaments différents consommés selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 . 75

Chapitre 4 Médecin de famille et endroit habituel de soins

Tableau 4.1
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 79

Tableau 4.2
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 81

Tableau 4.3
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 82

Tableau 4.4
Type d'endroit habituel de soins, population de 65 ans et plus ayant un endroit habituel de soins, Québec, 2010-2011 83

Tableau 4.5
Consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 84

Tableau 4.6
Consultation auprès du médecin de famille selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 85

Tableau 4.7
Consultation auprès du médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 87

Tableau 4.8
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011. 88

Tableau 4.9
Proportion de personnes ayant pu consulter leur médecin de famille la dernière (seule) fois qu'elles en ont eu besoin, population de 65 ans et plus ayant un médecin de famille généraliste et ayant eu besoin de le consulter au moins une fois, Québec, 2010-2011 90

Chapitre 5 Médecins spécialistes

Tableau 5.1
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 93

Tableau 5.2
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 . 94

Tableau 5.3
Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011. 95

Tableau 5.4
Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011. 97

Tableau 5.5
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 98

Tableau 5.6
Proportion de personnes suivies régulièrement par un médecin spécialiste et proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation selon le type de médecin spécialiste, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 100

Chapitre 6 Autres professionnels de la santé ou des services sociaux

Tableau 6.1
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon le type de professionnel, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 103

Tableau 6.2
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 104

Tableau 6.3
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 104

Tableau 6.4
Proportion de personnes ayant payé pour une consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus suivie régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux, Québec, 2010-2011 106

Tableau 6.5
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 107

Chapitre 7 Services hospitaliers et services à domicile posthospitaliers du CLSC

Tableau 7.1
Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier selon le type de service, le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 112

Tableau 7.2
Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier selon le type de service, le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 113

Tableau 7.3
Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier selon le type de service et le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 115

Tableau 7.4
Fréquence des services hospitaliers reçus selon le type de service, le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 116

Tableau 7.5
Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC ou ayant un besoin non comblé à cet égard selon le type de service hospitalier, population de 65 ans et plus ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 118

Tableau 7.6
Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 119

Tableau 7.7
Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 120

Tableau 7.8
Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le nombre de problèmes de longue durée, population de 65 ans et plus ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 122

Tableau 7.9
Initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus ayant reçu des services à domicile posthospitaliers, Québec, 2010-2011 123

Tableau 7.10
Initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le type de service hospitalier, population de 65 ans et plus ayant reçu des services à domicile posthospitaliers, Québec, 2010-2011 124

Tableau 7.11
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 125

Tableau 7.12
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 126

Chapitre 8 Soins de santé à domicile du CLSC ou d'autres organismes publics ou privés

Tableau 8.1
Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 131

Tableau 8.2
Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 131

Tableau 8.3
Nombre de mois de soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus ayant reçu des soins de santé à domicile, Québec, 2010-2011 134

Tableau 8.4
Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile au cours des deux semaines précédant l'enquête, population de 65 ans et plus ayant reçu des soins de santé à domicile, Québec, 2010-2011 134

Tableau 8.5
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé en soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 135

Tableau 8.6
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 135

Chapitre 9 Besoins non comblés pour divers soins de santé ou services sociaux

Tableau 9.1
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé pour divers soins de santé ou services sociaux, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 139

PARTIE 3 Répercussions de l'incapacité sur la réalisation des acitvités de la vie quotidienne ou domestique

Chapitre 10 Aide pour les activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique chez les personnes de 65 ans et plus, en raison d'une incapacité

Tableau 10.1
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 149

Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus avec ou sans incapacité, Québec, 2010-2011 150

Tableau 10.2
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique, par activité et selon l'âge, population de 65 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 152

Tableau 10.3
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 154

Tableau 10.4
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon le nombre de problèmes de santé de longue durée et la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 155

Tableau 10.5
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon le type d'incapacité, population de 65 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 157

Tableau 10.6
Sources de l'aide selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, Québec, 2010-2011 . 158

Tableau 10.7
Sources de l'aide selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, Québec, 2010-2011 160

Tableau 10.8
Sources de l'aide selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, Québec, 2010-2011 . 161

Tableau 10.9
Sources de l'aide par activité, population de 65 ans et plus avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, Québec, 2010-2011 162

Tableau 10.10
Fréquence de l'aide reçue au cours d'une période de sept jours selon la source de l'aide, population de 65 ans et plus avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, Québec, 2010-2011 164

Tableau 10.11
Nombre de jours d'aide bénévole reçue au cours d'une période de sept jours par activité, population de 65 ans et plus avec incapacité recevant de l'aide bénévole pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, Québec, 2010-2011 165

Liste des figures

PARTIE 1 Caractéristiques des personnes âgées de 65 ans et plus

Chapitre 1 Caractéristiques des personnes âgées de 65 ans et plus

Figure 1.1
Répartition de la population de 15 ans et plus selon l'âge et le sexe, Québec, 2010-2011 36

Figure 1.2
Répartition de la population de 65 ans et plus selon l'âge et le sexe, Québec, 2010-2011 38

PARTIE 2 Utilisation des services de santé et des services sociaux

Chapitre 4 Médecin de famille et endroit habituel de soins

Figure 4.1
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 80

Figure 4.2
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 80

Figure 4.3
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 81

Figure 4.4
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 82

Figure 4.5
Consultation auprès du médecin de famille selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 86

Figure 4.6
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011. 88

Figure 4.7
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011. 89

Figure 4.8
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 89

Chapitre 5 Médecins spécialistes

Figure 5.1
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 93

Figure 5.2
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 94

Figure 5.3
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 . 95

Figure 5.4
Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011 96

Figure 5.5
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 98

Figure 5.6
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 99

Chapitre 6 Autres professionnels de la santé ou des services sociaux

Figure 6.1
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 105

Figure 6.2
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 105

Figure 6.3
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 108

Chapitre 7 Services hospitaliers et services à domicile posthospitaliers du CLSC

Figure 7.1
Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier selon le type de service et la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 114

Figure 7.2
Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 121

Figure 7.3
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 127

Chapitre 8 Soins de santé à domicile du CLSC ou d'autres organismes publics ou privés

Figure 8.1
Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 132

Figure 8.2
Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 132

Figure 8.3
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 136

Figure 8.4
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus, Québec, 2010-2011 136

PARTIE 3 Répercussions de l'incapacité sur la réalisation des acitvités de la vie quotidienne ou domestique

Chapitre 10 Aide pour les activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique chez les personnes de 65 ans et plus, en raison d'une incapacité

Figure 10.1
Les dimensions de l'aide pour la réalisation des activités quotidiennes ou domestiques 144

INTRODUCTION

Au cours des prochaines années, le Québec connaîtra un vieillissement marqué de sa population, qui se traduira notamment par une hausse importante du nombre des personnes âgées de 65 ans et plus. Selon les dernières projections de population de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), ces personnes, qui représentent 14 % de l'ensemble de la population en 2006, devraient compter pour 23 % en 2026 (ISQ, 2009).

De nombreux travaux ont montré que la prévalence de l'incapacité et celle des problèmes de santé de longue durée augmentent avec l'âge, de même que l'utilisation des services de santé et des services sociaux. Cette conjoncture particulière laisse présager une demande accrue pour des services et des ressources répondant aux besoins particuliers des aînés. Des répercussions sont donc à prévoir sur l'organisation des services de santé et des services sociaux en général et sur certaines dépenses touchant notamment les services à domicile, les soins aux personnes dans la collectivité et les soins hospitaliers.

L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (EQLAV), menée par l'ISQ en 2010-2011, répond à un mandat confié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). En retenant les personnes de 65 ans et plus, qu'elles aient ou non une incapacité ou un problème de santé de longue durée, cette enquête vise à mieux circonscrire les liens entre leur état de santé, leur consommation de soins et de services et le vieillissement[1]. C'est pourquoi l'EQLAV documente les besoins et l'utilisation des services de santé et des services sociaux de certaines populations considérées comme potentiellement vulnérables sur le plan de la santé.

Au Québec comme ailleurs, les dernières décennies ont été marquées par une réflexion sur la stratégie à adopter en matière de santé et de mieux-être de la population, principalement à l'égard de l'organisation et de la performance du système de santé et de services sociaux. Cette réflexion a permis de déceler des lacunes à l'égard de l'accessibilité, de la continuité et de la coordination des services, ainsi que sur le plan de la gouverne (Clair, 2000).

L'intégration des services de première, deuxième et troisième lignes, à la base de la réforme des services de santé et des services sociaux entreprise depuis lors, s'est appuyée sur deux grands principes : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services (MSSS, 2009). Encadrée sur les plans législatif et administratif, cette réforme a vu sa phase d'implantation en bonne partie réalisée vers la fin de la décennie 2000 (MSSS, 2009). Un cadre ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux a été élaboré à des fins de gestion en 2012 (MSSS, 2012). L'information statistique tirée de l'EQLAV et portant sur divers aspects des besoins et de l'utilisation des services, produite à l'échelle du Québec et de ses régions, devrait apporter un important soutien à l'évaluation de certaines dimensions de la performance du système de santé, notamment à l'égard des personnes de 65 ans et plus.

1. Deux autres populations ciblées par l'EQLAV font chacune l'objet d'une publication : il s'agit des personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité (C. Fournier, G. Dubé, L. Cazale et autres, 2013) et des personnes de 15 ans et plus ayant un problème de santé de longue durée (à paraître). Pour plus de détails sur les populations à l'étude dans l'EQLAV, voir C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale, 2013.

Présentation de la publication

Cette publication est consacrée aux personnes âgées de 65 ans et plus, qu'elles aient ou non une incapacité ou un problème de santé de longue durée, et qui vivent en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel[2]. Les résultats présentés sont divisés en trois grandes parties. Pour mieux en comprendre la portée, la première partie du volume décrit les grandes caractéristiques sociodémographiques, économiques et de santé de la population à l'étude. Dans la seconde partie, on se penche sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux ainsi que sur leurs besoins non comblés en la matière. Les résultats touchent un large éventail de services, comme le suivi médical et psychosocial (consultation du médecin de famille, de médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé et des services sociaux), les services hospitaliers et les services à domicile. Enfin, la dernière partie porte sur les répercussions de l'incapacité sur la réalisation des activités de la vie quotidienne ou domestique.

Parmi les intérêts particuliers que présente l'EQLAV, mentionnons d'abord le fait que cette enquête permet de raffiner la production d'information statistique concernant les personnes de 65 ans et plus. En effet, plusieurs indicateurs présentés dans ce volume sont examinés selon des groupes d'âge plus fins, ce qui permet de porter un regard plus nuancé sur les caractéristiques sociales et de santé des aînés du Québec, notamment ceux qui sont âgés de 85 ans et plus. Par ailleurs, l'inclusion dans la population cible de l'enquête des personnes vivant en ménage collectif non institutionnel, comme les résidences privées pour personnes âgées, fait en sorte que la réalité de celles-ci est prise en compte dans les résultats. Or, bien souvent, le portrait tiré des données d'enquête s'en tient à la situation de la population vivant en ménage privé, ce qui réduit la participation éventuelle des personnes de 85 ans et plus.

Au chapitre de la mesure des besoins non comblés de soins de santé et de services sociaux, l'EQLAV présente l'avantage de fournir des données détaillées par type de service ou encore par type de professionnel, ainsi que des précisions sur la recommandation d'un médecin dont les services auraient fait l'objet ou non. À notre connaissance, la mesure des besoins non comblés de manière aussi détaillée auprès d'une population aussi large est une première au Québec[3].

Enfin, grâce aux informations recueillies dans l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES)[4], à laquelle l'EQLAV est rattachée[5], d'autres informations permettent de mieux comprendre la situation actuelle des aînés. En effet, l'arrimage de ces deux enquêtes offre la possibilité d'en combiner les données, ce qui contribue à augmenter le potentiel analytique de chacune. Dans le cadre de cette publication, l'enrichissement des analyses s'est notamment traduit par la prise en compte des caractéristiques liées à l'état de santé (incapacité, problème de santé de longue durée, perception de l'état de santé), de l'affiliation à la première ligne (médecin de famille et l'endroit habituel de soins) ainsi que de l'utilisation de certains services hospitaliers (urgence et hospitalisation) par les personnes de 65 ans et plus.

2. L'EQLAV porte sur l'ensemble des personnes de 15 ans et plus admissibles au régime d'assurance maladie du Québec et vivant dans un logement non institutionnel. Cela comprend les personnes vivant dans un logement privé ou dans un logement non institutionnel, comme les résidences privées pour aînés, les couvents et les séminaires, etc. Ainsi, les personnes vivant dans un logement collectif institutionnel (CHSLD, centre de réadaptation, centre jeunesse, prison, etc.) ne font pas partie de la population visée.
3. Il importe de souligner les efforts déployés par les diverses personnes ayant contribué à l'élaboration du questionnaire de cette enquête afin que les données recueillies puissent répondre aux besoins d'information statistique du MSSS à l'égard de l'organisation des services de santé et des services sociaux (c'est le cas, par exemple, des services à domicile fournis par le CLSC ou par d'autres organismes publics ou privés).
4. Pour plus de détails au sujet de cette enquête, voir M.-E. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi (2013).
5. Pour plus de détails au sujet de l'arrimage de l'EQLAV à l'EQES, voir le chapitre 1 du volume 1 de l'EQLAV (C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale, 2013).

RETOUR SUR LES ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES DE L'ENQUÊTE

Cette section présente les principaux aspects de la méthodologie[1] de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (EQLAV) ainsi que des éléments méthodologiques propres aux sujets traités dans ce volume. L'EQLAV est rattachée, sur le plan de la collecte de données, à l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES), menée auprès des personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel au Québec. Cette stratégie de collecte consiste à sélectionner les répondants ciblés par l'EQLAV au sein de l'échantillon de l'EQES (en fonction de leur âge et au moyen de questions visant à détecter la présence d'une incapacité ou d'un problème de santé de longue durée), pour ensuite leur administrer le questionnaire de l'EQLAV.

L'EQLAV (comme l'EQES) porte sur l'ensemble des personnes de 15 ans et plus admissibles au régime d'assurance maladie du Québec et vivant dans un logement non institutionnel au Québec. Cela comprend les personnes qui vivent dans un logement privé et celles qui vivent dans un logement collectif non institutionnel (résidence privée pour aînés, couvent, etc.). Les personnes vivant dans un logement collectif institutionnel (CHSLD, prison, centre jeunesse, centre de réadaptation, etc.) ainsi que celles résidant dans les réserves indiennes ou dans les régions sociosanitaires 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James) ne font pas partie de la population visée par l'enquête. En tout, la population visée par l'EQLAV représente au moins 97,5 % de l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus.

Mentionnons que dans cette publication, la population visée est désignée comme étant la « population âgée de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé[2] ou dans un ménage collectif[3] non institutionnel ».

L'EQLAV a une portée régionale, à l'exception de certains indicateurs pour lesquels les données sont produites à l'échelle provinciale. Elle permet la diffusion de statistiques de bonne précision[4] portant sur la population âgée de 15 ans et plus pour toute proportion de 0,5 % ou plus estimée à l'échelle de la province et de 5,8 % ou plus pour les estimations au niveau régional.

Les estimations présentées dans ce volume portent essentiellement sur les personnes âgées de 65 ans et plus. Pour les estimations portant spécifiquement sur cette sous-population, l'enquête permet la diffusion de statistiques de bonne précision à l'échelle provinciale pour toute proportion d'au moins 2,0 %. Pour les estimations sur cette même population, mais compilées à partir des personnes sélectionnées pour répondre à l'instrument mesurant l'aide aux activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique (AVQ-AVD), le degré de précision est sensiblement du même ordre[5]. Des estimations sont également présentées pour des catégories d'âge plus fines : 65 à 74 ans, 75 à 84 ans et 85 ans et plus. Pour les estimations portant spécifiquement sur ces groupes d'âge, l'enquête permet la diffusion de statistiques de bonne précision à l'échelle provinciale pour toute proportion d'au moins 3,5 % pour les 65 à 74 ans, 6,8 % pour les 75 à 84 ans et 6,1 % pour les 85 ans et plus[6]. Pour

1. Pour plus de détails concernant les aspects méthodologiques de l'enquête, voir le chapitre 1 du volume 1 de l'EQLAV (C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale, 2013).
2. Selon le recensement (Statistique Canada), un ménage privé est constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un logement privé et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada (ISQ).
3. Selon le recensement (Statistique Canada), un ménage collectif est constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un logement collectif et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada (ISQ). Dans le cas de l'EQLAV, la population visée inclut les personnes vivant en ménage collectif non institutionnel et exclut celles qui sont en ménage collectif institutionnel.
4. Coefficient de variation inférieur ou égal à 10 %.
5. Les statistiques sur cette sous-population sont bonnes pour toute proportion supérieure à 2,2 % à l'échelle provinciale.
6. Ces proportions passent à 1,6 % pour les 65 à 74 ans, 3,2 % pour les 75 à 84 ans et 2,8 % pour les 85 ans et plus lorsque l'on considère un coefficient de variation inférieur ou égal à 15 %, qui est le seuil utilisé dans ce rapport pour déterminer s'il faut utiliser l'estimation produite avec prudence. Des calculs plus détaillés réalisés dans le cadre de ce rapport ont permis de raffiner les estimations de précision publiées dans le volume 1 de l'EQLAV, notamment en ce qui concerne les 85 ans et plus.

les estimations touchant ces mêmes catégories d'âge, mais établies à partir des personnes sélectionnées pour répondre à l'instrument mesurant l'aide aux activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique, le degré de précision est légèrement inférieur[7].

La base de sondage utilisée pour sélectionner l'échantillon de l'enquête a été extraite du fichier des inscriptions des personnes assurées de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Puisque l'EQLAV est arrimée à l'EQES, le plan de sondage de l'EQES a été adapté pour permettre d'atteindre les objectifs spécifiques de l'EQLAV. Un suréchantillonnage a été nécessaire dans 7 des 16 régions sociosanitaires[8] ainsi que chez les personnes âgées de 85 ans et plus. La taille d'échantillon nécessaire pour obtenir le nombre attendu de répondants (46 854 personnes pour l'EQES et 25 759 personnes pour l'EQLAV) a été établie à 77 436 personnes.

La collecte des données s'est déroulée du 18 novembre 2010 au 18 décembre 2011. Environ une dizaine de jours après l'entrevue réalisée pour l'EQES, les personnes étaient recontactées pour répondre au questionnaire de l'EQLAV. La collecte a été effectuée par entrevue téléphonique assistée par ordinateur (ITAO). La durée moyenne d'entrevue a été d'environ 20 minutes.

Le questionnaire de l'EQLAV s'adresse plus précisément aux personnes faisant partie de l'une ou l'autre des trois populations ciblées en fonction des objectifs de l'enquête, soit :

- les personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité de longue durée (c'est-à-dire six mois ou plus);
- les personnes âgées de 15 ans et plus ayant un problème de santé de longue durée (c'est-à-dire six mois ou plus);
- les personnes âgées de 65 ans et plus (avec ou sans incapacité ou problème de santé de longue durée).

Le questionnaire contient 11 sections au total : un tronc commun de sections concerne l'ensemble des populations ciblées par l'enquête, alors que certaines sections (ou questions) s'adressent à l'une ou l'autre des trois populations. De ce nombre, six sections ont été retenues dont les thèmes sont couverts dans le présent volume : nature et gravité de l'incapacité (section NG), médicaments prescrits par un médecin (section E), consultation à l'urgence, hospitalisation et chirurgie d'un jour et services à domicile posthospitaliers (section B), soins de santé à domicile (section C), suivi médical et psychosocial (section F) et aide aux activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique (chez les personnes avec incapacité) (section V)[9].

La possibilité d'inclure une version adaptée du *Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle* (SMAF) dans le questionnaire a aussi été examinée dans le cadre des travaux d'élaboration de l'EQLAV. Précisons que le SMAF est un instrument permettant d'évaluer, d'une part, différentes fonctions liées aux activités de la vie quotidienne, à la mobilité, à la communication et aux tâches domestiques ainsi que les fonctions mentales et, d'autre part, les ressources en place pour pallier les incapacités[10]. Cet instrument clinique étant largement utilisé au Québec et ailleurs, il avait été jugé opportun d'entreprendre des travaux pour en faire une version adaptée au contexte d'une enquête populationnelle, dans le but de fournir un

7. Les statistiques portant sur cette sous-population sont bonnes pour toute proportion supérieure à 3,8 % à l'échelle provinciale pour les 65 à 74 ans, à 7,5 % pour les 75 à 84 ans et à 6,7 % pour les 85 ans et plus (coefficient de variation inférieur ou égal à 10 %) et acceptables pour toute proportion supérieure à 1,8 % à l'échelle provinciale pour les 65 à 74 ans, à 3,5 % pour les 75 à 84 ans et à 3,1 % pour les 85 ans et plus (coefficient de variation inférieur ou égal à 15 %).

8. Afin de permettre l'atteinte des objectifs de précision des estimations pour deux des instruments de l'EQLAV, soit la *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) et l'instrument mesurant l'aide aux activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique (AVQ-AVD).

9. Les sections du questionnaire non retenues sont au nombre de cinq. Il s'agit d'abord des sections D, DD et M portant respectivement sur les services de réadaptation spécialisés en déficience physique ou intellectuelle, les services de réadaptation spécialisés en santé mentale ou en alcoolisme et toxicomanie et la Mesure des habitudes de vie (MHAVIE) – adaptation téléphonique, s'adressant aux personnes de 15 ans et plus avec incapacité. Les thèmes abordés dans ces sections du questionnaire de l'EQLAV sont traités dans le volume 2 se rapportant à la population avec incapacité (C. Fournier, G. Dubé, L. Cazale et autres, 2013). Est aussi exclue la section G portant sur l'information et l'auto-gestion de la maladie, qui s'adresse aux personnes de 15 ans et plus ayant un problème de santé de longue durée. Enfin, la section FR portant sur certains marqueurs de fragilité et s'adressant aux personnes âgées de 65 ans et plus fera l'objet d'une publication ultérieure.

10. R. Hébert, R. Carrier et A. Bilodeau (1988). Développé en 1983, l'outil clinique a été révisé en 1993 puis en 2002.

portrait d'ensemble de l'autonomie fonctionnelle au sein de la population québécoise. Cependant, une étude de validation a révélé un manque de constance entre les résultats issus du SMAF clinique et ceux obtenus au moyen de l'outil adapté, ce qui a fait en sorte qu'il n'a pu être retenu[11].

Au total, 24 772 personnes ont répondu au questionnaire de l'EQLAV (dont 9 247 âgées de 65 ans et plus). Le taux de réponse pondéré global à l'enquête (49 %) correspond au produit du taux de réponse pondéré à l'EQES (63 %) et du taux de réponse pondéré au questionnaire de l'EQLAV par rapport aux répondants qui y étaient admissibles (77 %). Dans les régions sociosanitaires, les taux de réponse globaux vont de 44 % à 56 %.

Mentionnons que 1 491 des 24 772 entrevues complétées l'ont été par un tiers. Un tiers répondant remplissait le questionnaire lorsque la personne sélectionnée n'était pas en mesure de le faire, soit pour des raisons de santé ou d'incapacité (la grande majorité des cas), soit parce qu'elle ne parlait ni le français ni l'anglais. Certaines questions portant sur des perceptions ou sur un sujet personnel et délicat n'ont pas été posées aux tiers répondants. L'incapacité étant liée à l'âge, l'intervention d'un tiers répondant est plus fréquente auprès des personnes de 65 ans et plus. Des 9 247 entrevues complétées, 1 199 l'ont été par des tiers répondants, soit près de 15 % des entrevues. Le phénomène est particulièrement marqué chez les 85 ans et plus, où plus de 38 % des entrevues ont été complétées par un tiers (726 des 1 897 entrevues complétées).

Toutes les estimations présentées dans les analyses de l'ISQ ont été pondérées afin de tenir compte, d'une part, du fait que certaines personnes avaient plus de chances d'être sélectionnées que d'autres et, d'autre part, de la non-réponse plus importante observée chez certains groupes de personnes. Pour prendre en considération le plan de sondage, des poids d'auto-amorçage (*bootstrap*) ont été utilisés dans la production des estimations de précision et des tests statistiques. La mesure de précision utilisée dans cette publication est le coefficient de variation (CV). Les estimations dont le CV est inférieur ou égal à 15 % sont considérées comme suffisamment précises et présentées sans commentaire. Celles dont le CV est supérieur à 15 %, mais inférieur ou égal à 25 % sont marquées d'un astérisque (*) dans les tableaux et les figures ainsi que dans le texte, ce qui indique que leur précision est passable et qu'elles doivent être interprétées avec prudence. Les estimations dont le CV est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque (**) pour signaler leur faible précision et le fait qu'elles doivent être utilisées avec circonspection; elles ne sont d'ailleurs fournies qu'à titre indicatif.

Les résultats présentés ont d'abord fait l'objet d'un test global du Khi-deux afin de mesurer l'association entre la variable d'analyse et la variable de croisement. Lorsque cette association était significative au seuil de 5 % et que la variable d'analyse ou la variable de croisement comptait plus de deux catégories, des tests d'égalité des proportions ont été menés afin de déceler les écarts les plus importants[12]. Dans le but de faire ressortir les principales différences et d'alléger le texte, la description des catégories de variables qui se distinguent significativement de toutes les autres catégories (une ou deux, selon le cas) a été privilégiée plutôt que la présentation de toutes les différences significatives. Les résultats présentés dans ce volume sont issus d'analyses de nature bivariée uniquement. Des analyses multivariées permettraient de nuancer certains résultats et documenter des influences pertinentes entre les variables et indicateurs. La production de ce type d'analyse dépasse les objectifs de cette publication.

Toutes les estimations de proportions sont présentées avec une décimale dans les tableaux et figures, mais ont été arrondies à l'unité dans le texte (sauf celles inférieures à 5 %). En raison de l'arrondissement, la somme des proportions de certains tableaux ou figures peut être légèrement supérieure ou inférieure à 100 %. Les populations estimées (Pe) sont quant à elles arrondies à la centaine.

Des indicateurs de l'EQLAV analysés dans ce volume et touchés par une non-réponse partielle élevée ont fait l'objet d'une imputation. C'est d'abord le cas de l'indice de gravité de l'incapacité. Les détails de cette imputation sont présentés dans le volume 1 de l'EQLAV[13]. Ensuite,

11. Voir l'étude réalisée par R. Hébert, M. Raîche et N. R. Gueye (2012).
12. Dans le cas où la variable de croisement était la région sociosanitaire et en présence d'un test global significatif, des tests d'égalité de proportions ont été faits entre chaque région prise individuellement et son complémentaire provincial (le reste du Québec).
13. Voir C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

l'indicateur désignant les personnes ayant une incapacité de nature indéterminée, c'est-à-dire les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité, a également fait l'objet d'une imputation partielle. Les détails de cette imputation sont présentés dans le volume 2 de l'EQLAV[14].

D'autres variables étudiées présentent des taux de non-réponse partielle supérieurs à 5 %. C'est le cas de l'indicateur du besoin d'aide (comblé ou non) pour réaliser au moins une des activités de la vie quotidienne ou domestique considérées dans l'enquête et de celui plus spécifique au besoin d'aide (comblé ou non) pour les activités de la vie domestique. La non-réponse associée à ces indicateurs de besoin (comblé ou non) est associée à l'âge du répondant. On note, en effet, que l'âge est lié à la fois à ces variables et à la non-réponse, ce qui entraîne un biais dans les estimations. Pour ces deux indicateurs, les non-répondants sont plus âgés que les répondants. Le biais ainsi créé fait en sorte que le pourcentage de personnes ayant un besoin d'aide est légèrement sous-estimé (environ 0,5 %), suivant l'hypothèse que les non-répondants se comportent comme les répondants.

Les variables portant sur la perception de l'état de santé et sur l'appréciation du délai écoulé entre le début des démarches en vue d'obtenir une consultation auprès du médecin généraliste et le moment de cette consultation font aussi l'objet d'un taux de non-réponse partielle élevée. La majeure partie de la non-réponse partielle associée à ces variables est liée aux individus pour lesquels le questionnaire a été rempli par un tiers répondant (majoritairement des gens incapables de répondre en raison de problèmes de santé), étant donné que l'on considère que seul le répondant visé peut émettre son avis sur ces questions. Pour ce qui est de la variable qui porte sur la perception de l'état de santé, le sens du biais tend à indiquer une sous-estimation de la proportion des gens qui se perçoivent en moyen ou mauvais état de santé. En effet, parmi toutes les variables étudiées, le biais potentiel le plus élevé survient lors de l'analyse selon l'indice de gravité de l'incapacité. Selon cette analyse, la part associée aux individus se percevant en moyen ou mauvais état de santé serait sous-estimée d'environ 2,4 %. Dans le cas de la variable évaluant l'appréciation de la personne quant au délai entre le moment du début des démarches pour consulter le médecin de famille généraliste et le moment de cette consultation, les résultats de l'analyse de la non-réponse indiquent une sous-estimation d'au plus 0,2 % de la proportion des individus qui jugent le délai raisonnable.

Mentionnons enfin que le seuil à partir duquel un taux de non-réponse partielle est jugé élevé passe de 5 % à 10 % pour les indicateurs portant sur des sous-populations ou des domaines très restreints. Dans ce volume, deux variables présentent un taux supérieur à 10 %, soit le nombre d'heures d'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée pour cinq activités de la vie quotidienne ou domestique et le nombre d'heures d'aide reçue par le CLSC pour neuf activités de la vie quotidienne ou domestique. Le taux de non-réponse partielle pour ces deux variables est respectivement d'environ 15 % et 11 %. Aucune analyse de biais n'a été faite puisque, étant donné l'effectif très restreint des répondants (indicateurs touchant seulement entre 3,0 et 3,5 % de la population de 65 ans et plus), le biais potentiel est moins important que la marge d'erreur des estimations produites à partir des indicateurs en cause.

14. Voir C. Fournier, G. Dubé, L. Cazale et autres (2013).

Partie 1

CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

1 CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

MAXIME MURPHY

Faits saillants

- Parmi les aînés, plus de quatre femmes sur dix vivent seules. Par ailleurs, la proportion de personnes vivant seules augmente selon l'âge, passant du quart chez les 65 à 74 ans à plus de la moitié chez les 85 ans et plus.

- La proportion d'aînés formant un ménage vivant sous le seuil de faible revenu croît selon l'âge; d'environ le quart chez les 65 à 74 ans, elle augmente à plus du tiers chez les 75 à 84 ans, et atteint au-delà de quatre sur dix parmi les 85 ans et plus. Les femmes sont, toutes proportions gardées, plus susceptibles de faire partie d'un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu.

Ce premier chapitre présente une description des principales caractéristiques sociodémographiques et économiques de la population âgée de 65 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel au Québec. Un rapide coup d'œil est d'abord jeté sur la part qu'occupent ces personnes au sein de la population des 15 ans et plus visée par l'enquête[1], à l'échelle provinciale et régionale[2]. Ensuite, pour l'ensemble de la province, la situation des aînés est examinée de plus près à partir des données concernant la distribution par âge et par sexe de la population. Une description de cette population selon le statut d'immigration, la composition du ménage (dont le fait de vivre seul ou non), le niveau de scolarité, le niveau de revenu du ménage, l'indice de défavorisation (dimensions sociale et matérielle) et la zone géographique de résidence vient compléter le portrait d'ensemble.

L'encadré qui suit présente les définitions correspondant aux caractéristiques sociodémographiques et économiques analysées dans ce chapitre. Il est à noter que plusieurs des indicateurs étudiés dans les chapitres subséquents sont analysés selon certaines caractéristiques présentées ici. Il s'agit du sexe, de l'âge, du fait de vivre seul, ainsi que du niveau de revenu du ménage.

1. Cet ensemble comprend notamment les personnes vivant dans une résidence privée pour aînés. Pour plus de détails sur la population visée par l'EQLAV, voir la section résumant les aspects méthodologiques de l'enquête dans ce volume ou, encore, la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

2. À l'exception des données présentées concernant les régions, ce bref portrait est tiré de la section 2.1 du volume 1 de l'EQLAV (C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale, 2013).

Indicateurs utilisés

Statut d'immigration : Indicateur sociodémographique défini à partir du lieu de naissance des personnes. Il comporte deux catégories : Canadien de naissance et immigrant [Indicateur construit à partir des questions Q116 de l'EQES].

Composition du ménage : Indicateur sociodémographique permettant de caractériser le type de situation correspondant au logement de la personne en tenant compte de tous les membres du ménage. Un ménage est constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un même logement, qu'il soit privé ou collectif non institutionnel, cet ensemble inclut notamment les personnes qui habitent dans une résidence privée pour aînés. L'indicateur comporte cinq catégories : personne vivant seule, couple sans enfant, couple avec enfant(s) (de tous les âges), famille monoparentale, autre. Cette dernière catégorie inclut principalement les ménages composés de personnes apparentées par des liens autres que conjugal ou filial (par exemple, un frère et une sœur) ou de personnes non apparentées (par exemple, des colocataires) [Indicateur établi à partir de la question Q122 de l'EQES].

Fait de vivre seul : Fait d'appartenir ou non à un ménage composé d'une seule personne [Indicateur établi à partir de la question Q122 de l'EQES].

Niveau de scolarité : Plus haut niveau de scolarité que les personnes ont complété. Cet indicateur socioéconomique comporte quatre catégories : sans diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, diplôme d'études collégiales, diplôme d'études universitaires. La catégorie « diplôme d'études collégiales » comprend les personnes qui détiennent un diplôme ou un certificat d'études d'un cégep, d'une école de métiers, d'une école de formation professionnelle ou d'un collège commercial [Indicateur établi à partir de la question Q119 de l'EQES].

Niveau de revenu du ménage : Indicateur basé sur les seuils de faible revenu qui sont des limites de revenu en deçà duquel une famille est susceptible de consacrer une part plus importante de son revenu à l'achat de nécessités (nourriture, logement et habillement) qu'une famille moyenne. Les seuils varient selon sept tailles de famille et cinq tailles de communauté de résidence différentes. Cette différence additionnelle vise à tenir compte de la variation du coût de la vie parmi les communautés de tailles différentes. Ces seuils sont établis par Statistique Canada[1]. Les deux catégories de cet indicateur sont : membre d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu[2] et membre d'un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu. [Indicateur construit à partir des questions Q120A, Q120B, Q121 de l'EQES et du code postal[3]].

Indice de défavorisation : Indice[4] distinguant deux formes de défavorisation dans la population âgée de 15 ans et plus : l'une est matérielle, l'autre est sociale. L'indice regroupe certains indicateurs du recensement choisis pour leurs relations connues avec un grand nombre de problèmes de santé, leurs liens avec les formes matérielle et sociale de la défavorisation et leur disponibilité par aire de diffusion. Ainsi, pour la dimension matérielle, les indicateurs calculés sur la base des unités territoriales (aires de diffusion) sont les suivants : la proportion de population sans certificat ou diplôme d'études secondaires, le ratio emploi/population et le revenu moyen. Cette dimension traduit principalement les variations dans la scolarité, l'emploi et le revenu. Pour la dimension sociale, les indicateurs sont : la proportion de la population vivant seule, la proportion des personnes séparées, divorcées ou veuves et la proportion de familles monoparentales. Cette dimension traduit les variations de la structure du ménage ou de la famille et de l'état matrimonial. La population est répartie en quintiles allant du plus favorisé (quintile 1) au moins favorisé (quintile 5) [Indice construit à partir du code postal[5]].

Zone de résidence : Zone géographique attribuée à la personne et déterminée à partir des données du recensement de 2006 (à partir du code postal). Cet indicateur sociodémographique se divise en trois catégories : zone urbaine (> 100 000 habitants), zone semi-urbaine (entre 10 000 et 100 000 habitants; zone rurale (< 10 000 habitants).

---

1. Pour plus de détails sur le seuil de faible revenu avant impôt, il est possible de consulter le document *Les lignes de faible revenu, 2010-2011*. [En ligne]. [http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/75f0002m2012002-fra.htm].
2. Revenu égal ou inférieur au seuil de faible revenu.
3. Pour plus de détails, voir M.-E. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi (2013).
4. Pour plus de détails sur l'indice de défavorisation, voir R. Pampalon, D. Hamel et P. Gamache (2009) ainsi que M.-E. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi (2013).
5. De l'imputation est nécessaire pour construire cette variable puisque l'assignation d'une aire de diffusion à partir du code postal n'est pas toujours unique. Une telle situation se produit pour environ 24 % de la population visée. Pour plus de détails, voir M.-E. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi (2013).

1.1 Les personnes âgées de 65 ans et plus dans la population de 15 ans et plus

Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 18 % de la population de 15 ans et plus visée par l'enquête, soit environ 1 215 000 individus

D'après les résultats présentés au tableau 1.1[3], les aînés représentent 18 % de l'ensemble de la population visée par l'enquête, soit un peu plus de 1,2 million d'individus sur un total de 6,7 millions de personnes de 15 ans et plus au Québec. Plus précisément, 10 % des personnes sont âgées de 65 à 74 ans (soit 684 100 individus), 6 % ont de 75 à 84 ans (soit 389 400 individus) et 2,1 % sont âgées de 85 ans et plus (soit 141 200 individus).

Tableau 1.1
Répartition de la population de 15 ans et plus[1] selon l'âge, Québec, 2010-2011

	%	Pe (k)
Groupe d'âge		
15-64 ans	**81,7**	**5 435,9**
15-24 ans	14,8	983,2
25-49 ans	41,0	2 726,6
50-64 ans	26,0	1 726,1
65 ans et plus	**18,3**	**1 214,8**
65-74 ans	10,3	684,1
75-84 ans	5,9	389,4
85 ans et plus	2,1	141,2
Ensemble de la population	100,0	6 650,7

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

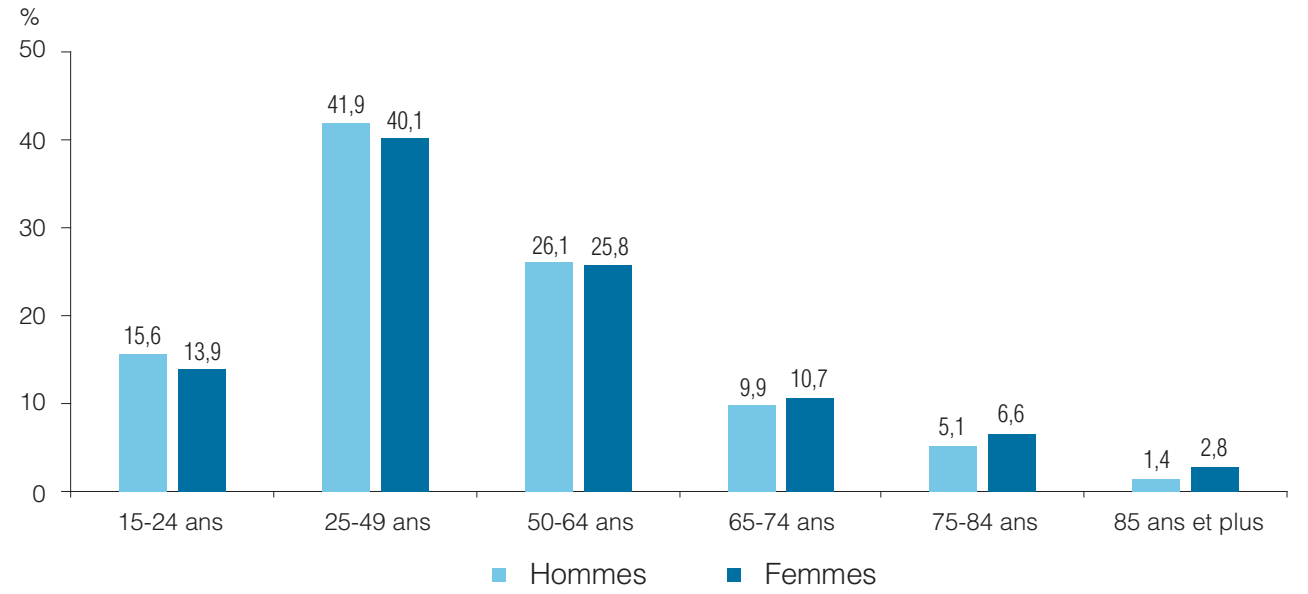
3. Dans le tableau 1.1, certaines proportions diffèrent légèrement de celles présentées dans la section 2.1.1 de la publication de l'EQES décrivant la méthodologie et la population visée de l'enquête (M.-E. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi, 2013). Ces petites différences s'expliquent par l'obligation de regrouper certaines catégories d'âge lors de la pondération (calage aux marges) dans l'EQLAV. Cette obligation ne s'était pas avérée nécessaire dans l'EQES lors de l'application de la même procédure.

1.1.1 Les personnes âgées de 65 ans et plus dans la population âgée de 15 ans et plus selon le sexe et l'âge

À partir de 65 ans, et ce, pour chaque groupe d'âge, les femmes sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses que les hommes

La proportion de personnes de 65 ans et plus est plus élevée chez les femmes que parmi les hommes (20 % c. 16 %, Annexe A, tableau A1[4]). Tel qu'illustré à la figure 1.1, cette différence provient du cumul des écarts significatifs qui apparaissent dans chacun des groupes d'âge au-delà de 65 ans.

Figure 1.1
Répartition de la population de 15 ans et plus[1] selon l'âge et le sexe, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

4. Dans le tableau A1 (Annexe A), certaines proportions diffèrent légèrement de celles présentées dans la section 2.1.1 de la publication de l'EQES décrivant la méthodologie et la population visée de l'enquête (M.-E. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi, 2013). Pour plus de détails, voir la note de bas de page nº 3, à la page précédente.

1.1.2 Les personnes âgées de 65 ans et plus dans la population de 15 ans et plus selon la région sociosanitaire

Le tableau 1.2 présente la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus au sein de la population de 15 ans et plus visée par l'enquête, pour chaque région sociosanitaire couverte par l'EQLAV. On y trouve également l'information détaillée plus finement selon l'âge. Rappelons que dans l'ensemble, la part d'aînés est de 18 %; elle se situe entre 13 % et 23 %, selon la région. Dans le cas des personnes d'âge plus avancé, soit les 85 ans et plus, la proportion va de 0,6 % à 3,0 %.

Tableau 1.2
Proportion de personnes de 65 ans et plus selon la région sociosanitaire et l'âge, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	65 ans et plus
Bas-Saint-Laurent	12,1	7,2	3,0	**22,3**
Saguenay–Lac-Saint-Jean	11,6	6,6	2,2	**20,4**
Capitale-Nationale	11,0	6,2	2,3	**19,5**
Mauricie et Centre-du-Québec	12,1	7,0	2,7	**21,8**
Estrie	11,3	6,2	2,5	**20,0**
Montréal	8,6	6,0	2,4	**17,0**
Outaouais	9,1	4,6	1,4	**15,0**
Abitibi-Témiscamingue	10,1	5,8	1,8	**17,7**
Côte-Nord	10,5	5,4	1,5	**17,4**
Nord-du-Québec	9,1	3,6	0,6	**13,3**
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	12,9	7,5	2,8	**23,2**
Chaudière-Appalaches	11,2	6,0	2,4	**19,6**
Laval	10,0	6,5	1,9	**18,3**
Lanaudière	10,5	5,0	1,5	**17,0**
Laurentides	10,6	5,1	1,7	**17,3**
Montérégie	10,7	5,4	1,8	**17,8**
Ensemble de la population	10,3	5,9	2,1	18,3

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

1.2 Caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes âgées de 65 ans et plus

Dans la section 1.2 sont présentées des analyses plus détaillées portant sur les aînés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques. Il est à noter qu'à partir de la présente section et pour le reste du volume, les analyses ne concerneront que l'ensemble des personnes de 65 ans et plus.

1.2.1 Répartition de la population de 65 ans et plus selon le sexe et l'âge

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, la majorité ont entre 65 et 74 ans (56 %) et environ les deux tiers des aînés de 85 ans et plus sont des femmes

En 2010-2011, les femmes représentent 56 % de la population de 65 ans et plus à l'étude, alors que la part des hommes est estimée à 44 % (tableau 1.3). L'examen selon l'âge montre, quant à lui, que les personnes de 65 à 74 ans forment plus de la moitié de cette population (56 %), que celles de 75 à 84 ans en constituent près du tiers (32 %), et que les aînés de 85 ans et plus en représentent 12 %. L'écart entre les femmes et les hommes est aussi noté au sein des groupes d'âge. En effet, celles-ci comptent pour 52 % des personnes de 65 à 74 ans (c. 48 % d'hommes), 57 % de celles de 75 à 84 ans (c. 43 % d'hommes), et elles représentent les deux tiers des aînés de 85 ans et plus (67 % c. 33 % d'hommes) (figure 1.2). On constate ainsi que d'un groupe d'âge à l'autre, le poids démographique des femmes augmente et, à l'inverse, celui des hommes diminue.

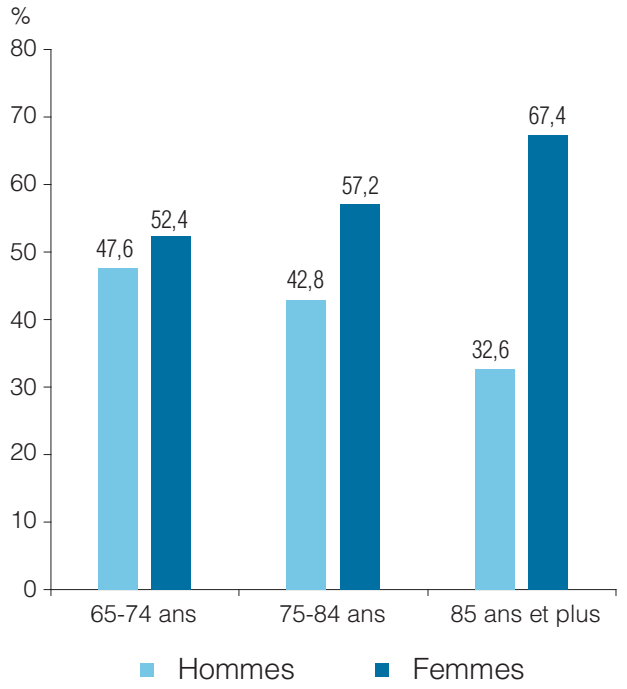
Tableau 1.3
Répartition de la population de 65 ans et plus[1] selon l'âge et le sexe, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	44,3
Femmes	55,7
Groupe d'âge	
65-74 ans	56,3
75 ans et plus	43,7
75-84 ans	32,1
85 ans et plus	11,6
Ensemble	**100,0**

1. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Figure 1.2
Répartition de la population de 65 ans et plus[1] selon l'âge et le sexe, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

1.2.2 Statut d'immigration

Parmi les aînés, il se trouve une proportion d'immigrants légèrement supérieure chez les hommes

La population des personnes de 65 ans et plus comprend environ 13 % d'immigrants. L'analyse montre que cette proportion diffère selon le sexe et l'âge (tableau 1.4). En effet, toutes proportions gardées, on compte davantage d'immigrants chez les hommes que chez les femmes (15 % c. 12 %). Par ailleurs, la proportion d'immigrants chez les 75 ans et plus (15 %) est supérieure à celle observée chez les individus de 65 à 74 ans (12 %).

Tableau 1.4
Statut d'immigration selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	Canadien de naissance	Immigrant
	%	
Sexe		
Hommes	85,2	14,8
Femmes	88,2	11,8
Groupe d'âge		
65-74 ans	**88,0**	**12,0**
75 ans et plus	**85,4**	**14,6**
75-84 ans	85,9	14,1
85 ans et plus	84,2	15,8
Ensemble	**86,9**	**13,1**

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

1.2.3 Composition du ménage

Plus de quatre femmes âgées de 65 ans et plus sur dix vivent seules

La proportion d'aînés vivant seuls augmente selon l'âge; elle passe du quart chez les personnes de 65 à 74 ans à plus de la moitié parmi celles de 85 ans et plus

Parmi la population de 65 ans et plus visée par l'enquête, le tiers des personnes (33 %) affirment vivre seules (tableau 1.5); environ la moitié (51 %) vivent en couple sans enfant à la maison, 4,4 % dans un ménage avec enfants, 3,2 % dans un ménage monoparental et 8 % dans un autre type de ménage (données non présentées).

Le tableau 1.5 permet aussi de constater qu'une plus grande part de femmes de 65 ans et plus vivent seules. Elles sont plus de deux sur cinq dans cette situation (43 %), comparativement à une personne sur cinq chez les hommes (21 %). L'analyse révèle par ailleurs que la proportion d'aînés vivant seuls augmente avec l'âge. En effet, elle passe de 26 % chez les personnes de 65 à 74 ans à 38 % parmi celles de 75 à 84 ans, et elle se situe à 53 % chez les individus de 85 ans et plus.

Tableau 1.5
Fait de vivre seul selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	20,7
Femmes	42,6
Groupe d'âge	
65-74 ans	**26,2**
75 ans et plus	**41,7**
75-84 ans	37,8
85 ans et plus	52,5
Ensemble	**32,9**

1 Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

1.2.4 Niveau de scolarité

Au-delà de la moitié des aînés sont sans diplôme d'études secondaires, les femmes et les personnes âgées de 85 ans et plus se retrouvant davantage dans cette situation

La répartition des personnes âgées de 65 ans et plus selon le plus haut niveau de scolarité atteint montre que plus de la moitié d'entre elles ne possèdent pas de diplôme d'études secondaires (53 %), 17 % sont diplômées du secondaire, 13 % du collégial, et environ 17 % détiennent un diplôme universitaire (tableau 1.6).

Un écart significatif est noté entre les hommes et les femmes de 65 ans et plus au chapitre de la scolarité, qui reflète une situation moins favorable pour ces dernières. En effet, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à ne pas détenir de diplôme d'études secondaires (55 % c. 50 % des hommes). À l'inverse, environ 22 % des hommes détiennent un diplôme d'études universitaires, comparativement à 14 % des femmes.

La proportion d'aînés détenteurs d'un diplôme d'études universitaires varie selon l'âge : parmi le groupe des 65 à 74 ans, cette part atteint 21 %; elle est estimée à 13 % chez les 75 à 84 ans et ne concerne que 10 % des 85 ans et plus. Inversement, la proportion de personnes ne détenant pas de diplôme d'études secondaires augmente de 44 % à 62 %, puis à 69 % dans ces mêmes groupes d'âge (tableau 1.6).

En ce qui a trait au diplôme d'études secondaires ou encore au diplôme d'études collégiales, seuls les aînés de 65 à 74 ans se distinguent de ceux plus âgés. Ils sont 19 % à détenir le premier, comparativement à 14 % des individus de 75 à 84 ans et à 12 % de ceux de 85 ans et plus. Par ailleurs, les personnes de 65 à 74 ans comptent 15 % de diplômés de niveau collégial, alors que cette proportion est estimée à 11 % et à 9 %, respectivement, dans les deux groupes d'âge plus avancé.

Tableau 1.6
Niveau de scolarité[1] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	Sans diplôme d'études secondaires	Diplôme d'études secondaires	Diplôme d'études collégiales	Diplôme d'études universitaires
	%			
Sexe				
Hommes	49,7	15,9	12,8	21,6
Femmes	55,1	17,5	13,5	13,8
Groupe d'âge				
65-74 ans	**44,5**	**19,1**	**15,3**	**21,1**
75 ans et plus	**63,7**	**13,7**	**10,5**	**12,2**
75-84 ans	61,9	14,3	10,9	12,9
85 ans et plus	68,9	11,9	9,1	10,1
Ensemble	**52,7**	**16,8**	**13,2**	**17,3**

1. Plus haut niveau de scolarité complété.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

1.2.5 Niveau de revenu du ménage

Environ trois personnes âgées de 65 ans et plus sur dix font partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu.

Environ 31 % des personnes de 65 ans et plus sont membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu. Cette caractéristique étant associée au sexe et à l'âge, on remarque que 22 % des hommes – comparativement à 38 % des femmes – se situent dans un ménage qui vit sous ce seuil (tableau 1.7).

L'analyse selon l'âge montre que la proportion d'aînés membres d'un tel ménage augmente graduellement d'un groupe à l'autre. Ils représentent le quart des personnes de 65 à 74 ans (25 %), 35 % de celles de 75 à 84 ans et 43 % des 85 ans et plus.

Tableau 1.7
Niveau de revenu du ménage selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	Sous le seuil de faible revenu	Au-dessus du seuil de faible revenu
	%	
Sexe		
Hommes	22,0	78,0
Femmes	37,5	62,5
Groupe d'âge		
65-74 ans	25,5	74,5
75 ans et plus	37,3	62,7
75-84 ans	35,2	64,8
85 ans et plus	43,3	56,7
Ensemble	**30,6**	**69,4**

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

1.2.6 Indice de défavorisation matérielle et sociale

D'après l'indice de défavorisation, près du quart des femmes de 65 ans et plus se classent dans le quintile « Très défavorisé » sur le plan social

Toujours sur le plan social, les personnes de 75 ans et plus sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses que celles de 65 à 74 ans à se classer dans les deux quintiles les plus défavorables de l'indice (quintiles 4 ou 5)

Selon les données du tableau 1.8, la répartition de la population à l'étude selon l'indice de défavorisation matérielle paraît plutôt homogène. La proportion estimée pour chaque quintile se situe entre 19 % et 21 %, selon le cas. Les données ne permettent pas de détecter d'association significative entre cet indicateur et le sexe.

L'indice de défavorisation matérielle varie peu en fonction de l'âge. L'analyse montre tout de même que les personnes de 75 à 84 ans se classant dans le quintile 1 « Très favorisé » sont proportionnellement moins nombreuses que celles de 65 à 74 ans et celles de 85 ans et plus (17 % c. 21 % dans les deux cas). En contrepartie, elles sont moins nombreuses à se situer dans le quintile 5 « Très défavorisé » (18 % c. 21 %).

En ce qui a trait à l'indice de défavorisation sociale, à l'instar de l'indice de défavorisation matérielle, il apparaît que, d'un quintile à l'autre, les aînés se distribuent de manière relativement homogène avec des proportions se situant entre 18 % et 22 % (tableau 1.9).

Tableau 1.8
Indice de défavorisation matérielle selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	Quintile 1 (Trés favorisé)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (Très défavorisé)
			%		
Sexe[a]					
Hommes	19,3	20,3	20,9	19,9	19,6
Femmes	20,1	21,7	19,4	19,4	19,4
Groupe d'âge					
65-74 ans	20,8	21,3	20,4	19,3	18,1
75 ans et plus	18,4	20,7	19,5	20,1	21,2
75-84 ans	17,4	21,0	19,9	20,1	21,6
85 ans et plus	21,3	20,1	18,5	19,9	20,2
Ensemble	19,8	21,1	20,0	19,6	19,5

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « indice de défavorisation matérielle » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Alors que l'on ne trouve pas de distinction significative selon le sexe pour l'indice de défavorisation matérielle, quelques nuances apparaissent à cet égard pour l'indice de défavorisation sociale. Parmi la population âgée de 65 ans et plus, la proportion d'hommes se classant dans le quintile 1 « Très favorisé » sur le plan social est plus élevée. Ils représentent une part de 20 % dans le premier quintile et de 21 % dans le second, comparativement à 16 % des femmes dans les deux cas (tableau 1.9). À l'opposé, la part de femmes se classant dans le quintile 5 « Très défavorisé » au niveau social est plus élevée; elle atteint 24 %, comparativement à 18 % d'hommes.

L'analyse selon l'âge révèle que la proportion d'aînés classés dans le quintile le plus favorable diminue, alors que l'âge augmente. En effet, 20 % des personnes de 65 à 74 ans se classent dans le quintile 1 « Très favorisé » sur le plan social, cette proportion étant plus faible chez celles de 75 à 84 ans (15 %), et encore plus faible chez celles de 85 ans et plus (12 %).

Par ailleurs, toujours sur le plan social, on remarque qu'au-delà de 75 ans, les aînés présentent un portrait moins favorable que leurs cadets (tableau 1.9). D'abord, ils sont proportionnellement moins nombreux que les aînés de 65 à 74 ans à se classer dans le 2e quintile (17 % c. 20 %). C'est l'inverse en ce qui a trait aux deux quintiles les plus défavorisés (quintiles 4 et 5), c'est-à-dire que les personnes de 75 ans et plus sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses à s'y classer. Environ le quart des personnes de 75 ans et plus se retrouvent dans chacun de ces deux quintiles (24 % et 25 %, selon le quintile), comparativement à une sur cinq, respectivement, chez celles âgées de 65 à 74 ans (19 % et 20 %, selon le quintile).

Tableau 1.9
Indice de défavorisation sociale selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	Quintile 1 (Très favorisé)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (Très défavorisé)
			%		
Sexe					
Hommes	19,8	21,1	20,6	20,6	17,9
Femmes	15,7	16,1	21,4	22,7	24,1
Groupe d'âge					
65-74 ans	**20,1**	**19,6**	**21,9**	**19,7**	**18,8**
75 ans et plus	**14,2**	**16,6**	**20,0**	**24,5**	**24,7**
75-84 ans	14,9	16,4	20,2	24,1	24,4
85 ans et plus	12,2	17,5	19,4	25,5	25,4
Ensemble	**17,5**	**18,3**	**21,1**	**21,7**	**21,3**

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

1.2.7 Zone de résidence

La grande majorité des personnes de 65 ans et plus résident en zone urbaine ou semi-urbaine

Ce chapitre se termine par une description de la zone géographique de résidence des personnes âgées de 65 ans et plus. Tout d'abord, on note que près des deux tiers de la population à l'étude (64 %) vit en zone urbaine, 13 % en zone semi-urbaine et 22 % en milieu rural (tableau 1.10). L'analyse révèle des différences significatives selon le sexe à cet égard. Ainsi, les hommes sont en proportion moins nombreux que les femmes à vivre en zone urbaine (63 % c. 65 %) et semi-urbaine (13 % c. 14 %). Conséquemment, ils sont proportionnellement plus nombreux à vivre en zone rurale que les femmes (24 % c. 21 %).

Par ailleurs, ce n'est qu'en zone rurale que se constate une différence de proportions selon l'âge. Les personnes de 75 ans et plus sont en effet moins susceptibles de vivre en zone rurale que les aînés d'un âge moins avancé (21 % c. 23 %).

Tableau 1.10
Zone de résidence selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	Urbaine	Semi-urbaine	Rurale
		%	
Sexe			
Hommes	63,0	12,6	24,4
Femmes	65,2	14,2	20,5
Groupe d'âge			
65-74 ans	63,7	13,3	23,0
75 ans et plus	64,9	13,8	21,3
75-84 ans	64,7	13,9	21,4
85 ans et plus	65,6	13,5	20,8
Ensemble	64,2	13,5	22,3

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

ANNEXE A : Tableau complémentaire

Tableau A1
Répartition[1] de la population selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	Hommes		Femmes	
	%	Pe (k)	%	Pe (k)
Groupe d'âge				
15-64 ans	83,6	2 746,8	79,9	2 689,1
15-24 ans	15,6	513,7	13,9	469,5
25-49 ans	41,9	1 376,7	40,1	1 350,0
50-64 ans	26,1	856,4	25,8	869,7
65 ans et plus	16,4	538,3	20,1	676,5
65-74 ans	9,9	325,6	10,7	358,6
75-84 ans	5,1	166,6	6,6	222,8
85 ans et plus	1,4	46,1	2,8	95,2
Ensemble de la population	100,0	3 285,1	100,0	3 365,6

1. Certaines proportions diffèrent de celles présentées dans la section 2.1.1 de la publication de l'EQES décrivant la méthodologie et la population visée de l'enquête (M.-E. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi, 2013). Ces différences s'expliquent par le regroupement de certaines catégories d'âge lors de la pondération (calage aux marges), non requis dans l'EQES mais nécessaire dans l'EQLAV.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

2 ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

MAXIME MURPHY

Faits saillants

Perception de l'état de santé

- Peu importe leur âge, la majorité des personnes de 65 ans et plus se considèrent en excellente ou en très bonne santé. Cela dit, environ un aîné sur dix perçoit son état de santé comme moyen ou mauvais.
- Les personnes de 65 ans et plus vivant seules et celles qui sont membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu sont plus enclines à avoir une perception négative de leur état de santé.

Nombre et types de problèmes de santé de longue durée

- Une majorité de personnes âgées de 65 ans et plus mentionnent avoir deux problèmes de santé de longue durée ou plus; la proportion atteint les deux tiers chez celles ayant 85 ans et plus.
- Les trois quarts des personnes de 65 ans et plus se disent atteintes d'au moins un des cinq problèmes de santé de longue durée désignés. Parmi ces problèmes, l'hypertension et l'arthrite (ou le rhumatisme) sont les plus fréquemment rapportés.

Prévalence de l'incapacité

- Plus de la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus ont une incapacité. Cette proportion augmente avec l'âge; passé le cap des 85 ans, cette condition touche la grande majorité des aînés, soit plus de huit personnes sur dix.
- Les proportions d'aînés ayant une incapacité modérée ou une incapacité grave augmentent d'un groupe d'âge à l'autre, pour atteindre à l'âge de 85 ans et plus 27 % et 32 %, respectivement. Au-delà de 85 ans, c'est donc près de six personnes sur dix qui ont une incapacité modérée ou grave.
- La prévalence augmente avec l'âge pour la plupart des types d'incapacité chez les personnes de 65 ans et plus. On remarque entre autres qu'au-delà de 85 ans, plus de six aînés sur dix sont touchés par une incapacité liée à l'agilité, et une proportion similaire sont concernés par une incapacité liée à la mobilité.

Cooccurrence des problèmes de santé de longue durée et de l'incapacité

- Un aîné sur cinq est touché à la fois par deux problèmes de santé de longue durée ou plus et une incapacité grave ou modérée.
- Chez les personnes de 65 ans et plus, la proportion de celles ayant une incapacité augmente en fonction du nombre de problèmes de santé de longue durée. Cette association apparaissant autant chez les hommes que chez les femmes.
- La hausse du taux d'incapacité en fonction du nombre de problèmes de santé de longue durée est observée dans chaque groupe d'âge.
- Parmi les aînés déclarant de l'arthrite (ou du rhumatisme), une bronchite chronique (ou une MPOC) ou ayant une maladie cardiaque, la grande majorité rapportent une incapacité, et pour au moins quatre aînés sur dix, cette incapacité est modérée ou grave.

Ce chapitre est consacré à l'analyse des données portant sur l'état de santé des personnes âgées de 65 ans et plus. Seront plus particulièrement analysées celles concernant l'état de santé perçu, les problèmes de santé de longue durée[1] et l'incapacité. Enfin, la cooccurrence des problèmes de santé de longue durée et de l'incapacité est également documentée.

Les indicateurs présentés dans l'encadré de définitions sont examinés selon les variables sociodémographiques et économiques décrites au chapitre 1, c'est-à-dire le sexe, l'âge, le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage[2]. Par ailleurs, certains indicateurs considérés dans ce chapitre sont repris dans les analyses des chapitres subséquents. Il s'agit du nombre de problèmes de santé de longue durée, de la gravité de l'incapacité et du type d'incapacité.

Indicateurs utilisés

Perception de l'état de santé : Autoévaluation de l'état de santé général exprimée par la personne en se comparant à d'autres personnes du même âge. Cet indicateur comprend trois catégories : excellent ou très bon, bon, moyen ou mauvais [Indicateur établi à partir de la question Q114 de l'EQES].

Nombre de problèmes de santé de longue durée : Indicateur de l'état de santé défini à partir d'une série de questions portant sur des problèmes de santé physique ou mentale qui durent depuis au moins six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus. Ces problèmes déclarés doivent avoir été diagnostiqués par un médecin, nécessiter un suivi médical et impliquer la prise de médicaments sur une base régulière, requérir des traitements ou demander le maintien de bonnes habitudes de vie. Les blessures dues à un accident (accident de la route, blessure au travail, blessure sportive, autres blessures) ou à des mouvements répétitifs (comme une fracture ou une tendinite) et les problèmes qui en découlent sont exclus. Cet indicateur comprend trois catégories : aucun problème de santé, un problème de santé, deux problèmes de santé ou plus [Indicateur construit à partir des questions Q85 à Q89 et Q91 pour les participants à l'EQLAV][1].

Types de problèmes de santé de longue durée : Proportions de personnes ayant déclaré la présence des problèmes de santé de longue durée suivants : 1) arthrite (ou arthrose ou rhumatisme); 2) diabète; 3) bronchite chronique (ou emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)); 4) hypertension; 5) maladies cardiaques; 6) autres (ce qui comprend les problèmes de santé de longue durée d'un autre type déclarés par les personnes, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique ou le cancer). Un autre indicateur détermine la proportion de personnes déclarant « **au moins un des 5 types de problèmes de santé de longue durée désignés** » (soit ceux énumérés de 1 jusqu'à 5) [Indicateurs construits à partir des questions Q85 à Q89 et Q91 pour les participants à l'EQLAV].

1. Alors que l'expression « maladie chronique » est couramment utilisée dans les milieux cliniques et administratifs, l'expression « problème de santé de longue durée », accompagnée de sa définition, a été retenue dans le contenu de l'EQLAV.
2. Pour plus de détails sur les variables sociodémographique et économique, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 1, à la page 34.

Taux d'incapacité : Indicateur de l'état de santé qui détermine la proportion des personnes qui ont déclaré des difficultés à réaliser certaines activités quotidiennes en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée (6 mois ou plus). Cela inclut les difficultés liées à l'audition, à la vision, à la parole, à la mobilité ou à l'agilité de même que les limitations d'activités en raison d'un problème de mémoire, d'un trouble d'apprentissage, de déficience intellectuelle ou de troubles envahissants du développement, d'un trouble de nature psychologique ou encore d'un problème de santé physique de nature indéterminée. Un second indicateur « **Incapacité** » permet de classer les personnes selon la présence ou non d'une incapacité. Il comprend deux catégories : avec incapacité (avoir déclaré l'une ou l'autre des difficultés ou limitations) et sans incapacité (n'avoir déclaré ni difficulté ni limitation) [Indicateurs construit à partir des questions de sélection Q95 à Q112C du questionnaire de l'EQES et des questions NG1 à NG19 de celui de l'EQLAV permettant de confirmer les difficultés mentionnées à l'EQES et de déclarer d'autres difficultés, le cas échéant].

Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité : Indicateur de l'état de santé qui détermine la proportion des personnes qui présentent une incapacité selon un indice mesurant le degré de gravité de l'incapacité. La mesure tient compte à la fois de la fréquence (nombre d'activités pour lesquelles la personne déclare une incapacité) et de l'intensité de l'incapacité (le fait d'être totalement ou partiellement incapable de pratiquer une activité donnée). Deux points sont accordés pour chaque réponse indiquant une incapacité totale à réaliser une activité, et un seul point est attribué pour chaque réponse faisant état d'une difficulté à faire une activité (« capable, mais avec difficulté ») ou d'une limitation dans le genre ou la quantité d'activités qu'on peut faire dans différents contextes (maison, travail, etc.). Autrement, aucun point n'est accordé. La somme des points représente un score. L'échelle des scores obtenus est divisée en trois catégories distinguant les niveaux d'incapacité légère (1 à 4 points), modérée (5 à 10 points) et grave (11 points et plus). Ainsi construit, l'indice de gravité de l'incapacité permet de qualifier celle-ci dans son ensemble selon ces trois niveaux mais ne permet pas de le faire pour chacun des types d'incapacité[2]. Cet indice est aussi présenté selon quatre catégories (sans incapacité, incapacité légère, incapacité modérée, incapacité grave) et permet de classer l'ensemble des personnes selon la présence ou non d'une incapacité et la gravité de l'incapacité [Indicateurs construits à partir des questions de sélection Q95 à Q112C du questionnaire de l'EQES et des questions NG1 à NG19 de celui de l'EQLAV permettant de confirmer les difficultés mentionnées à l'EQES et de déclarer d'autres difficultés, le cas échéant, tout en précisant leur intensité].

Taux d'incapacité selon le type d'incapacité : Proportions de personnes qui ont déclaré des difficultés ou des limitations selon les 10 types d'incapacité documentés dans l'EQLAV. (Pour plus de détails, voir l'encadré *Types d'incapacité* situé à la page 59). [Dix indicateurs construits à partir des questions de sélection Q95 à Q112C du questionnaire de l'EQES et des questions NG1 à NG19 de celui de l'EQLAV].

---

1. Pour plus de détails sur le nombre de problèmes de santé de longue durée, voir la section 2.3.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
2. Pour plus de détails sur l'indice de gravité de l'incapacité, voir la section 2.2.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

2.1 Perception de l'état de santé

Peu importe l'âge, la majorité des personnes âgées de 65 ans et plus se considèrent en excellente ou en très bonne santé. Cela dit, environ un aîné sur dix perçoit son état de santé comme moyen ou mauvais

En 2010-2011, la majorité des aînés du Québec vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel perçoivent leur état de santé[3] comme « excellent ou très bon » (60 %), 28 % s'estiment en « bonne » santé, tandis qu'une faible minorité (11 %) le considèrent comme « moyen ou mauvais » (tableau 2.1).

L'état de santé perçu ne diffère pas selon le sexe; par contre, il existe un écart selon l'âge entre les aînés de 65 à 74 ans et ceux de 75 ans et plus. En effet, les personnes de 75 ans et plus sont proportionnellement moins nombreuses que celles moins âgées à considérer leur état de santé comme « excellent ou très bon » (57 % c. 63 %). À l'inverse, elles sont plus susceptibles d'affirmer que leur état de santé est « bon » (30 % c. 27 %), ou encore « moyen ou mauvais » (13 % c. 11 %).

Tableau 2.1
Perception de l'état de santé[1] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	Excellent/Très bon	Bon	Moyen/Mauvais
	%		
Sexe[a]			
Hommes	61,6	27,5	10,9
Femmes	59,6	28,6	11,9
Groupe d'âge			
65-74 ans	62,7	26,7	10,6
75 ans et plus	56,9	30,3	12,8
75-84 ans	56,9	30,3	12,8
85 ans et plus	57,0	30,1	12,8
Ensemble	60,5	28,1	11,5

1. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « perception de l'état de santé » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

3. Parmi la population de 65 ans et plus, la variable « perception de l'état de santé » présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Cette non-réponse entraîne un biais faisant en sorte que la proportion de personnes se déclarant en « moyenne ou mauvaise » santé est sous-estimée, notamment chez celles de 85 ans et plus. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

2.1.1 Perception de l'état de santé selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Les personnes de 65 ans et plus vivant seules et celles qui sont membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu sont plus enclines à avoir une perception négative de leur état de santé

Le tableau 2.2 montre que les personnes de 65 ans et plus vivant seules sont proportionnellement moins nombreuses à se considérer en « excellente ou très bonne » santé (58 % c. 62 % pour celles ne vivant pas seules) et plus nombreuses à percevoir leur état comme « moyen ou mauvais » (15 % c. 10 % pour celles ne vivant pas seules).

Des écarts notables apparaissent aussi en fonction du niveau de revenu du ménage. Ainsi, 52 % des personnes de 65 ans et plus membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu s'estiment en « très bonne ou excellente » santé, tandis que cette proportion atteint 64 % lorsque le revenu du ménage est au-dessus de ce seuil. De même, elles sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer avoir un « bon » état de santé lorsqu'elles forment un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (31 % c. 27 % de celles vivant sous ce seuil). Elles sont aussi 17 % à considérer négativement leur état de santé (« moyen ou mauvais »), comparativement à 9 % chez les moins démunis.

Tableau 2.2
Perception de l'état de santé[1] selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	Excellent/Très bon	Bon	Moyen/Mauvais
		%	
Fait de vivre seul			
Oui	58,3	27,2	14,5
Non	61,8	28,5	9,8
Niveau de revenu du ménage			
Sous le seuil de faible revenu	52,4	30,9	16,7
Au-dessus du seuil de faible revenu	64,0	26,6	9,4

1. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

2.2 Nombre et types de problèmes de santé de longue durée

Un peu plus de la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel mentionnent avoir deux problèmes de santé de longue durée ou plus. La proportion atteint les deux tiers chez celles ayant 85 ans et plus

Au Québec, en 2010-2011, la grande majorité des personnes à l'étude, soit plus de huit personnes de 65 ans et plus sur dix (84 %), déclarent au moins un problème de santé de longue durée (soit un peu plus d'un million d'individus, donnée non présentée). Plus précisément, la plupart ont deux problèmes de santé de longue durée ou plus (57 %), un peu plus du quart en mentionnent un seul (27 %) et une minorité, soit 16 %, n'en déclarent aucun (tableau 2.3).

L'analyse selon le sexe montre que les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à n'avoir aucun problème de santé de longue durée (19 % c. 14 %), et moins susceptibles qu'elles d'en déclarer deux ou plus (53 % c. 59 %).

Chez les personnes de 65 à 74 ans, 29 % ont un problème de santé de longue durée et 53 % en ont au moins deux. Ainsi, approximativement huit aînés sur dix de cet âge mentionnent être touchés par au moins un problème de santé de longue durée. Passé le cap des 85 ans, une telle situation concerne pratiquement l'ensemble des aînés (89 %). Par ailleurs, l'examen des données révèle que par rapport à celles de 75 ans et plus, les personnes de 65 à 74 ans sont proportionnellement plus nombreuses à n'avoir aucun problème de santé de longue durée (19 % c. 13 %) ou à n'en avoir qu'un seul (29 % c. 26 %). À l'opposé, la proportion d'aînés ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus augmente graduellement d'un groupe d'âge à l'autre : ils représentent 53 % des personnes de 65 à 74 ans, 60 % de celles de 75 à 84 ans et environ les deux tiers des 85 ans et plus (66 %).

Tableau 2.3
Nombre de problèmes de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	Aucun problème de santé	Un problème de santé	Deux problèmes de santé ou plus
		%	
Sexe			
Hommes	18,5	28,1	53,3
Femmes	14,1	26,7	59,1
Groupe d'âge			
65-74 ans	18,7	28,7	52,7
75 ans et plus	12,8	25,6	61,6
75-84 ans	13,4	26,6	60,0
85 ans et plus	11,1	22,8	66,1
Ensemble	16,1	27,4	56,6

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

2.2.1 Nombre de problèmes de santé de longue durée selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

La présence de deux problèmes de santé de longue durée ou plus est plus fréquemment déclarée par les personnes vivant seules et par celles qui vivent dans un ménage dont le revenu est insuffisant

Par rapport aux personnes qui ne vivent pas seules, celles vivant seules sont proportionnellement moins nombreuses à avoir un seul problème de santé de longue durée (24 % c. 29 %) et plus nombreuses à en avoir deux ou plus (60 % c. 55 %) (tableau 2.4).

Le nombre de problèmes de santé de longue durée varie aussi selon le niveau de revenu du ménage. Comparativement aux personnes formant un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu, celles qui appartiennent à un ménage vivant sous ce seuil sont moins susceptibles de n'avoir aucun problème de santé de longue durée (17 % c. 13 %) ou un seul de ces problèmes (28 % c. 25 %). Par ailleurs, les personnes faisant partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu sont proportionnellement plus nombreuses à rapporter deux problèmes de santé ou plus que celles vivant dans de meilleures conditions financières (62 % c. 54 %).

Tableau 2.4
Nombre de problèmes de santé de longue durée selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	Aucun problème de santé	Un problème de santé	Deux problèmes de santé ou plus
	%		
Fait de vivre seul			
Oui	16,3	24,0	59,7
Non	16,0	28,9	55,1
Niveau de revenu du ménage			
Sous le seuil de faible revenu	13,4	24,8	61,7
Au-dessus du seuil de faible revenu	17,3	28,3	54,5

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

2.2.2 Types de problèmes de santé de longue durée

Parmi l'ensemble des personnes de 65 ans et plus, les trois quarts se disent atteintes d'au moins un des cinq problèmes de santé de longue durée désignés. De ces problèmes, l'hypertension et l'arthrite (ou le rhumatisme) sont les plus fréquemment rapportés

L'EQLAV fournit des données spécifiques pour cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés dans l'enquête, soit l'arthrite (ou rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou les maladies pulmonaires obstructives chroniques [MPOC]), l'hypertension et les maladies cardiaques. Ces problèmes de santé sont documentés de manière spécifique dans l'enquête, puisqu'ils font partie des maladies chroniques faisant l'objet d'une surveillance plus étroite de la part du MSSS, notamment chez les personnes âgées de 65 ans et plus (MSSS, 2012). Des données sur les problèmes de santé de longue durée de type « autres » sont aussi présentées.

Les cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés sont déclarés par les personnes âgées de 65 ans et plus dans des proportions allant de 10 % à 46 %, selon le cas (tableau 2.5). Soulignons le fait que deux de ces problèmes touchent chacun au moins quatre aînés sur dix; ce sont l'arthrite (ou le rhumatisme) (40 %) ainsi que l'hypertension (46 %). Près de quatre aînés sur dix ont un ou plusieurs problèmes de santé de longue durée de type « autres » (39 %), ce qui inclut par exemple l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

En gardant à l'esprit qu'une personne peut avoir plus d'un seul problème de santé de longue durée, il s'avère que trois personnes âgées de 65 ans et plus sur quatre déclarent au moins un des cinq problèmes de santé de longue durée désignés (75 %).

À l'exception de la bronchite chronique (ou MPOC), la proportion de personnes ayant un type particulier de problème de santé de longue durée se module en fonction du sexe. Les hommes sont ainsi plus sujets que les femmes à être touchés par le diabète (21 % c. 17 %) et les maladies cardiaques (27 % c. 19 %). En contrepartie, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être atteintes d'arthrite (ou de rhumatisme) (50 % c. 29 %), d'hypertension (49 % c. 42 %), ou encore d'un problème de santé de type « autres » (41 % c. 37 %).

Tableau 2.5
Types de problèmes de santé de longue durée[1] selon le sexe, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	Hommes	Femmes	Sexes réunis
		%	
Arthrite / arthrose / rhumatisme	28,9	49,8	**40,5**
Diabète	21,0	16,9	**18,7**
Bronchite chronique / emphysème / MPOC[3, a]	9,6	9,7	**9,6**
Hypertension	41,6	49,1	**45,8**
Maladies cardiaques	27,2	19,2	**22,7**
Autres[4]	36,7	40,6	**38,9**
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés	**72,5**	**77,0**	**75,0**

1. Une personne peut présenter plus d'un type de problème de santé de longue durée.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Maladie pulmonaire obstructive chronique.
4. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux mentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

La prévalence d'au moins un des cinq problèmes de santé de longue durée désignés augmente d'un groupe d'âge à l'autre, passant de 71 % à 83 %, des plus jeunes aux plus âgés, respectivement

À l'exception du diabète, les problèmes de santé de longue durée désignés voient leur prévalence augmenter selon l'âge. Chez les 75 ans et plus, l'arthrite (ou le rhumatisme) et l'hypertension touchent chacun environ la moitié des aînés

La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus ayant au moins un des cinq problèmes de santé désignés est relativement élevée dans tous les groupes d'âge, en plus d'augmenter significativement d'un groupe à l'autre (71 % chez les 65 à 74 ans c. 79 % chez les 75 à 84 ans c. 83 % au-delà de 85 ans) (tableau 2.6).

Deux des cinq problèmes de santé désignés voient leur prévalence augmenter en fonction de l'âge. D'abord, pour les problèmes du type « arthrite (ou rhumatisme) », la proportion d'aînés âgés de 65 à 74 ans est de 37 %; elle passe à 43 % chez ceux de 75 à 84 ans, et concerne la moitié des personnes de 85 ans et plus (50 %). Ce constat s'applique aussi pour les aînés ayant des maladies cardiaques. Suivant la même progression selon l'âge, la proportion d'aînés ayant un problème de ce type passe de 19 % à 26 %, puis à 34 %.

Par ailleurs, seules les personnes de 75 ans et plus se distinguent de celles de 65 à 74 ans en étant plus susceptibles de déclarer un problème de bronchite chronique (ou MPOC) (11 % c. 9 %) de même qu'un problème d'hypertension (49 % c. 43 %). En ce qui concerne les problèmes de santé dont la nature est indéterminée (« autres »), les personnes de 75 ans et plus sont, toutes proportions gardées, moins nombreuses à en être touchées (37 % c. 40 %).

Tableau 2.6
Types de problèmes de santé de longue durée[1] selon l'âge, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	65-74 ans	75 ans et plus	75-84 ans	85 ans et plus
	%			
Arthrite /arthrose / rhumatisme	37,0	45,0	43,2	50,2
Diabète[a]	18,1	19,5	20,1	17,7
Bronchite chronique / emphysème / MPOC[3]	8,7	10,9	10,8	11,0
Hypertension	42,9	49,5	49,0	50,8
Maladies cardiaques	18,8	28,0	25,8	34,1
Autres[4]	40,1	37,2	36,3	39,9
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés	71,1	80,1	79,2	82,9

1. Une personne peut présenter plus d'un type de problème de santé de longue durée.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Maladie pulmonaire obstructive chronique.
4. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux mentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « groupe d'âge » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

2.3 Prévalence de l'incapacité

Plus de la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus ont une incapacité. Cette proportion augmente avec l'âge : passé le cap des 85 ans, la grande majorité des aînés, soit plus de huit personnes sur dix, sont dans cette situation

Cette section du chapitre 2 décrit la prévalence de l'incapacité dans la population de 65 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel. Telle que mesurée dans l'EQLAV 2010-2011, plus de la moitié de cette population a une incapacité (57 %) (tableau 2.7). Cela correspond à près de 695 000 individus au Québec (donnée non présentée).

Dans la population à l'étude, les femmes sont davantage touchées par l'incapacité que les hommes (60 % c. 54 %). L'analyse révèle par ailleurs un accroissement marqué du taux d'incapacité d'un groupe d'âge à l'autre. Selon les résultats obtenus, les aînés avec incapacité représentent 48 % des personnes de 65 à 74 ans, 64 % de celles de 75 à 84 ans, et ils comptent pour plus de huit sur dix une fois le cap des 85 ans atteint (84 %).

Une analyse plus détaillée confirme que les différences selon le sexe déjà soulignées sont aussi présentes au sein des deux groupes d'âge plus avancé (données non présentées).

Tableau 2.7
Taux d'incapacité selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	54,2
Femmes	59,5
Groupe d'âge	
65-74 ans	**48,0**
75 ans et plus	**69,3**
75-84 ans	63,9
85 ans et plus	84,0
Ensemble	**57,2**

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

2.3.1 Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité

Les proportions d'aînés ayant une incapacité modérée ou une incapacité grave augmentent d'un groupe d'âge à l'autre, pour atteindre 27 % et 32 %, respectivement, à l'âge de 85 ans et plus. Au-delà de 85 ans, c'est donc près de six personnes sur dix qui ont une incapacité modérée ou grave

Dans l'ensemble de la population de 65 ans et plus, au-delà de deux aînés sur cinq n'ont aucune incapacité (43 %), un peu plus de trois sur dix présentent une incapacité légère (31 %), 16 % sont touchés par une incapacité modérée, et ils sont environ un sur dix à déclarer une incapacité grave (10 %). Une différence selon le sexe apparaît à tous les niveaux de gravité et, d'après les résultats, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à n'avoir aucune incapacité (46 % c. 40 %) ou une incapacité légère (34 % c. 29 %). En ce qui a trait aux deux autres niveaux de gravité, la part de femmes concernées est plus forte que celle des hommes : 19 % contre 12 % lorsque l'incapacité est modérée, et 12 % contre 8 % lorsqu'elle est grave.

L'analyse selon l'âge montre d'abord que la proportion de personnes ayant une incapacité légère est moins élevée chez les 85 ans et plus (25 %) que parmi les 65 à 74 ans (31 %) et les 75 à 84 ans (33 %). Par ailleurs, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité modérée prend de l'ampleur d'un groupe d'âge à l'autre, passant d'environ un aîné sur dix chez les 65 à 74 ans (12 %) à deux sur dix dans le groupe d'âge suivant (19 %), pour ensuite s'élever à plus du quart de ceux ayant 85 ans et plus (27 %). La progression paraît encore plus marquée dans le cas de l'incapacité grave (5 % chez les 65 à 74 ans c. 11 % chez les 75 à 84 ans c. 32 % chez les 85 ans et plus). En parallèle, on remarque qu'entre 65 et 74 ans, la majorité des aînés n'ont aucune incapacité (52 %), une part qui va en s'amenuisant graduellement avec l'âge jusqu'à 16 % passé le cap des 85 ans.

Tableau 2.8
Gravité de l'incapacité selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	Sans incapacité	Incapacité légère	Incapacité modérée	Incapacité grave
		%		
Sexe				
Hommes	45,8	34,2	11,6	8,4
Femmes	40,5	28,7	19,1	11,7
Groupe d'âge				
65-74 ans	**52,0**	**31,2**	**11,5**	**5,2**
75 ans et plus	**30,7**	**31,1**	**21,3**	**16,9**
75-84 ans	36,1	33,4	19,3	11,3
85 ans et plus	16,0	24,8	26,8	32,3
Ensemble	42,8	31,2	15,8	10,3

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

2.3.2 Taux d'incapacité selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Les personnes vivant seules et celles appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu sont plus susceptibles d'être touchées par une incapacité

La prévalence de l'incapacité se module selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage; dans les deux cas, l'écart est similaire (tableau 2.9). D'abord, les personnes vivant seules sont plus susceptibles d'avoir une incapacité que celles qui ne vivent pas seules (63 % c. 54 %). Ainsi en est-il également des personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu, comparativement à celles vivant au-dessus de ce seuil (65 % c. 54 %).

Parmi ceux vivant seuls, environ le tiers des aînés ont une incapacité grave ou modérée (32 %). Cette proportion est similaire chez ceux qui sont membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (36 %)

L'association entre la gravité de l'incapacité et le fait de vivre seul, ou encore avec le niveau de revenu du ménage, apparaît pour l'incapacité modérée et pour l'incapacité grave. En effet, les aînés sont plus sujets à avoir une incapacité modérée ou une incapacité grave lorsqu'ils vivent seuls ou s'ils sont membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (tableau 2.10). Environ un aîné sur cinq (19 %) vivant seul et tout autant (20 %) parmi ceux qui font partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu ont une incapacité modérée. Ces proportions sont inférieures chez les personnes qui ne sont pas dans de telles situations (14 %, dans les deux cas). Les résultats vont dans le même sens du côté de l'incapacité grave : 13 % des aînés vivant seuls sont concernés (c. 9 % de ceux ne vivant pas seuls) et 16 % de ceux qui appartiennent à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (c. 8 % de ceux vivant au-dessus de ce seuil). En corollaire, la part des personnes sans incapacité est plus faible tant chez les aînés vivant seuls que chez ceux dont le ménage a un revenu insuffisant (données non présentées).

Tableau 2.9
Taux d'incapacité selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	%
Fait de vivre seul	
Oui	63,0
Non	54,0
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	65,2
Au-dessus du seuil de faible revenu	53,6

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Tableau 2.10
Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité, le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	Incapacité légère	Incapacité modérée	Incapacité grave
		%	
Fait de vivre seul			
Oui	31,1	19,2	12,8
Non	31,2	14,0	8,8
Niveau de revenu du ménage			
Sous le seuil de faible revenu	29,6	20,0	15,6
Au-dessus du seuil de faible revenu	31,7	13,9	8,0

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

2.3.3 Taux d'incapacité selon le type d'incapacité

Les incapacités liées à la mobilité et à l'agilité sont les plus courantes chez les aînés. Chacun de ces types d'incapacité touche environ le tiers de la population étudiée

Pour cinq types d'incapacité (vision, mobilité, agilité, mémoire et incapacité de nature psychologique), la prévalence observée est supérieure chez les femmes. Seule la prévalence de l'incapacité liée à l'audition est plus élevée chez les hommes

L'EQLAV a permis de documenter la présence de dix types d'incapacité physique et non physique, dont la description est présentée dans l'encadré ci-dessous. Précisons qu'une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

Parmi les types d'incapacité examinés, certains ressortent comme étant plus courants chez les aînés. C'est le cas de l'incapacité liée à l'agilité et de celle liée à la mobilité, toutes deux touchant plus du tiers (34 % et 35 % respectivement) des personnes âgées de 65 ans et plus (tableau 2.11). D'autres types d'incapacité sont également présents dans la population à l'étude. En ce qui concerne

Types d'incapacité

Audition : Difficulté à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes, au cours d'une conversation avec une autre personne ou au cours d'une conversation téléphonique.

Vision : Difficulté à voir les caractères ordinaires d'un journal ou à voir clairement le visage d'une personne éloignée de quatre mètres.

Parole : Difficulté à parler et à se faire comprendre.

Mobilité : Difficulté à marcher sur une distance de 400 mètres, à monter et à descendre un escalier d'environ 12 marches, à transporter un objet de 5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres, à se tenir debout pendant plus de 20 minutes ou à se déplacer d'une pièce à l'autre.

Agilité : Difficulté à se pencher, à se couper les ongles d'orteils, à se servir de ses doigts pour saisir ou manier des objets, à tendre les bras dans n'importe quelle direction, à se mettre au lit ou à en sortir, à s'habiller et à se déshabiller ou à couper sa nourriture.

Apprentissage : Troubles d'apprentissage ou de perception, difficultés d'attention ou hyperactivité diagnostiqués.

Mémoire : Difficultés de mémoire ou périodes de confusion tous les jours ou presque.

Déficience intellectuelle/TED : Déficience intellectuelle ou trouble envahissant du développement diagnostiqué.

Psychologique : Limitation dans la quantité ou le genre d'activités qu'une personne peut faire en raison de troubles émotifs, psychologiques ou psychiatriques d'une durée de six mois ou plus, comme les phobies, l'anxiété, la dépression, les problèmes d'alcool, de drogue ou de jeu, la schizophrénie et autres.

Indéterminée : Limitation dans la quantité ou le genre d'activités qu'une personne peut faire en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité susmentionné.

les incapacités relatives aux fonctions sensorielles, les difficultés auditives touchent un aîné sur cinq (19 %), celles liées à la vision, près d'un aîné sur dix (9 %) et enfin, une faible proportion de personnes ont une incapacité liée à la parole (2,7 %). Les incapacités ayant rapport aux fonctions cognitives touchent 2,3 % des individus dans le cas des troubles de l'apprentissage, 12 % lorsqu'il s'agit de difficultés liées à la mémoire, et une part minime (0,4 %*) dans le cas de la déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement (TED). Environ 3,8 % des aînés ont une incapacité de nature psychologique, c'est-à-dire qu'ils ont des limitations dans le genre ou la quantité d'activités qu'ils peuvent faire, en raison d'un trouble émotif, psychologique ou psychiatrique. Enfin, 3,2 % des personnes à l'étude ont une incapacité de nature indéterminée.

L'analyse selon le sexe montre que les femmes, comparativement aux hommes, sont plus susceptibles d'avoir une incapacité liée à la vision (10 % c. 7 %), à la mobilité (41 % c. 26 %), à l'agilité (39 % c. 30 %), à la mémoire (12 % c. 11 %), ou encore une incapacité de nature psychologique (4,6 % c. 2,7 %). C'est seulement pour l'incapacité liée à l'audition que la proportion d'hommes est supérieure à celle des femmes (22 % c. 16 %).

Tableau 2.11
Taux d'incapacité[1] selon le type d'incapacité et selon le sexe, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	Hommes	Femmes	Sexes réunis
		%	
Audition	21,6	16,1	**18,5**
Vision	6,7	10,2	**8,6**
Parole[a]	3,0	2,5	**2,7**
Mobilité	26,0	40,8	**34,2**
Agilité	30,2	39,1	**35,1**
Apprentissage[a]	1,9	2,6	**2,3**
Mémoire	10,6	12,5	**11,6**
Déficience intellectuelle/TED[a]	0,5**	0,3**	**0,4***
Psychologique	2,7	4,6	**3,8**
Indéterminée[3, a]	3,7	2,8	**3,2**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Au-delà de 85 ans, plus de six aînés sur dix sont touchés par une incapacité liée à l'agilité, et une part similaire sont concernés par une incapacité liée à la mobilité

En règle générale, la proportion de personnes ayant un type d'incapacité donné augmente en fonction de l'âge. Pour les incapacités liées à l'audition, à la vision, à la mobilité, à l'agilité et à la mémoire, les écarts sont significatifs entre les trois groupes d'âge examinés (tableau 2.12).

En ce qui concerne les incapacités liées à la parole et à l'apprentissage et celle de nature psychologique, seules les personnes de 85 ans et plus se distinguent de celles de moins de 85 ans. C'est l'inverse pour l'incapacité dont la nature est indéterminée, les individus de 85 ans et plus étant moins susceptibles d'en présenter une que ceux des deux groupes d'âge moins avancé. Fait à remarquer, chez les personnes âgées de 85 ans et plus, environ six sur dix ont une incapacité liée à la mobilité et une part similaire, une incapacité relative à l'agilité.

Tableau 2.12
Taux d'incapacité selon le type d'incapacité[1] et selon l'âge, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	65-74 ans	75 ans et plus	75-84 ans	85 ans et plus
		%		
Audition	13,2	25,6	20,6	39,5
Vision	5,5	12,7	9,3	22,1
Parole	1,7*	3,9	2,9*	7,0
Mobilité	24,8	46,6	40,0	65,1
Agilité	26,6	46,5	40,9	62,2
Apprentissage	1,5*	3,3	2,5*	5,4
Mémoire	7,0	17,8	14,3	27,4
Déficience intellectuelle/TED	0,3**	0,6*	0,4**	1,0**
Psychologique	3,3	4,5	4,0	5,8
Indéterminée[3]	3,8	2,5	2,8*	1,6*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; à interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

2.4 Cooccurrence des problèmes de santé de longue durée et de l'incapacité

Environ la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus (52 %) ont une condition qui combine la présence d'incapacité à celle d'au moins un problème de santé de longue durée

Un aîné sur cinq est touché à la fois par deux problèmes de santé de longue durée ou plus et une incapacité grave ou modérée (21 %)

Les deux sections précédentes ont servi à dresser le portrait de santé des personnes de 65 ans et plus selon le nombre de problèmes de santé de longue durée et selon l'incapacité. La présente section s'intéresse à la cooccurrence de ces deux phénomènes chez les aînés. Comme il a déjà été observé, au-delà de huit aînés sur dix mentionnent avoir au moins un problème de santé de longue durée (84 %, tableau 2.3) et près de six sur dix déclarent avoir une incapacité (57 %, tableau 2.7). Il est pertinent de se pencher sur la présence combinée de l'incapacité et des problèmes de santé de longue durée dans la population à l'étude. Les données indiquent qu'une telle situation est relativement fréquente puisqu'elle touche environ la moitié des personnes de 65 ans et plus (52 %[4] ayant à la fois une incapacité et au moins un problème de santé de longue durée) (tableau 2.13).

Un examen plus détaillé permet de constater qu'un peu plus d'une personne de 65 ans et plus sur cinq combinent deux problèmes de santé de longue durée ou plus et une incapacité modérée ou grave (21 %[5]). À l'opposé se trouvent une faible minorité de personnes de 65 ans et plus n'ayant ni incapacité ni problème de santé de longue durée (11 %).

Tableau 2.13
Répartition de la population de 65 ans et plus[1], taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité et le nombre de problèmes de santé de longue durée[2], Québec, 2010-2011

	Niveau de gravité de l'incapacité			Avec incapacité	Sans incapacité	Total
	Légère	Modérée	Grave			
				%		
Aucun problème de santé	3,8	0,7*	0,2**	4,7	11,3	16,0
Un problème de santé	8,1	3,0	1,5	12,6	14,7	27,3
Deux problèmes de santé ou plus	19,2	12,0	8,6	39,9	16,8	56,7
Ensemble	31,1	15,7	10,3	57,2	42,8	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
2. Chaque proportion présentée dans ce tableau se rapporte à l'ensemble de la population de 65 ans et plus (100 %). En voici deux exemples. Parmi les personnes de 65 ans et plus, on constate que 11,3 % n'ont ni incapacité ni problème de santé de longue durée; 8,6 % ont une incapacité grave ainsi que deux problèmes de santé ou plus.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

4. Cette proportion équivaut à la somme de la proportion de personnes avec incapacité ayant un problème de santé (12,6 %) et la proportion de celles avec incapacité ayant deux problèmes de santé ou plus (39,9 %).
5. Cette proportion équivaut à la somme de la proportion de personnes ayant deux problèmes de santé ou plus et une incapacité modérée (12,0 %) et de la proportion de celles ayant deux problèmes de santé ou plus et une incapacité grave (8,6 %).

2.4.1 Taux selon la gravité de l'incapacité, le nombre de problèmes de santé de longue durée et le sexe

Chez les personnes de 65 ans et plus, le taux d'incapacité augmente en fonction du nombre de problèmes de santé de longue durée, cette association apparaissant autant chez les hommes que chez les femmes. Les résultats pour chacun des niveaux de gravité de l'incapacité suivent généralement le même profil

Au sein de la population de 65 ans et plus, la proportion de personnes ayant une incapacité augmente selon le nombre de problèmes de santé de longue durée. Cette proportion, qui est de 30 % chez les aînés n'ayant aucun problème de santé, connaît une première hausse en s'élevant à environ la moitié de ceux ayant un seul problème de santé (46 %), et augmente de nouveau en atteignant approximativement sept aînés sur dix ayant deux problèmes de santé ou plus (70 %) (tableau 2.14).

Pour tous les niveaux de gravité de l'incapacité (légère, modérée, grave), la proportion d'aînés ayant une incapacité augmente aussi graduellement en fonction du nombre de problèmes de santé. En ce qui concerne l'incapacité légère, cette proportion est de 24 % en l'absence de problème de santé, elle s'élève à 30 % en présence d'un seul problème, pour finalement atteindre 34 % lorsque deux problèmes de santé ou plus sont déclarés. De même, approximativement 4 %* des aînés n'ayant aucun problème de santé ont une incapacité modérée, une proportion qui est estimée à 11 % chez ceux qui en ont un seul et à 21 % parmi ceux ayant deux problèmes de santé ou plus. Enfin, la proportion d'aînés ayant une incapacité grave s'accroît de manière graduelle d'environ 1 %** à 5 % puis à 15 % parmi les personnes de 65 ans et plus qui ont, respectivement, aucun problème de santé, un seul problème et deux problèmes de santé ou plus.

La relation entre la gravité de l'incapacité et le nombre de problèmes de santé de longue durée est aussi observée pour chaque sexe. À ceci se trouve une exception : seules les femmes ayant deux problèmes de santé ou plus se distinguent en étant plus susceptibles d'avoir une incapacité légère (31 %) que celles qui en ont un seul (26 %) et celles qui n'en ont aucun (24 %).

Tableau 2.14
Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité, le nombre de problèmes de santé et le sexe, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	Légère	Modérée	Grave	Avec incapacité
	%			
Hommes				
Aucun problème de santé	24,2	3,5*	1,1**	**28,9**
Un problème de santé	33,5	6,6	4,6*	**44,7**
Deux problèmes de santé ou plus	38,1	17,1	12,9	**68,2**
Femmes				
Aucun problème de santé	23,7	4,9*	1,7**	**30,3**
Un problème de santé	26,4	14,8	6,1*	**47,4**
Deux problèmes de santé ou plus	30,8	24,2	16,8	**71,8**
Sexes réunis				
Aucun problème de santé	24,0	4,2*	1,4**	**29,6**
Un problème de santé	29,6	11,1	5,4	**46,1**
Deux problèmes de santé ou plus	33,9	21,3	15,2	**70,3**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

2.4.2 Taux selon la gravité de l'incapacité, le nombre de problèmes de santé de longue durée et l'âge

La hausse du taux d'incapacité en fonction du nombre de problèmes de santé de longue durée est observée dans chaque groupe d'âge

Parmi les personnes âgées de 85 ans et plus déclarant deux problèmes de santé de longue durée ou plus, quatre sur dix ont une incapacité grave

À l'instar de l'analyse effectuée pour les deux sexes, l'association entre l'incapacité et le nombre de problèmes de santé de longue durée apparait aussi au sein de chaque groupe d'âge. En effet, parmi les aînés de 65 à 74 ans, la proportion de personnes ayant une incapacité est estimée à 23 % chez ceux n'ayant aucun problème de santé de longue durée, puis elle passe à 36 % chez ceux qui en ont un seul, pour atteindre la majorité de ceux ayant deux problèmes de santé ou plus (63 %) (tableau 2.15).

Cette hausse graduelle ressort aussi parmi les personnes de 75 à 84 ans : la proportion de personnes ayant une incapacité passe de 37 % à 55 %, pour ensuite s'élever à 74 % chez les aînés ayant respectivement aucun, un seul et deux problèmes de santé de longue durée ou plus.

Finalement, chez les personnes de 85 ans et plus, 60 % n'ayant aucun problème de santé de longue durée ont une incapacité. Cette part augmente à huit aînés sur dix ayant un seul problème (80 %), pour atteindre pratiquement l'ensemble des aînés ayant deux problèmes de santé ou plus (89 %).

Pour ce qui est de l'analyse détaillée selon le niveau de gravité de l'incapacité, le profil de résultats observé pour l'ensemble des personnes aînées se dessine également parmi les deux groupes d'âge moins avancé (65 à 74 ans et 75 à 84 ans). Une exception touchant les 75 à 84 ans tient au fait que dans ce groupe d'âge, la proportion de personnes ayant une incapacité légère ne diffère pas significativement selon le nombre de problèmes de santé de longue durée.

Tableau 2.15
Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité, le nombre de problèmes de santé de longue durée et l'âge, population de 65 et plus[1], Québec, 2010-2011

	Légère	Modérée	Grave	Avec incapacité
			%	
65-74 ans				
Aucun problème de santé	20,9	x	x	**23,2**
Un problème de santé	27,4	6,4	2,2**	**36,0**
Deux problèmes de santé ou plus	37,0	17,7	8,6	**63,2**
75-84 ans				
Aucun problème de santé	28,9	x	x	**36,6**
Un problème de santé	33,7	14,2	7,5*	**55,4**
Deux problèmes de santé ou plus	34,2	24,3	15,3	**73,7**
85 ans et plus				
Aucun problème de santé	33,6	14,4*	12,2**	**60,1**
Un problème de santé	30,3	30,3	19,2	**79,8**
Deux problèmes de santé ou plus	21,1	27,6	40,7	**89,4**

x Donnée confidentielle

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Par contre, l'analyse des données qui concernent les personnes de 85 ans et plus donne lieu à un autre profil de résultats. En effet, dans ce groupe d'âge, seules les personnes ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont proportionnellement plus nombreuses à avoir une incapacité grave (41 %), comparativement à celles ayant un seul problème de santé (19 %) et à celles qui n'en ont aucun (environ 12 %**). Toujours au sein de ce même groupe d'âge, les aînés n'ayant aucun problème de santé sont moins susceptibles d'avoir une incapacité modérée (14 %*) que ceux ayant un seul problème de santé de longue durée (30 %) ou au moins deux problèmes de cette nature (28 %). Quant à l'incapacité légère, elle est moins répandue chez les personnes qui déclarent deux problèmes de santé ou plus (21 %) que chez celles qui en ont un seul (30 %) ou pas du tout (34 %).

2.4.3 Taux selon la gravité de l'incapacité et le type de problème de santé de longue durée

La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité augmente en présence de chacun des types de problèmes de santé de longue durée documentés par l'enquête. C'est aussi le cas lorsque l'on considère les résultats pour les niveaux modéré et grave de l'incapacité

Parmi les aînés déclarant de l'arthrite (ou du rhumatisme), une bronchite chronique (ou une MPOC), ou ayant une maladie cardiaque, la grande majorité rapportent une incapacité; pour au moins quatre aînés sur dix, cette incapacité est modérée ou grave

Cette section portant sur la cooccurrence de l'incapacité et de la maladie se conclut en examinant la présence et la gravité de l'incapacité selon les types particuliers de problèmes de santé de longue durée. On constate que la part des personnes avec incapacité est plus élevée chez celles ayant un problème de santé donné, comparativement à celles qui ne l'ont pas (tableau 2.16).

Pour chacun des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés, une grande majorité d'aînés sont touchés par l'incapacité (entre 63 % et 82 %, selon le problème de santé). L'analyse permet de déceler trois types de problèmes de santé pour lesquels la grande majorité des aînés concernés présentent une incapacité. Il s'agit de l'arthrite (ou du rhumatisme) (75 %), de la bronchite chronique (ou MPOC) (82 %), de même que des maladies cardiaques (75 %). D'ailleurs, pour ces trois types, l'écart significatif entre les personnes déclarant le problème et celles qui ne l'ont pas paraît plus marqué.

Les aînés ayant au moins un des cinq problèmes de santé de longue durée désignés sont plus susceptibles d'avoir une incapacité que ceux qui n'ont pas de tels problèmes (64 % c. 35 %). Il en est de même pour chacun des niveaux de gravité de l'incapacité. Toujours en comparant les aînés ayant au moins un de ces problèmes de santé à ceux qui n'en ont pas : 33 % contre 25 % ont une incapacité légère, 19 % contre 6 % ont une incapacité modérée et 12 % contre environ 4 %* ont une incapacité grave.

En ce qui concerne chacun des types de problèmes de santé désignés, les personnes rapportant un problème d'arthrite (ou de rhumatisme) sont plus susceptibles d'avoir une incapacité légère que celles qui ne sont pas touchées par ce type de problème (34 % c. 29 %). Cet écart apparaît aussi chez les aînés mentionnant avoir un problème de bronchite chronique (ou MPOC) par rapport à ceux qui n'en sont pas atteints (35 % c. 31 %). Du côté de l'incapacité modérée ou grave, l'analyse permet de dégager une constante : la présence de n'importe quel type de problème de santé se combine à une plus forte proportion de personnes ayant une incapacité. Notamment, l'incapacité modérée ou grave (ces deux niveaux de gravité combinés) touche au-delà de quatre aînés sur dix ayant l'un des problèmes de santé suivant : arthrite (ou rhumatisme) (41 %), bronchite chronique (ou MPOC) (47 %) et maladies cardiaques (43 %).

Tableau 2.16
Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité et le type de problème de santé de longue durée[1], population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	Légère	Modérée	Grave	Avec incapacité
			%	
Arthrite / arthrose / rhumatisme				
Oui	33,8	24,5	16,4	**74,7**
Non	29,4	9,6	5,9	**44,9**
Diabète				
Oui	29,0	22,1	16,4	**67,5**
Non	31,6	14,3	8,8	**54,7**
Bronchite chronique / emphysème / MPOC[3]				
Oui	35,2	24,7	22,0	**81,9**
Non	30,7	14,7	8,9	**54,3**
Hypertension				
Oui	32,6	18,3	12,0	**62,9**
Non	30,0	13,4	8,7	**52,1**
Maladies cardiaques				
Oui	31,5	23,8	19,4	**74,7**
Non	31,1	13,2	7,5	**51,9**
Autres[4]				
Oui	32,6	18,5	15,6	**66,6**
Non	30,2	13,9	6,8	**50,9**
Au moins un des 5 types de problèmes de santé désignés				
Oui	33,1	18,6	11,9	**63,7**
Non	25,4	5,6	3,7*	**34,7**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Une personne peut présenter plus d'un type de problème de santé de longue durée.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Maladie pulmonaire obstructive chronique.
4. Ce sont les personnes déclarant des problèmes de santé de longue durée « autres » que ceux mentionnés dans le tableau. Cela comprend, par exemple, l'ostéoporose, la dépression chronique et le cancer.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Partie 2

UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

3 CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

CHANTALE LECOURS

Faits saillants

- Au sein de la population du Québec âgée de 65 ans et plus, neuf personnes sur dix consomment des médicaments prescrits au moment de l'enquête.
- Au cours d'une période d'un mois, environ une personne sur dix a pris moins de médicaments que ce qui leur était prescrit et 3,5 % en ont pris en surplus, parmi les personnes âgées de 65 ans et plus qui consomment des médicaments prescrits.
- L'oubli est la raison invoquée par plus d'une personne sur deux qui ont consommé moins de médicaments que ce qui était prescrit, et le fait d'avoir davantage d'effets bénéfiques est la raison la plus fréquemment invoquée par celles qui en ont pris plus que la quantité prescrite.
- Près de deux personnes sur trois âgées de 85 ans et plus ont pris quatre types ou plus de médicaments prescrits au cours des vingt-quatre heures précédant l'enquête.
- Les personnes âgées de 65 ans et plus dont le profil de l'état de santé est moins favorable rapportent davantage avoir consommé quatre types ou plus de médicaments différents.

Ce chapitre fait état des résultats obtenus à l'égard de la consommation de médicaments prescrits par un médecin par les personnes de 65 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel[1]. Plus précisément, la consommation actuelle de médicaments est d'abord traitée. Sont ensuite étudiés les comportements de non-observance de la posologie au cours d'une période d'un mois, c'est-à-dire le fait d'avoir pris moins ou plus de médicaments que ce qui était prescrit par le médecin, et des raisons de cette non-observance. Puis, le nombre de médicaments de types différents consommés la veille de l'enquête est décrit. Les résultats sont présentés selon le sexe et l'âge, le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage[2]. Ceux concernant le nombre de médicaments consommés sont aussi examinés en fonction de certaines caractéristiques liées à la santé[3].

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
2. Pour plus de détails sur les variables sociodémographique et économique, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 1, à la page 34.
3. Pour plus de détails sur les variables liées à la santé, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 2, à la page 48.

Indicateurs utilisés

Consommation actuelle de médicaments prescrits : Consommation de médicaments d'ordonnance au moment de l'enquête. Les médicaments d'ordonnance comprennent tous les médicaments prescrits par un médecin, incluant ceux en vente libre et les suppléments vitaminiques. Il peut s'agir de pilules, d'injections, de crèmes, de gouttes ou de pompes (inhalateurs) [Indicateur établi à partir de la question E1].

Consommation de médicaments prescrits en moins : Consommation en moins de médicaments d'ordonnance, de types différents ou d'un même type, que ce qui est prescrit par le médecin, à un moment ou à un autre, au cours d'une période d'un mois [Indicateur établi à partir de la question E4].

Consommation de médicaments prescrits en surplus : Consommation en surplus de médicaments d'ordonnance, de types différents ou d'un même type, que ce qui est prescrit par le médecin, à un moment ou à un autre, au cours d'une période d'un mois [Indicateur établi à partir de la question E6].

Nombre de médicaments différents consommés : Nombre de médicaments d'ordonnance de types différents consommés au cours des vingt-quatre heures précédant l'enquête. Cet indicateur compte quatre catégories: aucun, un, deux ou trois, quatre ou plus. Pour certaines analyses, les trois dernières catégories sont regroupées pour former la catégorie « au moins un » [Indicateur construit à partir de la question E2].

3.1 Consommation actuelle de médicaments prescrits selon le sexe et l'âge

Chez les personnes de 65 ans et plus, neuf sur dix consomment des médicaments prescrits

La grande majorité (90 %) de la population de 65 ans et plus consomme actuellement (au moment de l'enquête) des médicaments prescrits par un médecin[4] (tableau 3.1). La proportion de consommateurs actuels est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (92 % c. 88 %). La consommation actuelle de médicaments varie également selon l'âge, puisqu'on remarque que les personnes âgées entre 65 et 74 ans (87 %) sont proportionnellement moins nombreuses que celles de 75 ans et plus (93 %, chez les 75 à 84 ans et 95 %, chez les 85 ans et plus) à en prendre.

Tableau 3.1
Proportion de consommateurs actuels de médicaments prescrits selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	87,6
Femmes	91,5
Groupe d'âge	
65-74 ans	86,7
75 ans et plus	93,8
75-84 ans	93,4
85 ans et plus	94,8
Ensemble	**89,8**

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

3.2 Non-observance de la posologie et motifs de non-respect

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus qui consomment des médicaments prescrits, environ une sur dix en a pris moins que ce qui leur était prescrit par le médecin et 3,5 % en ont pris en surplus, au cours d'une période d'un mois

L'EQLAV documente, chez la population âgée de 65 ans et plus consommant des médicaments prescrits au moment de l'enquête, la proportion de personnes en ayant pris en moins ou en surplus que ce qui était prescrit[5]. Ainsi, on constate que 10 % de cette population ont consommé moins de médicaments, à un moment ou à un autre au cours d'une période d'un mois, que ce qui leur est prescrit par le médecin (tableau 3.2). Si aucune différence statistiquement significative n'est observée selon le sexe, il en va autrement selon l'âge. En effet, on compte une proportion moins élevée de personnes dans cette situation chez les 85 ans et plus (7 %) par rapport aux groupes d'âge moins avancé (10 %, chez les 65 à 74 ans et les 75 à 84 ans, respectivement).

4. Les médicaments prescrits comprennent tous les types de médicaments pouvant être prescrits par un médecin, incluant ceux en vente libre et les suppléments vitaminiques.
5. Une personne peut avoir présenté un seul des deux comportements ou les deux, à un moment ou à un autre au cours d'une période d'un mois.

Toujours parmi les personnes de 65 ans et plus consommant des médicaments prescrits, 3,5 % ont, au cours d'une période d'un mois, consommé des médicaments en plus grande quantité que ce qui est prescrit par le médecin (tableau 3.2). On ne détecte toutefois pas d'écart significatif selon le sexe et le groupe d'âge.

Lorsque l'on examine la non-observance de la posologie selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, on remarque que les personnes vivant seules sont proportionnellement plus nombreuses à consommer moins de médicaments que ce qui est prescrit par le médecin (11 % c. 9 %, chez celles ne vivant pas seules, données non présentées). Quant au niveau de revenu du ménage, aucune association statistiquement significative n'est observée.

Plus d'une personne sur deux mentionne avoir consommé moins de médicaments que ce qui était prescrit à cause d'un oubli. Par ailleurs, la raison la plus fréquemment invoquée par celles qui en ont pris plus que ce qui était prescrit est d'avoir davantage d'effets bénéfiques

L'enquête permet de documenter les raisons motivant le fait d'avoir consommé moins ou plus de médicaments par rapport à ce qui est prescrit par le médecin[6]. Les raisons invoquées pour justifier le fait d'en avoir pris moins sont les suivantes :

- le coût des médicaments (7 %*);
- l'oubli (55 %);
- les effets secondaires (20 %);
- la crainte de devenir dépendant (11 %);
- un problème d'accès à une pharmacie (environ 1 %**).

Par ailleurs, les raisons invoquées pour motiver la consommation en plus grande quantité de médicaments prescrits sont les suivantes :

- avoir oublié les avoir déjà pris (environ 3 %**);
- avoir davantage d'effets bénéfiques (78 %).

Tableau 3.2
Proportions de personnes ayant consommé des médicaments prescrits en moins ou en surplus[1] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[2] consommant des médicaments prescrits[3], Québec, 2010-2011

	A pris moins que ce qui était prescrit[a]	A pris plus que ce qui était prescrit[b]
	%	
Sexe		
Hommes	9,6	3,2
Femmes	10,2	3,8
Groupe d'âge		
65-74 ans	10,5	3,7
75 ans et plus	9,3	3,3
75-84 ans	10,0	3,5*
85 ans et plus	7,3	2,8*
Ensemble	9,9	3,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Une personne peut avoir présenté un seul des deux comportements ou les deux, à un moment ou à un autre au cours d'une période d'un mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Consommation actuelle de médicaments prescrits.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

b. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « sexe » et « groupe d'âge » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

6. Ces variables sont tirées des questions E5 et E7. Une personne peut invoquer plus d'une raison.

3.3 Nombre de médicaments différents consommés

3.3.1 Nombre de médicaments différents consommés selon le sexe et l'âge

L'analyse du nombre de types de médicaments prescrits différents consommés au cours des vingt-quatre heures précédant l'enquête par les personnes âgées de 65 ans et plus montre que près de neuf personnes sur dix (88 %) ont pris au moins un type de médicaments (tableau 3.3). Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes (90 % c. 87 %) à consommer au moins un type de médicaments. Les résultats de l'analyse selon l'âge, pour leur part, révèlent que ce sont les personnes de 65 à 74 ans qui présentent la proportion la moins élevée à ce chapitre (85 %), lorsqu'on les compare aux personnes de 75 à 84 ans (92 %) et à celles de 85 ans et plus (94 %).

La répartition des personnes ayant consommé au moins un type de médicaments (88 %) au cours des vingt-quatre dernières heures est la suivante : 10 % ont consommé un type de médicaments, 28 % deux ou trois types et 50 %, quatre types de médicaments différents ou plus. Une attention particulière sera portée à cette dernière catégorie de consommation dans les analyses qui suivent.

Environ une personne sur deux de 65 ans et plus a pris quatre types ou plus de médicaments au cours des vingt-quatre heures précédant l'enquête; chez les 85 ans et plus, c'est près de deux sur trois

Si elle concerne environ la moitié de l'ensemble des aînés, la consommation de quatre types de médicaments ou plus est davantage répandue chez les 85 ans et plus (64 %), alors qu'elle l'est moins chez les 65 à 74 ans (44 %). Les analyses ne permettent pas de conclure à des différences significatives entre les hommes et les femmes quant à une telle consommation (tableau 3.3).

Tableau 3.3
Nombre de médicaments différents consommés[1] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	Aucun	Un	Deux ou trois	Quatre ou plus	Au moins un
			%		
Sexe					
Hommes	13,3	10,3	27,0	49,4	**86,7**
Femmes	10,2	10,2	29,6	50,0	**89,8**
Groupe d'âge					
65-74 ans	**14,6**	**12,3**	**29,3**	**43,8**	**85,4**
75 ans et plus	**7,6**	**7,5**	**27,3**	**57,6**	**92,4**
75-84 ans	8,0	8,2	28,4	55,4	**92,0**
85 ans et plus	6,3	5,7	24,0	64,0	**93,7**
Ensemble	11,6	10,2	28,4	49,7	88,4

1. Nombre de médicaments prescrits différents consommés au cours des vingt-quatre heures précédant l'enquête.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

3.3.2 Nombre de médicaments différents consommés selon le niveau de revenu du ménage

Le fait d'avoir consommé quatre types différents ou plus de médicaments au cours des vingt-quatre dernières heures varie selon le niveau de revenu du ménage. On observe que la proportion est plus élevée chez les personnes vivant sous le seuil de faible revenu (53 %) que chez celles vivant au-dessus de ce seuil (48 %) (tableau 3.4). Cependant, aucun écart significatif n'est observé dans le fait d'avoir consommé au moins un type de médicaments ni dans le cas de la consommation de trois types différents ou moins.

3.3.3 Nombre de médicaments différents consommés selon certaines caractéristiques liées à la santé

La consommation de quatre types ou plus de médicaments différents est davantage rapportée par les personnes âgées de 65 ans et plus dont le profil de l'état de santé est moins favorable

Ce chapitre se termine par l'examen du nombre de médicaments différents consommés au cours des vingt-quatre dernières heures, selon la présence et la gravité de l'incapacité et selon le nombre et le type de problèmes de santé de longue durée au sein de la population de 65 ans et plus. Cet examen porte sur la consommation d'au moins un type de médicaments puis sur celle de quatre types ou plus de médicaments. Tout d'abord, on observe une proportion plus élevée de personnes avec incapacité (93 %, donnée non présentée) qui ont consommé au moins un type de médicaments dans les vingt-quatre dernières heures, par rapport à celles n'ayant aucune incapacité (83 %). Les résultats détaillés selon la gravité de l'incapacité sont présentés dans le tableau 3.5. Environ 96 % des personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité modérée ou grave ont ainsi consommé au moins un type de médicaments durant la période à l'étude. Cette proportion est significativement plus élevée que celle notée chez les personnes ayant une incapacité légère (90 %), la plus faible proportion étant observée du côté des personnes sans incapacité (83 %). Lorsqu'on analyse plus précisément le groupe des personnes qui consomment quatre types de médicaments différents ou plus, on voit apparaître un gradient. En effet, la proportion de personnes ayant une telle consommation est moins élevée chez celles sans incapacité (35 %) et augmente de façon significative, pour atteindre 51 % chez celles ayant une incapacité légère, 68 % chez celles avec incapacité modérée et 82 % chez celles avec incapacité grave.

Les résultats selon le nombre de problèmes de santé de longue durée révèlent que 98 % des personnes déclarant deux problèmes de santé ou plus ont consommé au moins un type de médicaments. Cette proportion est significativement plus élevée que celle des personnes

Tableau 3.4
Nombre de médicaments différents consommés[1] selon le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	Aucun	Un	Deux ou trois	Quatre ou plus	Au moins un
			%		
Sous le seuil de faible revenu	10,3	9,7	26,8	53,2	**89,7**
Au-dessus du seuil de faible revenu	12,1	10,5	29,2	48,3	**87,9**

1. Nombre de médicaments prescrits différents consommés au cours des vingt-quatre heures précédant l'enquête.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

ayant un seul problème de santé (91 %), les personnes qui n'ont aucun problème de santé de longue durée affichant de leur côté la proportion la plus faible (53 %). Suivant un profil de résultats similaire, la consommation de quatre types de médicaments ou plus est la plus répandue chez les personnes déclarant deux problèmes de santé de longue durée ou plus (68 %), tandis que les personnes sans aucun problème de cette nature sont les moins concernées (12 %).

Enfin, les données montrent que 96 % des personnes ayant l'un ou l'autre des cinq types de problèmes de santé désignés dans l'enquête ont consommé au moins un type de médicaments, alors que ce sont les deux tiers (66 %) de celles n'ayant pas ces problèmes de santé qui en ont fait autant (données non présentées). De plus, la consommation de quatre types de médicaments ou plus en proportion plus élevée chez les personnes déclarant au moins un de ces cinq problèmes de santé désignés (61 % c. 16 %, chez celles n'ayant pas ces problèmes de santé). Rappelons que les problèmes de santé de longue durée désignés dans l'enquête sont l'arthrite (ou le rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)), l'hypertension et les maladies cardiaques.

Tableau 3.5
Nombre de médicaments différents consommés[1] selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	Aucun	Un	Deux ou trois	Quatre ou plus	Au moins un
			%		
Gravité de l'incapacité					
Sans incapacité	17,2	14,3	33,1	35,4	**82,8**
Incapacité légère	9,8	9,3	30,1	50,9	**90,2**
Incapacité modérée	4,3*	5,5*	22,3	68,0	**95,7**
Incapacité grave	3,7*	2,8**	11,5	82,1	**96,3**
Nombre de problèmes de santé de longue durée					
Aucun problème de santé	46,7	18,3	23,1	11,9	**53,3**
Un problème de santé	9,3	18,2	37,9	34,7	**90,7**
Deux problèmes de santé ou plus	2,2	4,0	25,3	68,4	**97,8**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Nombre de médicaments prescrits différents consommés au cours des vingt-quatre heures précédant l'enquête.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

4 MÉDECIN DE FAMILLE ET ENDROIT HABITUEL DE SOINS

CHANTALE LECOURS

Faits saillants

- La grande majorité des personnes de 65 ans et plus est affiliée à un médecin de famille.
- Les personnes ayant un profil moins favorable quant à leur état de santé sont plus susceptibles d'avoir un médecin de famille.
- Environ 3,5 % des personnes de 65 ans et plus ne sont pas affiliées à un médecin de famille, alors qu'elles en ressentent le besoin.
- La plupart des personnes âgées de 65 ans et plus ont un endroit habituel de soins.
- Les personnes de 65 ans et plus ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont proportionnellement les plus nombreuses à avoir un endroit habituel pour leurs soins de santé généraux.
- La clinique ou le bureau de médecin est généralement l'endroit habituel mentionné par les personnes de 65 ans et plus pour leurs soins de santé généraux.
- Près de la moitié des personnes de 85 ans et plus ayant un médecin de famille généraliste l'ont consulté trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois.
- Les personnes de 65 ans et plus les plus nombreuses proportionnellement à avoir consulté leur médecin de famille trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois sont celles qui vivent seules et celles qui sont membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu.
- Environ six personnes sur dix de 65 ans et plus avec incapacité grave ont consulté trois fois ou plus leur médecin de famille généraliste.
- Près d'une personne sur deux âgée de 65 ans et plus ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus a consulté son médecin de famille trois fois ou plus, au cours d'une période de 12 mois.
- Une personne sur dix âgée de 65 ans et plus et ayant un médecin de famille généraliste a eu besoin d'une consultation auprès de ce dernier, au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir.
- Les personnes âgées de 65 ans et plus ayant un médecin de famille généraliste qui présentent des caractéristiques moins favorables sur le plan de leur état de santé sont plus susceptibles d'avoir eu besoin d'une consultation, au cours d'une période de 12 mois auprès de ce dernier, sans avoir pu l'obtenir.

La seconde partie de ce volume vise à décrire l'utilisation d'un éventail de services de santé et de services sociaux par les personnes âgées de 65 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel[1] et leurs besoins non comblés à cet égard. Pour introduire cette partie, le présent chapitre est consacré à l'affiliation à un médecin de famille et au fait d'avoir ou non un endroit habituel de soins chez la population de 65 ans et plus. On y dresse donc le portrait de la population ayant un médecin de famille et celui du besoin non comblé d'affiliation, c'est-à-dire le fait de ne pas avoir de médecin de famille et de ressentir le besoin d'en avoir un. La consultation auprès du médecin de famille[2] par les personnes ayant un généraliste pour médecin de famille et le besoin non comblé de consultation sont aussi examinés.

Les données présentées sont analysées selon le sexe, l'âge et, lorsque les effectifs le permettent, selon le fait de vivre seul, le niveau de revenu du ménage[3] et certaines caractéristiques liées à la santé[4].

Indicateurs utilisés

Médecin de famille : Indicateur déterminant l'affiliation à un médecin de famille ou à un médecin en particulier qui prend la responsabilité des soins de santé (il peut s'agir d'un médecin généraliste ou spécialiste) [Indicateur construit à partir des questions Q13 et Q14 de l'EQES].

Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille : Indicateur déterminant les personnes qui n'ont pas de médecin de famille et qui ressentent le besoin d'en avoir un [Indicateur construit à partir de la question Q13, Q14 et Q19 de l'EQES].

Endroit habituel de soins : Indicateur déterminant les personnes ayant un lieu habituel où consulter un médecin pour leurs soins de santé généraux, c'est-à-dire les soins de médecine générale et de chirurgie légère (comme les points de suture pour blessures mineures) [Indicateur construit à partir de la question Q3 de l'EQES].

Type d'endroit habituel de soins : Indicateur établissant le type de lieu habituel de consultation d'un médecin pour les soins de santé généraux [Indicateur construit à partir de la question Q4 de l'EQES].

Consultation auprès du médecin de famille : Indicateur établissant le nombre de consultations auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois par les personnes ayant un médecin de famille généraliste. Cet indicateur est composé de deux catégories (aucune fois; au moins une fois) ou de quatre catégories (aucune fois; une fois; deux fois; trois fois ou plus) [Indicateur construit à partir des questions FF2 et FF6].

Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille: Indicateur déterminant, chez les personnes ayant un médecin de famille généraliste, celles qui ont eu besoin d'une consultation auprès de lui au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir [Indicateur construit à partir des questions FF2 et FF4B].

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
2. La consultation auprès d'un médecin spécialiste et le besoin non comblé en cette matière sont traités au chapitre 5. La consultation auprès d'un professionnel de la santé et des services sociaux autre qu'un médecin et le besoin non comblé en cette matière sont traités au chapitre 6.
3. Pour plus de détails sur les variables sociodémographique et économique, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 1, à la page 34.
4. Pour plus de détails sur les variables liées à la santé, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 2, à la page 48.

4.1 Affiliation à un médecin de famille

4.1.1 Affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge

Plus de neuf personnes de 65 ans et plus sur dix ont un médecin de famille

Le tableau 4.1 montre que la très grande majorité (94 %) des personnes de 65 ans et plus ciblées par l'enquête ont un médecin de famille[5]; 90 % mentionnent qu'il s'agit d'un médecin généraliste et 3,8 %, un médecin spécialiste[6] (données non présentées). On constate plus particulièrement que l'affiliation à un médecin de famille est plus répandue chez les femmes que chez les hommes (95 % c. 93 %). Les analyses montrent aussi que ce sont les personnes de 65 à 74 ans qui présentent la proportion la plus faible d'individus ayant un médecin de famille (93 % c. 96 % chez les 75-84 ans et les 85 et plus, dans les deux cas).

Tableau 4.1
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	92,9
Femmes	94,8
Groupe d'âge	
65-74 ans	**92,6**
75 ans et plus	**95,6**
75-84 ans	95,6
85 ans et plus	95,7
Ensemble	**93,9**
Pe (k)	1 141,3

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

4.1.2 Affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé

Les personnes ayant une incapacité modérée ou grave et celles qui déclarent deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont plus susceptibles d'avoir un médecin de famille

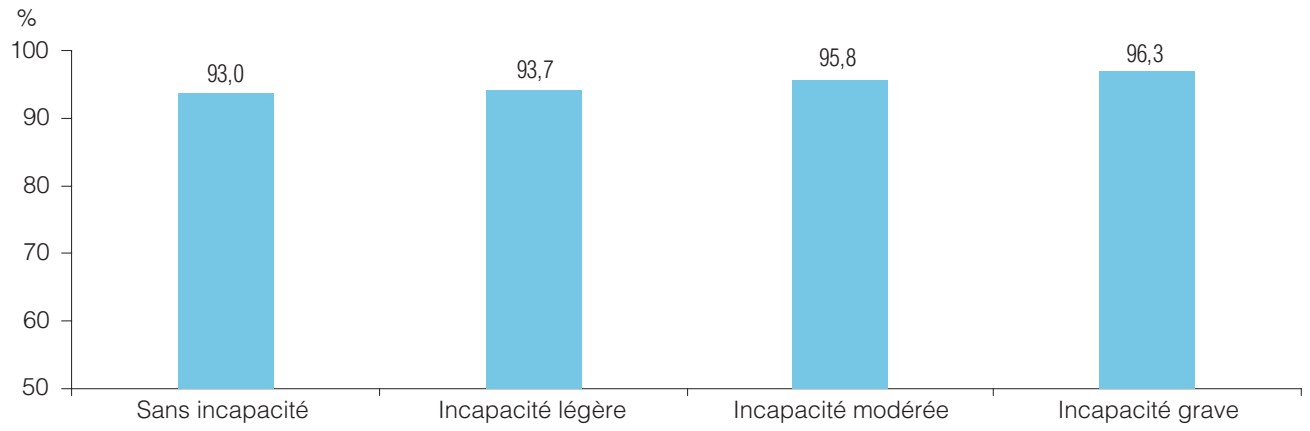
Quand on examine l'affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques de santé (figure 4.1 et figure 4.2), au sein de la population de 65 ans et plus, on observe tout d'abord une proportion plus élevée de personnes qui ont un médecin chez celles ayant une incapacité (95 %, donnée non présentée), par rapport à celles qui n'en ont aucune (93 %) (figure 4.1). En tenant compte de la gravité de l'incapacité, on voit que les personnes ayant une incapacité légère ne se distinguent pas, d'un point de vue statistique, de celles sans incapacité. Les personnes appartenant à ces deux groupes sont moins nombreuses (93 % et 94 %, respectivement), toutes proportions gardées, que celles ayant une incapacité modérée ou grave (96 %, dans les deux cas) à avoir un médecin de famille.

L'analyse selon le nombre de problèmes de santé de longue durée révèle, pour sa part, que parmi la population à l'étude, la proportion de personnes ayant un médecin de famille passe de 86 % chez celles n'ayant aucun problème de ce type à 94 % chez celles en ayant un, puis à 97 % chez celles qui en ont deux ou plus (figure 4.2).

On constate aussi que les personnes déclarant au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés sont proportionnellement plus nombreuses à avoir un médecin de famille que celles n'ayant aucun de ces problèmes (96 % c. 88 %, données non présentées). Rappelons que les problèmes de santé de longue durée désignés dans l'EQLAV sont l'arthrite (ou le rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou les maladies pulmonaires obstructives chroniques [MPOC]), l'hypertension et les maladies cardiaques.

5. Pour plus de détails sur l'affiliation auprès d'un médecin de famille pour l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus, voir le volume 2 de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES) (A. Dubé-Linteau, R. Pineault, J.-F. Levesque et autres, 2013).
6. La détermination du type de médecin de famille, soit généraliste ou spécialiste, est établie à partir de la question Q15 de l'EQES.

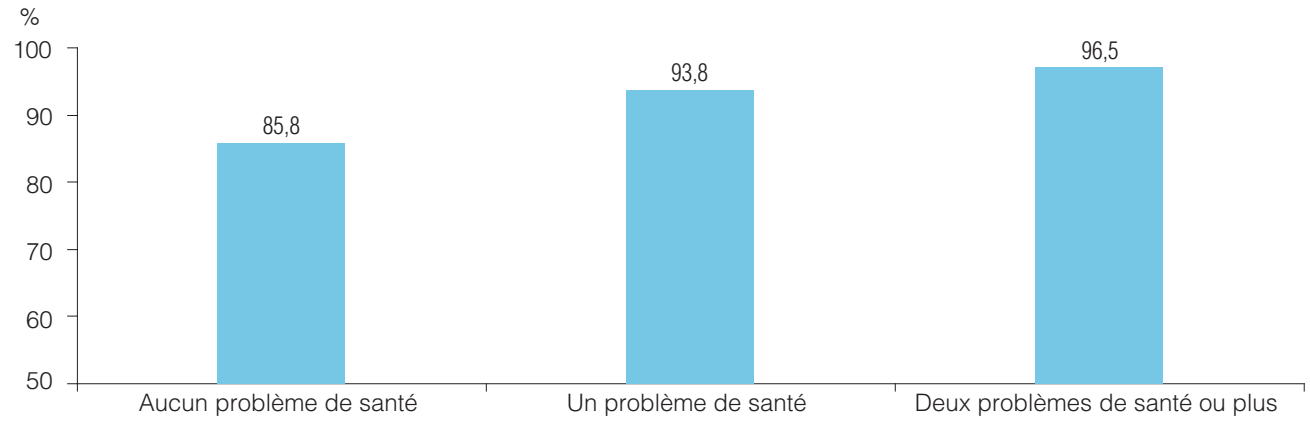
Figure 4.1
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Figure 4.2
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

4.1.3 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge

Environ 3,5 % des personnes de 65 ans et plus n'ont pas de médecin de famille, alors qu'elles en ressentent le besoin. Les aînés de 65 à 74 ans se trouvent davantage dans cette situation

Chez les personnes de 65 ans et plus, la proportion de celles n'ayant pas de médecin de famille et qui ressentent le besoin d'en avoir un, soit les personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille, est de 3,5 %. Cette proportion est significativement plus élevée dans le groupe des 65 à 74 ans, par rapport aux autres groupes d'âge (4,6 % c. 2,0 %*, chez celles de 75 à 84 ans et 2,3 %*, chez celles de 85 ans et plus). Toutefois, aucun écart significatif n'est observé selon le sexe (tableau 4.2).

Tableau 4.2
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille[a] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	4,1
Femmes	3,0
Groupe d'âge	
65-74 ans	4,6
75 ans et plus	2,1
75-84 ans	2,0*
85 ans et plus	2,3*
Ensemble	**3,5**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

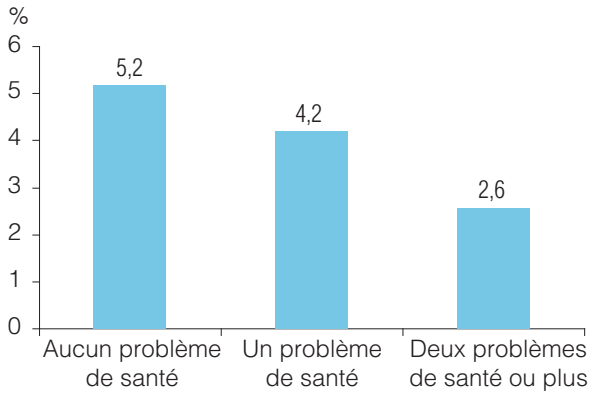
a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

4.1.4 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée

Le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille varie peu en fonction du nombre de problèmes de santé de longue durée. En effet, le groupe des 65 ans et plus en déclarant deux ou plus affichent la proportion la moins élevée de personnes n'ayant pas de médecin de famille et qui en ont besoin (2,6 %), comparativement à celles qui ont un seul ou aucun problème de cette nature (4,2 % et 5 %, respectivement) (figure 4.3).

Figure 4.3
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

En ce qui concerne plus particulièrement les cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés dans l'enquête (arthrite [ou rhumatisme], diabète, bronchite chronique [ou maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)], hypertension et maladies cardiaques), ce sont les personnes qui déclarent au moins un de ces problèmes qui sont les moins nombreuses à avoir un besoin non comblé d'affiliation (2,8 % c. 5 %, chez celles n'ayant aucun des problèmes de santé désignés) (données non présentées).

4.2 Endroit habituel de soins

4.2.1 Endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge

La très grande majorité des personnes âgées de 65 ans et plus ont un endroit habituel pour recevoir leurs soins de santé généraux

En 2010-2011, 95 % de la population âgée de 65 ans et plus a un endroit habituel pour consulter un médecin pour les soins de santé généraux[7] (tableau 4.3). Les femmes sont un peu plus nombreuses, en proportion, que les hommes à avoir un tel type d'endroit. L'analyse selon l'âge montre que les personnes de 75 à 84 ans mentionnent en plus grande proportion avoir un endroit habituel de soins (96 %) que celles de 65 à 74 ans et celles de 85 ans et plus (94 %, dans les deux groupes d'âge).

Tableau 4.3
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	93,3
Femmes	95,7
Groupe d'âge	
65-74 ans	94,0
75 ans et plus	95,5
75-84 ans	96,1
85 ans et plus	93,6
Ensemble	94,6

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

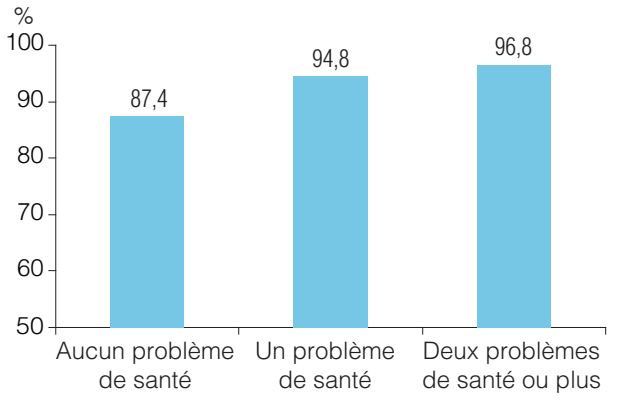
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

4.2.2 Endroit habituel de soins selon le nombre de problèmes de santé de longue durée

Les personnes de 65 ans et plus ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont proportionnellement les plus nombreuses à avoir un endroit habituel pour leurs soins de santé généraux

À l'instar de ce que l'analyse portant sur l'affiliation à un médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée a montré (voir la section 4.1.2), la variation observée quand on examine la proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins suit un gradient. En effet, la proportion des personnes de 65 ans et plus ayant un endroit habituel de soins passe de 87 %, chez celles n'ayant aucun problème de santé de longue durée, à 95 % chez celles ayant un seul problème, pour atteindre 97 % chez celles en ayant deux ou plus (figure 4.4).

Figure 4.4
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

7. Pour plus de détails sur l'endroit habituel de soins pour l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus, voir le volume 2 de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES) (A. Dubé-Linteau, R. Pineault, J.-F. Levesque et autres, 2013).

Soulignons enfin qu'une proportion plus élevée de personnes ayant un endroit habituel de soins est notée chez celles ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés (96 %), par rapport à celles n'ayant aucun de ces problèmes (90 %) (données non présentées).

4.2.3 Type d'endroit habituel de soins

La grande majorité des personnes de 65 ans et plus ayant un endroit habituel pour leurs soins de santé généraux indiquent qu'il s'agit d'une clinique ou d'un bureau de médecin

Les personnes de 65 ans et plus ayant un endroit habituel de soins mentionnent majoritairement la clinique ou le bureau de médecin comme type d'endroit (84 %) pour recevoir leurs soins (tableau 4.4). Quant aux autres types d'endroits, 6 % nomment le CLSC, 1,6 % l'urgence d'un hôpital, 3,2 % la clinique externe d'un hôpital et 5 % un autre type d'endroit[8]. Les données de l'enquête montrent également que 62 % des personnes concernées indiquent que leur endroit habituel de soins (clinique ou bureau de médecin ou CLSC) est un groupe de médecine de famille[9].

Tableau 4.4
Type d'endroit habituel de soins, population de 65 ans et plus[1] ayant un endroit habituel de soins, Québec, 2010-2011

	%
Clinique ou bureau de médecin	83,9
CLSC	6,4
Urgence d'un hôpital	1,6
Clinique externe d'un hôpital	3,2
Autre[2]	5,0
Groupe de médecine de famille (GMF)[3]	62,2

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
2. La catégorie d'endroit « autre » inclut les cliniques de médecin dans les résidences privées pour aînés et le médecin qui se rend à domicile.
3. L'indicateur portant sur l'inscription à un groupe de médecine de famille présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %, qui est surtout attribuable au choix de réponse « Ne sais pas ». Pour plus de détails, voir les aspects méthodologiques du volume 2 de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES) (A. Dubé-Linteau, R. Pineault, J.-F. Levesque et autres, 2013).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

4.3 Consultation auprès du médecin de famille et besoin non comblé

Cette section traite du nombre de consultations auprès du médecin de famille au sein de la population de 65 ans et plus ayant un médecin de famille généraliste et du besoin non comblé de consultation au cours d'une période de 12 mois. Rappelons que 90 % des personnes de cette population disent avoir un généraliste comme médecin de famille et 3,8%, un spécialiste[10].

Parmi les personnes mentionnant avoir un médecin généraliste comme médecin de famille, 93 % l'ont consulté au moins une fois au cours de la période de référence. Plus de la moitié l'ont consulté une ou deux fois (28 %, dans les deux cas), alors qu'environ le tiers (37 %) l'ont consulté trois fois ou plus (tableau 4.5).

8. La catégorie d'endroit « autre » inclut les cliniques de médecin dans les résidences pour personnes âgées et le médecin qui se rend à domicile.
9. L'indicateur portant sur l'inscription à un groupe de médecine de famille est tiré des questions Q4 et Q5 de l'EQES. Cet indicateur présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %, qui est surtout attribuable au choix de réponse « Ne sais pas ». Pour plus de détails, voir les aspects méthodologiques du volume 2 de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES) (A. Dubé-Linteau, R. Pineault, J.-F. Levesque et autres, 2013).
10. Pour plus de détails, voir la section 4.1.1 à la page 79.

4.3.1 Consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge

Un peu plus du tiers des personnes de 65 ans et plus ayant un médecin de famille généraliste ont consulté ce dernier trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois; chez les 85 ans et plus, c'est près de la moitié

L'analyse selon le sexe montre que les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir consulté leur médecin de famille deux fois (30 % c. 25 %) au cours d'une période de 12 mois, tandis que ces dernières sont plus nombreuses, en proportion, à l'avoir consulté trois fois ou plus (38 % c. 36 %) (tableau 4.5).

Des variations sont également observées selon l'âge. Les personnes de 65 à 74 ans sont ainsi plus susceptibles d'avoir consulté leur médecin de famille une seule fois au cours de la période de référence que celles de 75 à 84 ans (31 % c. 27 %). L'estimation est de 20 % chez celles de 85 ans et plus et il s'agit de la proportion la moins élevée. À l'inverse, ce sont ces dernières qui ont consulté trois fois ou plus en plus grande proportion, en comparaison des autres groupes d'âge, qui se distinguent aussi entre eux (47 % c. 39 % chez les 75-84 ans c. 34 % chez les 65 à 74 ans).

4.3.2 Consultation auprès du médecin de famille selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Les personnes de 65 ans et plus qui vivent seules et celles qui sont membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu sont les plus nombreuses, proportionnellement, à avoir consulté leur médecin de famille trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois

Contrairement aux analyses précédentes qui ne montraient aucune association entre les indicateurs examinés et le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, le nombre de consultations est associé à ces deux caractéristiques chez les personnes de 65 ans et plus ayant un médecin de famille généraliste (tableau 4.6). On remarque d'abord que la proportion de personnes ayant consulté leur médecin de famille une ou deux fois est moins élevée chez celles vivant seules, par rapport à celles qui ne vivent pas seules (30 % c. 26 %, dans le cas d'une consultation; 29 % c. 26 %, dans le cas de deux consultations). La situation inverse s'observe dans le cas de trois consultations ou plus, alors que 41 % des personnes vivant seules ont consulté plus souvent, comparativement à 35 % de celles ne vivant pas seules.

Tableau 4.5
Consultation auprès du médecin de famille[1] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[2] ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011

	Aucune fois	Une fois	Deux fois	Trois fois ou plus	Au moins une fois[a]
			%		
Sexe					
Hommes	6,3	27,6	30,5	35,6	**93,7**
Femmes	7,2	28,9	25,4	38,4	**92,8**
Groupe d'âge					
65-74 ans	**7,2**	**31,1**	**27,7**	**34,1**	**92,8**
75 ans et plus	**6,4**	**24,9**	**27,6**	**41,2**	**93,6**
75-84 ans	6,0	26,5	28,2	39,3	**94,0**
85 ans et plus	7,4	20,2	25,8	46,6	**92,6**
Ensemble	6,8	28,4	27,6	37,2	93,2

1. Consultation au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « sexe » et « groupe d'âge » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Des différences sont aussi notées selon le niveau de revenu du ménage. En effet, par rapport aux personnes appartenant à un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu, celles vivant sous ce seuil sont moins susceptibles d'avoir consulté leur médecin de famille une seule fois au cours de la période de référence (30 % c. 23 %). En contrepartie, ces dernières comptent proportionnellement moins d'aînés ayant consulté leur médecin de famille généraliste plus fréquemment, soit trois fois ou plus (42 % c. 35 %).

Le fait d'avoir consulté au moins une fois son médecin de famille généraliste au cours d'une période de 12 mois ne varie pas significativement selon les deux caractéristiques sociodémographique et économique retenues pour les analyses.

4.3.3 Consultation auprès du médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé

On aperçoit une hausse sous forme de gradient dans le fait d'avoir consulté trois fois ou plus son médecin de famille généraliste, selon la gravité de l'incapacité; les personnes avec incapacité grave sont les plus nombreuses, proportionnellement, à avoir une telle fréquence de consultation

Les personnes de 65 ans et plus avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste sont un peu plus nombreuses, en proportion, à avoir consulté ce dernier au moins une fois au cours d'une période de 12 mois, par rapport à celles n'ayant pas d'incapacité (94 % c. 92 %, données non présentées).

Tableau 4.6
Consultation auprès du médecin de famille[1] selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus[2] ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011

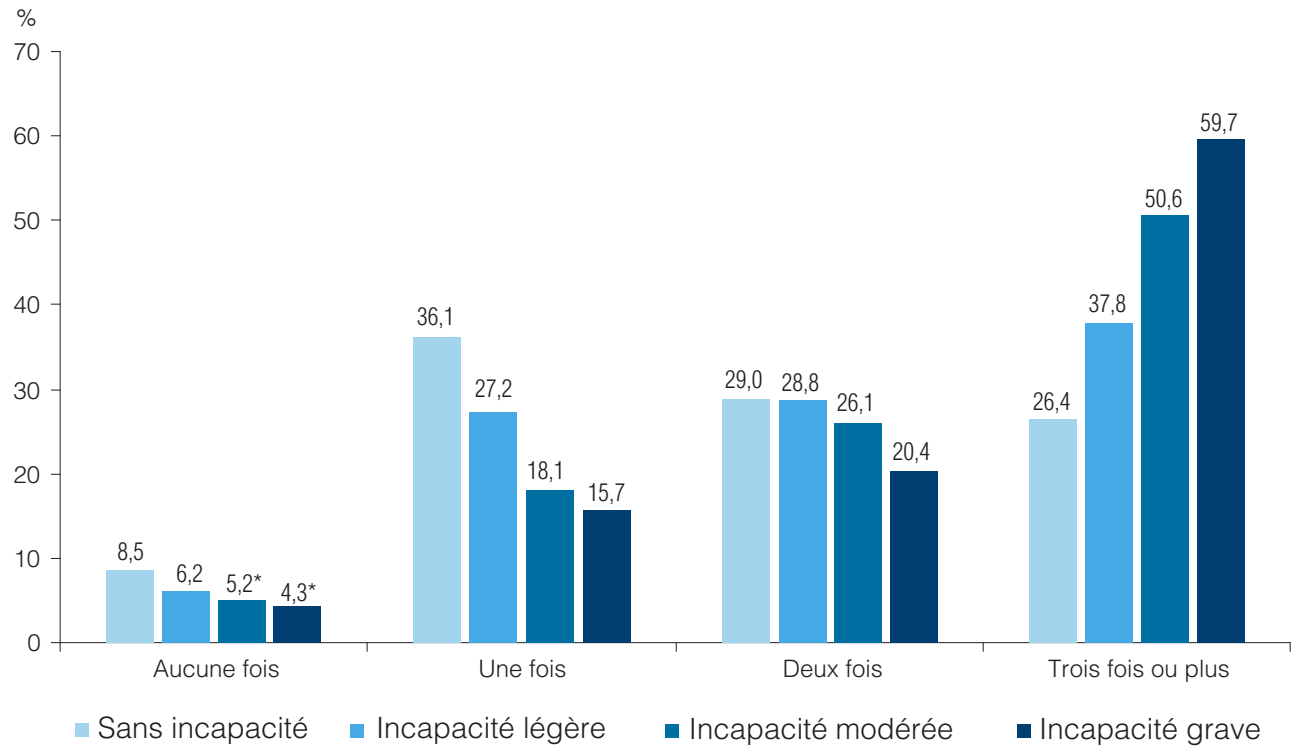
	Aucune fois	Une fois	Deux fois	Trois fois ou plus	Au moins une fois[a]
			%		
Fait de vivre seul					
Oui	7,4	25,9	25,5	41,2	**92,6**
Non	6,5	29,7	28,6	35,1	**93,5**
Niveau de revenu du ménage					
Sous le seuil de faible revenu	6,5	23,5	27,7	42,3	**93,5**
Au-dessus du seuil de faible revenu	6,9	30,3	27,7	35,0	**93,1**

1. Consultation au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
a. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « fait de vivre seul » et « niveau de revenu du ménage » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Chez les personnes ayant consulté leur médecin de famille trois fois ou plus, on note une importante variation selon la gravité de l'incapacité (figure 4.5). En effet, 60 % des personnes ayant une incapacité grave ont consulté à cette fréquence au cours de la période de référence, comparativement à 51 % de celles ayant une incapacité modérée, à 38 % de celles ayant une incapacité légère et à 26 % de celles sans incapacité. L'inverse est observé quand on compare les proportions de personnes ayant consulté une seule fois, sauf en ce qui concerne l'incapacité grave et l'incapacité modérée, pour lesquelles l'écart n'est pas significatif sur le plan statistique. Par ailleurs, les personnes sans incapacité affichent la plus forte proportion de celles n'ayant pas consulté leur médecin de famille au cours de la période de référence.

Figure 4.5
Consultation auprès du médecin de famille[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus[2] ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Consultation au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Près d'une personne sur cinq de 65 ans et plus sans problème de santé de longue durée a consulté son médecin de famille trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois, et cette proportion augmente à presque une sur deux chez celles ayant deux problèmes de santé ou plus

Le tableau 4.7 présente le nombre de consultations auprès du médecin de famille généraliste selon le nombre de problèmes de santé de longue durée chez les personnes de 65 ans et plus. La proportion d'entre elles ayant consulté au moins une fois passe de 85 %, chez les personnes n'ayant aucun problème de santé, à 92 % chez celles en ayant un, pour atteindre 96 % chez celles en ayant deux ou plus. On constate que les personnes qui n'ont aucun problème de santé de longue durée sont les plus nombreuses, toutes proportions gardées, à ne pas avoir consulté leur médecin de famille (15 % c. 8 % de celles ayant un problème de santé c. 4,3 % de celles ayant deux problèmes de santé ou plus) ou à ne l'avoir consulté qu'une seule fois (41 % c. 36 % c. 22 %) au cours d'une période de 12 mois. Dans le cas de trois consultations ou plus, la proportion la plus élevée est observée chez les personnes ayant deux problèmes de santé ou plus, par rapport à celles n'en ayant qu'un seul ou aucun (46 % c. 29 % c. 19 %).

Le nombre de consultations auprès du médecin de famille généraliste est également associé à la présence d'au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés dans l'enquête. Les résultats indiquent que les personnes ayant l'un ou l'autre de ces cinq types de problèmes sont plus nombreuses, en proportion, à avoir consulté leur médecin de famille au moins une fois au cours d'une période de 12 mois, comparativement aux personnes n'ayant aucun de ces problèmes (95 % c. 87 %, données non présentées).

Tableau 4.7
Consultation auprès du médecin de famille[1] selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus[2] ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011

	Aucune fois	Une fois	Deux fois	Trois fois ou plus	Au moins une fois
			%		
Aucun problème de santé	15,2	41,3	24,8	18,7	**84,8**
Un problème de santé	7,5	35,6	28,2	28,7	**92,5**
Deux problèmes de santé ou plus	4,3	21,9	28,0	45,7	**95,7**

1. Consultation au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

4.3.4 Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge

Une personne âgée de 65 ans et plus sur dix a un besoin non comblé de consultation auprès de son médecin de famille

Chez les personnes de 65 ans et plus, environ une sur dix (11 %) ayant un médecin de famille généraliste a eu besoin de le consulter au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir le faire (tableau 4.8). Un tel besoin non comblé de consultation est, toutes proportions gardées, plus répandu chez les femmes que chez les hommes (12 % c. 8 %). Cet écart significatif selon le sexe s'observe au sein des groupes d'âge de 65 à 74 ans et de 75 à 84 ans (figure 4.6). Cependant, les données de l'enquête ne permettent pas de déceler des écarts statistiquement significatifs selon l'âge pour les deux sexes réunis.

Tableau 4.8
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille[1, a] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[2] ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011

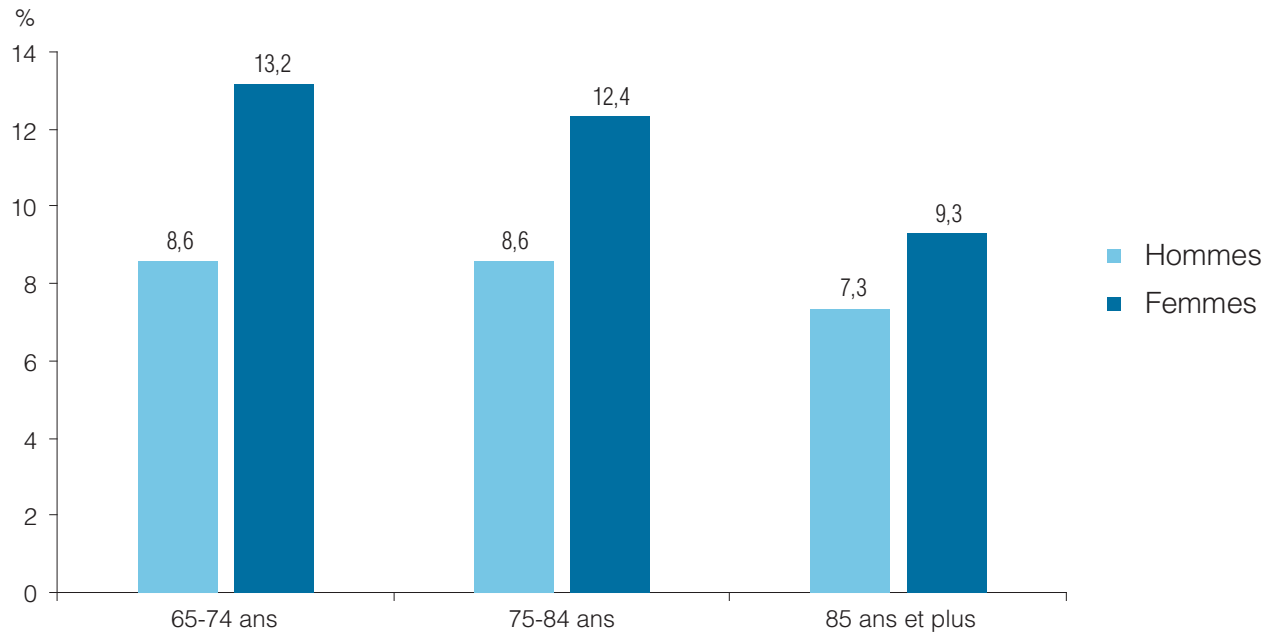
	%
Sexe	
Hommes	8,5
Femmes	12,4
Groupe d'âge	
65-74 ans	11,1
75 ans et plus	10,2
75-84 ans	10,7
85 ans et plus	8,6
Ensemble	**10,7**

1. Besoin non comblé de consultation au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « groupe d'âge » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Figure 4.6
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille[1] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[2] ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011



1. Besoin non comblé de consultation au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

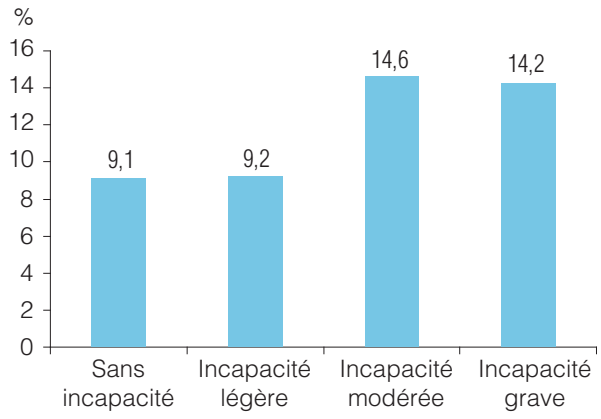
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

4.3.5 Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé

Les personnes âgées de 65 ans et plus qui présentent des caractéristiques moins favorable sur le plan de leur état de santé sont plus susceptibles d'avoir eu un besoin non comblé de consultation auprès de leur médecin de famille.

L'analyse du besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille généraliste selon la gravité de l'incapacité révèle des différences significatives entre les personnes âgées de 65 ans et plus avec incapacité (12 % d'entre elles ont un tel besoin non comblé, donnée non présentée) et celles sans incapacité (9 %). Plus particulièrement, les personnes sans incapacité et celles avec incapacité légère (9 %, dans les deux groupes) se distinguent, sur le plan statistique, de celles avec incapacité modérée (15 %) ou grave (14 %) (figure 4.7).

Figure 4.7
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus[2] ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011



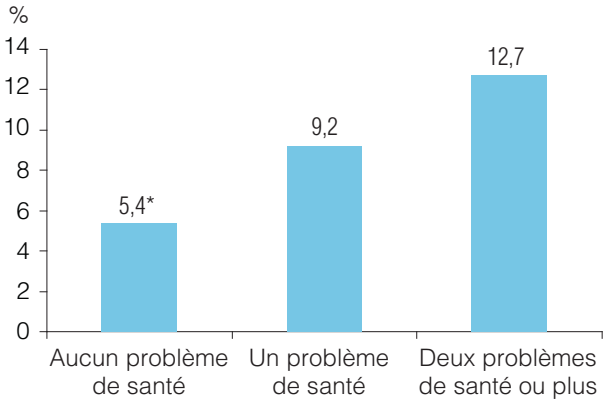
1. Besoin non comblé de consultation au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Le besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille varie aussi selon le nombre de problèmes de santé de longue durée chez les personnes de 65 ans et plus ayant un tel médecin. Celles ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus présentent la proportion la plus élevée, atteignant 13 %. Cette proportion est estimée à 9 % chez les personnes ayant un seul problème de santé, et la proportion la plus faible s'observe chez celles n'ayant aucun problème de santé (5 %*) (figure 4.8).

Les aînés ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés dans l'EQLAV sont plus nombreux, en proportion, à avoir eu besoin d'une consultation auprès de leur médecin de famille, sans pouvoir l'obtenir, comparativement à ceux n'ayant pas ces types de problèmes (12 % c. 7 %, données non présentées).

Figure 4.8
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille[1] selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus[2] ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Besoin non comblé de consultation au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

4.3.6 Le dernier besoin de consultation auprès du médecin de famille

Dans cette section, on analyse le dernier besoin de consultation auprès du médecin de famille chez les personnes de 65 ans et plus ayant un médecin de famille généraliste. Environ 94 % d'entre elles ont eu besoin de consulter leur médecin de famille généraliste au moins une fois au cours d'une période de 12 mois[11] (donnée non présentée). Parmi ces personnes, 95 % ont pu le faire la dernière fois qu'elles en ont eu besoin[12] (tableau 4.9). Mentionnons que la grande majorité d'entre elles (91 %) mentionnent que le délai écoulé entre le moment où elles ont commencé les démarches pour obtenir une consultation et le moment de cette consultation[13] était raisonnable (donnée non présentée).

Les femmes sont légèrement moins nombreuses, en proportion, que les hommes à avoir pu consulter leur médecin de famille la dernière fois qu'elles ont eu besoin de le faire (93 % c. 96 %) (tableau 4.9). Par ailleurs, le seul écart statistiquement significatif selon l'âge est noté entre les personnes de 75 à 84 ans (93 %) et celles de 85 ans et plus (96 %).

Parmi les personnes de 65 ans et plus n'ayant pas pu consulter leur médecin de famille la dernière fois qu'elles ont eu besoin de le faire (soit environ 5 %), plus de la moitié (54 %) ont consulté un autre médecin ou un autre professionnel de la santé[14]; pour les autres (46 %), ce ne fut pas le cas. Parmi les personnes ayant consulté un autre médecin ou professionnel de la santé, 43 % ont consulté un autre médecin de la même clinique (ou du même CLSC) que leur médecin de famille, 25 %* ont rencontré un médecin d'une autre clinique (ou d'un autre CLSC), 25 %* se sont présentées à l'urgence d'un hôpital, environ 4 %** ont contacté un autre professionnel de la santé, 4 %** ont joint Info-Santé et, enfin, 3 %** ont consulté une autre source[15] (données non présentées).

Tableau 4.9
Proportion de personnes ayant pu consulter leur médecin de famille la dernière (seule) fois qu'elles en ont eu besoin, population de 65 ans et plus[1] ayant un médecin de famille généraliste et ayant eu besoin de le consulter au moins une fois[2], Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	96,2
Femmes	93,2
Groupe d'âge	
65-74 ans	95,0
75 ans et plus	94,0
75-84 ans	93,4
85 ans et plus	95,5
Ensemble	**94,5**

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
2. Besoin de consultation au cours d'une période de 12 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

11. L'indicateur visant à documenter le besoin de consultation du médecin de famille généraliste au cours d'une période de 12 mois est construit à partir de la question FF2.
12. L'indicateur visant à documenter le fait d'avoir pu consulter le médecin de famille généraliste à la suite du dernier (seul) épisode de besoin ressenti au cours d'une période de 12 mois est construit à partir de la question FF2. Sont exclues les personnes ayant mentionné ne pas avoir eu besoin de consulter au cours de la période de référence.
13. La variable visant à qualifier le délai entre le moment où les démarches pour voir le médecin ont commencé et le moment de la consultation est tirée de la question FF3A. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
14. La variable visant à documenter le fait de consulter un autre médecin ou un autre professionnel de la santé est tirée de la question FF3B.
15. Les variables décrivant le médecin ou le professionnel de la santé consulté sont construites à partir de la question FF3C. Une personne peut avoir consulté plus d'un médecin ou professionnel de la santé.

5 MÉDECINS SPÉCIALISTES

CHANTALE LECOURS

Faits saillants

- Plus de la moitié des personnes de 65 ans et plus sont suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste.
- Près d'une personne de 65 ans et plus sans incapacité sur deux est suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste. Chez celles avec incapacité, c'est six personnes sur dix.
- Parmi les personnes de 65 ans et plus ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus, plus de six sur dix sont suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste.
- Les hommes sont légèrement plus nombreux que les femmes, en proportion, à avoir consulté leur médecin spécialiste deux fois ou plus au cours d'une période de 12 mois.
- Chez les personnes aînées suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste, la consultation de ce dernier deux fois ou plus au cours de la période de référence est davantage rapportée par celles ayant une incapacité modérée ou grave et par celles ayant au moins deux problèmes de santé de longue durée.
- Les femmes et les personnes de 65 à 74 ans sont les plus nombreuses, en proportion, à avoir un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste.
- Les personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité modérée ou grave et celles ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont davantage susceptibles d'avoir un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste.
- Les médecins spécialistes assurant un suivi régulier les plus fréquemment rapportés sont le cardiologue, l'ophtalmologiste et l'urologue.

Le présent chapitre porte sur les personnes de 65 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel[1] et dresse un portrait de celles suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste[2] et documente le nombre de leurs consultations en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques, économiques[3] et liées à la santé[4] et selon le type de médecin, dans le cas du suivi régulier. Le besoin non comblé de consultation, que la personne soit suivie régulièrement ou non par un médecin spécialiste, est ensuite examiné selon les mêmes caractéristiques.

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
2. Le concept de suivi fait référence aux rencontres régulières que les personnes ont avec un ou plusieurs médecins spécialistes au sujet de leur état de santé. Dans l'enquête, l'expression « rencontres régulières » signifie que le ou les professionnels ont été consultés plus d'une fois et qu'ils peuvent être consultés au besoin. Ces rencontres peuvent avoir lieu plusieurs fois par année, une seule fois ou même aux deux ans.
3. Pour plus de détails sur les variables sociodémographique et économique, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 1, à la page 34.
4. Pour plus de détails sur les variables liées à la santé, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 2, à la page 48.

Indicateurs utilisés

Médecin spécialiste : Indicateur déterminant les personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste (par exemple : un cardiologue, un endocrinologue, un ophtalmologiste, etc.) [Indicateur construit à partir des questions FF10A et FF10B].

Consultation auprès d'un médecin spécialiste : Indicateur établissant le nombre de consultations auprès d'un médecin spécialiste au cours d'une période de 12 mois chez les personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste. Cet indicateur est présenté en trois catégories (aucune fois; une fois; deux fois ou plus). Si la personne est suivie régulièrement par deux ou plusieurs médecins spécialistes, le nombre total de consultations auprès de ces médecins pendant la période de référence est pris en compte [Indicateur construit à partir de la question FF11].

Besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin d'une consultation auprès d'un médecin spécialiste au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir. Cet indicateur se rapporte aux personnes, qu'elles soient ou non suivies régulièrement par un médecin spécialiste [Indicateur construit à partir de la question FF12A]. Une variante de cet indicateur tient compte de l'information selon laquelle au moins une consultation n'ayant pu être obtenue avait été recommandée par un médecin. Il s'agit alors d'un « **besoin non comblé d'une consultation recommandée** » [Indicateur construit à partir des questions FF12A et FF14].

Type de médecin spécialiste : Indicateur établissant les personnes suivies régulièrement pour chaque type de médecin spécialiste. Une personne peut être suivie par plus d'un type de médecin [Indicateur construit à partir de la question FF10C].

Besoin non comblé de consultation par type de médecin spécialiste : Indicateurs déterminant, pour chaque type de médecin spécialiste, les personnes qui ont eu besoin d'une consultation auprès de ce médecin au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir. Ces indicateurs se rapportent aux personnes, qu'elles soient ou non suivies régulièrement par un médecin spécialiste. Une personne peut déclarer un besoin non comblé de consultation à l'égard de plus d'un type de médecin [Indicateurs construits à partir des questions FF12A et FF12B].

5.1 Suivi régulier et consultation auprès d'un médecin spécialiste

5.1.1 Suivi régulier par un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge

Plus de la moitié des personnes de 65 ans et plus sont suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste

Plus d'une personne de 65 ans et plus sur deux (54 %) est suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste. Si les hommes sont plus susceptibles d'être suivis que les femmes (57 % c. 51 %) (tableau 5.1), précisons que cet écart est statistiquement significatif chez les personnes de 75 à 84 ans et chez celles de 85 ans et plus (figure 5.1). On constate aussi que les personnes de 85 ans et plus sont les moins nombreuses, en proportion, à être suivies régulièrement par un médecin spécialiste, alors que celles de 75 à 84 ans le sont davantage (56 % c. 53 %, 65-74 ans c. 50 %, 85 ans et plus).

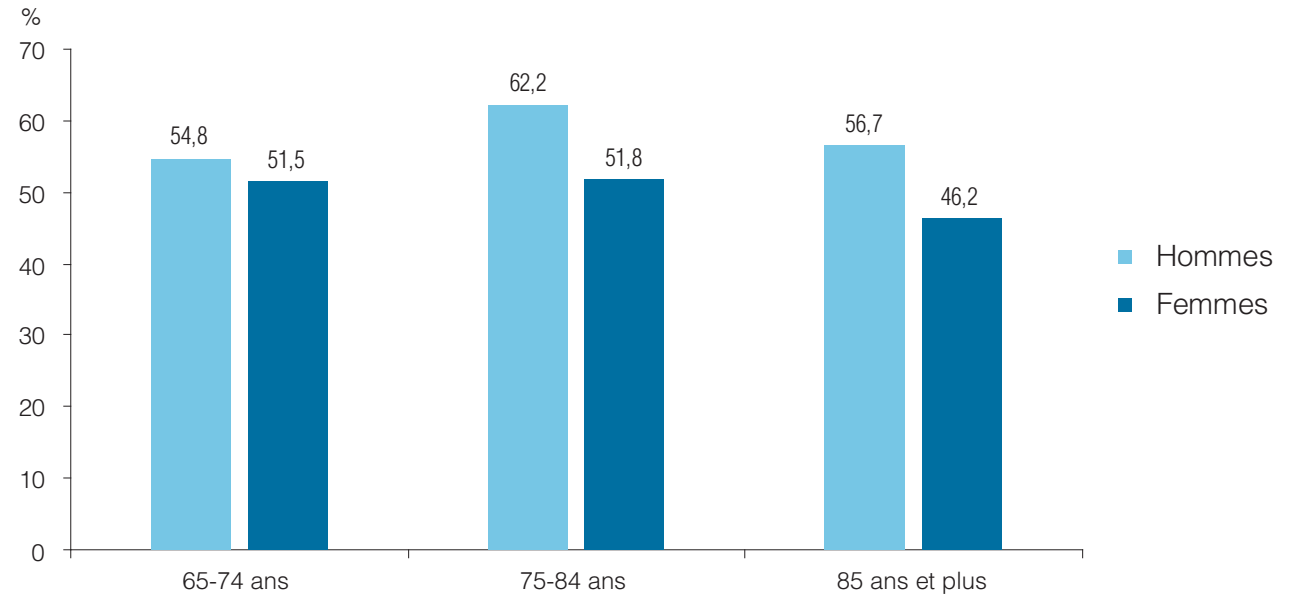
Tableau 5.1
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	57,2
Femmes	50,9
Groupe d'âge	
65-74 ans	53,1
75 ans et plus	54,5
75-84 ans	56,2
85 ans et plus	49,6
Ensemble	**53,7**

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Figure 5.1
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

5.1.2 Suivi régulier par un médecin spécialiste selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Le tableau 5.2, qui présente la proportion de personnes de 65 ans et plus suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste, permet de constater qu'elle est plus élevée chez celles ne vivant pas seules (56 % c. 50 %, chez celles vivant seules) et chez celles appartenant à un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu (56 % c. 49 %, chez celles qui vivent sous le seuil de faible revenu) (tableau 5.2).

Tableau 5.2
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	%
Fait de vivre seul	
Oui	49,6
Non	55,8
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	49,0
Au-dessus du seuil de faible revenu	56,1

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

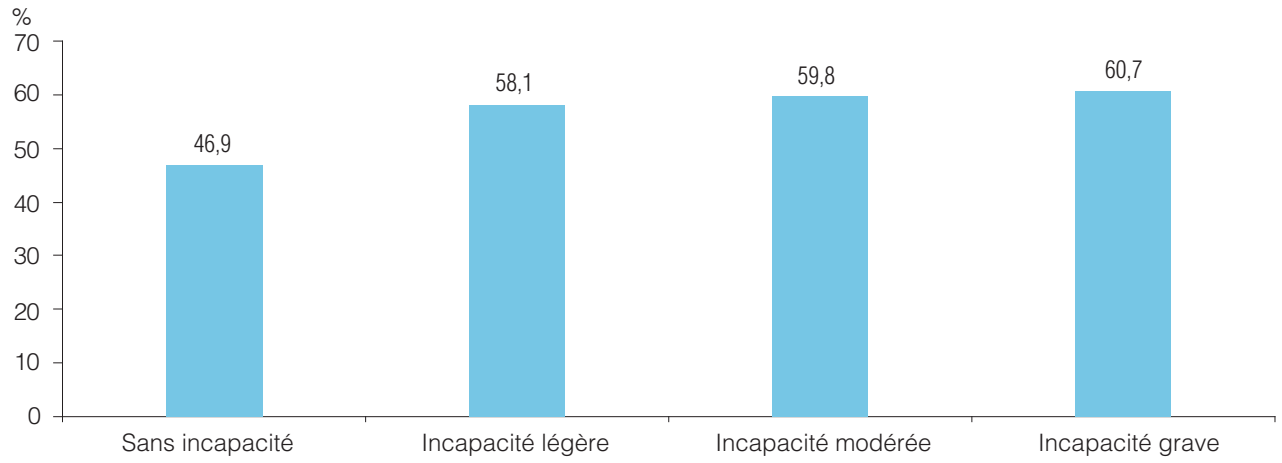
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

5.1.3 Suivi régulier par un médecin spécialiste selon certaines caractéristiques liées à la santé

Près d'une personne de 65 ans et plus sans incapacité sur deux est suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste; chez celles avec incapacité, c'est six personnes sur dix

Chez les personnes de 65 ans et plus, le fait d'être suivi régulièrement par au moins un médecin spécialiste varie en fonction de certaines caractéristiques liées à l'incapacité et aux problèmes de santé de longue durée. L'analyse montre d'abord que comparativement aux personnes sans incapacité (47 %), celles avec incapacité (59 %, donnée non présentée) sont plus nombreuses, en proportion, à avoir ce type de suivi. Si l'on considère seulement les niveaux de gravité de l'incapacité (58 %, légère; 60 %, modérée; 61 %, grave), présentés à la figure 5.2, l'analyse révèle que les écarts observés ne sont pas significatifs sur le plan statistique.

Figure 5.2
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

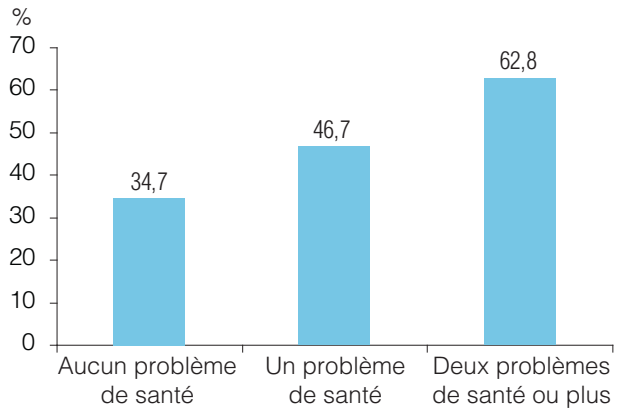
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Parmi les aînés ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus, environ six sur dix sont suivis régulièrement par au moins un médecin spécialiste

Le suivi régulier par au moins un médecin spécialiste, chez les personnes de 65 ans et plus, est associé au nombre de problèmes de santé de longue durée déclarés. En effet, la proportion passe de 35 % chez celles n'ayant aucun problème de santé de longue durée à 47 % chez celles ayant un problème de santé, puis à 63 % chez celles ayant deux problèmes de santé ou plus (figure 5.3).

De plus, la proportion de personnes bénéficiant d'un tel suivi est plus élevée chez celles ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés dans l'enquête (arthrite [ou rhumatisme], diabète, bronchite chronique [ou maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)], hypertension et maladies cardiaques), par rapport à celles n'ayant aucun de ces problèmes de santé (58 % c. 42 %, données non présentées).

Figure 5.3
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus[1], Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5.1.4 Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge

Les hommes sont légèrement plus nombreux que les femmes, en proportion, à avoir consulté leur médecin spécialiste deux fois ou plus au cours d'une période de 12 mois

L'enquête s'est penchée sur le nombre de consultations, au cours d'une période de 12 mois, auprès du ou des médecins spécialistes effectuant un suivi régulier. Ainsi, parmi les personnes de 65 ans et plus suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste, 61 % l'ont consulté deux fois ou plus, 33 % une seule fois et 6 % ne l'ont pas consulté (tableau 5.3).

Le nombre de consultations varie en fonction du sexe et de l'âge seulement lorsqu'il s'agit de deux consultations ou plus. Dans ce cas, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir consulté à cette fréquence (64 % c. 59 %). Quant au lien avec l'âge, on constate que la plus faible proportion de personnes ayant consulté au moins un médecin spécialiste deux fois ou plus est chez celles de 65 à 74 ans (59 %), les autres groupes ne se distinguant pas entre eux (64 %, 75-84 ans et 62 %, 85 ans et plus).

Tableau 5.3
Consultation auprès d'un médecin spécialiste[1] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[2] suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011

	Aucune fois	Une fois	Deux fois ou plus
	%		
Sexe			
Hommes	5,1	31,4	63,5
Femmes	6,3	34,6	59,1
Groupe d'âge			
65-74 ans	**6,4**	**34,3**	**59,3**
75 ans et plus	**4,9**	**31,4**	**63,6**
75-84 ans	4,6*	31,3	64,1
85 ans et plus	5,9	32,0	62,0
Ensemble	**5,7**	**33,1**	**61,2**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Consultation au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

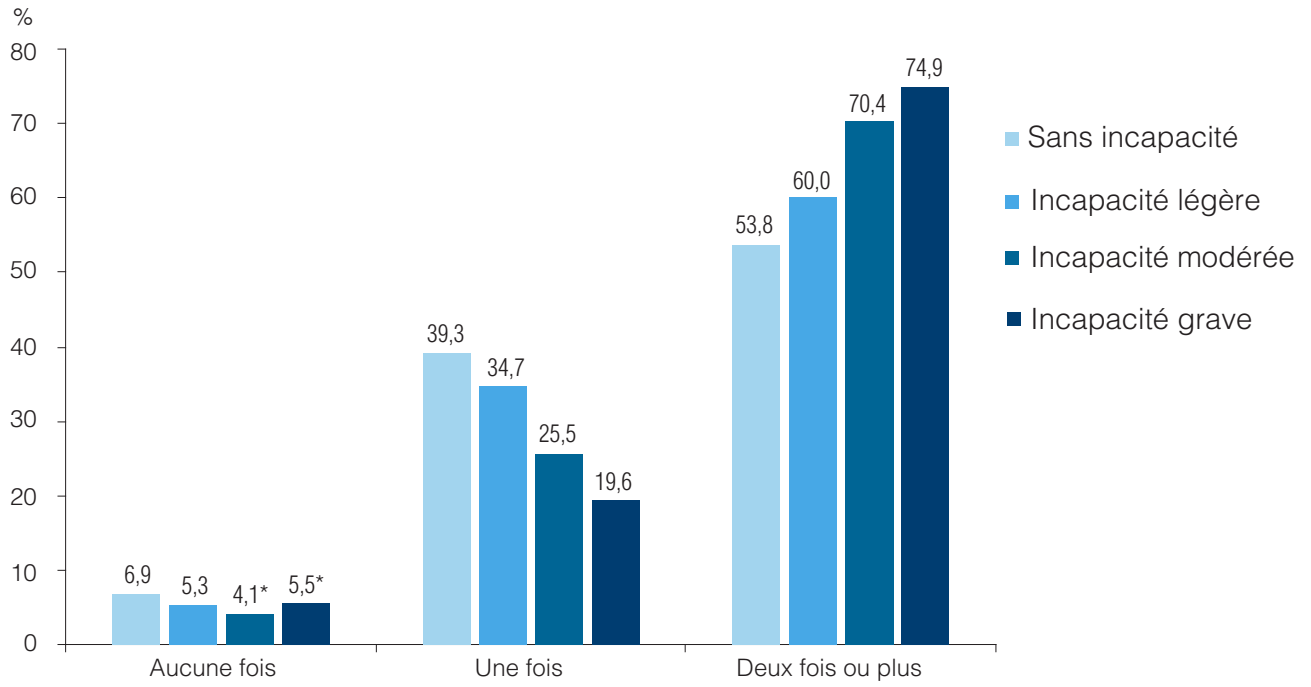
5.1.5 Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon certaines caractéristiques liées à la santé

Chez les personnes aînées suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste, la consultation de ce dernier deux fois ou plus au cours de la période de référence est davantage rapportée par celles ayant une incapacité modérée ou grave et par celles ayant au moins deux problèmes de santé de longue durée

Le nombre de consultations auprès d'un médecin spécialiste au cours d'une période de 12 mois varie aussi selon la gravité de l'incapacité et le nombre de problèmes de santé de longue durée chez les personnes de 65 ans et plus suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste. On constate d'abord que la baisse observée dans la proportion de personnes ayant consulté une seule fois au cours de la période de référence suit un gradient (figure 5.4). En effet, alors que celles sans incapacité sont proportionnellement les plus nombreuses à consulter à cette fréquence (39 %), la proportion de personnes diminue au fur et à mesure que la gravité de l'incapacité augmente (35 % chez celles ayant une incapacité légère, 25 % chez celles avec incapacité modérée et 20 % chez celles qui ont une incapacité grave).

Quand on examine la proportion de personnes ayant consulté un médecin spécialiste deux fois ou plus, on voit plutôt l'inverse Dans ce cas, ce sont les personnes sans incapacité qui présentent la plus faible proportion (54 %), suivies des personnes avec incapacité légère (60 %), puis de celles avec incapacité modérée (70 %) et de celles ayant une incapacité grave (75 %). Il est à noter que l'écart observé entre les proportions chez les personnes ayant une incapacité modérée et chez celles ayant une incapacité grave n'est pas significatif sur le plan statistique.

Figure 5.4
Consultation auprès d'un médecin spécialiste[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus[2] suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Consultation au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Chez les personnes de 65 ans et plus suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste, le nombre de consultations auprès de ce dernier varie également selon le nombre de problèmes de santé de longue durée (tableau 5.4). D'abord, les personnes n'ayant déclaré aucun problème de santé de longue durée sont, toutes proportions gardées, les plus nombreuses à ne pas avoir consulté au cours d'une période de 12 mois (11 %*), alors que celles en ayant déclaré deux ou plus sont les moins nombreuses (4,5 %). De plus, les proportions de personnes ayant consulté une fois sont plus élevée chez celles n'ayant aucun ou un seul problème de santé de longue durée (42 % et 36 %, respectivement), par rapport à celles ayant deux problèmes de santé ou plus (31 %). Enfin, contrairement à ce qui a été observé dans le cas où il n'y a eu aucune consultation, les personnes ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont davantage enclines à consulter un médecin spécialiste deux fois ou plus (65 %), tandis que celles n'ayant aucun problème sont les moins nombreuses à avoir consulté deux fois ou plus (46 %).

5.2 Besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste

5.2.1 Besoin non comblé de consultation selon le sexe et l'âge

Les femmes et les personnes de 65 à 74 ans sont les plus nombreuses, en proportion, à avoir un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste

L'enquête documente aussi le besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste. À cet égard, on constate que 6 % des personnes de 65 ans et plus, suivies régulièrement ou non par au moins un médecin spécialiste, ont eu besoin d'une consultation au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir (tableau 5.5). Cette situation est plus répandue chez les femmes (7 % c. 5 %, chez les hommes) et chez les personnes de 65 à 74 ans (7 % c. 5 %, chez les 75-84 ans c. 3,5 %, chez les 85 ans et plus).

Tableau 5.4
Consultation auprès d'un médecin spécialiste[1] selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus[2] suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011

	Aucune fois	Une fois	Deux fois ou plus
		%	
Aucun problème de santé	11,5*	42,2	46,3
Un problème de santé	6,7	35,9	57,3
Deux problèmes de santé ou plus	4,5	30,6	64,8

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Consultation au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Tableau 5.5
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste[1] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	5,1
Femmes	6,6
Groupe d'âge	
65-74 ans	6,8
75 ans et plus	4,7
75-84 ans	5,2
85 ans et plus	3,5
Ensemble	5,9

1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

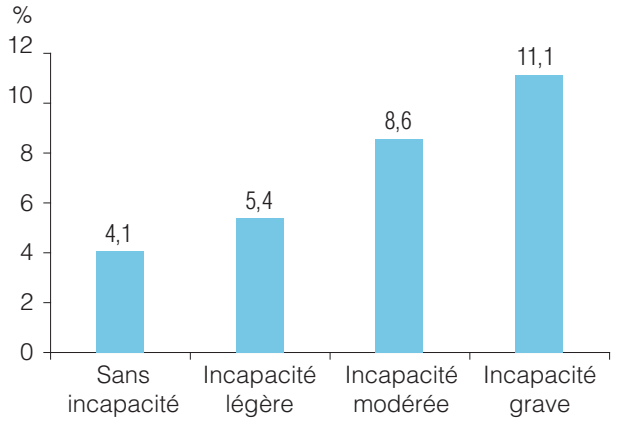
Le profil de résultats est un peu différent lorsqu'il s'agit d'un besoin non comblé pour une consultation ayant fait l'objet d'une recommandation par un médecin. Mentionnons tout d'abord que cette situation concerne 4 % des personnes de 65 ans et plus. Contrairement à ce qui a été observé précédemment, aucune différence significative n'est décelée selon le sexe. Toutefois, les personnes de 65 à 74 ans sont les plus susceptibles d'avoir un tel besoin non comblé (données non présentées).

5.2.2 Besoin non comblé de consultation selon certaines caractéristiques liées à la santé

Les personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité modérée ou grave et celles ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont davantage susceptibles d'avoir un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste

La figure 5.5 présente la proportion de personnes de 65 ans et plus ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste selon la gravité de l'incapacité. Mentionnons d'abord qu'il existe une différence significative concernant le besoin non comblé selon le fait d'avoir une incapacité (7 %, donnée non présentée) ou de ne pas en avoir (4,1 %). Les données montrent que la proportion de personnes ayant ce besoin non comblé est plus élevée parmi celles ayant une incapacité modérée ou une incapacité grave, par rapport à celles sans incapacité ou ayant une incapacité légère (9 % et 11 % c. 4,1 % et 5 %) (figure 5.5). Les résultats suivent un profil similaire au regard de la présence d'un besoin non comblé pour une consultation recommandée par un médecin (données non présentées).

Figure 5.5
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

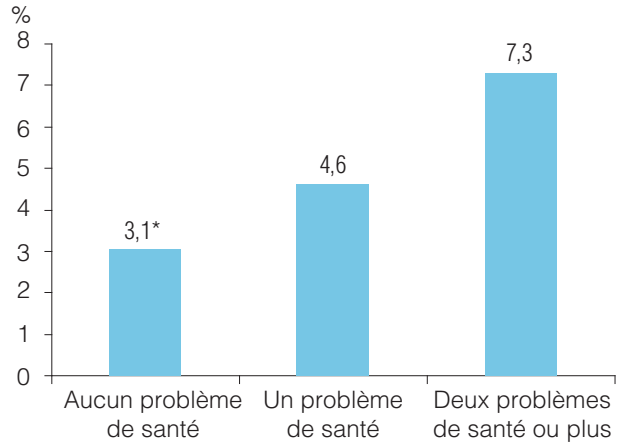


1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

L'analyse en fonction du nombre de problèmes de santé de longue durée présentée dans la figure 5.6 montre que ce sont les personnes déclarant deux problèmes de santé ou plus qui sont plus nombreuses, en proportion, à avoir un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste (7 %), comparativement à celles n'ayant aucun ou un seul problème de santé (3,1 %* et 4,6 %, respectivement). On tire le même genre de conclusion de l'analyse portant sur le besoin non comblé d'une consultation ayant fait l'objet d'une recommandation par un médecin (données non présentées).

Figure 5.6
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste[1] selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5.2.3 Suivi régulier et besoin non comblé de consultation selon le type de médecin spécialiste

Le cardiologue, l'ophtalmologiste et l'urologue sont les médecins spécialistes assurant un suivi régulier les plus fréquemment rapportés

Cette section décrit le suivi régulier et le besoin non comblé de consultation auprès d'un ou de plusieurs médecins spécialistes, selon le type de médecin, chez les personnes de 65 ans et plus. Il est à noter qu'une personne peut être suivie par plus d'un type de médecin spécialiste et qu'elle peut également mentionner un besoin non comblé à l'égard de plusieurs d'entre eux.

Les médecins spécialistes assurant un suivi régulier les plus fréquemment rapportés sont le cardiologue (16 %), l'ophtalmologiste (17 %) et l'urologue (9 %) (tableau 5.6). Des proportions se situant entre 2 % et 4 % sont observées pour ce qui est d'un suivi régulier par un chirurgien (2,8 %), un dermatologue (2,5 %), un endocrinologue (3,2 %), un gastro-entérologue (2,2 %), un gynécologue (3,7 %), un neurologue (2,9 %), un oncologue (3,6 %), un oto-rhino-laryngologiste (2,7 %), un orthopédiste (2,1 %), un pneumologue (3,4 %) ou un rhumatologue (2,5 %). D'autres types de médecins spécialistes sont rapportés dans des proportions moindres. Mentionnons que, peu importe le type de médecin spécialiste, des proportions très faibles de personnes (entre environ 0,1 %** et 0,9 %**, selon le cas) ont eu un besoin non comblé de consultation, au cours de la période de référence.

Tableau 5.6
Proportion de personnes suivies régulièrement par un médecin spécialiste et proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation selon le type de médecin spécialiste[1, 2], population de 65 ans et plus[3], Québec, 2010-2011

	Suivi régulier	Besoin non comblé de consultation
	%	
Cardiologue	15,8	0,7*
Chirurgien[4]	2,8	0,2**
Dermatologue	2,5	0,9*
Endocrinologue	3,2	0,1**
Gastro-entérologue	2,2	0,6*
Gynécologue	3,7	0,3**
Hématologue	0,9*	x
Interniste	0,7*	0,1**
Néphrologue	1,5	x
Neurologue	2,9	0,3**
Oncologue	3,6	0,1**
Ophtalmologiste	16,7	0,8
Oto-rhino-laryngologiste	2,7	0,2**
Orthopédiste	2,1	0,6*
Pneumologue	3,4	0,2**
Psychiatre	0,6*	x
Rhumatologue	2,5	0,4**
Urologue	8,6	0,3**
Autre[5]	2,5	0,6*

x Donnée confidentielle

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.
2. Une personne peut être suivie régulièrement par plus d'un médecin spécialiste ou avoir un besoin non comblé à l'égard de plus d'un médecin spécialiste.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
4. Entrent, dans cette catégorie, tous les types de chirurgien (dentiste, oncologue, etc.).
5. La catégorie « autre » comprend les spécialités suivantes : allergologue, anesthésiste, gériatre, hépatologue, infectiologue, pédiatre, physiatre, radiologiste et autre indéterminé.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

6 AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ OU DES SERVICES SOCIAUX

CHANTALE LECOURS

Faits saillants

- Près de la moitié des personnes de 65 ans et plus sont suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin. Les femmes sont davantage susceptibles que les hommes d'avoir recours à un tel suivi.
- La majorité des personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité grave sont suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin.
- Environ la moitié des personnes de 65 ans et plus ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin.
- Chez les personnes de 65 ans et plus suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin, plus de la moitié ont payé en tout ou en partie les frais de consultation.
- Une très faible proportion de personnes de 65 ans et plus expriment avoir eu besoin d'une consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin, sans avoir pu l'obtenir.

Après avoir traité de la consultation du médecin de famille et de médecins spécialistes, parmi la population de 65 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel[1], le présent chapitre porte sur la consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin. Par « professionnels autre qu'un médecin », on entend, par exemple, une infirmière, un acupuncteur, un audiologiste, un chiropraticien ou un ostéopathe. Il peut s'agir de professionnels dispensant leurs services dans le réseau public de la santé ou dans le secteur privé.

Un portrait des personnes suivies régulièrement par un professionnel de la santé ou des services sociaux[2] est d'abord présenté. Suivent des analyses décrivant les personnes qui ont dû payer pour une consultation et celles ayant eu un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux, au cours d'une période de 12 mois. Ces analyses sont faites en fonction du sexe, de l'âge et, lorsque les données le permettent, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, économiques[3] et liées à la santé[4].

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
2. Le concept de suivi fait référence aux rencontres régulières que les personnes ont avec un ou plusieurs médecins spécialistes au sujet de leur état de santé. Dans l'enquête, l'expression « rencontres régulières » signifie que le ou les professionnels ont été consultés plus d'une fois et qu'ils peuvent être consultés au besoin. Ces rencontres peuvent avoir lieu plusieurs fois par année, une seule fois ou même aux deux ans.
3. Pour plus de détails sur les variables sociodémographique et économique, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 1, à la page 34.
4. Pour plus de détails sur les variables liées à la santé, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 2, à la page 48.

Indicateurs utilisés

Professionnel de la santé et des services sociaux : Indicateur déterminant les personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin (par exemple : infirmière, physiothérapeute, psychologue, optométriste, etc.) [Indicateur construit à partir des questions FF16A, FF16B, FF18A et FF18B].

Types de professionnels de la santé ou des services sociaux consultés : Indicateurs déterminant les personnes suivies régulièrement pour chaque type de professionnel de la santé ou des services sociaux [Indicateurs construits à partir des questions FF16A, FF16B, FF18A, FF18AA, FF18B, FF18BB].

Avoir payé les frais de consultation : Indicateur déterminant les personnes qui ont payé (en tout ou en partie) les frais de consultation de l'un ou l'autre des professionnels de la santé ou des services sociaux consultés au cours d'une période de 12 mois parmi l'ensemble de celles qui sont suivies régulièrement. Le montant déboursé peut avoir été versé par la personne elle-même ou par une assurance privée [Indicateur construit à partir des questions FF16C et FF19].

Besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin d'une consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir Cet indicateur se rapporte aux personnes qu'elles soient ou non suivies régulièrement par un tel professionnel [Indicateur construit à partir de la question FF20]. Une variante de cet indicateur tient compte de l'information selon laquelle au moins une consultation n'ayant pu être obtenue avait été recommandée par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Il s'agit alors d'un « **besoin non comblé d'une consultation recommandée** » [Indicateur construit à partir des questions FF20 et FF22].

6.1 Suivi régulier et consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux

Près de la moitié des personnes de 65 ans et plus sont suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin

Environ 47 % des personnes âgées de 65 ans et plus sont suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin (tableau 6.1). Les professionnels les plus souvent mentionnés sont : le dentiste (25 %), l'optométriste (19 %) et l'infirmière (10 %). Les autres types de professionnels ont été rapportés en très faibles proportions.

Tableau 6.1
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[1] selon le type de professionnel, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	%
Chiropraticien	1,4
Dentiste	25,0
Infirmière	10,0
Massothérapeute	0,6*
Nutritionniste	0,2**
Optométriste	19,3
Ostéopathe	0,8*
Physiothérapeute	2,3
Psychologue[3]	0,5*
Travailleur social	0,3**
Autre[4]	2,8
Ensemble	46,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Une personne peut être suivie par plus d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Cette catégorie comprend également les psychothérapeutes et les thérapeutes en relation d'aide.
4. La catégorie « autre » comprend les professionnels suivants : acupuncteur, audiologiste, diététiste, éducateur spécialisé, ergothérapeute, homéopathe, inhalothérapeute, intervenant en santé mentale, kinésiologue, médecines douces, naturopathe, orthophoniste, pharmacien, podiatre ou podologue et autre indéterminé.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

6.1.1 Suivi régulier par un professionnel de la santé ou des services sociaux selon le sexe et l'âge

Les femmes de 65 ans et plus sont davantage susceptibles que les hommes d'être suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin

Le tableau 6.2 montre que, chez les personnes de 65 ans et plus, davantage de femmes que d'hommes ont un suivi régulier par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin (51 % c. 41 %). Toutefois, aucun écart statistiquement significatif n'est observé entre les groupes d'âge.

Tableau 6.2
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[1, a] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	41,4
Femmes	50,8
Groupe d'âge	
65-74 ans	47,7
75 ans et plus	45,3
75-84 ans	44,6
85 ans et plus	47,2
Ensemble	**46,6**

1. Une personne peut être suivie par plus d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « groupe d'âge » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

6.1.2 Suivi régulier par un professionnel de la santé ou des services sociaux selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Les analyses révèlent que les personnes de 65 ans et plus vivant seules sont proportionnellement plus nombreuses à être suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin, comparativement à celles ne vivant pas seules (49 % c. 46 %). Par ailleurs, les personnes vivant au-dessus du seuil de faible revenu mentionnent en plus forte proportion avoir recours à un tel suivi, par rapport à celles vivant sous ce seuil (49 % c. 41 %) (tableau 6.3).

Tableau 6.3
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[1] selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	%
Fait de vivre seul	
Oui	48,7
Non	45,6
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	40,8
Au-dessus du seuil de faible revenu	49,4

1. Une personne peut être suivie par plus d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

6.1.3 Suivi régulier par un professionnel de la santé ou des services sociaux selon certaines caractéristiques liées à la santé

Les personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité grave sont proportionnellement plus nombreuses à être suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin; c'est le cas de la majorité d'entre elles

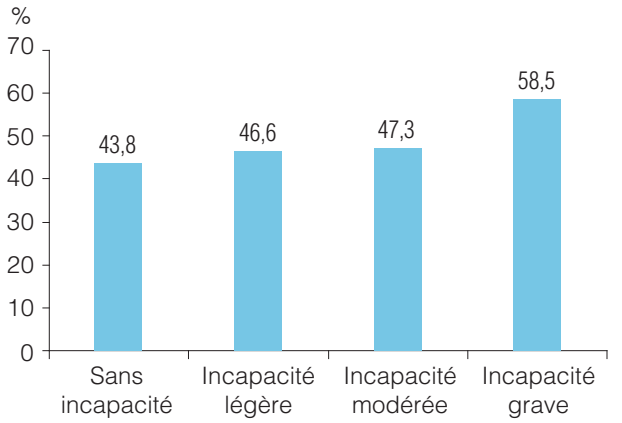
Le suivi régulier des personnes de 65 ans et plus varie selon certaines caractéristiques liées à la santé. Quand on considère le niveau de gravité de l'incapacité (figure 6.1), les analyses montrent que les personnes ayant une incapacité grave (59 %) sont plus susceptibles d'être suivies par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin, en comparaison de celles sans incapacité (44 %) ou encore avec une incapacité légère ou modérée (47 %, dans les deux cas). Une différence significative est observée entre les personnes avec incapacité (49 %, donnée non présentée) et celles sans incapacité (44 %).

Environ la moitié des personnes de 65 ans et plus ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin; chez celles n'ayant aucun problème de santé, c'est environ le tiers

Le suivi régulier des personnes de 65 ans et plus assuré par un professionnel de la santé et des services sociaux autre qu'un médecin varie également selon le nombre de problèmes de santé de longue durée. En témoignent les résultats présentés à la figure 6.2, qui montrent que la proportion de personnes suivies passe de 35 % chez celles n'ayant aucun problème de santé à 43 % chez celles en ayant un et à 52 % chez celles en ayant deux ou plus.

Si l'on considère les aînés ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés dans l'enquête, on constate qu'ils sont plus susceptibles d'être suivis régulièrement par un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin, en comparaison de ceux n'ayant aucun de ces problèmes (49 % c. 41 %, données non présentées).

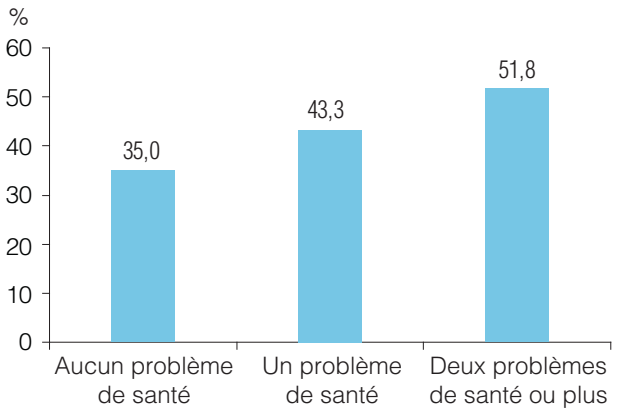
Figure 6.1
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011



1. Une personne peut être suivie par plus d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Figure 6.2
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[1] selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011



1. Une personne peut être suivie par plus d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

6.1.4 Avoir payé les frais de consultation selon le sexe et l'âge

Chez les personnes de 65 ans et plus suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin, plus de la moitié ont payé en tout ou en partie les frais de consultation

L'enquête documente le fait qu'une personne a eu ou non à payer pour consulter au moins un des professionnels de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[5]. On constate que 57 % des personnes de 65 ans et plus suivies régulièrement ont payé pour une consultation au cours d'une période de 12 mois (tableau 6.4). La proportion la plus élevée de personnes ayant payé pour une consultation est observée chez celles de 65 à 74 ans (64 %), alors que la plus faible l'est chez celles de 85 ans et plus (38 %). Par ailleurs, aucun écart statistiquement significatif n'a été décelé lors des analyses selon le sexe.

Tableau 6.4
Proportion de personnes ayant payé pour une consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[1, a] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[2] suivie régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	55,5
Femmes	57,8
Groupe d'âge	
65-74 ans	64,1
75 ans et plus	47,0
75-84 ans	50,3
85 ans et plus	38,2
Ensemble	56,9

1. Ce sont les personnes qui ont payé (en tout ou en partie) les frais de consultation de l'un ou l'autre des professionnels de la santé ou des services sociaux consultés au cours d'une période de 12 mois. Le montant déboursé peut avoir été versé par la personne elle-même ou par une assurance privée.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

5. La personne peut avoir payé en tout ou en partie les frais de consultation. Le montant déboursé pour la consultation peut avoir été versé par la personne elle-même ou par une assurance privée.

6.2 Besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux

6.2.1 Besoin non comblé de consultation selon le sexe et l'âge

Seule une très faible proportion des personnes de 65 ans et plus expriment avoir eu besoin de consulter un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin, sans pouvoir obtenir cette consultation

Selon les données de l'EQLAV, environ 1,2 % des personnes constituant la population de 65 ans et plus à l'étude ont eu besoin d'une consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir (tableau 6.5). Lorsque l'on considère le besoin non comblé d'une consultation ayant été recommandée par un médecin ou un autre professionnel, la proportion est estimée à 0,5 %* (donnée non présentée). Dans un cas comme dans l'autre, aucune différence significative sur le plan statistique n'est observée selon le sexe et l'âge.

Tableau 6.5
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[1, a] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	1,1*
Femmes	1,4*
Groupe d'âge	
65-74 ans	1,2*
75 ans et plus	1,4*
75-84 ans	1,4*
85 ans et plus	1,2*
Ensemble	1,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « sexe » et « groupe d'âge » sont non significatifs au seuil de 5 %.

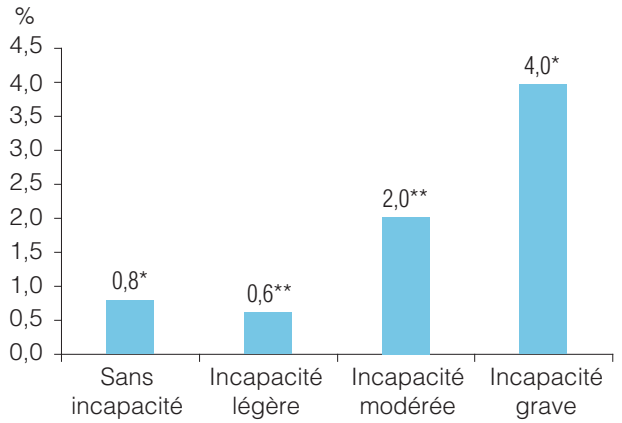
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

6.2.2 Besoin non comblé de consultation selon le fait de vivre seul et la gravité de l'incapacité

Les analyses montrent que les personnes de 65 ans et plus vivant seules sont légèrement plus nombreuses, en proportion, à avoir un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin que celles qui ne vivent pas seules (1,8 %* c. 1,0 %*) (données non présentées).

Quand on considère l'incapacité, les données indiquent que le besoin non comblé de consultation d'un professionnel de la santé ou des services sociaux est un peu plus répandu chez les personnes de 65 ans et plus avec incapacité (1,6 %, donnée non présentée) que chez celles sans incapacité (0,8 %*). En tenant compte du niveau de gravité, on constate que les personnes ayant une incapacité modérée ou une incapacité grave (environ 2 %** et 4,0 %*, respectivement) présentent des proportions plus élevées, comparativement à celles ayant une incapacité légère (environ 1 %**) ou celles sans incapacité (0,8 %*) (figure 6.3).

Figure 6.3
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

7 SERVICES HOSPITALIERS ET SERVICES À DOMICILE POSTHOSPITALIERS DU CLSC

CHANTALE LECOURS

Faits saillants

- Plus du tiers des personnes de 65 ans et plus ont recours à au moins un service hospitalier (consultation à l'urgence, hospitalisation ou chirurgie d'un jour) au cours d'une période de 12 mois.
- Les personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité grave mentionnent en plus grande proportion avoir consulté à l'urgence et avoir été hospitalisées.
- Plus d'une personne sur dix de 75 ans et plus, dont le dernier service hospitalier est une consultation à l'urgence, ont reçu des services à domicile du CLSC à la suite de cette consultation
- Chez les personnes de 65 ans et plus dont le dernier service hospitalier reçu est une hospitalisation, plus d'une sur dix mentionne avoir eu un besoin non comblé de services à domicile du CLSC à la suite de celle-ci.
- Chez les personnes de 65 ans et plus dont le dernier service hospitalier est une chirurgie d'un jour, très peu, en proportion, ont reçu des services à domicile du CLSC par la suite ou mentionnent un besoin non comblé à cet égard.
- Peu importe le type de services à domicile posthospitaliers, les personnes de 85 ans et plus sont nettement plus nombreuses, en proportion, à avoir reçu de tels services.
- Parmi les personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité grave, une sur trois a reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC après son congé de l'hôpital.
- L'utilisation des services à domicile posthospitaliers du CLSC est plus fréquemment rapportée par les personnes âgées de 65 ans et plus ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus.
- C'est le personnel hospitalier qui a entrepris les démarches auprès du CLSC pour l'obtention de services à domicile posthospitaliers, pour plus de la moitié des personnes de 65 ans et plus ayant reçu ce type de services.
- Parmi les personnes de 65 ans et plus ayant eu au moins un service hospitalier, environ 3 % expriment ne pas avoir reçu les soins à domicile et 7 % l'aide à domicile du CLSC dont elles auraient eu besoin à la suite de leur congé de l'hôpital.
- Près d'une personne sur cinq de 65 ans et plus avec incapacité grave a mentionné un besoin non comblé d'aide à domicile du CLSC à la suite de son congé de l'hôpital.

Ce chapitre est consacré à l'utilisation des services hospitaliers ainsi que des services à domicile posthospitaliers du CLSC par les personnes de 65 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel[1]. Précisons que par « services hospitaliers », on entend le recours à la consultation à l'urgence d'un hôpital, à l'hospitalisation et à la chirurgie d'un jour. Quant à l'utilisation de services à domicile posthospitaliers, il s'agit de soins de santé ou d'aide à domicile du CLSC à la suite du dernier service hospitalier reçu.

Les prochaines sections de ce chapitre décrivent d'abord le recours à ces services selon le sexe et l'âge et, pour quelques indicateurs, selon le fait de vivre seul, le niveau de revenu du ménage[2] de même que certaines caractéristiques liées à la santé[3]. Enfin, le besoin non comblé de services à domicile est examiné, en précisant aussi le besoin non comblé de services ayant été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital. Comme dans les sections précédentes, les données sont croisées selon les diverses caractéristiques de la population visée par l'étude.

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
2. Pour plus de détails sur les variables sociodémographique et économique, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 1, à la page 34.
3. Pour plus de détails sur les variables liées à la santé, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 2, à la page 48.

Indicateurs utilisés

Services hospitaliers

Consultation à l'urgence : Consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital au moins une fois au cours d'une période de 12 mois. Cet indicateur ne tient pas compte des fois où la personne s'est présentée à l'urgence mais est repartie avant d'avoir vu un médecin [Variable tirée de la question Q55 de l'EQES].

Hospitalisation : Par hospitalisation, on entend avoir passé au moins une nuit dans une chambre à l'hôpital au moins une fois au cours d'une période de 12 mois [Variable tirée de la question Q45 de l'EQES].

Chirurgie d'un jour : Chirurgie ayant lieu dans une salle d'opération d'un hôpital (ou d'une clinique médicale) mais qui ne nécessite pas d'y passer la nuit au moins une fois au cours d'une période de 12 mois [Variable tirée de la question B3 de l'EQLAV].

Au moins un service hospitalier : Indicateur déterminant les personnes ayant reçu, au cours d'une période de 12 mois, au moins un service hospitalier parmi les types de services suivants : consultation à l'urgence, hospitalisation ou chirurgie d'un jour [Indicateur construit à partir des questions Q55, Q45 de l'EQES et de la question B3 de l'EQLAV].

Fréquence des services hospitaliers reçus : Pour chaque type de service hospitalier (consultation à l'urgence, hospitalisation, chirurgie d'un jour), nombre de fois où le service a été reçu au cours d'une période de 12 mois. Cet indicateur compte trois catégories : aucune fois, une fois, deux fois ou plus [Indicateurs construits à partir des questions Q55, Q45 de l'EQES et de la question B3 de l'EQLAV].

Services à domicile posthospitaliers

Services à domicile posthospitaliers du CLSC : Utilisation des services à domicile du CLSC à la suite du dernier (seul) service hospitalier (que ce soit une consultation à l'urgence, une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour) reçu au cours d'une période de 12 mois chez les personnes ayant reçu au moins un service hospitalier. Cet indicateur général tient compte des deux types de services à domicile documentés dans l'EQLAV qui font aussi l'objet d'indicateurs spécifiques : 1) les soins de santé à domicile, par exemple des prises de sang et des changements de pansements ou des traitements [Indicateur construit à partir des questions B6A, B10A, B13A], et 2) l'aide à domicile, par exemple l'aide pour les soins personnels comme se laver, s'habiller ou manger ou encore pour les tâches domestiques comme préparer les repas, faire de l'entretien ménager, etc. [Indicateur construit à partir des questions B7A, B11A et B14A]. L'utilisation des services à domicile posthospitaliers du CLSC est aussi décrite selon le type de services hospitaliers reçu (consultation à l'urgence, hospitalisation et chirurgie d'un jour).

Besoin non comblé de services à domicile posthospitaliers du CLSC : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de services (soins de santé ou aide) à domicile du CLSC à la suite de leur dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois sans pouvoir les obtenir. Cet indicateur général tient compte des besoins non comblés pour les deux types de services à domicile posthospitaliers (soins de santé à domicile et aide à domicile) et les trois types de services hospitaliers (consultation à l'urgence, hospitalisation et chirurgie d'un jour), lesquels font aussi l'objet d'indicateurs spécifiques [Indicateurs construits à partir des questions B6B, B7B, B10B, B11B, B13B et B14B]. Une variante de ces indicateurs tient compte de l'information selon laquelle au moins un service à domicile posthospitalier n'ayant pu être obtenu avait été recommandé par un professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital. Il s'agit alors d'un « **besoin non comblé de services à domicile posthospitaliers du CLSC recommandés** » [Indicateurs construits à partir des questions B6B, B6C, B7B, B7C, B10B, B10C, B11B, B11C, B13B, B13C, B14B et B14C].

Initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC : Personne ayant fait les démarches afin que la personne puisse recevoir des services à domicile du CLSC à la suite de son dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois. Cet indicateur comprend quatre catégories : le personnel de l'hôpital, le médecin de famille, la personne elle-même ou ses proches, autres personnes. Il se rapporte aux personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC [Indicateur construit à partir des questions B8A, B12A et B15A].

7.1 Services hospitaliers

7.1.1 Services hospitaliers selon le sexe et l'âge

Plus du tiers des personnes de 65 ans et plus ont utilisé au moins un service de l'hôpital au cours d'une période de 12 mois, que ce soit une consultation à l'urgence, une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour

Parmi la population âgée de 65 ans et plus, environ 36 % des personnes ont reçu au moins un des trois services hospitaliers documentés dans l'enquête au cours d'une période de 12 mois[4] (tableau 7.1). Les données ne permettent pas de conclure à des différences significatives selon le sexe; par contre, on constate que les personnes de 65 à 74 ans et celles de 85 ans et plus présentent respectivement la proportion la plus faible (33 %) et la plus élevée (43 %) de personnes ayant eu recours à au moins un service hospitalier.

Pour chaque type de service pris séparément, on observe que 25 % de personnes ont consulté un médecin à l'urgence d'un hôpital, 15 % ont été hospitalisées et 11 % ont subi une chirurgie d'un jour (tableau 7.1). La consultation à l'urgence est plus répandue, en proportion, chez les personnes de 85 ans et plus (34 % c. 23 % et 26 %, chez celles de 65 à 74 ans et de 75 à 84 ans, respectivement). En ce qui concerne l'hospitalisation, on note une hausse sous forme de gradient puisque la proportion passe de 12 % chez les 65 à 74 ans à 18 % chez les 75 à 84 ans, pour atteindre 23 % chez les personnes de 85 ans et plus. Par ailleurs, alors qu'aucune différence statistique ne ressort selon l'âge concernant le fait d'avoir subi une chirurgie d'un jour, au cours d'une période de 12 mois, on constate que cette situation est un peu plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (12 % c. 10 %).

Tableau 7.1
Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier[1, 2] selon le type de service, le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[3], Québec, 2010-2011

	Consultation à l'urgence[a]	Hospitalisation[a]	Chirurgie d'un jour[b]	Au moins un service hospitalier[a]
	%			
Sexe				
Hommes	24,2	14,8	11,9	34,9
Femmes	26,2	15,2	10,0	36,2
Groupe d'âge				
65-74 ans	23,2	12,4	11,0	33,2
75 ans et plus	27,9	18,4	10,7	38,7
75-84 ans	25,8	16,7	11,4	37,2
85 ans et plus	33,7	23,1	8,5	43,1
Ensemble	25,3	15,0	10,9	35,6

1. Une personne peut avoir reçu plus d'un type de service hospitalier.
2. Services hospitaliers reçus au cours d'une période de 12 mois.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

b. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « groupe d'âge » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

4. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de service hospitalier au cours de la période de référence. Chaque service peut également avoir été reçu à plus d'une occasion (voir le tableau 7.4).

7.1.2 Services hospitaliers selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Parmi les trois types de services hospitaliers documentés dans l'enquête, seule l'hospitalisation varie en fonction du fait de vivre seul et du niveau de revenu du ménage chez les personnes âgées de 65 ans et plus (tableau 7.2). En effet, la proportion de personnes ayant été hospitalisées au moins une fois au cours de la période de référence est plus élevée chez les personnes vivant seules (17 % c. 14 %, chez celles qui ne vivent pas seules) et chez celles appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (18 % c. 14 %, chez celles vivant au-dessus du seuil de faible revenu). En ce qui a trait à la chirurgie d'un jour, la seule différence statistiquement significative concerne le niveau de revenu du ménage. Les personnes appartenant à un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu présentent en effet une proportion plus élevée par rapport à celles vivant sous ce seuil (12 % c. 9 %).

7.1.3 Services hospitaliers selon certaines caractéristiques liées à la santé

La consultation à l'urgence et l'hospitalisation sont plus fréquemment rapportées par les personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité grave

Le recours aux services hospitaliers est associé à l'incapacité et à la gravité de celle-ci (figure 7.1). On remarque d'abord que les personnes avec incapacité sont nettement plus nombreuses, en proportion, à avoir reçu au moins un service hospitalier au cours d'une période de 12 mois (43 %, donnée non présentée), par rapport à celles sans incapacité (26 %). Ensuite, on constate que plus le niveau de gravité de l'incapacité augmente, plus le recours à au moins un service hospitalier s'intensifie, de 36 % chez les personnes avec incapacité légère, à 48 % chez celles ayant une incapacité modérée à 56 % chez celles ayant une incapacité grave.

Tableau 7.2
Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier[1, 2] selon le type de service, le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus[3], Québec, 2010-2011

	Consultation à l'urgence[a]	Hospitalisation	Chirurgie d'un jour[b]	Au moins un service hospitalier[a]
	%			
Fait de vivre seul				
Oui	26,1	16,7	10,7	**37,1**
Non	24,9	14,1	10,9	**34,9**
Niveau de revenu du ménage				
Sous le seuil de faible revenu	26,9	18,1	9,1	**36,5**
Au-dessus du seuil de faible revenu	24,4	13,7	11,6	**35,2**

1. Une personne peut avoir reçu plus d'un type de service hospitalier.
2. Services hospitaliers reçus au cours d'une période de 12 mois.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « fait de vivre seul » et « niveau de revenu du ménage » sont non significatifs au seuil de 5 %.

b. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « fait de vivre seul » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

L'analyse des données selon le type de service hospitalier montre que les proportions de personnes ayant consulté au moins une fois à l'urgence d'un hôpital augmentent en fonction du niveau de gravité de l'incapacité (figure 7.1) : elle passe ainsi de 17 % en l'absence d'incapacité à 25 % pour l'incapacité légère, à 33 % pour l'incapacité modérée et à 46 % pour celle dite grave.

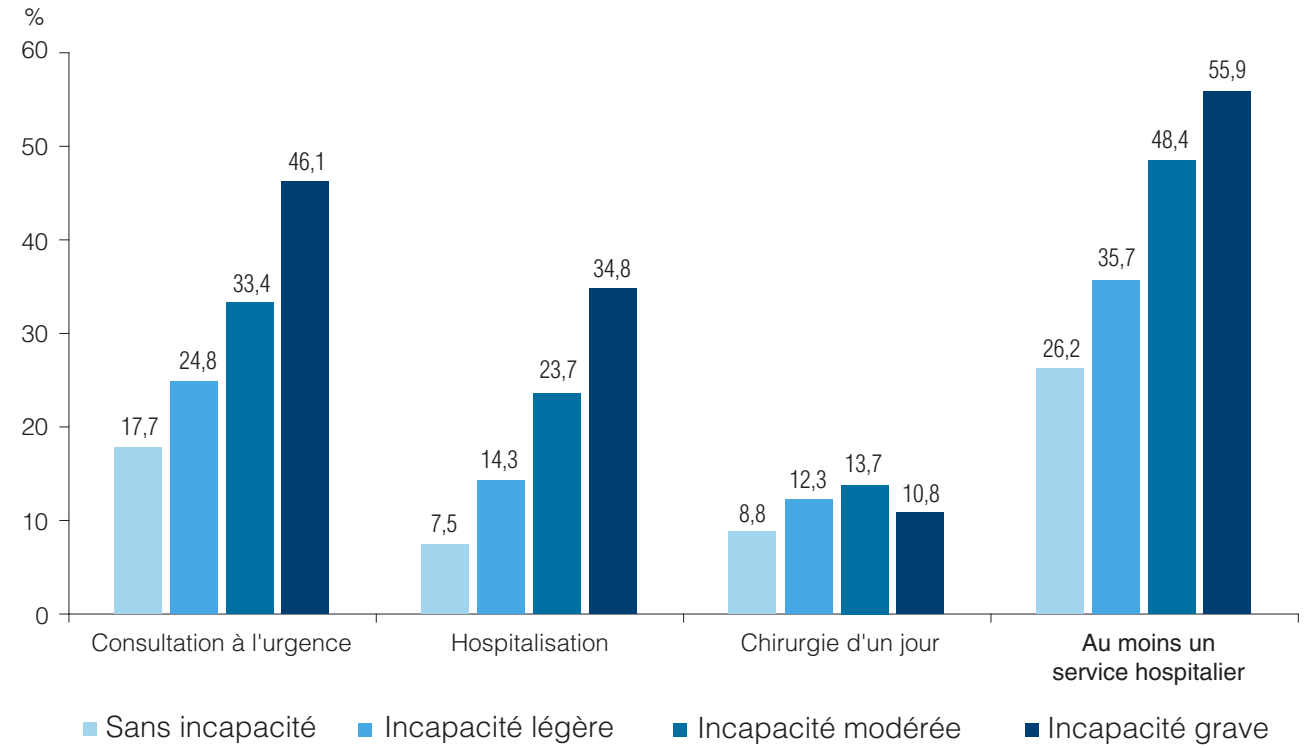
La proportion de personnes ayant été hospitalisées au moins une fois, au cours de la période à l'étude, augmente elle aussi de façon marquée en fonction de ce même indice (7 %, sans incapacité; 14 %, incapacité légère c. 24 %, incapacité modérée c. 35 %, incapacité grave).

Mentionnons enfin que dans le cas du recours à la chirurgie d'un jour, les écarts observés selon l'indice de gravité de l'incapacité ne sont pas significatifs sur le plan statistique.

Le recours à au moins un des services hospitaliers documentés dans l'enquête est aussi associé au nombre de problèmes de santé de longue durée (tableau 7.3). En effet, les personnes de 65 ans et plus ayant deux problèmes ou plus sont les plus nombreuses à avoir reçu au moins un de ces services (42 % c. 30 %, chez celles ayant un problème de santé c. 24 %, chez celles n'ayant aucun problème de santé).

Lorsque l'on reprend cette analyse selon le type de service hospitalier, on constate que le recours aux services de consultation à l'urgence d'un hôpital s'accroît en fonction du nombre de problèmes de santé de longue durée. La proportion de personnes de 65 ans et plus ayant consulté à l'urgence passe ainsi de 15 % chez celles n'ayant aucun problème de santé à 20 % chez celles en déclarant un, puis à 31 % chez celles qui en ont deux ou plus.

Figure 7.1
Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier[1, 2] selon le type de service et la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus[3], Québec, 2010-2011



1. Une personne peut avoir reçu plus d'un type de service hospitalier.
2. Services hospitaliers reçus au cours d'une période de 12 mois.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

L'hospitalisation est aussi plus répandue chez les personnes de 65 ans et plus ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus (19 % c. 11 %, dans le cas d'un problème de santé c. 7 %, en l'absence de problème).

Notons enfin qu'aucune proportion quant au recours à la chirurgie d'un jour en fonction du nombre de problèmes de santé de longue durée ne se distingue, au plan statistique, de toutes les autres.

L'utilisation d'au moins un service hospitalier a aussi été examinée selon la présence de l'un ou l'autre des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignées dans l'enquête (arthrite [ou rhumatisme], diabète, bronchite chronique [ou maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)], hypertension et maladies cardiaques). Cette analyse montre que les personnes âgées de 65 ans et plus ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé sont plus nombreuses, en proportion, à avoir reçu au moins un des services hospitaliers (39 % c. 26 %, chez celles n'ayant pas ces problèmes, données non présentées).

7.1.4 Fréquence des services hospitaliers reçus

L'enquête permet de documenter le nombre de fois où les personnes de 65 ans et plus ont reçu des services hospitaliers, selon le type, au cours d'une période de 12 mois.

En ce qui concerne la consultation à l'urgence, il ressort qu'environ les trois quart (75 %) des personnes de 65 ans et plus n'ont pas consulté dans ce lieu, tandis que 16 % l'ont fait une fois et 9 %, deux fois ou plus (tableau 7.4). On ne constate aucune différence significative sur le plan statistique selon le sexe. Par ailleurs, les personnes de 85 ans et plus se retrouvent en plus faible proportion à ne pas avoir consulté à l'urgence (66 % c. 77 %, 65 à 74 ans et 74 %, 75 à 84 ans). En contrepartie, elles sont proportionnellement plus nombreuses à l'avoir fait une fois (20 % c. 15 % et 16 %) ou deux fois ou plus (14 % c. 9 % et 10 %).

En ce qui a trait à l'hospitalisation, les données révèlent qu'environ 11 % des personnes de 65 ans et plus ont été hospitalisées une fois et 4,3 % l'ont été deux fois ou plus au cours de la période de référence (tableau 7.4). Le fait d'avoir été hospitalisé deux fois ou plus varie selon l'âge, la proportion passant de 3,3 % chez les personnes âgées de 65 à 74 ans à 5 % chez celles âgées de 75 à 84 ans, et atteint 7 % chez celles de 85 ans et plus. Le même phénomène est observé pour les personnes ayant été hospitalisées une seule fois au cours de la période de référence (9 % chez les personnes de 65 à 74 ans, 12 % chez celles de 75 à 84 ans et 16 % chez celles de 85 ans et plus). La situation inverse s'observe donc dans le cas où il n'y a pas eu d'hospitalisation (88 % chez les personnes de 65 à 74 ans c. 83 % chez celles de 75 à 84 ans c. 77 % chez celles de 85 ans et plus). Soulignons que les données de l'enquête ne permettent pas de conclure à des écarts statistiquement significatifs selon le sexe.

Quant à la chirurgie d'un jour, elle est pratiquée auprès d'un peu plus d'une personne sur dix de 65 ans et plus (11 %). À l'examen des données selon le nombre d'interventions, on note que 8 % d'aînés en ont subi une

Tableau 7.3
Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier[1, 2] selon le type de service et le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus[3], Québec, 2010-2011

	Consultation à l'urgence	Hospitalisation	Chirurgie d'un jour	Au moins un service hospitalier
		%		
Aucun problème de santé	14,9	7,4	8,8	24,0
Un problème de santé	20,3	11,0	10,1	30,2
Deux problèmes de santé ou plus	30,7	19,1	11,8	41,6

1. Une personne peut avoir reçu plus d'un type de service hospitalier.
2. Services hospitaliers reçus au cours d'une période de 12 mois.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

et 3,0 %, deux ou plus, au cours de la période de référence (tableau 7.4). Les seuls écarts significatifs sur le plan statistique sont observés selon l'âge et concerne d'abord les personnes n'ayant pas eu de chirurgie d'un jour au cours de la période de référence, la proportion notée chez les 85 ans et plus étant supérieure à celle constatée dans chacun des deux autres groupes d'âge (92 % c. 89 %, dans les deux cas). De plus, dans le cas d'une seule chirurgie d'un jour, ce sont les personnes de 65 à 74 ans qui présentent la proportion la plus élevée (9 % c. 7 % chez celles de 75 ans et plus) et, inversement, lorsqu'il s'agit de deux chirurgies ou plus (2,5 % c. 3,7 %).

Tableau 7.4
Fréquence des services hospitaliers reçus[1, 2] selon le type de service, le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[3], Québec, 2010-2011

	Aucune fois	Une fois	Deux fois ou plus
		%	
Consultation à l'urgence[a]	**74,7**	**15,8**	**9,4**
Sexe			
Hommes	75,8	15,0	9,1
Femmes	73,8	16,5	9,7
Groupe d'âge			
65-74 ans	**76,8**	**14,7**	**8,5**
75 ans et plus	**72,1**	**17,3**	**10,7**
75-84 ans	74,2	16,3	9,6
85 ans et plus	66,3	20,0	13,7
Hospitalisation[a]	**85,0**	**10,7**	**4,3**
Sexe			
Hommes	85,2	10,6	4,1
Femmes	84,8	10,8	4,4
Groupe d'âge			
65-74 ans	**87,6**	**9,1**	**3,3**
75 ans et plus	**81,6**	**12,8**	**5,6**
75-84 ans	83,3	11,6	5,1
85 ans et plus	76,9	16,1	7,0
Chirurgie d'un jour[a]	**89,1**	**7,9**	**3,0**
Sexe			
Hommes	88,1	8,8	3,1
Femmes	90,0	7,1	2,9
Groupe d'âge			
65-74 ans	**89,0**	**8,5**	**2,5**
75 ans et plus	**89,3**	**7,0**	**3,7**
75-84 ans	88,6	7,2	4,3
85 ans et plus	91,5	6,4	2,0*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Une personne peut avoir reçu plus d'un type de service hospitalier.
2. Services hospitaliers reçus au cours d'une période de 12 mois.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

7.2 Services à domicile posthospitaliers du CLSC et besoin non comblé

Cette section est consacrée aux services à domicile posthospitaliers du CLSC que les personnes de 65 ans et plus ont reçus à la suite du dernier service hospitalier obtenu au cours d'une période de 12 mois. Ces services à domicile sont les soins de santé à domicile et l'aide à domicile[5]. Les résultats concernant le besoin non comblé, c'est-à-dire les services que les personnes n'ont pas reçus et dont elles auraient eu besoin, à leur avis, à la suite de leur congé de l'hôpital sont également présentés.

D'abord, la proportion de personnes ayant reçu l'un ou l'autre de ces services à domicile de même que celle des personnes ayant un besoin non comblé à cet égard, selon le type de service hospitalier reçu la dernière (seule) fois (consultation à l'urgence, hospitalisation ou chirurgie d'un jour) sont présentées. Mentionnons que parmi les personnes de 65 ans et plus ayant reçu au moins un des services hospitaliers documentés dans l'enquête, une consultation à l'urgence est le dernier service reçu par environ 45 % d'entre elles, l'hospitalisation en concerne 29 %[6] et une chirurgie d'un jour, 26 %[7] (données non présentées). Ensuite, l'analyse porte sur l'utilisation des services à domicile posthospitaliers et sur le besoin non comblé de tels services, cette fois sans distinction du type de service hospitalier reçu[8].

7.2.1 Services à domicile posthospitaliers du CLSC et besoin non comblé pour ces services selon le type de service hospitalier, le sexe et l'âge

Consultation à l'urgence

Plus d'une personne sur dix de 75 ans et plus dont le dernier service hospitalier reçu est une consultation à l'urgence ont reçu des services à domicile du CLSC à la suite de cette consultation

Parmi les personnes de 65 ans et plus dont le dernier service hospitalier reçu est une consultation à l'urgence, environ 8 % ont reçu des services (soins de santé ou aide) à domicile du CLSC à la suite de cette consultation : 7 % ont reçu des soins de santé et environ 3 %* de l'aide à domicile (tableau 7.5). Précisons qu'une personne peut avoir eu des soins de santé ou de l'aide à domicile ou les deux à la suite du dernier service hospitalier reçu. Les analyses selon le sexe ne révèlent aucune différence significative sur le plan statistique. Cependant, si l'on considère l'ensemble des services à domicile, la proportion de personnes les ayant reçus est plus élevée chez celles de 75 ans et plus que chez celles de 65 à 74 ans (13 % c. environ 3 %**). Une situation similaire est observée pour les soins de santé à domicile (12 % c. environ 2 %**). Aucune différence significative n'est constatée selon l'âge quant à l'aide à domicile reçue (données non présentées selon le sexe et l'âge).

Parmi les personnes de 65 ans et plus concernées, 7 % estiment ne pas avoir reçu les services à domicile du CLSC dont elles auraient eu besoin à la suite de leur consultation à l'urgence. Plus spécifiquement, environ 3,0 %* ont exprimé un besoin non comblé de soins de

5. Pour plus de détails sur les services à domicile, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* de ce chapitre, à la page 111.
6. Les personnes dont le dernier (seul) service reçu est une consultation à l'urgence suivie d'une hospitalisation sont classées dans la catégorie « hospitalisation ».
7. L'EQLAV 2010-2011 renseigne sur le lieu de la chirurgie d'un jour pour les personnes ayant reçu ce service la dernière (seule) fois qu'elles ont eu un service hospitalier au cours de la période de référence. Les données indiquent que la grande majorité de ces personnes ont subi leur chirurgie d'un jour à l'hôpital ou dans un CLSC (88 %) et les autres, dans une clinique médicale (12 %) (données non présentées, tirées des questions B9A et B9B).
8. Il est à noter que pour certaines personnes considérées comme ayant reçu au moins un service hospitalier, il n'a pas été possible de déterminer le type du dernier (seul) service reçu, ni de recueillir des informations sur les services à domicile du CLSC obtenus à la suite de ce service. Bien que ces personnes ne représentent qu'une proportion minime de l'ensemble, la non réponse partielle qui leur est attribuable est susceptible d'entraîner un biais, allant dans le sens d'une très légère surestimation des proportions de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC et de celles mentionnant un besoin non comblé pour de tels services, parmi la population ayant reçu au moins un service hospitalier (que ce soit une consultation à l'urgence, une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour).

santé et 5 %*, d'aide à domicile (tableau 7.5). Le besoin non comblé de soins de santé ou d'aide à domicile n'est pas associé au sexe ou à l'âge. Il existe cependant une exception puisque les personnes de 75 ans et plus sont plus nombreuses, en proportion, que celles de 65 à 74 ans à mentionner un besoin non comblé d'aide à domicile à la suite d'une consultation à l'urgence (7 %* c. 3,6 %*) (données non présentées selon le sexe et l'âge).

Par ailleurs, environ 2,2 %* des personnes de 65 ans et plus rapportent que les services (soins de santé ou aide) à domicile qu'elles n'ont pas reçus du CLSC à la suite de leur consultation à l'urgence avaient été recommandés par un professionnel de la santé ou des services sociaux, ce qui peut inclure le personnel de l'hôpital. Dans le cas des soins de santé à domicile, cette proportion est d'environ 1 %** et dans celui de l'aide à domicile, elle est de 1,5 %* (données non présentées).

Hospitalisation

Chez les personnes de 65 ans et plus dont le dernier service hospitalier reçu est une hospitalisation, plus d'une sur dix mentionne avoir un besoin non comblé de services à domicile du CLSC à la suite de celle-ci

Près du tiers (32 %) des personnes de 65 ans et plus dont le dernier service hospitalier reçu au cours de la période de référence de 12 mois est une hospitalisation ont reçu des services (soins de santé ou aide) à domicile du CLSC à la suite de celle-ci (tableau 7.5). Plus spécifiquement, 30 % ont reçu des soins de santé à domicile et 10 %, de l'aide à domicile. Cependant, la prestation de services à domicile posthospitaliers du CLSC ne diffère pas selon le sexe et l'âge, sauf dans le cas de l'aide à domicile que les personnes de 75 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses à recevoir (13 % c. 6 %*, chez celles de 65 à 74 ans) (données non présentées selon le sexe et l'âge).

Environ 12 % des personnes de 65 ans et plus concernées mentionnent avoir un besoin non comblé de services (soins de santé ou aide) à domicile du CLSC à la suite d'une hospitalisation : environ 4 %** n'ont pas reçu les soins de santé à domicile requis, de leur point de vue, et 12 %, l'aide à domicile (tableau 7.5). Si ces besoins ne diffèrent pas selon l'âge, et aussi selon le sexe en ce qui concerne les soins de santé à domicile, ils se distinguent toutefois au niveau de l'aide à domicile puisque les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à indiquer un tel besoin non comblé (15 %* c. 8 %*) (données non présentées selon le sexe et l'âge).

Tableau 7.5
Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC[1, 2] ou ayant un besoin non comblé à cet égard[3] selon le type de service hospitalier, population de 65 ans et plus[4] ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011

	Services à domicile reçus			Besoin non comblé		
	Soins de santé à domicile	Aide à domicile	Total	Soins de santé à domicile	Aide à domicile	Total
	%					
Consultation à l'urgence[5]	6,6	2,7*	**7,6**	3,0*	5,1*	**6,6**
Hospitalisation[6]	29,7	9,9	**32,4**	3,7**	11,6	**12,2**
Chirurgie d'un jour[7]	3,5**	0,6**	**3,9***	1,9**	5,4*	**6,0***

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.
1. Services (soins de santé ou aide) à domicile du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.
2. Une personne peut avoir reçu plus d'un type de services à domicile posthospitaliers du CLSC.
3. Une personne peut avoir un besoin non comblé de soins de santé à domicile ou d'aide à domicile, ou les deux, au cours d'une période de 12 mois.
4. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
5. La consultation à l'urgence est le dernier (seul) service hospitalier reçu par environ 45 % des personnes de 65 ans et plus ayant reçu au moins un service à l'hôpital.
6. L'hospitalisation est le dernier (seul) service hospitalier reçu par environ 29 % des personnes de 65 ans et plus ayant reçu au moins un service à l'hôpital.
7. La chirurgie d'un jour est le dernier (seul) service hospitalier reçu par environ 26 % des personnes de 65 ans et plus ayant reçu au moins un service à l'hôpital.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Signalons enfin qu'environ 6 %* des personnes de 65 ans et plus concernées mentionnent que les services à domicile (environ 2 %** dans le cas des soins de santé et 5 %* dans le cas de l'aide) qu'elles n'ont pas reçus du CLSC à la suite de leur hospitalisation avaient été recommandés par un professionnel de la santé ou des services sociaux (données non présentées).

Chirurgie d'un jour

Chez les personnes de 65 ans et plus dont le dernier service hospitalier est une chirurgie d'un jour, très peu de personnes, en proportion, ont reçu des services à domicile du CLSC par la suite ou mentionnent un besoin non comblé à cet égard

Le fait de recevoir des services à domicile du CLSC à la suite d'une chirurgie d'un jour est mentionné par environ 3,9 %* des personnes de 65 ans et plus concernées. Ainsi, environ 4 %** ont reçu des soins de santé à domicile et environ 1 %**, de l'aide à domicile (tableau 7.5). Les données ne révèlent pas d'écarts significatifs, d'un point de vue statistique, selon le sexe ou selon l'âge quant aux services reçus à domicile après une chirurgie d'un jour (données non présentées selon le sexe et l'âge).

Parmi les personnes de 65 ans et plus concernées, 6 %* considèrent ne pas avoir reçu les services à domicile du CLSC dont elles auraient eu besoin à la suite de la chirurgie d'un jour. Ainsi, environ 2 %** d'entre elles ont exprimé un besoin non comblé de soins de santé et 5 %*, d'aide à domicile. On ne trouve aucun écart statistiquement significatif selon le sexe ou l'âge quant à la présence de tels besoins (données non présentées selon le sexe et l'âge).

Enfin, environ 3 %** des personnes de 65 ans et plus concernées mentionnent que les services à domicile qu'elles n'ont pas reçus du CLSC à la suite de leur chirurgie d'un jour avaient été recommandés par un professionnel de la santé ou des services sociaux.

Dans le cas des soins de santé à domicile, cette proportion est de 1 %** et dans celui de l'aide à domicile, elle est de 2 %** (données non présentées).

7.2.2 Services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge

Le tableau 7.6 présente les proportions de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC à la suite du dernier service hospitalier reçu au cours d'une période de 12 mois (tous types de services

Tableau 7.6
Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC[1, 2] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[3] ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011

	Soins de santé à domicile[a]	Aide à domicile[a]	Services à domicile[a]
	%		
Sexe			
Hommes	11,4	3,8*	12,7
Femmes	13,0	4,4	14,3
Groupe d'âge			
65-74 ans	8,6	2,3*	9,6
75 ans et plus	16,5	6,3	18,2
75-84 ans	13,5	4,6*	14,6
85 ans et plus	23,8	10,2	27,0
Ensemble	12,3	4,2	13,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Une personne peut avoir reçu plus d'un type de services à domicile posthospitaliers du CLSC.
2. Services (soins de santé ou aide) à domicile du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

hospitaliers confondus), selon le sexe et l'âge. Les services posthospitaliers reçus sont distingués selon le type de service (soins de santé à domicile, aide à domicile, ensemble des services à domicile).

Peu importe le type de services à domicile posthospitaliers, les personnes de 85 ans et plus sont nettement plus nombreuses, en proportion, à avoir reçu de tels services

Environ 14 % des personnes de 65 ans et plus ont reçu des services à domicile du CLSC à la suite de leur dernier service hospitalier : plus spécifiquement, 12 % ont reçu des soins de santé à domicile et 4,2 %, de l'aide à domicile. Alors que la prestation de services ne diffère pas, sur le plan statistique, selon le sexe, des différences sont observées en fonction de l'âge.

Ainsi, on observe un gradient selon l'âge concernant les services à domicile reçus. En effet, que ce soit dans le cas des soins de santé, de l'aide ou de l'ensemble des services à domicile reçus, les personnes de 85 ans et plus sont toujours nettement plus nombreuses, en proportion, par rapport à celles de 75 à 84 ans et de 65 à 74 ans à avoir reçu de tels services (soins de santé à domicile : 24 % c.13 % c. 9 %; aide à domicile : 10 % c. 4,6 %* c. 2,3 %*; ensemble des services à domicile : 27 % c. 15 % c. 10 %).

7.2.3 Services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Outre l'âge, l'utilisation de services à domicile posthospitaliers du CLSC chez les personnes de 65 ans et plus est associée aux caractéristiques sociodémographique et économique retenues pour les analyses (tableau 7.7). En effet, la proportion de personnes ayant reçu des services (soins de santé ou aide) à domicile du CLSC à la suite de leur dernier service hospitalier est plus élevée chez celles vivant seules (16 % c. 12 %). De plus, les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu présentent des proportions plus élevées quant aux services à domicile reçus, et ce, peu importe le type de service (soins de santé : 19 % c. 10 %; aide à domicile : 7 %* c. 3,1 %*; ensemble des services : 20 % c. 11 %).

7.2.4 Services à domicile posthospitaliers du CLSC selon certaines caractéristiques liées à la santé

Parmi les personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité grave, une sur trois a reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC après son congé de l'hôpital

L'utilisation de services (soins de santé ou aide) à domicile posthospitaliers du CLSC varie selon le fait d'avoir ou non une incapacité. Environ 17 % des personnes (donnée

Tableau 7.7
Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC[1, 2] selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus[3] ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011

	Soins de santé à domicile[a]	Aide à domicile[a]	Services à domicile
	%		
Fait de vivre seul			
Oui	14,3	5,2*	**16,3**
Non	11,1	3,6	**12,1**
Niveau de revenu du ménage			
Sous le seuil de faible revenu	18,7	6,7*	**20,3**
Au-dessus du seuil de faible revenu	9,6	3,1*	**10,8**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Une personne peut avoir reçu plus d'un type de services à domicile posthospitaliers du CLSC.
2. Services (soins de santé ou aide) à domicile du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « fait de vivre seul » est non significatif au seuil de 5 %.

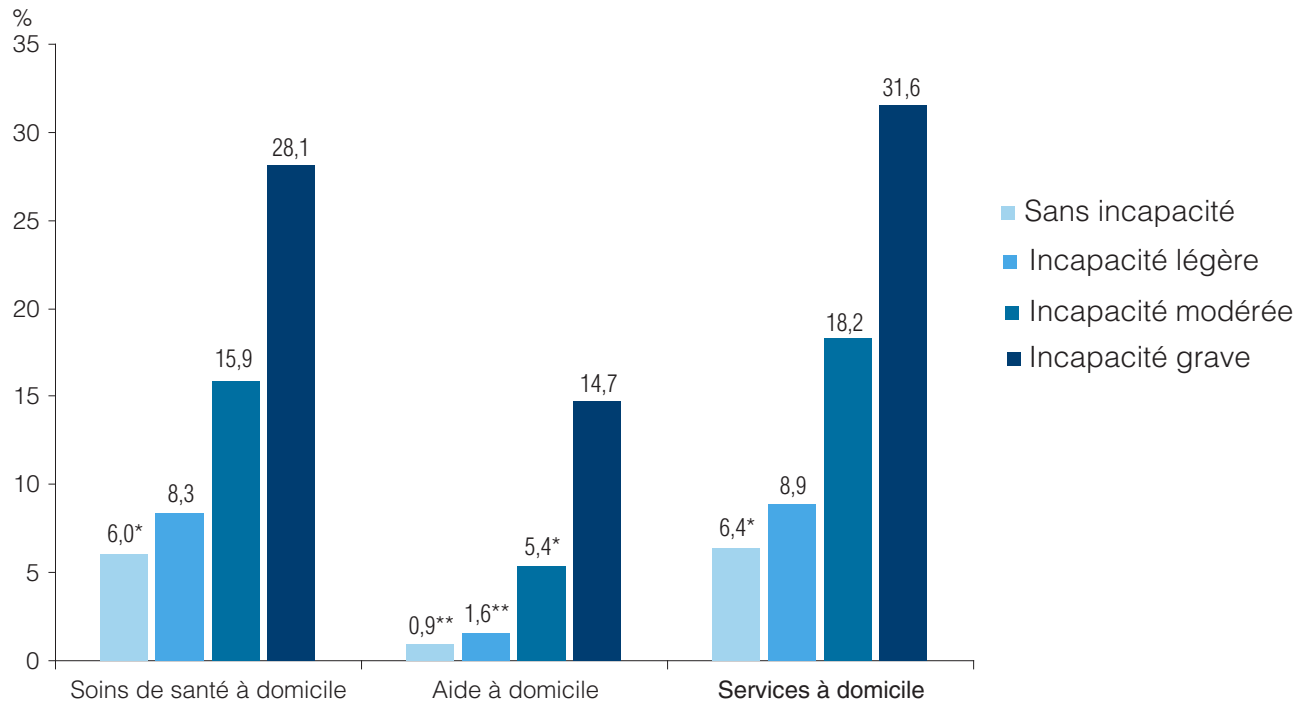
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

non présentée) en ont reçu chez celles de 65 ans et plus avec incapacité, comparativement à 6 %* chez celles sans incapacité (figure 7.2). L'utilisation des services à domicile posthospitaliers du CLSC est également associée à la gravité de l'incapacité. La proportion de personnes ayant reçu des services augmente graduellement entre les niveaux de gravité léger (9 %), modéré (18 %) et grave (32 %). Notons cependant que la proportion de personnes sans incapacité ne diffère pas, sur le plan statistique, de celle observée chez les individus avec incapacité légère.

En ce qui a trait, plus spécifiquement, aux soins de santé à domicile à la suite du congé de l'hôpital, les personnes de 65 ans et plus sans incapacité les ont reçus en proportion nettement plus faible que celles avec incapacité (6 %*, figure 7.2 c. 15 %, donnée non présentée). Plus particulièrement, chez les personnes dont l'incapacité est légère (8 %), la proportion de celles ayant reçu des soins de santé est moins élevée que chez celles dont l'incapacité est modérée (16 %). Elle est la plus élevée chez les personnes dont l'incapacité est grave (28 %). Quand on compare les personnes avec incapacité légère à celles n'ayant pas d'incapacité, aucune différence statistiquement significative n'est observée.

Les analyses montrent un profil de résultats similaire pour ce qui est de l'aide à domicile. En effet, la proportion de personnes ayant reçu ce type d'aide est plus élevée chez celles avec incapacité (6 %, donnée non présentée) que chez celles sans incapacité (1 %**). Une hausse sous forme de gradient est une fois de plus observée entre les niveaux léger, modéré et grave de l'incapacité (2 %** c. 5 % c. 15 %). Là encore, les personnes sans incapacité ne se distinguent pas, d'un point de vue statistique, de celles avec incapacité légère.

Figure 7.2
Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC[1, 2] selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus[3] ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25%; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Une personne peut avoir reçu plus d'un type de services à domicile posthospitaliers du CLSC.
2. Services (soins de santé ou aide) à domicile du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

L'utilisation des services à domicile posthospitaliers du CLSC est plus fréquemment rapportée par les personnes âgées de 65 ans et plus ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus

Lorsque l'on considère le nombre de problèmes de santé de longue durée, il ressort que l'utilisation de services (soins de santé ou aide) à domicile posthospitaliers du CLSC est plus répandue chez les personnes ayant deux problèmes de santé ou plus, comparativement à celles n'ayant aucun ou un seul problème de santé (16 % c. 7 %** et 10 %) (tableau 7.8). Le même constat se fait dans le cas des soins de santé à domicile puisque les personnes ayant deux problèmes de santé ou plus présentent les proportions les plus élevées à cet égard (14 % c. 6 %**, aucun problème de santé et 9 %, un problème de santé). Les données de l'enquête ne permettent pas de conclure à des écarts significatifs, lorsqu'on analyse l'aide à domicile.

On constate aussi que les personnes âgées de 65 ans et plus ayant au moins un des cinq types de problèmes de santé de longue durée désignés sont proportionnellement plus nombreuses que celles n'ayant aucun de ces problèmes à avoir eu recours à des services (soins de santé ou aide) à domicile posthospitaliers (14 % c. 9 %*), en particulier les soins de santé (13 % c. 7 %*) (données non présentées).

Tableau 7.8
Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC[1, 2] selon le nombre de problèmes de longue durée, population de 65 ans et plus[3] ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011

	Soins de santé à domicile	Aide à domicile[a]	Services à domicile
	%		
Aucun problème de santé	5,7**	1,4**	6,9**
Un problème de santé	9,3*	3,7**	10,5
Deux problèmes de santé ou plus	14,3	4,7	15,7

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Une personne peut avoir reçu plus d'un type de services à domicile posthospitaliers du CLSC.
2. Services (soins de santé ou aide) à domicile du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « nombre de problèmes de santé de longue durée » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

7.2.5 Initiateur des démarches afin de recevoir des services à domicile

Pour plus de la moitié des personnes de 65 ans et plus ayant reçu des services à domicile posthospitaliers, le personnel de l'hôpital a initié les démarches auprès du CLSC pour ces services

Pour un peu plus de la moitié (55 %) des personnes de 65 ans et plus ayant reçu des services (soins de santé ou aide) à domicile posthospitaliers, c'est le personnel de l'hôpital qui a entrepris les démarches auprès du CLSC (tableau 7.9). Pour 18 % des personnes, les démarches ont été réalisées par un médecin de famille. Pour un peu plus d'une personne sur cinq (22 %), elles ont été initiées par la personne elle-même ou par un proche. Enfin, pour environ 5 %** des personnes concernées, d'autres personnes ont pris l'initiative.

D'après les analyses selon le sexe et l'âge, les hommes plus que les femmes (68 % c. 46 %) et les personnes de 65 à 74 ans davantage que les 75 ans et plus (69 % c. 46 %) mentionnent que le personnel de l'hôpital a initié les démarches pour l'obtention des services à domicile posthospitaliers du CLSC. À l'inverse, les femmes et les personnes de 75 ans et plus sont les plus nombreuses, en proportion, à avoir entrepris ces démarches, soit par elles-mêmes ou encore par l'intermédiaire d'un proche (30 % c. 11 %*, chez les hommes et 28 % c. environ 12 %**, chez les personnes de 65 à 74 ans). De plus, les personnes de 75 ans et plus sont plus nombreuses à mentionner que ce sont d'« autres personnes » qui ont initié les démarches. Les données de l'enquête ne permettent pas de conclure à un lien entre l'initiateur des démarches et les variables « fait de vivre seul » et « niveau de revenu du ménage » (données non présentées).

Tableau 7.9
Initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC[1] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[2] ayant reçu des services à domicile posthospitaliers, Québec, 2010-2011

	Le personnel de l'hôpital	Le médecin de famille	La personne elle-même ou un proche	Autres personnes
			%	
Sexe				
Hommes	67,8	16,7*	10,7*	4,8**
Femmes	46,0	19,2*	29,7	5,0**
Groupe d'âge				
65-74 ans	68,9	18,0*	11,8**	1,3**
75 ans et plus	46,4	18,3*	28,1	7,1**
Ensemble	55,0	18,2	21,9	4,9**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Services (soins de santé ou aide) à domicile du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Lorsqu'on analyse l'initiateur des démarches en tenant compte du type de service hospitalier reçu la dernière (seule) fois[9] (tableau 7.10), on constate que pour 63 % des personnes de 65 ans et plus ayant reçu des services posthospitaliers à domicile du CLSC à la suite d'une hospitalisation, c'est le personnel de l'hôpital qui a initiées les démarches. Le médecin de famille l'a fait dans 14 %* des cas tandis que les personnes elles-mêmes, ou encore un proche, l'ont fait dans une proportion de 18 %. Lorsque les services à domicile du CLSC font suite à une consultation à l'urgence, il ressort que le médecin de famille ou la personne elle-même (ou un proche) a entrepris les démarches pour environ une personne sur quatre (27 %*) et pour près du tiers (30 %*) des personnes, respectivement. Dans le cas de la chirurgie d'un jour, c'est le médecin de famille qui a initié les démarches pour environ 30 %** des personnes concernées alors que 29 %* les ont faites elles-mêmes, ou encore par l'entremise d'un proche.

7.2.6 Besoin non comblé de services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge

Environ 3 % des personnes de 65 ans et plus ayant eu au moins un service hospitalier mentionnent ne pas avoir reçu les soins à domicile du CLSC dont elles auraient eu besoin à la suite de leur congé de l'hôpital; dans le cas de l'aide à domicile, 7 % des personnes expriment un besoin non comblé

Le tableau 7.11 présente les proportions de personnes de 65 ans et plus ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile et d'aide à domicile à la suite du dernier service hospitalier reçu au cours d'une période de 12 mois[10]. Le besoin non comblé de services recommandés par un professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital, est aussi présenté.

Tableau 7.10
Initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC[1] selon le type de service hospitalier, population de 65 ans et plus[2] ayant reçu des services à domicile posthospitaliers, Québec, 2010-2011

	Le personnel de l'hôpital	Le médecin de famille	La personne elle-même ou un proche	Autres personnes
	%			
Consultation à l'urgence	36,0*	26,7*	30,3*	7,0**
Hospitalisation	63,3	13,8*	18,1	4,7**
Chirurgie d'un jour	41,8**	29,6**	28,6**	–

– Néant ou zéro

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Services (soins de santé ou aide) à domicile du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

9. Rappelons qu'une consultation à l'urgence est le dernier service hospitalier reçu par 45 % des personnes de 65 ans et plus; pour 29 %, ce service est une hospitalisation et pour 26 %, une chirurgie d'un jour.

10. Rappelons que ce service peut être une consultation à l'urgence, une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour.

Au Québec, environ 2,9 % des personnes de 65 ans et plus concernées considèrent ne pas avoir reçu les soins de santé à domicile dont elles auraient eu besoin à la suite de leur dernier service hospitalier au cours d'une période de 12 mois. La proportion de personnes exprimant un besoin non comblé d'aide à domicile est de 7 %. Ce sont respectivement 1,2 %* et 2,8 %* des personnes de 65 ans et plus concernées qui mentionnent que les soins de santé et l'aide à domicile qu'elles n'ont pas reçus avaient été recommandés par un professionnel de la santé ou des services sociaux.

Certaines différences selon le sexe et l'âge sont observées relativement à ces besoins non comblés. Tout d'abord, soulignons que la présence de besoin non comblé d'aide à domicile est plus marquée, en proportion, chez les femmes que chez les hommes (9 % c. 4,7 %*). Le besoin non comblé de soins de santé à domicile est, proportionnellement, un peu plus répandu chez les personnes de 75 ans et plus (3,8 %* c. 2,1 %*, chez celles de 65 à 74 ans). Ainsi en est-il quant au besoin non comblé d'aide à domicile (9 % c. 5 %), de même qu'en ce qui concerne le besoin pour de l'aide ayant fait l'objet d'une recommandation d'un médecin ou d'un professionnel de la santé ou des services sociaux (4,5 %* c. environ 1 %**).

Tableau 7.11
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC[1] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[2] ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011

	Soins de santé à domicile		Aide à domicile	
	Besoin non comblé[a]	Besoin non comblé de soins de santé recommandés[3, b]	Besoin non comblé	Besoin non comblé d'aide recommandée[3, a]
	%			
Sexe				
Hommes	2,7*	1,4**	4,7*	2,0**
Femmes	3,0*	1,0*	8,6	3,4*
Groupe d'âge				
65-74 ans	2,1*	1,0**	5,2	1,3**
75 ans et plus	3,8*	1,5**	9,0	4,5*
Ensemble	2,9	1,2*	7,0	2,8*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Besoin non comblé de soins de santé ou d'aide à domicile du CLSC à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Soins de santé ou aide à domicile posthospitaliers recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

b. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « sexe » et « groupe d'âge » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement, 2010-2011*.

7.2.7 Besoin non comblé de services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

La proportion de personnes de 65 ans et plus ayant mentionné un besoin non comblé de soins de santé du CLSC à la suite de leur congé de l'hôpital est plus élevée chez celles vivant seules (4,7 %* c. 1,9 %*, chez celles ne vivant pas seules). C'est aussi dans ce groupe qu'on observe la proportion plus grande de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé recommandés par un professionnel de la santé ou des services sociaux (environ 2 %** c. 1 %**) (tableau 7.12).

De plus, la proportion de personnes ayant déclaré un besoin non comblé d'aide à domicile du CLSC à la suite du dernier service hospitalier est plus élevée chez celles vivant seules (9 % c. 6 %, chez celles qui ne vivent pas seules) et chez celles appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (11 % c. 5 %, chez celles vivant au-dessus de ce seuil). La proportion de personnes mentionnant que l'aide à domicile qu'elles n'ont pas reçue avait été recommandée par un professionnel de la santé ou des services sociaux est plus grande chez celles appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (5 %* c. 1,8 %*).

Tableau 7.12
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC[1] selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus[2] ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011

	Soins de santé à domicile		Aide à domicile	
	Besoin non comblé[a]	Besoin non comblé de soins de santé recommandés[3, a]	Besoin non comblé	Besoin non comblé d'aide recommandée[3, b]
	%			
Fait de vivre seul				
Oui	4,7*	2,4**	9,3	3,2*
Non	1,9*	0,6**	5,7	2,5*
Niveau de revenu du ménage				
Sous le seuil de faible revenu	4,1*	1,9**	10,8	5,2*
Au-dessus du seuil de faible revenu	2,3*	0,9**	5,3	1,8*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Besoin non comblé de soins de santé ou d'aide à domicile du CLSC à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Soins de santé ou aide à domicile posthospitaliers recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « niveau de revenu du ménage » est non significatif au seuil de 5 %.

b. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « fait de vivre seul » est non significatif au seuil de 5 %.

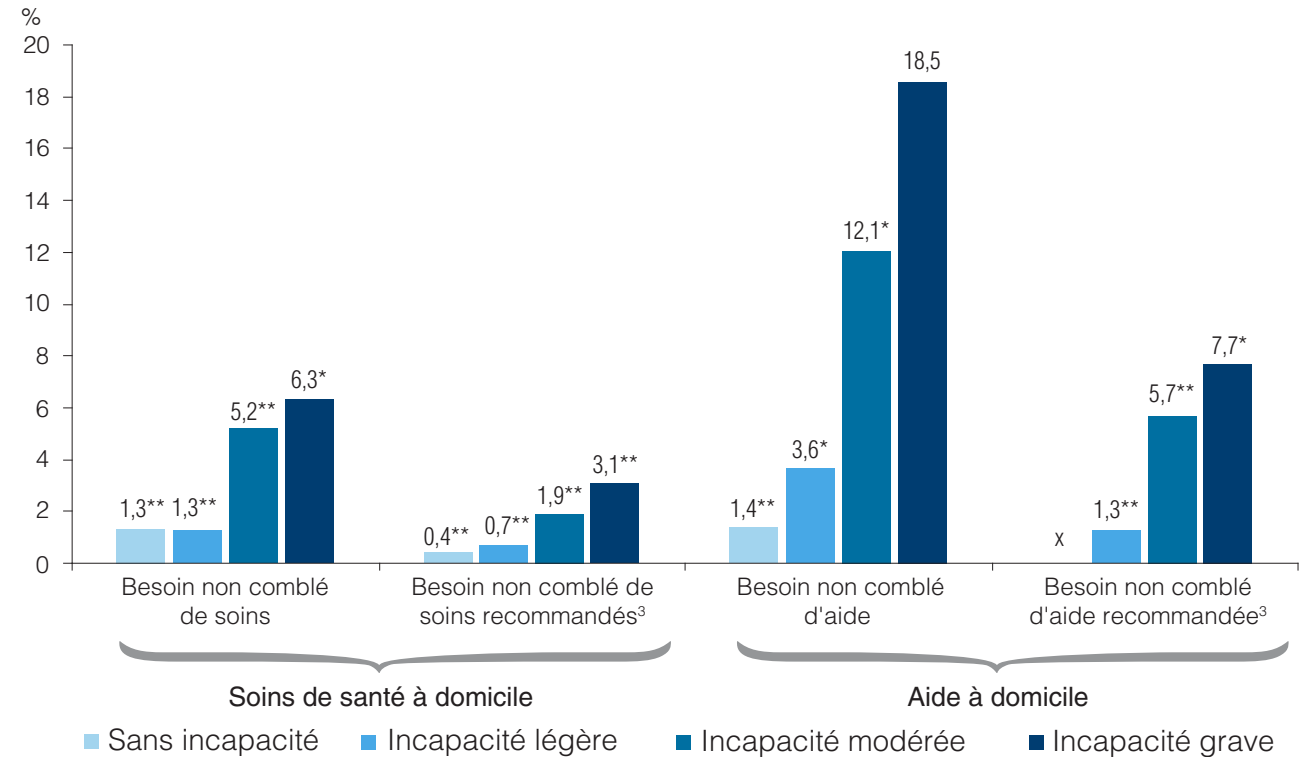
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement, 2010-2011.*

7.2.8 Besoin non comblé de services à domicile posthospitaliers du CLSC selon la gravité de l'incapacité

Les personnes de 65 ans et plus avec incapacité grave sont nettement plus nombreuses, en proportion, à mentionner un besoin non comblé d'aide à domicile du CLSC à la suite de leur congé de l'hôpital

Les besoins non comblés de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers sont aussi associés à l'indice de gravité de l'incapacité. Mentionnons d'abord que la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus avec incapacité qui ont un besoin non comblé de soins de santé (3,6 %*, donnée non présentée) est supérieure à celle notée chez les personnes sans incapacité (environ 1 %**) (figure 7.3). Bien que la proportion des personnes sans incapacité ne se distingue pas de la proportion de celles ayant une incapacité légère en ce qui concerne ce type de besoin non comblé (environ 1 %**, dans les deux cas), elle est moins élevée que celle des personnes dont l'incapacité est modérée ou grave (5 %** et 6 %*, respectivement). Aucune proportion ne se distingue significativement de toutes les autres quant à la présence de besoin non comblé pour des soins de santé recommandés par un professionnel de la santé ou des services sociaux selon le niveau de gravité de l'incapacité.

Figure 7.3
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus[2] ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011



x Donnée confidentielle

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Besoin non comblé de soins de santé ou d'aide à domicile du CLSC à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Soins de santé ou aide à domicile posthospitaliers recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Du côté de l'aide à domicile, soulignons que les personnes avec incapacité sont plus nombreuses, en proportion, à mentionner avoir un besoin non comblé d'aide à la suite de leur congé de l'hôpital (10 %, donnée non présentée) que celles sans incapacité (environ 1 %**) (figure 7.3). Une hausse constante du besoin non comblé d'aide à domicile est observée selon le niveau de gravité de l'incapacité. En effet, la proportion passe de 3,6 %* chez les personnes dont l'incapacité est légère à 12 %* chez celles dont le niveau de gravité est modéré, pour grimper à 19 % chez celles ayant une incapacité grave. La présence d'un besoin non comblé d'aide à domicile recommandée par un professionnel de la santé ou des services sociaux est, quant à elle, plus marquée chez les personnes dont l'incapacité est modérée ou grave (6 %** et 8 %* c. environ 1 %**, incapacité légère).

Les données de l'enquête ne permettent pas de conclure à des différences significatives, d'un point de vue statistique, quant à la présence d'un besoin non comblé de soins de santé ou d'aide à domicile selon le nombre de problèmes de santé de longue durée.

8 SOINS DE SANTÉ À DOMICILE DU CLSC OU D'AUTRES ORGANISMES PUBLICS OU PRIVÉS

GAËTANE DUBÉ

Faits saillants

- Dans la population âgée de 65 ans et plus, 10 % des personnes ont reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois, et 2,5 % rapportent un besoin non comblé en cette matière.
- La proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile est plus élevée chez les femmes et chez les personnes de 75 ans et plus, plus particulièrement chez celles de 85 ans et plus.
- La principale source de paiement des soins de santé à domicile est le CLSC.

Le chapitre précédent portait sur les services hospitaliers et sur les services (soins de santé et aide) à domicile posthospitaliers dispensés par un CLSC. Le présent chapitre décrit l'ensemble des soins de santé à domicile reçus par les personnes âgées de 65 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel[1], au cours d'une période de 12 mois. Il s'agit de soins de santé reçus à la suite d'un service hospitalier (ce qui inclut les soins déjà décrits au chapitre 7) ou pour toute autre condition de santé, que ces soins soient fournis par un CLSC ou par un autre organisme, comme une coopérative de santé ou une agence privée.

Sont également examinées les sources de paiement des frais occasionnés par ces soins, la durée des soins à domicile (nombre de mois sur une période de 12 mois et nombre de jours au cours d'une période de deux semaines) et, enfin, le besoin non comblé en matière de soins de santé à domicile. Des croisements selon le sexe, l'âge, le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage[2] et selon certaines caractéristiques liées à la santé[3] sont aussi présentés.

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
2. Pour plus de détails sur les variables sociodémographique et économique, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 1, à la page 34.
3. Pour plus de détails sur les variables liées à la santé, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 2, à la page 48.

Indicateurs utilisés

Soins de santé à domicile : Indicateur déterminant les personnes ayant reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois. Par soins de santé, on entend par exemple des prises de sang, des changements de pansements ou des traitements par un physiothérapeute. Sont exclus les services d'un médecin, d'un travailleur social, d'un intervenant en santé mentale ou d'un ambulancier. Ces soins comprennent ceux reçus d'un CLSC à la suite d'un service hospitalier ainsi que tout autre soin reçu à une autre occasion ou pour une autre condition de santé, dispensé par un CLSC ou par un autre organisme (par exemple, une agence privée ou une coopérative de santé) [Indicateur construit à partir des questions B6A, B10A, B13A, C1A et C8].

Sources de paiement des soins de santé à domicile : Sources ayant assumé les frais encourus pour les soins de santé à domicile chez les personnes ayant reçu de tels services au cours d'une période de 12 mois. Trois sources sont documentées dans l'enquête : le CLSC, la personne elle-même (ce qui inclut le paiement par un proche ou par une assurance privée [financement partiel ou total] et une « autre » source non précisée. Une personne peut mentionner plus d'une source de paiement pour les soins de santé à domicile qu'elle a reçus [Indicateurs construits à partir des questions C1B et C10].

Nombre de mois de soins de santé à domicile : Nombre de mois pour lesquels des soins ont été reçus chez les personnes ayant reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois. Quatre catégories composent cet indicateur : moins de 2 mois, entre 2 et 5 mois, entre 6 et 11 mois et 12 mois [Indicateur construit à partir des questions C3 et C11].

Nombre de jours de soins de santé à domicile : Nombre de jours pour lesquels des soins ont été reçus chez les personnes ayant reçu des soins de santé à domicile au cours des deux semaines précédant l'enquête (ces personnes sont déterminées à partir des questions C7A et C15A). Trois catégories composent cet indicateur : un jour; entre 2 et 6 jours; entre 7 et 14 jours [Indicateur construit à partir des questions C7B et C15B].

Besoin non comblé de soins de santé à domicile : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir des questions B6B, B10B, B13B, C4, C12A, C12B]. Une variante de cet indicateur tient compte de l'information selon laquelle les soins de santé à domicile n'ayant pu être obtenus avaient été (en tout ou en partie) recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Il s'agit alors d'un « **besoin non comblé de soins de santé à domicile recommandés** » [Indicateur construit à partir des questions B6B, B6C, B10B, B10C, B13B, B13C, C4, C12A, C12B et C14].

8.1 Soins de santé à domicile

8.1.1 Soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge

Environ 10 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois. La proportion est plus élevée chez les femmes (12 %) et chez les personnes de 85 ans et plus (32 %)

Selon l'EQLAV 2010-2011, environ un dixième (10 %) de la population âgée de 65 ans et plus a reçu des soins de santé à domicile fournis par un CLSC ou par un autre organisme, public ou privé, à la suite d'un service hospitalier ou pour une autre raison de santé (tableau 8.1). Les femmes sont plus nombreuses que les hommes, en proportion, à avoir reçu des soins de santé à domicile (12 % c. 8 %), et c'est aussi le cas des personnes de 75 ans et plus par rapport au groupe des 65 à 74 ans (17 % c. 4,9 %).

Une analyse plus fine de la situation selon l'âge révèle que les personnes âgées de 85 ans et plus sont nettement plus susceptibles de recevoir des soins de santé à domicile que celles des autres groupes d'âge (32 % c. 12 % chez les 75 à 84 ans c. 4,9 % chez les 65 à 74 ans).

8.1.2 Soins de santé à domicile selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

La proportion de personnes de 65 ans et plus ayant reçu des soins de santé à domicile varie en fonction des deux caractéristiques sociodémographique et économique retenues pour les analyses (tableau 8.2). On remarque ainsi qu'elle est plus élevée chez les personnes vivant seules (13 % c. 9 % chez celles ne vivant pas seules) et chez celles appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (14 % c. 8 % chez celles vivant au-dessus de ce seuil).

Tableau 8.1
Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile[1, 2] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[3], Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	7,8
Femmes	12,2
Groupe d'âge	
65-74 ans	4,9
75 ans et plus	17,2
75-84 ans	12,1
85 ans et plus	31,6
Ensemble	**10,3**
Pe (k)	124,8

1. Soins de santé à domicile reçus au cours d'une période de 12 mois.
2. Soins de santé à domicile dispensés par un CLSC ou un autre organisme (par exemple, une agence privée ou une coopérative de santé).
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Tableau 8.2
Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile[1, 2] selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus[3], Québec, 2010-2011

	%
Fait de vivre seul	
Oui	13,3
Non	8,6
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	14,4
Au-dessus du seuil de faible revenu	8,4

1. Soins de santé à domicile reçus au cours d'une période de 12 mois.
2. Soins de santé à domicile dispensés par un CLSC ou un autre organisme (par exemple, une agence privée ou une coopérative de santé).
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

8.1.3 Soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques liées à la santé

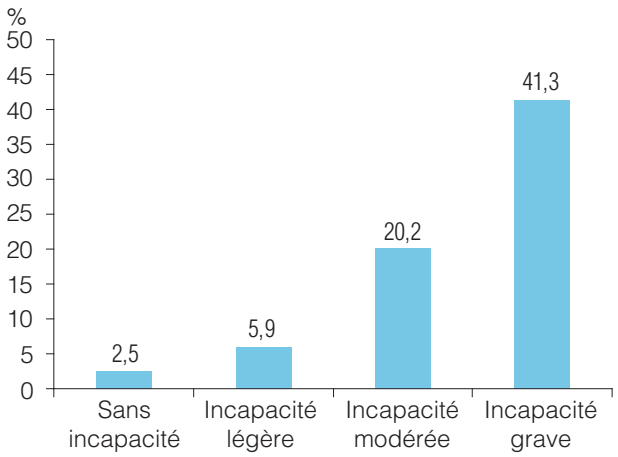
Chez les personnes de 65 ans et plus, celles qui ont une incapacité grave et celles déclarant deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont proportionnellement plus nombreuses à avoir reçu des soins de santé à domicile; dans le cas des premières, la proportion atteint quatre personnes sur dix

La proportion de personnes de 65 ans et plus ayant reçu des soins de santé à domicile est également associée à certaines caractéristiques liées à la santé, comme le niveau de gravité de l'incapacité et le nombre de problèmes de santé de longue durée.

On remarque d'abord que les personnes sans incapacité sont nettement moins nombreuses, en proportion, à avoir reçu des soins de santé à domicile par rapport aux personnes avec incapacité (2,5 %, figure 8.1, c. 16 %, donnée non présentée). Lorsque l'on tient compte de la gravité de l'incapacité, on observe une hausse constante : la proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile passe de 6 % chez celles avec incapacité légère à 20 % chez celles qui ont une incapacité modérée, pour atteindre 41 % chez celles qui ont une incapacité grave (figure 8.1).

L'enquête montre aussi que les personnes âgées de 65 ans et plus ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont plus nombreuses, en proportion, à avoir reçu des soins de santé à domicile, comparativement aux personnes déclarant un seul problème de santé de longue durée et à celles qui n'en déclarent aucun (14 % c. 6 % c. 4,4 %*) (figure 8.2).

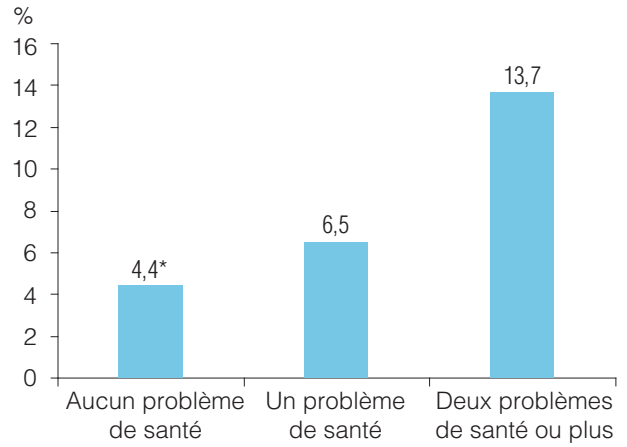
Figure 8.1
Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile[1, 2] selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus[3], Québec, 2010-2011



1. Soins de santé à domicile reçus au cours d'une période de 12 mois.
2. Soins de santé à domicile dispensés par un CLSC ou par un autre organisme (par exemple, une agence privée ou une coopérative de santé).
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Figure 8.2
Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile[1, 2] selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus[3], Québec, 2010-2011



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Soins de santé à domicile reçus au cours d'une période de 12 mois.
2. Soins de santé à domicile dispensés par un CLSC ou par un autre organisme (par exemple, une agence privée ou une coopérative de santé).
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

8.1.4 Sources de paiement des soins de santé à domicile

Le CLSC est la source de paiement la plus fréquemment rapportée par les personnes de 65 ans et plus ayant reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois

Dans cette section, on examine les différentes sources de paiement des soins de santé à domicile. Rappelons qu'une personne peut déclarer plus d'une source de paiement pour les soins qu'elle a reçus. Ainsi, selon l'EQLAV, les soins de près de neuf personnes sur dix (89 %) âgées de 65 ans et plus ayant reçu des soins de santé à domicile ont été payés par le CLSC. Cette proportion diffère selon le sexe; elle est estimée à 93 % chez les hommes, comparativement à 87 % chez les femmes. L'enquête ne détecte pas d'écart significatif sur le plan statistique selon l'âge ou encore selon les caractéristiques sociodémographique et économique des individus (données non présentées).

Parmi les personnes ayant reçu des soins de santé à domicile, la proportion de celles y ayant contribué financièrement elles-mêmes[4] s'élève à 13 % (donnée non présentée). Aucune différence statistiquement significative n'est cependant observée selon le sexe ou l'âge.

Enfin, pour environ 2 %** des personnes âgées de 65 ans et plus ayant reçu des soins à domicile, les coûts ont été assumés par une autre source non précisée. Si aucun écart significatif sur le plan statistique n'est observé selon le sexe, ce n'est pas le cas quand l'âge est considéré. En effet, les soins à domicile d'environ 3 %** des personnes âgées de 75 ans et plus ont été payés par une autre source, ce qui représente la proportion la plus élevée (données non présentées).

8.1.5 Fréquence des soins de santé à domicile

Rappelons que deux indicateurs sont utilisés pour décrire la fréquence des soins de santé à domicile, soit le nombre de mois de soins reçus au cours d'une période de référence de 12 mois et le nombre de jours de soins reçus au cours d'une période de deux semaines.

Nombre de mois de soins de santé à domicile

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus ayant reçu des soins de santé à domicile, plus du tiers (35 %) en ont reçu pendant 12 mois

Au cours d'une période de 12 mois, la durée des soins de santé à domicile pour les personnes de 65 ans et plus en ayant reçu est de moins de 2 mois pour environ 32 % d'entre elles, de 2 à 5 mois pour 25 %, de 6 à 11 mois pour 8 % et de 12 mois pour 35 % (tableau 8.3). Le nombre de mois de soins de santé à domicile ne varie pas selon le sexe. L'enquête montre cependant que la durée des soins est plus courte chez les personnes âgées de 65 à 74 ans que chez celles de 75 ans et plus puisque pour 47 % des premières, la durée des soins est de moins de 2 mois, comparativement à 26 % chez les secondes. Par contre, les personnes âgées de 75 ans et plus sont, en proportion, plus nombreuses à rapporter avoir reçu des soins de santé à domicile durant 12 mois.

4. Cela inclut le paiement par un proche de la personne ou encore au moyen d'une assurance privée qui rembourse en partie ou en totalité le coût des soins de santé à domicile.

Tableau 8.3
Nombre de mois de soins de santé à domicile[1, a] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[2] ayant reçu des soins de santé à domicile[3], Québec, 2010-2011

	Moins de 2 mois	Entre 2 et 5 mois	Entre 6 et 11 mois	12 mois
		%		
Sexe				
Hommes	38,6	22,9	6,8**	31,7
Femmes	28,1	26,3	9,0*	36,6
Groupe d'âge				
65-74 ans	47,1	24,1*	5,8**	23,0*
75 ans et plus	25,8	25,6	9,2	39,4
Ensemble	31,7	25,2	8,3	34,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Soins de santé à domicile dispensés par un CLSC ou par un autre organisme (par exemple, une agence privée ou une coopérative de santé).
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Soins de santé à domicile reçus au cours d'une période de 12 mois.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Nombre de jours de soins de santé à domicile

La grande majorité des personnes ayant eu des soins de santé à domicile au cours de la période de référence de deux semaines en ont reçu entre un et six jours; près de la moitié en ont eu une seule journée

Précisons, dans un premier temps, que chez les personnes de 65 ans et plus ayant reçu des soins de santé à domicile, 36 % en ont reçu au cours des 2 semaines précédant l'enquête (tableau 8.4). La proportion d'hommes dans cette situation est plus élevée que celle des femmes (41 % c. 33 %). Elle est aussi plus forte chez les personnes de 75 ans et plus que chez celles de 65 à 74 ans (39 % c. 28 %).

Chez les personnes ayant reçu des soins à domicile au cours de la période de référence de deux semaines, près de la moitié (46 %) en ont reçu une seule journée, 38 % en ont reçu entre 2 et 6 jours, puis 15 %* en ont reçu entre 7 et 14 jours. L'enquête ne détecte pas d'écarts statistiquement significatifs entre les sexes ou les groupes d'âge pour cet indicateur (données non présentées).

Tableau 8.4
Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile[1] au cours des deux semaines précédant l'enquête, population de 65 ans et plus[2] ayant reçu des soins de santé à domicile[3], Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	41,3
Femmes	32,9
Groupe d'âge	
65-74 ans	27,7
75 ans et plus	38,7
Ensemble	35,7

1. Soins de santé à domicile dispensés par un CLSC ou par un autre organisme (par exemple, une agence privée ou une coopérative de santé).
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Soins de santé à domicile reçus au cours d'une période de 12 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

8.2 Besoin non comblé de soins de santé à domicile

8.2.1 Besoin non comblé de soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge

Environ 2,5 % des personnes de 65 ans et plus rapportent avoir eu besoin de soins de santé à domicile, sans pouvoir les obtenir

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, environ 2,5 % déclarent un besoin non comblé de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois (tableau 8.5). Les femmes sont légèrement plus nombreuses, en proportion, que les hommes à rapporter une telle situation (3,0 % c. 1,9 %*). Les personnes âgées de 75 ans et plus sont aussi proportionnellement plus nombreuses que celles de 65 à 74 ans à déclarer un besoin non comblé de soins de santé à domicile (3,4 % c. 1,8 %). Une analyse plus fine selon l'âge indique que la proportion de personnes dans cette situation est plus élevée chez les personnes de 85 ans et plus (5 %), comparativement à celles âgées de 65 à 74 ans (1,8 %) et de 75 à 84 ans (2,8 %*).

Lorsque le besoin non comblé concerne des soins de santé à domicile ayant été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé, la proportion de personnes dans cette situation est estimée à 1,1 %. L'enquête ne décèle pas d'écarts significatifs sur le plan statistique entre les hommes et les femmes à cet égard. Par contre, même pour un tel besoin non comblé, la proportion de personnes concernées est plus élevée chez les 75 ans et plus (1,6 %) que chez celles de 65 à 74 ans (0,8 %*) (données non présentées).

8.2.2 Besoin non comblé de soins de santé à domicile selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Le besoin non comblé de soins de santé à domicile est lié au fait de vivre seul et au niveau de revenu du ménage chez les personnes de 65 ans et plus (tableau 8.6). On remarque, en effet, que la proportion de personnes ayant un tel besoin non comblé est plus élevée chez celles vivant seules (3,6 % c. 1,9 %, chez celles ne vivant pas seules) et chez celles appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (4,2 % c. 1,8 %, chez les membres d'un ménage vivant au-dessus de ce seuil).

Tableau 8.5
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé en soins de santé à domicile[1] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	1,9*
Femmes	3,0
Groupe d'âge	
65-74 ans	1,8
75 ans et plus	3,4
75-84 ans	2,8*
85 ans et plus	5,3
Ensemble	2,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Besoin non comblé de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Tableau 8.6
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile[1] selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	%
Fait de vivre seul	
Oui	3,6
Non	1,9
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	4,2
Au-dessus du seuil de faible revenu	1,8

1. Besoin non comblé de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

8.2.3 Besoin non comblé en soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques liées à la santé

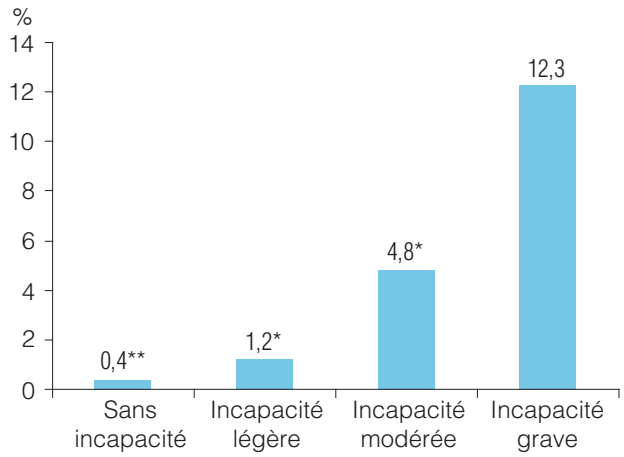
Les personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité grave et celles déclarant deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont proportionnellement plus nombreuses à rapporter un besoin non comblé de soins de santé à domicile

Le besoin non comblé de soins de santé à domicile est aussi associé à certaines caractéristiques liées à la santé, telles que la gravité de l'incapacité et le nombre de problèmes de santé de longue durée.

L'analyse révèle d'abord que la proportion de personnes ayant un tel besoin non comblé est plus élevée chez celles de 65 ans et plus ayant une incapacité (4,1 %, donnée non présentée), comparativement à celles sans incapacité (environ 1 %**). De plus, on observe une hausse sous forme de gradient du besoin non comblé selon la gravité de l'incapacité, puisque la proportion passe de 1,2 %* chez les personnes avec incapacité légère à 4,8 %* parmi celles ayant une incapacité modérée, puis à 12 % chez celles qui en ont une incapacité grave (figure 8.3).

Enfin, les données montrent que la proportion de personnes présentant un besoin non comblé de soins de santé à domicile est plus élevée chez celles de 65 ans et plus déclarant deux problèmes de santé de longue durée ou plus (3,8 %) que chez celles en déclarant uniquement un (1,2 %*) ou aucun (environ 0,2 %**) (figure 8.4).

Figure 8.3
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011



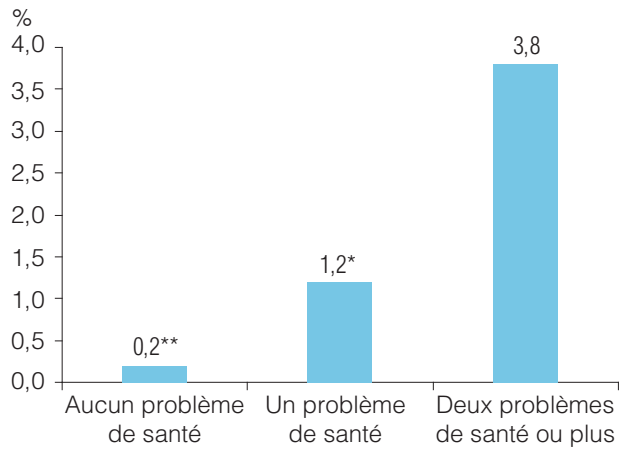
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Besoin non comblé de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Figure 8.4
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile[1] selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Besoin non comblé de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

9 BESOINS NON COMBLÉS POUR DIVERS SOINS DE SANTÉ OU SERVICES SOCIAUX

GAËTANE DUBÉ

Ce bref chapitre clôt la deuxième partie du présent volume consacrée à l'utilisation des services de santé et des services sociaux. Il porte sur les besoins non comblés pour divers soins de santé ou services sociaux chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel[1]. Il s'agit plus précisément des tests de laboratoire ou des examens radiologiques, des opérations, des soins dentaires, des soins de la vue, des soins pour la santé mentale, de la réadaptation physique, des lunettes et d'une aide technique. Dans certains cas, les besoins non comblés décrits aux chapitres précédents sont englobés dans les indicateurs utilisés dans ce chapitre. À titre d'exemple, l'indicateur décrivant le besoin non comblé pour des soins de la vue tient compte des besoins non comblés pour une consultation auprès d'un ophtalmologiste (traités dans le chapitre 5) ou pour une consultation auprès d'un professionnel de la santé et des services sociaux, quand il s'agit d'un optométriste (traités dans le chapitre 6).

Pour quelques-uns des soins ou services n'ayant pu être obtenus (soins de la vue, soins en santé mentale ainsi que services de réadaptation physique), l'enquête fournit de l'information précisant s'ils avaient été recommandés par un médecin ou par un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, ce qui permet de décrire les besoins non comblés de manière plus détaillée.

Dans ce chapitre, les besoins non comblés pour les divers services ou soins documentés par l'enquête sont étudiés en fonction du sexe et de l'âge. Rappelons que la période de référence est de 12 mois.

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

Indicateurs utilisés

Besoin non comblé de tests de laboratoire ou d'examens radiologiques : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de tests de laboratoire (comme une prise de sang ou un test d'urine) ou d'examens radiologiques (comme une radiographie, un électrocardiogramme, une mammographie ou une échographie), au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir de la question FF24].

Besoin non comblé d'une opération : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin d'une opération (intervention chirurgicale, incluant une chirurgie d'un jour) au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir [Indicateur construit à partir de la question FF25].

Besoin non comblé en soins dentaires : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de soins dentaires au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir des questions FF20, FF20A et FF26].

Besoin non comblé de soins de la vue : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de soins pour la vue (incluant le besoin de consultation d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste) au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir des questions FF12A, FF12B, FF20, FF20A et FF27]. Une variante de cet indicateur tient compte de l'information selon laquelle des soins de la vue n'ayant pu être obtenus avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Il s'agit alors d'un « **besoin non comblé de soins de la vue recommandés** » [Indicateur construit à partir des questions FF12A, FF12B, FF14, FF20, FF20A, FF22, FF27 et FF27A].

Besoin non comblé de soins pour la santé mentale : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de soins pour la santé mentale (incluant le besoin de consultation d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un psychothérapeute, d'un travailleur social ou d'un intervenant en santé mentale) au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir des questions DD2A, DD2B, DD5A, DD5B, FF12A, FF12B, FF20, FF20A et FF28]. Une variante de cet indicateur tient compte de l'information selon laquelle des soins pour la santé mentale n'ayant pu être obtenus avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Il s'agit alors d'un « **besoin non comblé de soins pour la santé mentale recommandés** » [Indicateur construit à partir des questions FF12A, FF12B, FF14, FF20, FF20A, FF22, FF28 et FF28A].

Besoin non comblé de réadaptation physique: Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin, de réadaptation physique pour des problèmes de mouvement, d'audition, de parole ou de vision donnée (par exemple, par un physiothérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste [pour une déficience de la parole], un audiologiste [pour une déficience auditive] ou un spécialiste en orientation et mobilité [pour une déficience de la vue]) au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir des questions D6A, D6B, FF20, FF20A, FF29]. Une variante de cet indicateur tient compte de l'information selon laquelle des soins de réadaptation n'ayant pu être obtenus avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Il s'agit alors d'un « **besoin non comblé de réadaptation physique recommandée** » [Indicateur construit à partir des questions FF20, FF20A, FF22, FF29 et FF29A].

Besoin non comblé de lunettes : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de lunettes au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir de la question FF30].

Besoin non comblé d'une aide technique : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin d'un appareil auditif, d'une marchette, d'un fauteuil roulant ou d'une autre aide technique (incluant le besoin de services d'entraînement pour une aide technique) au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir [Indicateur construit à partir des questions D7A et FF31].

Dans l'ensemble, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus ayant des besoins non comblés à l'égard des divers soins de santé et services sociaux documentés par l'enquête varie entre environ 1 %* et 2,6 % au cours de la période de référence (tableau 9.1).

Les données de l'EQLAV ne permettent pas de conclure à des écarts statistiquement significatifs en ce qui concerne les besoins non comblés selon l'âge, sauf lorsqu'il s'agit du besoin de tests de laboratoire ou d'examens radiologiques et du besoin d'aide technique. Dans le premier cas, on note que la proportion de personnes ayant un besoin non est plus élevée chez les 65 à 74 ans que chez les 75 ans et plus (3,4 % c. 1,6 %*). La relation est inversée dans le second cas, les personnes âgées de 75 ans et plus étant proportionnellement plus nombreuses que celles de 65 à 74 ans à mentionner avoir eu besoin d'une aide technique (ou d'un service d'entraînement pour une aide technique), sans pouvoir l'obtenir (1,4 %* c. 0,8 %*) (données non présentées).

Tout comme dans l'analyse selon l'âge, peu d'écarts sont observés selon le sexe en ce qui a trait aux besoins non comblés à l'égard de l'un ou l'autre des soins et des services documentés dans l'enquête. Plus précisément, les données montrent que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à rapporter un tel besoin pour des tests de laboratoire ou des examens radiologiques (3,1 % c. 2,1 %) et pour des soins de la vue (2,3 % c. 1,3 %*), notamment lorsque ces derniers ont été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux (1,4 %* c. 0,6 %*) (données non présentées).

Tableau 9.1
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé[1] pour divers soins de santé ou services sociaux, population de 65 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	%
Tests de laboratoire ou examens radiologiques	2,6
Opération	0,9
Soins dentaires	1,2
Soins de la vue	1,8
Soins de la vue recommandés	1,0
Soins pour la santé mentale	0,6*
Soins pour la santé mentale recommandés	0,2**
Services de réadaptation physique	1,8
Services de réadaptation physique recommandés	0,6*
Lunettes	1,2
Aide technique	1,1

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Besoin non comblé de soins de santé ou de services sociaux au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Partie 3

RÉPERCUSSIONS DE L'INCAPACITÉ SUR LA RÉALISATION DES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE OU DOMESTIQUE

10 AIDE POUR LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE OU DE LA VIE DOMESTIQUE CHEZ LES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS, EN RAISON D'UNE INCAPACITÉ

MAXIME MURPHY

Faits saillants

- En 2010-2011, en raison de leur incapacité, près de la moitié des personnes de 65 ans et plus ont besoin d'aide pour leurs activités de la vie quotidienne ou domestique. Dans cette même population, en termes de proportion, ce besoin touche davantage les femmes et les personnes de 75 ans et plus.

- Pratiquement l'ensemble des personnes de 65 ans et plus avec incapacité reçoivent de l'aide pour leurs activités de la vie quotidienne ou domestique (91 %), mais une part importante déclarent tout de même avoir un besoin d'aide non comblé (43 %).

- La majorité des personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité modérée ont besoin d'aide (comblé ou non) pour leurs activités de la vie quotidienne ou domestique (61 %). Lorsque l'incapacité est grave, cette part s'élève à plus de neuf sur dix (92 %). Par ailleurs, chez les personnes ayant besoin d'aide, la proportion des 65 ans et plus ayant un besoin d'aide non comblé augmente selon la gravité de l'incapacité, de telle sorte qu'elle passe d'environ trois sur dix, lorsque l'incapacité est légère, à trois sur cinq quand elle est grave.

- La proportion de personnes de 65 ans et plus avec incapacité ayant besoin d'aide est supérieure pour pratiquement l'ensemble des types d'incapacité relevés par l'enquête. Cela ressort davantage chez celles de 65 ans et plus ayant une incapacité liée à la parole, ou à l'apprentissage, ou encore à une incapacité de nature psychologique (huit ou neuf sur dix, selon le cas).

- La grande majorité des personnes de 65 ans et plus avec incapacité reçoivent de l'aide d'une source bénévole (71 %). Dans cette même population, environ trois personnes sur dix ayant une incapacité en obtiennent d'une entreprise ou personne payée, et 18 % en reçoivent du CLSC.

- En raison de leur incapacité, la majorité des personnes de 65 ans et plus ayant reçu de l'aide du CLSC, ou bien d'une entreprise ou personne payée en ont d'un à deux jours par semaine (61 % et 52 %, respectivement). Parmi celles qui ont reçu de l'aide bénévole, sur une période de sept jours, la majorité en reçoivent tous les jours pour les soins personnels, la préparation des repas et préparer ou prendre des médicaments. Pour ces deux dernières activités, c'est plus de huit aînés sur dix qui en reçoivent à une telle fréquence.

La troisième partie de ce volume se consacre à l'étude du besoin d'aide humaine des personnes de 65 ans et plus pour la réalisation de leurs activités journalières. Il est question ici du besoin d'aide en raison d'une incapacité découlant d'une perte d'autonomie plus ou moins sévère vécue par une partie de la population vivant avec une telle condition. Rappelons que près de 57 % des personnes de 65 ans et plus ont une incapacité; plus précisément, 31 % ont une incapacité légère, 16 % une incapacité modérée et 10 % une incapacité grave. C'est sur cet ensemble de personnes avec incapacité vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel que portent les analyses présentées dans ce chapitre[1].

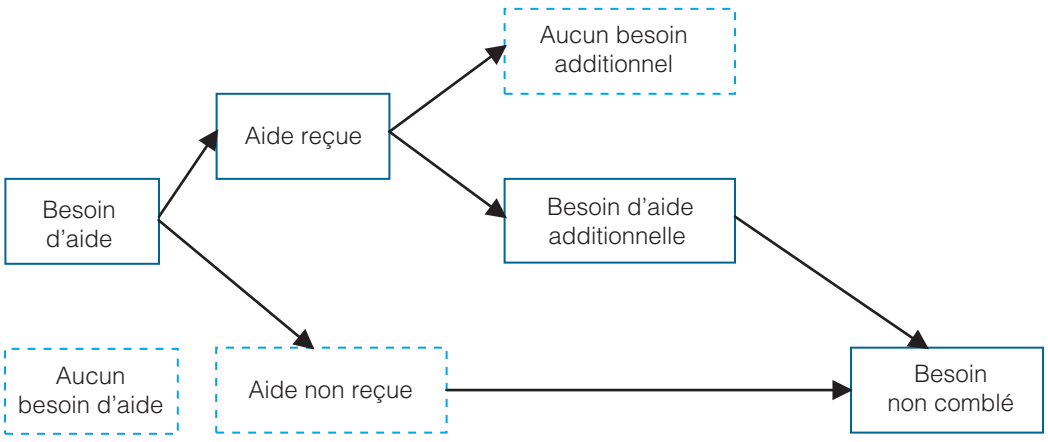
1. Fait exception une brève analyse des indicateurs du besoin d'aide rapportés à l'ensemble de la population âgée de 65 ans et plus avec ou sans incapacité, présentée à titre d'information complémentaire dans l'encadré *Le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique chez les personnes de 65 ans et plus avec ou sans incapacité*, à la page 150.

La première section du chapitre décrit l'aide dont les personnes âgées de 65 ans et plus avec incapacité ont besoin habituellement[2] pour réaliser certaines activités de la vie quotidienne ou domestique. Plus concrètement, l'enquête fournit de l'information sur l'aide touchant à deux activités de la vie quotidienne, soit les soins personnels (comme se laver, s'habiller, faire sa toilette ou manger) et les déplacements à l'intérieur du domicile (incluant « se mettre au lit et en sortir »). Elle s'intéresse aussi à l'aide pour les activités domestiques suivantes : la préparation des repas, la préparation et la prise des médicaments, les achats (épicerie ou autres produits essentiels), la réalisation des travaux ménagers courants (comme épousseter, ranger ou faire la vaisselle), l'accompagnement aux rendez-vous (ou pour des visites d'amitié), les finances personnelles (comme administrer le budget ou remplir des formulaires) et le répit aux proches aidants. Le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique peut être étudié en fonction de plusieurs dimensions. L'EQLAV en documente quatre : le besoin d'aide (comblé ou non), l'aide reçue, l'aide additionnelle requise et le besoin d'aide non comblé (figure 10.1). Ces dimensions du besoin d'aide chez les personnes de 65 ans et plus avec incapacité sont traitées de manière globale, c'est-à-dire toutes activités confondues, puis selon chacune des activités mentionnées précédemment. Elles sont aussi examinées selon le sexe, l'âge, certaines variables sociodémographiques et économiques[3] ainsi que d'autres liées à la santé[4].

La seconde section du chapitre approfondit l'analyse de l'aide reçue pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, cette fois chez les personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité et recevant de l'aide pour ces activités. Une première partie porte sur les sources de l'aide et une seconde en examine la fréquence. Selon les données disponibles dans l'EQLAV, quatre sources sont susceptibles de fournir de l'aide : une personne envoyée ou payée totalement ou en partie par le CLSC, une entreprise ou une personne payée par la famille ou la personne recevant l'aide et, finalement, l'aide bénévole (c'est-à-dire une aide non rémunérée). L'aide bénévole reçue par les aînés peut être fournie par une personne habitant le même domicile qu'eux, ou bien par une personne habitant à l'extérieur de leur domicile. L'aide bénévole est aussi analysée selon ces deux sources confondues (« source bénévole globale »).

À l'instar du besoin d'aide, la description des sources d'aide est d'abord faite de manière globale, puis par activité. Quand la source d'aide est un CLSC, ou encore une entreprise ou personne payée, la fréquence d'aide

Figure 10.1
Les dimensions de l'aide[1] pour la réalisation des activités quotidiennes ou domestiques



1. Parmi l'ensemble des dimensions de l'aide, celles traitées dans le présent chapitre sont circonscrites par une ligne pleine.

Source : CAMIRAND, J. et autres (2001), *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, p. 208.

2. C'est-à-dire au moins une fois toutes les deux semaines.
3. Pour plus de détails sur les variables sociodémographique et économique, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 1, à la page 34.
4. Pour plus de détails sur les variables liées à la santé, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 2, à la page 48.

est mesurée selon deux modalités, soit le nombre de jours et le nombre d'heures d'aide reçue sur une base hebdomadaire. Dans le cas de l'aide bénévole, la fréquence est ventilée en nombre de jours et détaillée selon cinq activités spécifiques de la vie quotidienne ou domestique. Complète cette section une brève description des personnes avec incapacité ayant reçu la visite du service de soutien à domicile d'un CLSC pour une évaluation de leurs besoins d'aide. Les indicateurs de cette section sont analysés selon le sexe et l'âge et, pour quelques-uns d'entre eux, selon certaines variables sociodémographique et économique et la gravité de l'incapacité.

Outre le fait qu'elle fournit un portrait du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique chez la population aînée avec incapacité, l'information présentée dans ce chapitre apporte un éclairage sur l'apport des réseaux d'aide formels (publics ou privés) et informels (proches aidants, ressources bénévoles dans la communauté) en réponse aux besoins de la population. Une telle information est très utile, surtout dans la perspective de la volonté d'améliorer et d'étendre les programmes de soins et de services à domicile pour les personnes de 65 ans et plus du Québec.

Indicateurs utilisés

Besoin d'aide

Besoin d'aide (comblé ou non) : Indicateur déterminant la proportion des personnes qui reçoivent de l'aide pour réaliser au moins une des activités de la vie quotidienne ou domestique considérées dans l'enquête (aide reçue) ou qui n'en reçoivent pas mais déclarent en avoir besoin (besoin non comblé), parmi les personnes avec incapacité. Cet indicateur global porte sur l'ensemble des besoins d'aide, comblés ou non. Les activités de la vie quotidienne comprennent les soins personnels et les déplacements à l'intérieur du domicile. Les activités de la vie domestique incluent la préparation des repas, la préparation et la prise des médicaments, faire les achats, les travaux ménagers courants, aller aux rendez-vous, les finances personnelles et le répit aux proches aidants [Indicateur global construit à partir des questions V01, V02, V06, V07, V11, V12, V16, V17, V21, V22, V27A, V27A2, V27B, V27B2, V27C, V27C2, V27D et V27D2].

Besoin d'aide (comblé ou non) par activité : Pour chacune des activités considérées dans l'enquête[1], proportion des personnes qui ont un besoin d'aide (comblé ou non) pour cette activité parmi les personnes avec incapacité (série d'indicateurs créés à partir des mêmes questions que l'indicateur global ci-dessus).

Aide reçue : Indicateur déterminant la proportion des personnes qui reçoivent de l'aide pour réaliser au moins une des activités de la vie quotidienne ou domestique considérées dans l'enquête parmi les personnes avec incapacité ayant besoin d'aide [Indicateur global construit à partir des questions V01, V06, V11, V16, V21, V27A, V27B, V27C et V27D].

Aide reçue par activité : Pour chacune des activités considérées dans l'enquête[1], proportion des personnes qui reçoivent de l'aide parmi les personnes avec incapacité ayant besoin d'aide pour cette activité (série d'indicateurs créés à partir des mêmes questions que l'indicateur global ci-dessus).

Besoin d'aide additionnelle : Indicateur déterminant la proportion des personnes qui ont besoin d'aide additionnelle pour réaliser au moins une des activités de la vie quotidienne ou domestique considérées dans l'enquête parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide [Indicateur global construit à partir des questions V05, V10, V15, V20, V25, V27A3, V27B3, V27C3 et V27D3].

Besoin d'aide additionnelle par activité : Pour chacune des activités considérées dans l'enquête[1], proportion des personnes qui ont besoin d'aide additionnelle parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour cette activité (série d'indicateurs créés à partir des mêmes questions que l'indicateur global ci-dessus).

Besoin d'aide non comblé : Indicateur déterminant la proportion des personnes qui ne reçoivent pas d'aide ou qui en reçoivent mais qui ont besoin d'aide additionnelle pour réaliser au moins une des activités de la vie quotidienne ou domestique considérées dans l'enquête, parmi les personnes avec incapacité ayant besoin d'aide [Indicateur global construit à partir des questions V02, V05, V07, V10, V12, V15, V17, V20, V22, V25, V27A2, V27A3, V27B2, V27B3, V27C2, V27C3, V27D2 et V27D3].

Besoin d'aide non comblé par activité : Pour chacune des activités considérées dans l'enquête[1], proportion des personnes qui ont un besoin d'aide non comblé parmi les personnes avec incapacité ayant besoin d'aide pour cette activité (série d'indicateurs créés à partir des mêmes questions que l'indicateur global ci-dessus).

Sources de l'aide

Aide reçue du CLSC : Indicateur déterminant la proportion des individus qui reçoivent de l'aide d'une personne envoyée par le CLSC ou payée totalement ou en partie par le CLSC parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour au moins une des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique désignées (les soins personnels, la préparation des repas, la préparation ou la prise des médicaments, faire les achats et les travaux ménagers courants) [Indicateur global construit à partir des questions VO3A, VO8A, V13A, V18A et V23A].

Aide reçue du CLSC, par activité : Pour chacune des activités considérées dans l'enquête[1], proportion des individus qui reçoivent de l'aide du CLSC parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour cette activité. Pour cette source d'aide uniquement, l'information est détaillée pour les activités suivantes : les soins personnels, les déplacements à l'intérieur du domicile, la préparation des repas, la préparation ou la prise des médicaments, faire les achats, les travaux ménagers courants, aller aux rendez-vous et les finances personnelles (série d'indicateurs créés à partir des mêmes questions que l'indicateur global ci-dessus et des questions V27A1, V27B1 et V27C1).

Aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée : Indicateur déterminant la proportion des individus qui reçoivent de l'aide d'une entreprise ou d'une personne qu'eux-mêmes ou leur famille ont payée[2] parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour au moins une des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique désignées. [Indicateur global construit à partir des questions VO3B2, VO3B3, VO8B2, VO8B3, V13B2, V13B3, V18B2, V18B3, V23C2 et V23C3].

Aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée, par activité : Pour chacune des cinq activités désignées, proportion des individus qui reçoivent de l'aide d'une entreprise ou d'une personne payée[2] parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour cette activité (série d'indicateurs créés à partir des mêmes questions que l'indicateur global ci-dessus).

Aide reçue d'une source bénévole « globale » : Indicateur déterminant la proportion des individus qui reçoivent de l'aide d'une source bénévole (c'est-à-dire une aide non rémunérée) parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour au moins une des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique désignées. Deux indicateurs spécifiques permettent de préciser la source d'aide bénévole soit, l'aide reçue d'une personne qui habite le même domicile et celle provenant d'une personne qui n'habite pas le même domicile (membre de la famille, ami, voisin, autre personne) [Indicateurs construits à partir des questions VO3C, VO3D, VO8C, VO8D, V13C, V13D, V18C, V18D, V23D et V23E].

Aide reçue d'une source bénévole, par activité : Pour chacune des cinq activités désignées, proportion des individus qui reçoivent de l'aide d'une source bénévole parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour cette activité (série d'indicateurs créés à partir des mêmes questions que l'indicateur global ci-dessus).

Fréquence de l'aide

Fréquence de l'aide reçue du CLSC : Un premier indicateur décrit le **nombre de jours d'aide reçue du CLSC** au cours d'une période de sept jours par les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour au moins une des neuf activités de la vie quotidienne ou domestique considérées dans l'enquête. Cet indicateur comprend quatre catégories (aucun jour, un à deux jours, trois à six jours et sept jours). Chez les personnes ayant une telle aide au moins un jour au cours d'une semaine, un second indicateur détermine le **nombre d'heures d'aide reçue du CLSC** au cours de la même période. Il est décliné en quatre catégories (moins de deux heures, deux à trois heures, quatre à neuf heures et dix heures et plus) ou en deux catégories (moins de quatre heures, quatre heures et plus) selon les analyses [Indicateurs construits à partir des questions V28A et V28B].

Fréquence de l'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée[2] : Un premier indicateur décrit le **nombre de jours d'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée** au cours d'une période de sept jours par les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour au moins une des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique désignées. Cet indicateur comprend quatre catégories (aucun jour, un à deux jours, trois à six jours et sept jours). Chez les personnes ayant une telle aide au moins un jour au cours d'une semaine, un second indicateur détermine le **nombre d'heures d'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée** au cours de la même période. Il est décliné en quatre catégories (moins de deux heures, deux à trois heures, quatre à neuf heures et dix heures et plus) ou en deux catégories (moins de quatre heures, quatre heures et plus), selon les analyses [Indicateurs construits à partir des questions V30A et V30B].

Fréquence de l'aide reçue d'une source bénévole, par activité : Pour chacune des cinq activités désignées, nombre de jours d'aide bénévole reçue au cours d'une période de sept jours par les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour cette activité. Cet indicateur comprend quatre catégories (moins d'un jour, un à deux jours, trois à six jours et sept jours) [Indicateurs construits à partir des questions VO4A, VO4AA, VO9A, VO9AA, V14A, V14AA, V19A, V19AA, V24A et V24AA].

---

1. Il est à noter que les résultats spécifiques à l'activité « répit aux proches aidants » ne sont pas publiés en raison des effectifs concernés. Dans l'enquête, l'information sur le besoin d'aide ou sur les sources et la fréquence de l'aide pour un répit aux proches aidants était obtenue dans les cas où un tiers répondant remplissait le questionnaire pour la personne sélectionnée n'étant pas en mesure de le faire elle-même, en raison de ses limitations ou d'un problème de santé.
2. L'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée concerne l'aide reçue d'une source extérieure et n'inclut pas celle provenant d'un membre du personnel ou d'un responsable de la résidence dans le cas d'une personne habitant en résidence privée pour aînés.

10.1 Besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique

En raison de leur incapacité, près de la moitié des personnes de 65 ans et plus ont besoin d'aide pour l'une ou l'autre de leurs activités de la vie quotidienne ou domestique, que ce besoin soit comblé ou non

Pratiquement l'ensemble des aînés avec incapacité ayant besoin d'aide en reçoivent pour leurs activités de la vie quotidienne ou domestique (91 %), mais une part importante déclarent tout de même avoir un besoin d'aide non comblé (43 %)

Le tableau 10.1 décrit le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique chez les personnes avec incapacité âgées de 65 ans et plus, que ce besoin soit comblé ou non[5]. De plus, il présente les données concernant l'aide reçue et le besoin d'aide non comblé, qui se mesurent sur l'ensemble des personnes ayant besoin d'aide (comblé ou non). Le besoin d'aide additionnelle se rapporte, quant à lui, aux aînés avec incapacité ayant reçu de l'aide.

En 2010-2011, dans la population québécoise de 65 ans et plus avec incapacité, environ 47 % des personnes rapportent avoir besoin d'aide (comblé ou non) pour au moins une des neuf activités de la vie quotidienne ou domestique documentées par l'EQLAV (tableau 10.1). Parmi ces personnes, pratiquement l'ensemble en reçoivent pour au moins une de ces activités (91 %). Par contre, environ quatre personnes de 65 ans et plus sur dix ayant besoin d'aide (43 %) déclarent un besoin d'aide non comblé pour au moins une des activités. Ce sont des personnes qui ne reçoivent aucune aide ou qui en reçoivent, mais qui mentionnent avoir besoin d'aide additionnelle. Dans ce dernier cas, précisons que le quart des aînés avec incapacité ayant reçu de l'aide mentionnent avoir besoin d'aide additionnelle pour l'une ou l'autre de leurs activités de la vie quotidienne ou domestique (25 %)[6].

En proportion, plus de femmes que d'hommes avec incapacité ont besoin d'aide pour leurs activités de la vie quotidienne ou domestique

D'après les résultats du tableau 10.1, chez les personnes de 65 ans et plus avec incapacité, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir besoin d'aide (comblé ou non) pour leurs activités (55 % c. 35 %). Autrement, l'aide reçue, le besoin d'aide additionnelle et le besoin d'aide non comblé ne varient pas de façon statistiquement significative selon le sexe.

Chez les 85 ans et plus ayant une incapacité, au-delà de huit personnes sur dix mentionnent avoir besoin d'aide pour leurs activités de la vie quotidienne ou domestique

L'examen du besoin d'aide révèle aussi que la proportion de personnes de 65 ans et plus avec incapacité ayant besoin d'aide augmente de manière statistiquement significative selon l'âge. Elle passe ainsi de 28 % chez les aînés de 65 à 74 ans à 55 % parmi ceux de 75 à 84 ans, puis atteint 85 % chez ceux de 85 ans et plus. Une association similaire se constate pour les personnes recevant de l'aide chez celles qui en ont besoin. En effet, la proportion de personnes qui en reçoivent augmente graduellement en fonction de l'âge, passant de 83 % à 98 % du groupe d'âge le plus jeune au groupe d'âge le plus avancé.

5. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

6. Une même personne peut à la fois être dénombrée parmi les personnes recevant de l'aide (pour une activité) et parmi celles qui ont un besoin d'aide non comblé (pour une autre activité), de sorte que la somme du nombre estimé de personnes ayant reçu de l'aide et du nombre de celles ayant un besoin non comblé est supérieure au nombre estimé de personnes ayant besoin d'aide.

Tableau 10.1
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Besoin d'aide (comblé ou non)[2]	Aide reçue[3, a]	Besoin d'aide additionnelle[4, b]	Besoin d'aide non comblé[3, b]
	%			
Sexe				
Hommes	35,5	91,8	25,8	45,4
Femmes	55,4	91,4	24,9	41,5
Groupe d'âge				
65-74 ans	27,7	83,5	20,9	44,2
75 ans et plus	64,9	94,7	26,8	42,2
75-84 ans	55,5	92,2	25,0	42,2
85 ans et plus	85,3	98,2	29,0	42,1
Ensemble	46,9	91,5	25,2	42,7

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
2. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
3. Parmi les personnes ayant besoin d'aide (comblé ou non).
4. Parmi les personnes recevant de l'aide.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

b. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « sexe » et « groupe d'âge » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique chez les personnes de 65 ans et plus avec ou sans incapacité

L'analyse des indicateurs du besoin d'aide selon le sexe et l'âge peut être reprise, cette fois au sein des personnes de 65 ans et plus avec ou sans incapacité. Ce nouvel angle d'analyse apporte un éclairage complémentaire permettant de situer l'ampleur du besoin d'aide découlant de l'incapacité chez l'ensemble de la population aînée. C'est ainsi que parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, un peu plus du quart (26 %) ont besoin d'aide pour au moins une des activités de la vie quotidienne ou domestique considérées dans l'enquête, en raison d'une incapacité, que ce besoin soit comblé ou non. Toujours parmi les 65 ans et plus avec ou sans incapacité, à peu près 23 % reçoivent de l'aide pour l'une ou l'autre des activités. Une part relativement faible d'aînés ont besoin d'aide additionnelle (6 %). Enfin, dans cette même population, approximativement une personne sur dix rapporte un besoin d'aide non comblé (11 %).

Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[1] avec ou sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Besoin d'aide (comblé ou non)[2, 3]	Aide reçue[3]	Besoin d'aide additionnelle[3]	Besoin d'aide non comblé[3]
	%			
Sexe				
Hommes	18,7	16,8	4,3	8,3
Femmes	31,8	28,3	6,9	12,7
Groupe d'âge				
65-74 ans	13,0	10,7	2,2	5,6
75 ans et plus	43,2	39,3	10,4	17,4
75-84 ans	34,0	30,4	7,6	13,9
85 ans et plus	69,4	63,8	18,4	27,2
Ensemble	26,0	23,2	5,8	10,7

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
2. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
3. Parmi la population de 65 ans et plus avec ou sans incapacité.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

L'analyse selon le sexe révèle que les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir besoin d'aide ou d'en recevoir (quelle que soit la dimension de l'aide étudiée : besoin d'aide comblé ou non, aide reçue, besoin d'aide additionnelle, besoin d'aide non comblé). Il en est de même des personnes âgées de 85 ans et plus par rapport à celles de 75 à 84 ans, qui sont à leur tour plus touchées que le groupe des 65 à 74 ans. Fait à noter, au-delà de 85 ans, plus d'une personne sur quatre (27 %) a besoin d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne ou domestique en raison d'une incapacité, sans que ce besoin soit comblé.

10.1.1 Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique

La grande majorité des personnes de 65 ans et plus avec incapacité ayant besoin d'aide en reçoivent, que ce soit pour réaliser leurs activités de la vie quotidienne ou celles de la vie domestique

Les résultats présentés au tableau 10.2 montrent que pour les activités de la vie quotidienne considérées globalement, 13 % des personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité ont besoin d'aide (comblé ou non) et que parmi celles-ci, 86 % en ont reçu. Parmi l'ensemble des personnes de 65 ans et plus ayant besoin d'aide pour leurs activités de la vie quotidienne, 32 % déclarent avoir un besoin d'aide non comblé. De même, chez les aînés ayant reçu de l'aide pour ces mêmes activités, près d'une personne sur cinq mentionne un besoin d'aide additionnelle (19 %).

Dans le cas du besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie domestique (toutes activités confondues)[7], il s'avère qu'en raison de leur incapacité, près de la moitié des personnes de 65 ans et plus ont un tel besoin (47 %). Pratiquement l'ensemble des aînés ayant besoin d'aide pour les activités de la vie domestique en reçoivent (91 %), mais il demeure que près de la moitié des personnes formant ce groupe ont un besoin d'aide non comblé (42 %). L'examen des résultats permet aussi de constater que le quart des aînés avec incapacité ayant reçu de l'aide déclarent avoir besoin d'aide additionnelle (25 %).

Environ le tiers des personnes de 65 ans et plus avec incapacité ayant un besoin d'aide (comblé ou non) pour les activités de la vie quotidienne mentionnent un besoin non comblé à cet égard; cette part est de quatre personnes sur dix du côté des activités de la vie domestique

Activités de la vie quotidienne

Pour ce qui est des activités spécifiques de la vie quotidienne, 12 % des personnes âgées de 65 ans et plus avec incapacité ont besoin d'aide (comblé ou non) pour les soins personnels (tableau 10.2). En ce qui a trait au besoin d'aide pour les déplacements à l'intérieur du domicile, la proportion d'aînés nécessitant de l'aide est relativement faible (4,1 %). Parmi les personnes ayant besoin d'aide pour ces deux activités, plus de huit sur dix en reçoivent (85 % et 83 %, selon le cas) et, parmi celles-ci, une minorité ont besoin d'aide additionnelle (17 % pour les soins personnels et 17 %* pour se déplacer à l'intérieur du domicile). Que ce soit pour les soins personnels ou pour se déplacer à l'intérieur du domicile, environ trois personnes sur dix ayant besoin d'aide rapportent un besoin non comblé (29 % et 31 %, respectivement).

Activités de la vie domestique

Au chapitre des activités de la vie domestique considérées séparément, la proportion de personnes de 65 ans et plus avec incapacité ayant un besoin d'aide (comblé ou non) est de l'ordre de 17 % à 33 %, selon l'activité. Parmi les personnes de 65 ans et plus ayant besoin d'aide, la grande majorité en reçoivent (entre 81 % et 95 %, selon le cas). Pour l'ensemble des personnes qui en ont reçu, une minorité ont besoin d'aide additionnelle, soit entre 4,9 %* et 20 %, selon l'activité de la vie domestique étudiée. La proportion de personnes ayant un besoin d'aide non comblé se situe, quant à elle, entre 10 %* et 34 %, selon l'activité. Soulignons que près du tiers des personnes de 65 ans et plus déclarent avoir besoin d'aide pour les travaux ménagers courants (33 %). Parmi les aînés ayant besoin d'aide pour cette même activité, 81 % en ont reçu, et l'on compte une part appréciable de personnes mentionnant un besoin d'aide non comblé à cet égard (34 %). Par ailleurs, quoique ce soit pratiquement l'ensemble (95 %) des personnes de 65 ans et plus qui reçoivent de l'aide pour les rendez-vous (accompagnement), une personne sur cinq rapporte un besoin d'aide additionnelle pour cette activité (20 %) (tableau 10.2).

Variation selon l'âge des indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique

L'analyse selon l'âge met en lumière un écart significatif entre les personnes de 65 à 74 ans et celles de 75 ans et plus. En raison de leur incapacité, ces dernières sont proportionnellement plus nombreuses que leurs cadettes à avoir besoin d'aide (comblé ou non) pour leurs activités de la vie quotidienne (20 % c. 4,8 %) et pour celles de la vie domestique (65 % c. 28 %). Elles sont aussi plus susceptibles de recevoir de l'aide lorsqu'elles en ont besoin pour les activités domestiques (95 % c. 83 % des personnes de 65 à 74 ans).

7. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

Tableau 10.2
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique, par activité et selon l'âge, population de 65 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Besoin d'aide (comblé ou non)	Aide reçue[3, a]	Besoin d'aide additionnelle[4, b]	Besoin d'aide non comblé[3, c]
	%			
Activités de la vie quotidienne	**12,5**	**86,2**	**18,5**	**32,0**
65-74 ans	4,8	78,6	12,8**	31,8*
75 ans et plus	19,5	87,9	19,7	32,1
Soins personnels	**12,3**	**85,5**	**17,4**	**29,5**
65-74 ans	4,7	80,3	14,0**	31,0*
75 ans et plus	19,3	86,6	18,1	29,2
Se déplacer à l'intérieur du domicile	**4,1**	**83,1**	**16,9***	**31,4**
65-74 ans	1,4*	62,3*	x	50,7**
75 ans et plus	6,5	87,2	16,7*	27,7*
Activités de la vie domestique[2]	**46,9**	**91,3**	**24,7**	**42,2**
65-74 ans	27,7	82,7	21,1	44,4
75 ans et plus	64,8	94,7	26,0	41,3
Préparer les repas	**17,5**	**84,3**	**10,2**	**24,6**
65-74 ans	7,1	75,1	13,5**	35,4*
75 ans et plus	26,9	86,5	9,5*	22,0
Préparer / prendre des médicaments	**17,6**	**94,7**	**4,9***	**10,0***
65-74 ans	7,9	89,9	9,4**	18,5*
75 ans et plus	26,4	96,1	3,8**	7,6*
Faire les achats	**24,9**	**89,4**	**11,0**	**20,5**
65-74 ans	11,8	76,8	9,8**	30,7
75 ans et plus	36,9	93,1	11,3	17,5
Travaux ménagers courants	**33,3**	**80,8**	**17,7**	**33,6**
65-74 ans	18,7	66,6	18,1*	45,6
75 ans et plus	46,7	86,0	17,5	29,2
Aller aux rendez-vous	**28,2**	**94,7**	**19,6**	**23,9**
65-74 ans	13,4	89,8	16,7*	25,2
75 ans et plus	41,6	96,2	20,4	23,5
Finances personnelles	**21,0**	**95,5**	**9,9**	**14,0**
65-74 ans	7,8	91,1	7,2**	15,6*
75 ans et plus	33,0	96,4	10,5*	13,7

x Donnée confidentielle

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
2. Le besoin d'aide (comblé ou non) pour les activités de la vie domestique présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
3. Parmi les personnes ayant besoin d'aide (comblé ou non).
4. Parmi les personnes recevant de l'aide.

a. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et la variable « groupe d'âge » sont non significatifs au seuil de 5 % pour les activités suivantes : « activités de la vie quotidienne », « soins personnels » et « préparer et prendre des médicaments ».

b. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et la variable « groupe d'âge » sont non significatifs au seuil de 5 % pour toutes les activités de la vie quotidienne ou domestique.

c. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et la variable « groupe d'âge » sont non significatifs au seuil de 5 % pour les activités suivantes : « activités de la vie quotidienne », « soins personnels », « se déplacer à l'intérieur du domicile », « activités de la vie domestique », « aller aux rendez-vous » et « finances personnelles ».

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Comparativement aux personnes de 75 ans et plus, la proportion des 65 à 74 ans ayant un besoin d'aide non comblé est plus élevée pour la préparation des repas (35 %* c. 22 %), la préparation et la prise des médicaments (19 %* c. 8 %*), faire les achats (31 % c. 18 %) et les travaux ménagers courants (46 % c. 29 %)

Comme pour les indicateurs globaux mesurant le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et celles de la vie domestique, on remarque que pour chacune des activités spécifiques, les personnes de 75 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses à avoir besoin d'aide, que ce besoin soit comblé ou non (tableau 10.2). Soulignons d'ailleurs les proportions élevées d'individus de 75 ans et plus ayant besoin d'aide pour les travaux ménagers courants (47 % c. 19 % des personnes de 65 à 74 ans) et pour aller aux rendez-vous (42 % c. 13 % des personnes de 65 à 74 ans).

En ce qui a trait à l'aide reçue, environ 87 % des personnes de 75 ans et plus, comparativement à 62 %* de celles ayant de 65 à 74 ans, en reçoivent pour se déplacer à l'intérieur du domicile. Par ailleurs, pour chacune des activités de la vie domestique, à l'exception de la préparation et la prise des médicaments, les personnes de 75 ans et plus sont plus susceptibles de recevoir de l'aide. La proportion de personnes recevant de l'aide parmi celles qui en ont besoin pour ces activités est de l'ordre de 86 % à 96 % chez les 75 ans et plus.

Contrairement au besoin d'aide (comblé ou non) et à l'aide reçue, ce sont les personnes âgées de 65 à 74 ans qui, toutes proportions gardées, sont plus nombreuses que les 75 ans et plus à avoir des besoins d'aide non comblés pour certaines des activités de la vie domestique. Tel est le cas pour la préparation des repas (35 %* c. 22 %), la préparation et la prise des médicaments (19 %* c. 8 %*), faire les achats (31 % c. 18 %) et les travaux ménagers courants (46 % c. 29 %).

Il est à noter que l'analyse ne permet pas de confirmer de différence statistiquement significative selon l'âge pour le besoin d'aide additionnelle.

L'enquête documente aussi l'aide humaine dont les personnes avec incapacité ont besoin, en raison de leur état ou d'un problème de santé, afin de lire ou comprendre les documents provenant du médecin ou du pharmacien[8]. Ce type d'aide n'est pas pris en compte dans la mesure du besoin d'aide, mais est présenté comme information complémentaire. Ainsi, parmi les personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité, la grande majorité (79 %) ont « rarement ou jamais » besoin d'aide pour lire ou comprendre les documents du médecin ou du pharmacien. Environ un aîné sur dix en a « parfois » besoin et à peu près autant en a « toujours » besoin (10 % et 9 %, respectivement), tandis qu'une très faible minorité de personnes déclarent avoir « souvent » besoin de ce type d'aide, en raison de leur état ou d'un problème de santé (1,8 %) (données non présentées).

Une analyse plus pointue selon le sexe révèle qu'en proportion, les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir « rarement ou jamais » besoin d'aide pour lire ou comprendre les documents reçus (82 % c. 77 %). Ils sont aussi moins susceptibles qu'elles d'avoir « parfois » (8 % c. 11 %) ou « souvent » (environ 1 %** c. 2,3 %*) besoin d'une telle aide. Des différences sont aussi notées en fonction de l'âge, les personnes de 65 à 74 ans étant proportionnellement plus nombreuses que celles de 75 ans et plus à déclarer avoir « rarement ou jamais » besoin de ce type d'aide (88 % c. 71 %). À l'inverse, les personnes de 65 à 74 ans sont moins susceptibles que celles de 75 ans et plus d'avoir « parfois » (8 % c. 12 %), « souvent » (environ 1 %** c. 2,8 %*) ou « toujours » (3,9 %* c. 14 %) besoin d'aide pour lire ou comprendre les documents du médecin ou du pharmacien (données non présentées).

8. Cette variable à quatre catégories (rarement ou jamais, parfois, souvent, toujours) est tirée de la question V26.

10.1.2 Indicateurs du besoin d'aide selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Que ce soit chez les personnes de 65 à 74 ans ou parmi celles de 75 ans et plus, les aînés vivant seuls et ceux appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu sont plus susceptibles d'avoir besoin d'aide

Dans cette section, l'examen du besoin d'aide selon le fait de vivre seul et en fonction du niveau de revenu du ménage se fait de manière globale pour trois des quatre indicateurs examinés jusqu'ici, soit le besoin d'aide (comblé ou non), l'aide reçue et le besoin d'aide non comblé. Cette analyse permet de constater que la proportion de personnes qui déclarent avoir besoin d'aide (comblé ou non) est plus élevée chez celles vivant seules (55 % c. 42 %, chez celles ne vivant pas seules) et chez celles vivant sous le seuil de faible revenu (58 % c. 41 %, chez celles vivant au-dessus de ce seuil) (tableau 10.3).

Aucune association statistiquement significative selon le fait de vivre seul ou le niveau de revenu du ménage n'est détectée pour l'aide reçue, ni pour le besoin d'aide non comblé.

Un examen plus précis au sein de deux groupes d'âge, soit celui des personnes de 65 à 74 ans et celui des 75 ans et plus, révèle les mêmes associations que celles constatées précédemment. En effet, parmi les personnes de 65 à 74 ans, 33 % de celles vivant seules, comparativement à 26 % de celles qui ne se trouvent pas dans cette situation de vie, ont besoin d'aide (données non présentées). La relation tient aussi en ce qui concerne les 75 ans et plus, chez qui, toutes proportions gardées, un nombre plus élevé de personnes vivant seules ont besoin d'aide (69 % c. 61 % de celles qui ne vivent pas seules). Par ailleurs, chez les individus de 65 à 74 ans, ceux qui sont membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu sont plus susceptibles d'avoir besoin d'aide que ceux dont le ménage vit au-dessus de ce seuil (36 % c. 24 %). C'est aussi le cas parmi les personnes de 75 ans et plus (73 % c. 59 %) (données non présentées).

Tableau 10.3
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Besoin d'aide (comblé ou non)[2]	Aide reçue[3, a]	Besoin d'aide non comblé[3, a]
		%	
Fait de vivre seul			
Oui	55,1	93,0	43,2
Non	41,7	90,1	42,8
Niveau de revenu du ménage			
Sous le seuil de faible revenu	58,0	92,1	46,3
Au-dessus du seuil de faible revenu	40,8	91,0	40,8

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
2. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
3. Parmi les personnes ayant besoin d'aide.

a. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « fait de vivre seul » et « niveau de revenu du ménage » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

10.1.3 Indicateurs du besoin d'aide selon certaines caractéristiques liées à la santé

La majorité des personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité modérée ont besoin d'aide (comblé ou non) pour leurs activités de la vie quotidienne ou domestique (61 %); lorsque l'incapacité est grave, c'est pratiquement l'ensemble des aînés qui expriment un tel besoin (92 %)

La section suivante s'intéresse au besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, la gravité de l'incapacité ainsi que le type d'incapacité. Il ressort que la proportion d'aînés avec incapacité ayant besoin d'aide (comblé ou non) augmente graduellement en fonction du nombre de problèmes de santé de longue durée et du niveau de gravité de l'incapacité. D'après les résultats présentés au tableau 10.4, la proportion de personnes ayant besoin d'aide est d'environ 30 % chez celles n'ayant pas de tels problèmes; elle monte au-delà de quatre personnes sur dix parmi celles qui en ont un seul (41 %), pour atteindre la moitié (51 %) des aînés ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus. Par ailleurs, chez les personnes ayant une incapacité légère, environ le quart (26 %) expriment un besoin d'aide. Chez celles ayant une incapacité modérée, approximativement trois personnes sur cinq (61 %) en font autant, alors que c'est pratiquement la totalité des personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité grave (92 %) qui ont besoin d'aide pour leurs activités de la vie quotidienne ou domestique.

Parmi les personnes de 65 ans et plus avec incapacité ayant besoin d'aide, celles ayant une incapacité grave sont plus susceptibles d'avoir reçu de l'aide (96 %) que celles avec une incapacité modérée (90 %) et celles ayant une incapacité légère (88 %).

Tableau 10.4
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon le nombre de problèmes de santé de longue durée et la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Besoin d'aide (comblé ou non)[2]	Aide reçue[3, a]	Besoin d'aide non comblé[3, a]
		%	
Nombre de problèmes de santé de longue durée			
Aucun problème de santé	30,1	88,4	41,5*
Un problème de santé	41,1	92,6	39,7
Deux problèmes de santé ou plus	50,6	91,3	44,1
Gravité de l'incapacité			
Légère	25,6	88,1	28,5
Modérée	61,0	90,3	40,8
Grave	91,8	95,8	58,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
2. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
3. Parmi les personnes ayant besoin d'aide.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « nombre de problèmes de santé de longue durée » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

La proportion de personnes de 65 ans et plus avec incapacité ayant un besoin d'aide non comblé augmente selon la gravité de l'incapacité; elle atteint près de six personnes sur dix parmi celles dont l'incapacité est grave

À l'instar du besoin d'aide (comblé ou non), la proportion de personnes de 65 ans et plus avec incapacité ayant un besoin d'aide non comblé pour les activités de la vie quotidienne ou domestique augmente en fonction du niveau de gravité de l'incapacité. Cette proportion, qui est estimée à 28 % des personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité légère, monte à 41 % chez celles ayant une incapacité modérée, puis atteint 58 % de celles ayant une incapacité grave.

La proportion de personnes de 65 ans et plus avec incapacité ayant besoin d'aide est supérieure pour pratiquement l'ensemble des types d'incapacité relevés par l'enquête. Cela ressort davantage chez les aînés ayant une incapacité liée à la parole ou à l'apprentissage, ou encore à une incapacité de nature psychologique (huit ou neuf personnes sur dix, selon le cas)

Le besoin d'aide (comblé ou non) pour les activités de la vie quotidienne ou domestique est mentionné par la vaste majorité des aînés (huit ou neuf personnes sur dix, selon le cas) en présence d'incapacité liée à la parole ou à l'apprentissage, ou encore d'une incapacité de nature psychologique

L'analyse selon le type d'incapacité révèle que les personnes de 65 ans et plus déclarant avoir les incapacités suivantes sont plus susceptibles d'avoir besoin d'aide (comblé ou non) que celles qui n'ont pas ces incapacités : il s'agit de celles liées à la vision, à la parole, à la mobilité, à l'agilité, à l'apprentissage ou à la mémoire, d'une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement et de l'incapacité de nature psychologique (tableau 10.5). Les personnes de 65 ans et plus ayant besoin d'aide sont majoritaires en présence de ces types d'incapacité (de 58 % à 86 %, selon le cas[9]). Toutes proportions gardées, elles sont particulièrement nombreuses parmi celles ayant une incapacité liée à la parole (86 %) et à l'apprentissage (82 %), et chez les individus ayant une incapacité de nature psychologique (80 %).

À l'opposé, les aînés mentionnant avoir une incapacité de nature indéterminée sont moins susceptibles d'avoir besoin d'aide que ceux dont la nature de l'incapacité est connue (19 %* c. 48 %). Aucune association significative n'est détectée entre le besoin d'aide (comblé ou non) et la présence d'incapacité liée à l'audition.

Du côté de l'aide reçue pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, les écarts sont non significatifs entre les personnes ayant un type d'incapacité particulier et celles n'ayant pas cette incapacité. Une seule exception concerne l'incapacité liée à la vision : en effet, les personnes de 65 ans et plus ayant une telle incapacité se distinguent statistiquement en étant proportionnellement plus nombreuses à avoir reçu de l'aide, comparativement à celles n'ayant pas cette incapacité (95 % c. 90 %).

Le besoin d'aide non comblé concerne une grande part des personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité liée à la parole ou à l'apprentissage (six personnes sur dix) et de celles ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (plus de sept personnes sur dix)

Comme pour le besoin d'aide (comblé ou non), il ressort que les proportions de personnes de 65 ans et plus ayant un besoin d'aide non comblé pour au moins une des activités de la vie quotidienne ou domestique se modulent selon la présence de la plupart des types d'incapacité. En effet, elles sont proportionnellement plus nombreuses à avoir un tel besoin non comblé en présence d'une incapacité liée à l'audition, à la parole, à la mobilité, à l'agilité, à l'apprentissage ou à la mémoire, d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement, ou encore d'une incapacité de nature psychologique.

Le besoin d'aide non comblé touche au moins quatre personnes de 65 ans et plus sur dix dans tous les cas où l'incapacité est de nature déterminée (entre 45 % et 73 %, selon le cas). Soulignons le fait que le besoin d'aide non comblé est particulièrement répandu chez les individus ayant une incapacité liée à la parole (63 %) ou à l'apprentissage (62 %). Il en est de même pour les personnes de 65 ans et plus ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, dont approximativement les trois quarts rapportent un besoin d'aide non comblé en raison de leur incapacité (73 %).

9. À noter que dans le cas de la déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement, l'estimation n'est pas fournie en raison du risque de divulgation qui lui est associé.

Tableau 10.5
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon le type d'incapacité[1], population de 65 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Besoin d'aide (comblé ou non)[3, a]	Aide reçue[4, b]	Besoin d'aide non comblé[4, c]
	%		
Audition			
Oui	45,1	93,5	47,3
Non	47,8	90,5	40,7
Vision			
Oui	68,1	95,2	47,5
Non	43,1	90,4	41,4
Parole			
Oui	86,4	x	63,5
Non	44,7	91,3	40,4
Mobilité			
Oui	60,2	92,0	45,3
Non	25,0	88,4	34,0
Agilité			
Oui	58,0	91,0	47,9
Non	26,5	92,5	23,7
Apprentissage			
Oui	82,5	x	62,4
Non	45,0	91,0	40,6
Mémoire			
Oui	68,2	92,5	52,9
Non	41,5	90,9	38,8
Déficience intellectuelle/TED			
Oui	x	x	73,3
Non	46,2	91,4	42,1
Psychologique			
Oui	80,4	91,2	54,4
Non	43,7	92,1	39,8
Indéterminée[5]			
Oui	19,0*	91,3	24,7**
Non	48,1	91,5	43,1

x Donnée confidentielle

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
4. Parmi les personnes ayant besoin d'aide.
5. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « audition » est non significatif au seuil de 5 %.

b. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et chacun des types d'incapacité, à l'exception de celle liée à la « vision », sont non significatifs au seuil de 5 %.

c. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « vision » et « indéterminée » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

10.2 Source et fréquence de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique

10.2.1 Source de l'aide

La section 10.2.1 documente la source de l'aide reçue pour réaliser les activités de la vie quotidienne ou domestique. La population d'intérêt est constituée des personnes de 65 ans et plus avec incapacité ayant besoin d'aide et spécifiant en avoir reçu pour au moins une des cinq activités suivantes : les soins personnels, préparer les repas, préparer ou prendre des médicaments, faire les achats et les travaux ménagers courants. Pour l'analyse qui suit, il est utile de préciser que les personnes recevant de l'aide pour réaliser l'une ou l'autre de ces cinq activités comptent pour 89 % de celles ayant un besoin d'aide (comblé ou non) à cet égard. À leur tour, ces personnes ayant besoin d'aide représentent 42 % de la population de 65 ans et plus avec incapacité (données non présentées).

La grande majorité des personnes de 65 ans et plus recevant de l'aide en ont d'une source bénévole

Au Québec, en 2010-2011, parmi l'ensemble des personnes de 65 ans et plus avec incapacité ayant reçu de l'aide pour au moins une des cinq activités désignées, 18 % en reçoivent d'une personne envoyée ou payée en totalité ou en partie par le CLSC (tableau 10.6). Près du tiers (30 %) en reçoivent d'une entreprise ou d'une personne qu'elles-mêmes ou leur famille ont payée. La majorité des aînés reçoivent de l'aide d'une source bénévole, soit environ sept personnes sur dix (71 %).

Tableau 10.6
Sources de l'aide[1] selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus[2] avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique[3], Québec, 2010-2011

	Aide du CLSC[a]	Aide d'une entreprise ou personne payée[a]	Aide d'une source bénévole		
			Une personne qui habite le même domicile	Une personne qui n'habite pas le même domicile	Source bénévole globale[a]
	%				
Sexe					
Hommes	20,8	28,4	45,2	35,6	67,2
Femmes	16,9	30,2	34,2	48,1	73,0
Groupe d'âge					
65-74 ans	17,0*	28,9	44,7	32,9	66,5
75 ans et plus	18,4	29,9	35,3	47,8	72,7
75-84 ans	16,1	30,7	36,6	43,3	70,7
85 ans et plus	21,2	28,8	33,7	53,3	75,2
Ensemble	18,1	29,6	37,6	44,3	71,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Une personne peut utiliser plus d'une source d'aide.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. L'analyse de l'aide reçue tient compte des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique suivantes, documentées dans l'EQLAV pour chacune des sources d'aide, soit : soins personnels, préparer les repas, préparer ou prendre des médicaments, faire les achats et travaux ménagers courants.

a. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « sexe » et « groupe d'âge » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Plus spécifiquement, 38 % des personnes de 65 ans et plus reçoivent de l'aide bénévole d'une personne habitant le même domicile et 44 %, d'une personne habitant à l'extérieur du domicile (par exemple, un membre de la famille, un ami, un voisin, une personne bénévole). Rappelons que les différentes sources d'aide ne sont pas mutuellement exclusives. Dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ou domestique, une personne peut donc recevoir de l'aide de plus d'une source documentée par l'enquête.

La proportion de personnes recevant de l'aide bénévole d'une personne résidant à l'extérieur du domicile croît avec l'âge, de telle sorte qu'elle représente le tiers des 65 à 74 ans et plus de la moitié des 85 ans et plus

D'après l'analyse selon le sexe et l'âge, ce n'est que pour l'aide reçue de source bénévole qu'apparaissent des différences significatives (tableau 10.6). À cet égard, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à recevoir ce type d'aide d'une personne habitant le même domicile (45 % c. 34 % des femmes). Cette relation est inversée pour l'aide reçue d'une personne bénévole habitant à l'extérieur du domicile (36 % des hommes c. 48 % des femmes). Aussi, les personnes de 75 ans et plus se distinguent de leurs cadettes en étant moins nombreuses, toutes proportions gardées, à recevoir de l'aide bénévole d'une personne habitant le même domicile (35 % c. 45 %). Par ailleurs, il s'avère que l'aide bénévole reçue d'une personne habitant à l'extérieur du domicile croît selon l'âge : ainsi, 33 % des 65 à 74 ans reçoivent de l'aide de cette source, une proportion qui augmente à 43 % dans le groupe des 75 à 84 ans et atteint 53 % parmi les 85 ans et plus.

Parmi les personnes de 65 ans et plus avec incapacité recevant de l'aide, la majorité de celles vivant seules et de celles vivant sous le seuil de faible revenu reçoivent de l'aide bénévole d'une personne résidant à l'extérieur de leur domicile

L'examen selon le fait de vivre seul montre qu'une plus grande proportion de personnes âgées de 65 ans et plus avec incapacité vivant seules reçoivent de l'aide d'une entreprise ou d'une personne payée que celles qui ne vivent pas seules (35 % c. 25 %) (tableau 10.7). Par ailleurs, environ six personnes sur dix vivant seules (60 %), comparativement à 32 % de celles ne vivant pas seules, reçoivent de l'aide bénévole d'une personne habitant à l'extérieur de leur domicile. Toutefois, lorsque l'on s'intéresse à l'aide bénévole globale, la relation est inversée. Ainsi, toutes proportions gardées, moins de personnes vivant seules reçoivent de l'aide bénévole (d'une personne qui habite ou non le même domicile), par rapport à celles qui ne vivent pas seules (60 %[10] c. 80 %).

Certains écarts significatifs sont aussi notés selon le niveau de revenu du ménage, du côté des indicateurs relatifs à l'aide bénévole. D'abord, en ce qui concerne l'aide d'une personne habitant le même domicile, les résultats montrent que les aînés appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu sont moins susceptibles d'en recevoir de cette source que ceux vivant au-dessus de ce seuil (25 % c. 47 %). Par ailleurs, ils sont plus susceptibles de recevoir de l'aide d'une personne n'habitant pas le même domicile (54 % c. 37 % des personnes vivant au-dessus de ce seuil).

10. Notons que la proportion des individus recevant l'aide bénévole d'une personne vivant à l'extérieur du domicile et celle concernant l'aide bénévole globale sont équivalentes pour les personnes vivant seules. Cela s'explique par le fait que ces dernières ne sont pas dans la situation de recevoir l'aide d'un bénévole habitant le même domicile.

Tableau 10.7
Sources de l'aide[1] selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 65 ans et plus[2] avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique[3], Québec, 2010-2011

	Aide du CLSC[a]	Aide d'une entreprise ou personne payée[b]	Aide d'une source bénévole		
			Une personne qui habite le même domicile	Une personne qui n'habite pas le même domicile	Source bénévole globale[b]
	%				
Fait de vivre seul					
Oui	18,6	35,3	...	60,2	60,2
Non	17,0	24,6	67,8	31,6	80,1
Niveau de revenu du ménage					
Sous le seuil de faible revenu	20,4	26,8	24,7	54,3	71,4
Au-dessus du seuil de faible revenu	16,2	32,0	47,4	36,8	71,2

... N'ayant pas lieu de figurer

1. Une personne peut utiliser plus d'une source d'aide.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. L'analyse de l'aide reçue tient compte des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique suivantes, documentées dans l'EQLAV pour chacune des sources d'aide, soit : soins personnels, préparer les repas, préparer ou prendre des médicaments, faire les achats et travaux ménagers courants.

a. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « fait de vivre seul » et « niveau de revenu du ménage » sont non significatifs au seuil de 5 %.

b. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « niveau de revenu du ménage » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Environ trois personnes de 65 ans et plus sur dix ayant une incapacité grave reçoivent de l'aide du CLSC (29 %)

Le tableau 10.8 présente les résultats concernant les sources de l'aide selon la gravité de l'incapacité des aînés[11]. Il ressort qu'environ trois personnes de 65 ans et plus sur dix ayant une incapacité grave (29 %) ont reçu de l'aide du CLSC, une part plus élevée que chez ceux ayant une incapacité modérée (13 %) ou légère (9 %*).

La proportion de personnes recevant de l'aide bénévole croît selon la gravité de l'incapacité

Que l'aide bénévole provienne de quelqu'un habitant ou non le même domicile, la proportion d'aînés ayant reçu une telle aide croît selon la gravité de l'incapacité. Ainsi, sur le plan de l'aide bénévole globale, 55 % des personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité légère, 71 % de celles ayant une incapacité modérée et 82 % de celles dont l'incapacité est grave reçoivent de l'aide de cette source. Soulignons que dans le cas des personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité grave, plus de quatre sur dix (44 %) reçoivent de l'aide bénévole de quelqu'un habitant leur domicile, et environ la moitié (54 %) en reçoivent d'une personne résidant à l'extérieur de leur domicile (tableau 10.8).

Tableau 10.8
Sources de l'aide[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus[2] avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique[3], Québec, 2010-2011

	Aide du CLSC	Aide d'une entreprise ou personne payée[a]	Aide d'une source bénévole		
			Une personne qui habite le même domicile	Une personne qui n'habite pas le même domicile	Source bénévole globale
			%		
Légère	8,8*	30,8	28,6	31,2	55,4
Modérée	13,3	30,9	36,8	42,8	71,3
Grave	28,5	27,7	44,2	54,1	81,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Une personne peut utiliser plus d'une source d'aide.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. L'analyse de l'aide reçue tient compte des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique suivantes, documentées dans l'EQLAV pour chacune des sources d'aide, soit : soins personnels, préparer les repas, préparer ou prendre des médicaments, faire les achats et travaux ménagers courants.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « gravité de l'incapacité » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

11. Aucune relation statistiquement significative n'est ressortie de l'analyse des sources d'aide selon le nombre de problèmes de santé de longue durée.

Sources de l'aide pour les activités spécifiques de la vie quotidienne et de la vie domestique

Chez les personnes de 65 ans et plus avec incapacité ayant reçu de l'aide, la plus grande proportion en obtiennent de sources bénévoles pour les soins personnels, préparer les repas, préparer et prendre des médicaments, faire les achats ainsi que pour les travaux ménagers courants

Au-delà de deux personnes de 65 ans et plus sur cinq ayant une incapacité mentionnent recevoir de l'aide du CLSC pour les soins personnels. De même, plus du tiers reçoivent de l'aide d'une entreprise ou personne payée pour les travaux ménagers courants

Pour quatre des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique pour lesquelles l'enquête fournit des données quant aux trois sources d'aide[12], une majorité de personnes de 65 ans et plus reçoivent de l'aide bénévole (indicateur global). Il s'agit de l'aide reçue pour les soins personnels (58 %), pour préparer les repas (58 %), pour faire les achats (91 %) ainsi que pour les travaux ménagers courants (52 %) (tableau 10.9). Par ailleurs, pour préparer ou prendre des médicaments, l'aide bénévole est aussi la plus fréquemment mentionnée des trois sources d'aide (42 %).

Du côté de l'aide reçue pour les soins personnels, une large part de personnes de 65 ans et plus avec incapacité en reçoivent du CLSC (41 %). De même, soulignons que pour faire les travaux ménagers courants, une proportion élevée d'aînés reçoit de l'aide d'une entreprise ou d'une personne payée (35 %).

Tableau 10.9
Sources de l'aide[1] par activité, population de 65 ans et plus[2] avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique[3], Québec, 2010-2011

	Aide du CLSC	Aide d'une entreprise ou personne payée	Source bénévole globale
		%	
Activités de la vie quotidienne			
Soins personnels	41,0	6,7*	57,5
Se déplacer à l'intérieur du domicile	6,8**	..	..
Activités de la vie domestique			
Préparer les repas	5,6*	10,5	57,9
Préparer / prendre des médicaments	1,5**	2,1**	42,4
Faire les achats	2,1**	7,3	90,7
Travaux ménagers courants	11,8	34,9	51,5
Aller aux rendez-vous	2,7*	..	..
Finances personnelles	0,7**	..	..

.. Donnée non disponible

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Une personne peut utiliser plus d'une source d'aide.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. L'aide reçue du CLSC est décrite pour huit activités de la vie quotidienne ou domestique, les données concernant l'activité « répit aux proches aidants » ne pouvant être fournies en raison des effectifs concernés. L'aide provenant des autres sources se rapporte quant à elle à cinq des neuf activités documentées dans l'enquête.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

12. Les cinq activités communes aux trois sources d'aide sont : soins personnels, préparer les repas, préparer / prendre des médicaments, faire les achats et travaux ménagers courants. En ce qui concerne l'aide provenant du CLSC, les données sont aussi présentées pour les activités suivantes : se déplacer à l'intérieur du domicile, aller aux rendez-vous et finances personnelles.

Une analyse plus spécifique révèle une association entre la source de l'aide reçue pour certaines activités de la vie quotidienne ou domestique, le sexe et l'âge. Dans le cas de l'aide fournie par le CLSC, 6 %** des personnes de 65 à 74 ans, comparativement à environ 1 %** de celles ayant 75 ans et plus, en reçoivent pour les achats (données non présentées). De même, par rapport à l'aide reçue pour les soins personnels, ce sont les plus jeunes qui, en proportion, sont plus nombreux à en recevoir du CLSC que ceux ayant 75 ans et plus (56 % c. 38 %).

Ensuite, il ressort de l'analyse que parmi l'ensemble des personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité et ayant reçu de l'aide pour la préparation des repas, 65 % des hommes comparativement à 54 % des femmes en reçoivent d'une source bénévole (données non présentées). Une relation similaire se constate dans le cas de l'aide reçue pour la préparation ou la prise des médicaments, les hommes étant proportionnellement plus nombreux que les femmes à recevoir de l'aide d'une telle source (56 % c. 35 %). Finalement, on observe aussi un écart statistiquement significatif selon le sexe en ce qui a trait à l'aide bénévole reçue pour faire les achats : 86 % des hommes comparativement à 92 % des femmes en reçoivent d'une telle source.

L'enquête comprend aussi de l'information concernant l'aide reçue du pharmacien afin de préparer le pilulier[13]. Celle-ci touche les personnes avec incapacité consommant des médicaments prescrits et déclarant recevoir de l'aide pour les préparer ou pour les prendre. Bien que cette information ne soit pas prise en compte dans la mesure du besoin d'aide et des sources d'aide décrites jusqu'à présent, elle apporte un éclairage complémentaire quant aux sources d'aide pour cette activité en particulier. Il ressort qu'approximativement sept personnes de 65 ans et plus concernées sur dix reçoivent de l'aide pour la préparation de leur pilulier (71 %) (données non présentées). Plus spécifiquement, on compte une part plus importante de femmes que d'hommes recevant une telle aide (75 % c. 65 %).

10.2.2 Fréquence de l'aide reçue selon la source de l'aide

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus avec incapacité recevant de l'aide du CLSC, la majorité en reçoivent d'un à deux jours par semaine (61 %). Il en est de même pour l'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée (52 %)

Fréquence de l'aide reçue du CLSC

Au Québec en 2010-2011, parmi les personnes de 65 ans et plus recevant de l'aide pour au moins une des neuf activités documentées dans l'enquête, 16 % en obtiennent du CLSC[14] (donnée non présentée) et parmi celles-ci, environ six sur dix en ont reçu d'un à deux jours sur une période de sept jours (61 %) (tableau 10.10). Le reste se distribue ainsi : près du quart n'ont pas reçu d'aide (23 %) et une minorité en ont reçu de trois à six jours ou tous les jours (14 %* et environ 3 %**, respectivement).

Chez l'ensemble des personnes de 65 ans et plus ayant reçu au moins une journée d'aide du CLSC par semaine, approximativement le tiers en ont reçu moins de deux heures (35 %). Il en est de même pour celles déclarant en avoir reçu de deux à trois heures (37 %). Finalement, elles sont environ 17 %* à en avoir reçu entre quatre et neuf heures, et une minorité à en avoir obtenu pendant 10 heures et plus par semaine (11 %*).

13. La variable décrivant l'aide reçue d'un pharmacien pour préparer le pilulier est tirée de la question V23B.

14. Cette proportion globale concerne l'aide pour l'une ou l'autre des neuf activités de la vie quotidienne ou domestique documentées par l'enquête, alors qu'au tableau 10.7 la proportion d'ensemble (18 %) ne concerne que cinq de ces neuf activités (pour plus de détails, voir la note 3 du tableau 10.10).

Fréquence de l'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée

Comme il a été présenté au tableau 10.6, presque le tiers (30 %) des personnes de 65 ans et plus avec incapacité recevant de l'aide pour au moins une des cinq activités désignées (soins personnels, préparer les repas, préparer ou prendre des médicaments, faire les achats et travaux ménagers courants) en obtiennent d'une entreprise ou d'une personne payée. Au sein de ce groupe, la moitié (52 %) en reçoivent d'un à deux jours par semaine (tableau 10.10). En complément, on constate qu'un peu plus du tiers (36 %) n'ont reçu aucun jour d'aide au cours de la période de référence; 8,4 %* rapportent en avoir eu de trois à six, et une part relativement faible, soit 3,2 %*, ont reçu tous les jours de l'aide d'une entreprise ou d'une personne payée.

Parmi les personnes de 65 ans et plus ayant reçu au moins une journée d'aide au cours de la période de référence, près d'une sur dix en a reçu pour moins de deux heures (10 %*); 46 % déclarent en avoir eu de deux à trois heures; environ le tiers (34 %) rapportent en avoir obtenu entre quatre et neuf heures; et une sur dix en a eu pendant dix heures et plus (10 %*) (tableau 10.10).

Mentionnons qu'aucune relation statistiquement significative n'a pu être confirmée entre la fréquence de l'aide reçue des deux sources d'aide examinées (CLSC et entreprise ou personne payée) et l'âge.

Tableau 10.10
Fréquence de l'aide reçue au cours d'une période de sept jours selon la source de l'aide[1], population de 65 ans et plus[2] avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique[3], Québec, 2010-2011

	Aide du CLSC	Aide d'une entreprise ou personne payée
	%	
Nombre de jours d'aide reçue		
Aucun jour	22,5	36,4
Un à deux jours	60,5	52,0
Trois à six jours	13,6*	8,4*
Sept jours	3,4**	3,2*
Nombre d'heures d'aide reçue[4]		
Moins de deux heures	34,9	9,8*
Deux à trois heures	37,5	46,2
Quatre à neuf heures	17,1*	33,5
Dix heures et plus	10,5*	10,5*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Une personne peut utiliser plus d'une source d'aide.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. L'analyse de l'aide reçue du CLSC tient compte des neuf activités de la vie quotidienne ou domestique, documentées dans l'EQLAV, et celle de l'aide provenant d'une entreprise ou personne payée se rapporte à cinq des neuf activités, soit : soins personnels, préparer les repas, préparer ou prendre des médicaments, faire les achats, travaux ménagers courants.
4. Parmi les personnes ayant reçu de l'aide au moins une journée au cours de la période de référence, du CLSC ou d'une entreprise ou personne payée, selon le cas.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Fréquence de l'aide reçue d'une source bénévole, par activité de la vie quotidienne ou domestique

La majorité des personnes de 65 ans et plus avec incapacité recevant de l'aide bénévole pour les soins personnels, pour préparer les repas de même que pour préparer ou prendre des médicaments en obtiennent tous les jours. Pour les deux dernières activités, c'est plus de huit personnes sur dix qui en reçoivent à une telle fréquence

L'examen de la fréquence de l'aide bénévole s'intéresse au nombre de jours d'aide reçue sur une période de sept jours pour chacune des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique désignées. Rappelons que l'aide bénévole provient d'un individu qui habite ou non le même domicile que la personne avec incapacité (soit un membre de la famille, un ami, un voisin, une personne bénévole). Au sein de la population de 65 ans et plus avec incapacité, pour trois des cinq activités, une majorité de personnes recevant de l'aide bénévole en reçoivent tous les jours de la semaine (tableau 10.11). Il s'agit de l'aide pour les soins personnels (56 %), pour préparer les repas (81 %) de même que pour préparer ou prendre des médicaments (85 %). Une proportion relativement élevée d'aînés reçoivent d'un à deux jours d'aide bénévole pour les soins personnels (26 %). Dans le cas de l'aide pour les achats, la majorité en reçoivent d'un à deux jours par semaine (53 %). En ce qui a trait à l'aide reçue pour les travaux ménagers courants, l'aide est davantage répartie selon les différentes modalités de fréquence. En effet, sur une base hebdomadaire, 21 % des personnes de 65 ans et plus concernées en obtiennent pour moins d'un jour, 31 % d'un à deux jours, 9 %* de trois à six jours, et 39 % tous les jours.

Des analyses supplémentaires révèlent une association statistiquement significative entre la fréquence de l'aide bénévole pour certaines activités et l'âge ou le niveau de gravité de l'incapacité. D'abord, les personnes de 65 à 74 ans sont proportionnellement plus nombreuses que celles ayant 75 ans et plus à recevoir tous les jours de l'aide bénévole pour les achats (26 % c. 11 %) (données non présentées).

Les résultats confirment aussi qu'en proportion, les personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité modérée ou grave sont plus nombreuses à recevoir un nombre élevé de jours d'aide bénévole pour réaliser certaines activités que celles ayant une incapacité légère. En effet, toujours sur une période de sept jours, environ

Tableau 10.11
Nombre de jours d'aide bénévole reçue au cours d'une période de sept jours par activité, population de 65 ans et plus[1] avec incapacité recevant de l'aide bénévole pour les activités de la vie quotidienne ou domestique[2], Québec, 2010-2011

	Moins d'un jour	Un à deux jours	Trois à six jours	Sept jours
		%		
Soins personnels	7,0*	25,9	11,2*	56,0
Préparer les repas	1,4**	8,1*	9,2*	81,3
Préparer / prendre des médicaments	3,5**	8,8*	3,1**	84,6
Faire les achats	21,2	52,7	12,5	13,6
Travaux ménagers courants	21,1	31,4	9,0*	38,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

2. L'analyse de l'aide bénévole reçue porte sur chacune des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique suivantes, documentées dans l'EQLAV, soit : soins personnels, préparer les repas, préparer ou prendre des médicaments, faire les achats et travaux ménagers courants. Pour connaître les proportions de personnes concernées par l'aide provenant d'une source bénévole pour chaque activité, voir le tableau 10.9.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

13 % des personnes ayant une incapacité modérée ou grave reçoivent de trois à six jours d'aide pour les achats, comparativement à environ 7 %** de celles ayant une incapacité légère. Pour la même activité, la proportion de personnes recevant de l'aide tous les jours est de 15 % lorsque l'incapacité est modérée ou grave, par rapport à environ 5 %** lorsqu'elle est légère. Enfin, parmi les personnes ayant une incapacité modérée ou grave recevant de l'aide pour les travaux ménagers courants, on compte une part plus élevée de personnes qui en ont tous les jours, comparativement à celles dont l'incapacité est légère (42 % c. 19 %) (données non présentées).

10.2.3 Évaluation des besoins d'aide par un membre du service de soutien à domicile du CLSC

L'enquête fournit des renseignements concernant la population dont les besoins d'aide ont été évalués par un membre du service de soutien à domicile du CLSC. Cette caractéristique est examinée pour deux ensembles de personnes de 65 ans et plus avec incapacité : d'une part, celles qui reçoivent de l'aide d'une source autre que le CLSC et, d'autre part, celles qui ne reçoivent aucune aide et déclarent en avoir besoin pour au moins une des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique[15].

Dans l'ensemble, près du quart des personnes de 65 ans et plus recevant de l'aide d'une source autre que le CLSC ont reçu la visite d'un intervenant du CLSC pour une évaluation de leurs besoins d'aide (23 %). Par ailleurs, parmi les personnes de 65 ans et plus n'ayant reçu aucune aide pour les neuf activités de la vie quotidienne ou domestique, mais qui déclarent un besoin d'aide non comblé pour au moins une des cinq activités désignées, une minorité, soit 16 %*, ont été évaluées par le CLSC (données non présentées).

Une analyse plus pointue selon l'âge permet de constater que chez les personnes de 65 ans et plus recevant de l'aide d'une source autre que le CLSC, celles de 75 ans et plus sont plus susceptibles que leurs cadettes d'avoir eu la visite d'un intervenant du CLSC dans le but d'évaluer leurs besoins d'aide (26 % c. 15 %*). Aucune relation statistiquement significative selon le sexe n'a pu être décelée.

15. Le premier indicateur, tiré de la question V29, concerne les 84 % de personnes recevant de l'aide d'une source autre que le CLSC parmi celles qui reçoivent de l'aide pour l'une ou l'autre des activités considérées dans l'enquête. Le second indicateur, tiré de la question V32, porte sur les 7 % de personnes ne recevant aucune aide et qui mentionnent en avoir besoin pour au moins une des cinq activités désignées (soins personnels, préparer les repas, préparer ou prendre des médicaments, faire les achats et les travaux ménagers courants) parmi les personnes avec incapacité ayant un besoin d'aide (comblé ou non).

CONCLUSION

La présente publication est la troisième d'une série de volumes consacrés à la mise en valeur des données de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (EQLAV), menée en 2010-2011 auprès de plus de 24 700 personnes. Elle dresse un portrait des besoins des personnes de 65 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel et de leur utilisation des services de santé et des services sociaux. Les résultats présentés dans cette publication peuvent ainsi être inférés à l'ensemble des personnes âgées, à l'exception de celles qui sont en milieu d'hébergement institutionnel.

Rappelons qu'en 2010-2011, les personnes de 65 ans et plus représentent près du cinquième (18 %) de l'ensemble de la population du Québec de 15 ans et plus, soit environ 1,2 million de personnes; 10 % sont âgées de 65 à 74 ans, 6 % de 75 à 84 ans et 2,1 % de 85 ans et plus. La part de femmes et d'hommes de 65 ans et plus compte pour 20 % et 16 % respectivement de l'ensemble de la population de 15 ans et plus. Compte tenu de la hausse attendue du nombre des personnes âgées de 65 ans et plus au cours des prochaines décennies, on comprend l'importance de documenter leurs besoins et leur utilisation des services de santé et des services sociaux en fonction de leur état de santé.

Dans cette dernière partie du volume, nous faisons d'abord un retour sur les principaux résultats présentés. Nous revenons ainsi sur les caractéristiques sociales et de santé des personnes de 65 ans et plus, sur leurs besoins et leur utilisation des services de santé et de services sociaux ainsi que sur les répercussions de l'incapacité sur la réalisation des activités de la vie quotidienne ou domestique. Pour terminer, quelques pistes d'analyse et de recherche sont dégagées afin d'optimiser les possibilités l'exploitation des données de cette vaste et riche enquête.

Portrait des personnes de 65 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel

Caractéristiques sociodémographiques et économiques

En 2010-2011, les personnes de 65 à 74 ans et celles de 75 à 84 ans représentent respectivement 56 % et 32 % des 65 ans et plus, alors qu'une personne sur dix est âgée de 85 ans et plus. La distribution selon le sexe et l'âge montre que la proportion de femmes augmente, passant de 52 % chez les 65 à 74 ans à 67 % chez les 85 ans et plus. Autre élément à souligner, un peu plus d'une personne de 65 ans et plus sur dix est née à l'extérieur du Canada.

Dans l'ensemble, environ le tiers des aînés vivent seuls, et cette situation touche plus de quatre femmes sur dix. Par ailleurs, la proportion de personnes vivant seules augmente selon l'âge, passant du quart chez les 65 à 74 ans à plus de la moitié chez les 85 ans et plus. Une personne de 65 ans et plus sur deux est sans diplôme d'études secondaires, et le tiers appartient à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu.

La proportion d'aînés membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu croît selon l'âge, passant du quart chez les 65 à 74 ans à plus du tiers chez les 75 à 84 ans. Chez les 85 ans et plus, cette situation touche plus de quatre aînés sur dix. Les femmes sont, toutes proportions gardées, plus susceptibles de faire partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu. En ce qui a trait à l'indice de défavorisation, peu importe la dimension (matérielle ou sociale), les personnes de 75 ans et plus se retrouvent en plus grande proportion dans le quintile le moins favorisé.

Caractéristiques liées à l'état de santé

En 2010-2011, six personnes de 65 ans et plus sur dix perçoivent leur état de santé comme « excellent ou très bon » quand elles se comparent aux gens de leur âge. De plus, 28 % le considèrent « bon », alors que 11 % le perçoivent comme « moyen ou mauvais ». Pourtant, plus de huit personnes de 65 ans et plus sur dix ont au moins un problème de santé de longue durée. Les trois quarts d'entre elles déclarent un problème d'arthrite (ou rhumatisme), de diabète, de bronchite chronique [ou de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)], d'hypertension ou des maladies cardiaques. Environ quatre personnes sur dix rapportent un problème d'hypertension (46 %) ou d'arthrite (ou rhumatisme) (40 %); chez les femmes et chez les personnes de 85 ans et plus, c'est la moitié qui sont touchées par ce type de problème de santé de longue durée.

L'incapacité touche 57 % des personnes de 65 ans et plus; chez celles de 85 ans et plus, 84 % sont concernées. Par rapport aux femmes, les hommes sont plus nombreux à ne déclarer aucune incapacité ou une incapacité légère. La situation inverse est donc observée dans le cas de l'incapacité modérée ou grave. De plus, les personnes de 65 à 74 ans sont proportionnellement plus nombreuses à n'avoir aucune incapacité, tandis que celles de 85 ans et plus présentent les proportions les plus élevées de personnes avec incapacité modérée ou grave. Chez les aînés, les incapacités liées à la mobilité et à l'agilité sont relativement plus répandues touchant respectivement le tiers de cette population.

La présence simultanée de l'incapacité et de problèmes de santé de longue durée se remarque chez environ 50 % de la population de 65 ans et plus.

Une part importante d'aînés peut être considérée comme étant dans un état de santé plus défavorable. En effet, une personne de 65 ans et plus sur cinq a au moins deux problèmes de santé de longue durée et une incapacité modérée ou grave. À l'opposé, 11 % n'ont aucune incapacité et aucun problème de santé de longue durée. De manière générale, on remarque que le taux d'incapacité augmente selon le nombre de problèmes de santé de longue durée. Ce phénomène apparaît indépendamment du sexe et de l'âge, mais se nuance légèrement selon la gravité de l'incapacité.

Consommation de médicaments

Chez les personnes de 65 ans et plus, neuf sur dix consomment des médicaments prescrits au moment de l'enquête

Les personnes de 65 ans et plus étant nombreuses à avoir une incapacité ou au moins un problème de santé de longue durée, il n'est pas surprenant de constater que la grande majorité d'entre elles mentionnent consommer, au moment de l'enquête, des médicaments prescrits par un médecin. Ce phénomène est un peu plus répandu chez les femmes et chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

Au cours d'une période d'un mois, une personne sur dix consommant des médicaments en ont pris moins que ce qui était prescrit par le médecin. Ce comportement est légèrement moins fréquent chez les personnes de 85 ans et plus, comparativement à celles âgées entre 65 et 84 ans. La principale raison invoquée pour motiver cette non-observance de la posologie est l'oubli. À l'inverse, parmi les 3,5 % qui disent en avoir pris en plus grande quantité que ce qui était prescrit, la majorité invoquent, comme raison, le fait d'en retirer davantage d'effets bénéfiques. En plus faibles proportions, certaines personnes indiquent avoir consommé moins de médicaments en raison des effets secondaires ou encore de la crainte de devenir dépendant.

La moitié des personnes de 65 ans et plus ont pris quatre types différents ou plus de médicaments prescrits par un médecin au cours des 24 heures précédant l'enquête. Chez celles de 85 ans et plus, la proportion est de près des deux tiers.

Utilisation des services de santé et des services sociaux et besoins non comblés

Médecin de famille et endroit habituel de soins

Au Québec, plus de neuf personnes de 65 ans et plus sur dix ont un médecin de famille en 2010-2011

Dans le cadre de l'EQLAV, 94 % des personnes de 65 ans et plus indiquent avoir un médecin de famille. Cette proportion est légèrement moins élevée chez les hommes et chez les personnes âgées entre 65 et 74 ans. Les personnes ayant une incapacité légère ne se distinguent pas de celles sans incapacité, mais elles sont un peu moins nombreuses, en proportion, que celles ayant une incapacité modérée ou grave à avoir un médecin de famille. Pour ce qui est des personnes ayant au moins un problème de santé de longue durée, elles bénéficient davantage de l'affiliation à un médecin de famille que celles n'ayant déclaré aucun problème de santé de ce type.

C'est 95 % des personnes de 65 ans et plus qui mentionnent avoir un endroit habituel où consulter un médecin pour leurs soins de santé généraux

La plupart des personnes de 65 ans et plus (95 %) ont un endroit habituel, en majorité une clinique ou un bureau de médecin, où consulter un médecin pour leurs soins de santé généraux. Le fait d'avoir un endroit habituel de soins est davantage rapporté par les personnes présentant deux problèmes de santé de longue durée ou plus.

Au Québec, 3,5 % des personnes de 65 ans et plus n'ayant pas déjà de médecin de famille voudraient en avoir un

En 2010-2011, les personnes n'ayant pas de médecin de famille, alors qu'elles en ressentent le besoin, représentent environ 3,5 % de la population de 65 ans et plus. La proportion de personnes ayant un tel besoin non comblé est plus élevée chez celles âgées de 65 à 74 ans que chez les 75 ans et plus. L'analyse des données montre également que sur le plan de la santé, c'est la présence de problèmes de longue durée qui fait varier la proportion de personnes ressentant le besoin d'avoir un médecin de famille, celles qui ont deux problèmes de santé de longue durée ou plus étant moins susceptibles de se retrouver dans cette situation. Par contre, aucune variation n'est observée selon le fait d'avoir ou non une incapacité, ni selon la gravité de l'incapacité.

Au cours d'une période de 12 mois, plus de la moitié des personnes de 65 ans et plus ont consulté leur médecin de famille une ou deux fois, et environ le tiers l'ont consulté trois fois ou plus

Parmi les personnes de 65 ans et plus ayant déclaré avoir un généraliste comme médecin de famille (soit environ 90 % des personnes ayant un médecin de famille), on compte neuf aînés sur dix l'ayant consulté au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête et près de quatre sur dix l'ayant consulté trois fois ou plus. La fréquence plus élevée de consultation est davantage observée chez les femmes et chez les personnes âgées de 85 ans et plus. C'est également le cas chez les personnes vivant seules et celles appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu.

L'analyse des données montre que la fréquence de consultation est également associée aux caractéristiques liées à la santé. La proportion de personnes ayant consulté trois fois ou plus augmente ainsi en fonction de la gravité de l'incapacité et du nombre de problèmes de santé de longue durée, les personnes ayant un état de santé moins favorable présentant les proportions les plus élevées.

Environ une personne sur dix a eu besoin de consulter son médecin de famille au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir le faire

Le fait d'avoir eu besoin d'une consultation auprès de son médecin de famille, sans pouvoir l'obtenir, est rapporté en proportion plus élevée chez les femmes, chez les personnes dont l'incapacité est modérée ou grave et chez celles ayant au moins un problème de santé de longue durée. Par contre, le besoin non comblé de consultation du médecin au cours de la période de référence ne varie pas selon le niveau de revenu du ménage.

Médecins spécialistes

Plus de la moitié de la population âgée de 65 ans et plus mentionne être suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste

Au Québec, c'est plus d'une personne de 65 ans et plus sur deux qui est suivie régulièrement par un ou plusieurs médecins spécialistes. L'ophtalmologiste, le cardiologue et l'urologue sont les types de médecins mentionnés en plus grande proportion. Un tel suivi régulier est plus souvent rapporté par les hommes et par les personnes de 75 à 84 ans. De même, quand on tient compte de certaines caractéristiques socioéconomiques, les résultats obtenus montrent que les personnes ne vivant pas seules ainsi que celles appartenant à un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu sont plus nombreuses, en proportion, à être suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste.

Lorsque l'on met l'incapacité en relation avec certaines caractéristiques liées à la santé, on constate que les personnes de 65 ans et plus avec incapacité sont plus susceptibles d'être suivies régulièrement par un médecin spécialiste (environ six personnes sur dix) que celles sans incapacité. Cela dit, aucune variation statistiquement significative n'est observée selon le niveau de gravité de l'incapacité. En ce qui a trait aux problèmes de santé de longue durée, les résultats obtenus montrent que les personnes en ayant deux ou plus sont proportionnellement plus nombreuses à être suivies par un médecin spécialiste de façon régulière.

Quant à la fréquence de consultation du médecin spécialiste assurant un suivi régulier, elle est associée aux diverses caractéristiques des personnes de 65 ans et plus documentées dans l'enquête. Parmi les personnes ayant consulté deux fois ou plus au cours d'une période de 12 mois, on retrouve davantage de 75 ans et plus que de 65 à 74 ans (64 % c. 59 %).

La proportion de personnes ayant consulté deux fois ou plus leur médecin spécialiste est moindre chez celles ayant une incapacité légère que chez celles ayant une incapacité modérée ou grave

Sur le plan de la santé, la proportion de personnes ayant consulté deux fois ou plus au cours des 12 mois précédant l'enquête un médecin spécialiste assurant un suivi régulier varie selon la gravité de l'incapacité ainsi que selon le nombre de problèmes de santé de longue durée. Les résultats obtenus montrent que plus le niveau de gravité de l'incapacité augmente, plus les personnes sont susceptibles d'avoir consulté deux fois ou plus au cours de la période de référence (60 %, avec incapacité légère; 70 %, avec incapacité modérée; 75 %, avec incapacité grave). Le même phénomène est observé selon le nombre de problèmes de santé de longue durée (65 %, deux problèmes ou plus; 57 %, un problème; 46 %, aucun problème).

Un peu plus d'une personne âgée de 65 ans et plus sur 20 mentionne avoir eu besoin d'une consultation auprès d'un médecin spécialiste, sans avoir pu l'obtenir

Le fait d'avoir un besoin non comblé de consultation d'un médecin spécialiste au cours d'une période de 12 mois concerne environ 6 % de la population âgée de 65 ans et plus. Ce sont les femmes et les personnes de 65 à 74 ans qui, en proportion, sont les plus nombreuses à déclarer un tel besoin. Les personnes ayant une incapacité modérée ou grave et celles déclarant au moins deux problèmes de santé de longue durée sont également plus susceptibles d'avoir eu besoin de consulter un médecin spécialiste au cours de la période de référence, sans avoir pu obtenir de consultation.

Autres professionnels de la santé et des services sociaux

Près de la moitié des personnes de 65 ans et plus sont suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin

En 2010-2011, près d'une personne de 65 ans et plus sur deux est suivie régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin : les professionnels les plus fréquemment rapportés sont le dentiste, l'optométriste et l'infirmière. Ce type de suivi concerne davantage de femmes que d'hommes. C'est aussi le cas des personnes dont l'incapacité est grave, de celles ayant un ou plusieurs problèmes de santé de longue durée, de celles vivant seules, ainsi que de celles appartenant à un ménage qui vit au-dessus du seuil de faible revenu.

Par ailleurs, une faible proportion des personnes âgées de 65 ans et plus ont eu besoin d'une consultation auprès d'un professionnel au cours de la période à l'étude, sans pouvoir l'obtenir (1,2 %).

Services de l'hôpital et services à domicile posthospitaliers fournis par un CLSC

Le tiers des personnes de 65 ans et plus ont utilisé au moins un service hospitalier, soit une consultation à l'urgence, une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour, au cours d'une période de 12 mois

Parmi les personnes de 65 ans et plus, 25 % ont consulté un médecin à l'urgence au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête, 15 % ont été hospitalisées et 11 % ont subi une chirurgie d'un jour. Au total, 36 % des aînés ont utilisé l'un ou l'autre de ces services pendant la période de référence.

La consultation à l'urgence est rapportée par le tiers des personnes de 85 ans et plus. Quant à la proportion de personnes hospitalisées au moins une fois au cours d'une période de 12 mois, elle passe de 12 % chez les personnes de 65 à 74 ans à 23 % chez celles de 85 ans et plus. Les personnes vivant seules et celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses à avoir été hospitalisées au moins une fois au cours de la période de référence.

La part des personnes de 65 ans et plus ayant utilisé au moins un des services hospitaliers au cours d'une période de 12 mois est plus importante chez celles déclarant une incapacité ou encore au moins un problème de santé de longue durée

La proportion de personnes de 65 ans et plus ayant utilisé l'un des trois services documentés dans l'enquête (consultation à l'urgence, hospitalisation et chirurgie d'un jour) pendant la période de référence passe de 26 % chez celles ne rapportant aucune incapacité à 56 % chez celles présentant une incapacité grave. La même tendance est observée quand on examine l'utilisation d'au moins un de ces services selon la présence de problème de santé de longue durée, la proportion passant de 24 % chez les personnes n'en rapportant aucun à 42 % chez celles en rapportant deux ou plus. Les écarts relevés selon l'état de santé sont tout particulièrement notables en ce qui a trait à la consultation d'un médecin à l'urgence ainsi qu'à l'hospitalisation.

Chez les personnes de 65 ans et plus ayant utilisé au moins l'un des services hospitaliers visés par l'enquête au cours de la période de référence, plus d'une sur dix a reçu des services à domicile du CLSC à la suite du dernier service hospitalier obtenu

Dans la population âgée de 65 ans et plus concernée, plus d'une personne sur dix a reçu des services à domicile du CLSC à la suite du dernier service hospitalier obtenu. On remarque que 12 % des personnes ont reçu des soins de santé (comme des prises de sang, des changements de pansements ou des traitements) et que 4,2 % ont reçu de l'aide (par exemple, pour se laver, s'habiller ou manger, ou encore pour les tâches domestiques). C'est à la suite d'une hospitalisation que la plus grande proportion de personnes ayant reçu des services (soins de santé ou aide) à domicile du CLSC, soit environ le tiers des personnes concernées, en ont obtenus.

Parmi les 65 ans et plus ayant reçu des services à domicile du CLSC à la suite d'un service hospitalier se retrouvent davantage de personnes vivant seules, de personnes qui appartiennent à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu et de personnes de 85 ans et plus. De même, les personnes ayant une incapacité modérée ou grave et celles déclarant deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont plus susceptibles de recevoir ce type de services à domicile.

Autres résultats à souligner : parmi les personnes de 65 ans et plus ayant eu recours à au moins un service hospitalier, certaines mentionnent avoir eu besoin de soins de santé à domicile (2,9 %) ou d'aide à domicile (7 %) à la suite du dernier service obtenu à l'hôpital, sans pouvoir les obtenir.

En matière de soins de santé à domicile, on constate que la proportion de personnes ayant exprimé un besoin non comblé est plus élevée chez celles de 75 ans et plus de même que chez celles vivant seules.

En ce qui a trait au besoin non comblé d'aide à domicile, les proportions plus élevées sont notées chez les femmes et chez les personnes vivant seules. Un gradient est d'ailleurs observé selon la gravité de l'incapacité : plus celle-ci augmente, plus nombreuses sont les personnes, en proportion, à avoir eu besoin d'aide à domicile sans pouvoir l'obtenir.

Soins de santé à domicile publics ou privés

Les données de l'EQLAV ont permis de décrire l'ensemble des soins de santé à domicile reçus par les personnes de 65 ans et plus au cours des 12 mois précédant l'enquête. Cela englobe les soins de santé (comme des prises de sang, des changements de pansements ou des traitements) requis en raison d'une condition de santé ou d'une perte d'autonomie passagère ou de longue durée, par un CLSC ou par tout autre organisme, que ce soit une agence privée ou une coopérative de santé. Sont aussi inclus les soins de santé à domicile posthospitaliers ayant fait l'objet d'une description précédemment.

Parmi les personnes de 65 ans et plus, l'utilisation des soins de santé à domicile de même que les besoins non comblés en la matière sont plus fréquemment rapportés par celles âgées de 75 ans et plus et celles dont l'incapacité est grave

Environ 10 % des personnes de 65 ans et plus ont reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois, et la plupart ont indiqué que le CLSC en a payé les frais. Le recours à ce type de soins de santé est plus fréquemment rapporté par les femmes et par les personnes âgées de 75 ans et plus, ces dernières ayant, dans 39 % des cas, reçu ce type de soins durant 12 mois. De plus, les proportions sont plus élevées chez les personnes vivant seules ou appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu. Le fait de recevoir des soins de santé à domicile est plus répandu chez les personnes de 65 ans et plus avec incapacité grave (41 %) et chez celles ayant déclaré deux problèmes de santé de longue durée ou plus (14 %).

Le besoin non comblé pour de tels services au cours de la période de référence est exprimé par 2,5 % de la population étudiée. Les groupes davantage concernés sont les femmes, les personnes de 75 ans et plus, les personnes vivant seules et celles qui appartiennent à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu. Le besoin non comblé à cet égard est aussi plus répandu chez les personnes avec incapacité grave (12 %) et chez celles ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus (4 %).

Répercussions de l'incapacité sur la réalisation des activités de la vie quotidienne ou domestique

Aide pour les activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique

L'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique représente l'un des corollaires importants de l'incapacité. Elle évoque aussi la perte d'autonomie, qui, chez les personnes de 65 ans et plus, est un phénomène relativement répandu. À cet effet, l'EQLAV documente de manière extensive le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (soins personnels, déplacements à l'intérieur du domicile) et le besoin d'aide pour les activités de la vie domestique (préparation des repas, préparation et prise de médicaments, achats, travaux ménagers courants, accompagnement aux rendez-vous, finances personnelles, répit aux proches).

Environ la moitié des personnes de 65 ans et plus avec incapacité ont besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique : près de trois sur cinq sont touchées par un tel besoin lorsque l'incapacité est modérée, alors que c'est le cas de neuf sur dix quand l'incapacité est grave.

Environ 47 % des personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité affirment avoir besoin d'aide (comblé ou non) pour au moins une des activités de la vie quotidienne ou domestique relevées par l'enquête.

Dans cette même population, certains groupes sont plus susceptibles d'avoir besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique. Il s'agit des femmes, des personnes vivant seules, des personnes résidant dans un ménage vivant sous le seuil de faible revenu et des personnes de 75 ans et plus.

L'analyse du besoin d'aide (comblé ou non) permet aussi de relever des écarts relativement importants en fonction de la gravité de l'incapacité et du type d'incapacité. Alors que le besoin d'aide touche le quart des personnes ayant une incapacité légère, il concerne six personnes sur dix ayant une incapacité modérée et pratiquement l'ensemble

des aînés rapportant une incapacité grave (92 %). Les personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité liée à la parole, à l'apprentissage ou une incapacité de nature psychologique sont très désavantagées puisque la grande majorité, soit plus de quatre personnes sur cinq, ont besoin d'aide en raison de ces incapacités particulières.

La plupart des personnes de 65 ans et plus avec incapacité ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique en reçoivent (91 %). Parmi les personnes ayant besoin d'aide et qui en reçoivent, cette aide provient d'une personne bénévole qui habite ou non le même domicile (71 %), du CLSC (18 %) ou d'une entreprise ou personne payée (30 %).

Parmi les personnes de 65 ans et plus avec incapacité et ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, quatre sur dix ont un besoin d'aide additionnelle ou déclarent ne pas en recevoir

Certaines personnes ne reçoivent pas l'aide dont elles ont besoin ou ont des besoins d'aide additionnelle pour les activités de la vie quotidienne ou domestique : cette situation touche 43 % des personnes avec incapacité. Chez les aînés rapportant une incapacité grave, la proportion de personnes ayant un besoin d'aide non comblé pour au moins une des activités de la vie quotidienne ou domestique atteint 58 %. Cette proportion est moins élevée parmi les personnes de 65 ans et plus déclarant une incapacité légère, soit moins de trois sur dix.

Les personnes ayant une incapacité liée à la parole (63 %), à l'apprentissage (62 %) de même que celles ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (73 %) sont proportionnellement plus nombreuses à avoir des besoins d'aide non comblés pour au moins une des activités de la vie quotidienne ou domestique.

Quelques pistes d'analyse et de recherche

Par leur richesse, les données recueillies dans le cadre de l'EQLAV permettent d'aller au-delà des premiers constats et de raffiner la compréhension des liens entre l'état de santé, l'utilisation de services et le vieillissement. Par exemple, la présence simultanée de l'incapacité et de problèmes de santé de longue durée — un phénomène répandu touchant approximativement la moitié des aînés — gagnerait à être étudiée de manière plus approfondie afin de dresser des profils de santé plus fins. Il serait intéressant de combiner les types d'incapacité aux types de problèmes de santé de longue durée, de manière à identifier les combinaisons les plus courantes. Les profils de santé ainsi dégagés pourraient être mis à profit pour l'élaboration d'une typologie d'utilisateurs âgés de 65 ans et plus afin de mieux prévoir et répondre à la demande de services de santé et de services sociaux.

Ces profils de santé plus fins pourraient également être mis en relation avec l'utilisation des services, afin de voir si les caractéristiques sociodémographiques et économiques sont associées aux difficultés vécues par les aînés pour obtenir des services. Pensons notamment à l'importance que revêt la consultation d'un médecin à l'urgence ou encore l'hospitalisation pour les personnes âgées ; approfondir les analyses permettrait de mieux comprendre l'effet de la vulnérabilité sociale et économique, une fois les profils de santé plus détaillés pris en considération.

Mis en relation avec le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et celles de la vie domestique, ces profils plus détaillés permettraient aussi de mieux circonscrire les efforts à déployer pour assurer le mieux-être des personnes âgées au Québec. Par exemple, les résultats montrent que le besoin d'aide non comblé pour la préparation et la prise de médicaments varie

selon l'âge, les personnes de 75 ans et plus étant moins susceptibles d'affirmer avoir un besoin non comblé à cet égard. Est-ce que l'âge serait toujours associé à ce besoin si la modélisation utilisée permettait de contrôler l'effet d'autres variables, comme l'état de santé ou encore les conditions de vie des personnes?

Les données recueillies dans le cadre de l'EQLAV possèdent un potentiel analytique bien plus vaste que ce qui pouvait être exploité dans ce rapport. Elles méritent d'être explorées davantage afin de mieux comprendre les facteurs associés au vieillissement en santé. De nombreux aspects pourraient encore être approfondis, notamment la situation des personnes vivant en résidence pour personnes âgées ou encore l'exploration des marqueurs de fragilité. Il est certain que les intervenants et chercheurs du domaine, par leurs connaissances des réalités terrain et en raison de l'importance des enjeux actuels, dont les réflexions autour de la Caisse Autonomie traduisent la teneur, devraient être à l'origine de nombreuses questions de recherche. Parce qu'elle permet de disposer de données détaillées selon l'âge pour les personnes de plus de 65 ans à l'échelle du Québec – même celles de plus de 85 ans, pour plusieurs indicateurs – cette enquête devrait être d'une grande utilité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CAMIRAND, J., J. AUBIN, N. AUDET et autres (2001). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 511 p.

CLAIR, M. (2000). *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations*. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 410 p.

DUBÉ-LINTEAU, A., R. PINEAULT, J.-F. LÉVESQUE et autres (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, Volume 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, 73 p.

FOURNIER, C., G. DUBÉ, L. CAZALE et autres (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité*, Volume 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, 260 p.

FOURNIER, C., M. GODBOUT et L. CAZALE (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Méthodologie et description de la population visée*, Volume 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, 71 p.

HÉBERT, R., R. CARRIER et A. BILODEAU (1988). « Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) », *Revue de gériatrie*, vol. 13, nº 4, p. 161-167.

HÉBERT, R., M. RAÎCHE et N.R. GUEYE (2012). « Survey Disability Questionnaire did not Generate Valid Accurate Data Compared to Clinical Assessment on an Older Population », *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 54, nº 2, p. 57-62.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2009). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056*, Édition 2009, Québec, Institut de la statistique du Québec, 132 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, 25 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*, Québec, 194 p.

PAMPALON, R., D. HAMEL et P. GAMACHE (2009). « Une comparaison de données socioéconomiques individuelles et géographiques pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Canada », *Rapport sur la santé*, vol. 20, n°4, p. 95-105.

TREMBLAY, M.-E., G. DUBÉ et R. BARALDI (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011 : Méthodologie et description de la population visée*, Volume 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, 58 p.

Des statistiques sur le Québec d'hier et d'aujourd'hui

pour le Québec de demain

Institut
de la statistique
Québec