

Handicaps, incapacités, limitation d'activités et santé fonctionnelle



[Problématique](#) / [Indicateurs d'incapacité](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

1 - Problématique

Selon les auteurs et/ou les milieux professionnels, les termes *incapacité*, *limitation d'activité* et (*situation de*) *handicap* peuvent être utilisés de façon interchangeable ou encore refléter des notions fondamentalement différentes. Pour aider le lecteur à s'y retrouver, cette fiche est accompagnée d'une description des [fondements conceptuels](#) permettant de situer les différents termes dans leur contexte.

En santé publique, ce sont les termes *incapacités* et *limitations d'activités* qui sont couramment utilisés depuis plusieurs années. Ils désignent généralement les états de santé des personnes et aussi la participation des individus à la société. Cette terminologie, traditionnellement utilisée en santé publique, reflète toutefois mal des distinctions potentiellement importantes en terme d'intervention (voir ci-dessous et la description des [fondements conceptuels](#)) et ne coïncide pas toujours avec les concepts plus précis qui ont cours, par exemple, dans le milieu de la réadaptation.

Malgré les divergences terminologiques, il s'agit d'un enjeu majeur en santé publique, notamment en raison du vieillissement de la population puisque la prévalence augmente fortement avec l'âge. De plus, les possibilités de participation sociale des individus de tous âges, et sans égard à leur condition physique ou mentale, constituent un élément essentiel à l'élaboration de politiques et d'interventions favorisant une société inclusive et équitable.

Que signifient « incapacités, limitations d'activités, situation de handicap et participation »?

Il n'y a pas de consensus sur une définition unique, et le sens à donner aux termes *incapacité*, *limitation d'activité* et (*situation de*) *handicap* varie selon les [modèles conceptuels](#).

Au Québec, le *Processus de production du handicap* (PPH) a guidé le développement de la politique « À part entière » (OPHQ, 2009) et se veut la référence auprès des organismes publics (OPHQ, 2006). Selon le [PPH](#), la réalisation d'habitudes de vie¹ (activités de la vie courante, rôles sociaux, etc.) est déterminée par l'interaction entre les caractéristiques d'une personne et son milieu de vie. La réalisation des habitudes de vie est décrite sur un continuum allant de la *participation* (absence de contraintes) à la *situation de handicap* (présence de contraintes).

¹ À noter que les habitudes de vie n'ont pas le même sens dans le PPH que le sens souvent donné en santé publique. Il s'agit ici de décrire une activité de la vie courante ou un rôle social qui « assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence » (Fougeyrollas et collab., 1998).

[Problématique](#) / [Indicateurs d'incapacité](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

Notons ici l'aspect situationnel du handicap; le handicap n'est pas une caractéristique de la personne mais plutôt de la situation dans laquelle elle se trouve (contexte de vie). L'*aptitude* représente « la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale (par exemple, articulation des sons, locomotion, abstraction, anticipation) nécessaire à la réalisation des habitudes de vie. Les aptitudes décrivent les caractéristiques des personnes indépendamment de l'environnement, et sont décrites sur un continuum allant de la *capacité* à l'*incapacité*.

La *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)* a été entérinée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2001. Dans la CIF, le *handicap* est un terme générique qui englobe les déficiences, les *activités* et la *participation*. Les *activités* font référence aux capacités des personnes et sont des tâches et actions qu'accomplissent les individus. Les *limitations d'activités* sont des difficultés vécues dans l'exécution d'activités. La *participation* renvoie à la performance dans l'environnement de la vie courante. Les *restrictions de participation* sont des problèmes vécus dans la vie quotidienne. Notons qu'à la différence du PPH qui associe toutes les activités de la vie réelle à une seule catégorie (habitudes de vie), la CIF permet une certaine perméabilité dans la distinction faite entre les concepts d'activité et de participation en les désignant sur la base d'une liste unique décrivant « l'ensemble des domaines de la vie ».

À l'instar de l'OMS, le terme *handicap* est utilisé ci-dessous de façon globale et inclusive pour désigner l'ensemble des [concepts](#) décrits ci-dessus.

Quelles sont les causes?

On peut catégoriser les [différents modèles](#) conceptuels du handicap en deux groupes qui offrent différentes perspectives sur l'origine de l'incapacité : les modèles biomédicaux et les modèles sociaux.

Les modèles biomédicaux sont les plus couramment utilisés en sciences de la santé (ex. : santé publique, épidémiologie, gérontologie, réadaptation). Ces modèles identifient trois grands groupes de facteurs qui sont présumés influents sur le handicap : les problèmes de santé (p. ex. : maladies, traumatismes), les facteurs de risque individuels et les facteurs de risque socioenvironnementaux. La liste suivante présente les causes les plus fréquentes du handicap dans la population sans toutefois en être un inventaire exhaustif :

Handicaps, incapacités, limitation d'activités et santé fonctionnelle



[Problématique](#) / [Indicateurs d'incapacité](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

Problèmes de santé : maladies de l'appareil respiratoire, diabète, maladies cardiovasculaires, problèmes de la vue, lésions dues à des traumatismes (ex. : chutes), cancers, troubles musculosquelettiques, dépression et troubles cognitifs.

Facteurs de risque individuels : âge, sexe, poids, consommation d'alcool, activité physique, implication sociale, tabagisme, origine culturelle et statut socio-économique (ex. revenu, scolarité).

Facteurs de risque socioenvironnementaux : environnement domestique, sentiment de sécurité, soutien social, disponibilité des services de proximité, facilité des déplacements locaux, aménagement des espaces publics et les valeurs et attitudes des environnements sociaux.

Notons que les maladies chroniques constituent des déterminants majeurs à l'échelle populationnelle. Le cumul de maladies (multimorbidité) ainsi que leur sévérité auront aussi un effet important sur le développement du handicap. Notons aussi que les facteurs individuels et socioenvironnementaux exercent une influence double dans la genèse du handicap : ils agissent à la fois sur le développement de problèmes de santé mais aussi en interaction avec ceux-ci dans le développement et la progression du handicap. Enfin, soulignons que dans les sciences de la santé, l'influence des facteurs socioenvironnementaux a été relativement peu étudiée sur la population générale et que les démonstrations demeurent parcellaires.

Les modèles sociaux considèrent que le handicap n'est pas une caractéristique individuelle et qu'elle est plutôt causée par la société. Elle résulte d'une inaptitude de la société à prendre en compte la diversité des caractéristiques et des besoins des individus dans sa façon de permettre un accès égal aux opportunités de participation. Le handicap peut être envisagé sous l'angle de la marginalisation. Par exemple, l'organisation des espaces et des services publics, considérés comme le reflet des normes et valeurs dominantes, sera la cause du handicap lorsqu'elle agira comme une contrainte à l'accès et à la mobilité de certains individus. Elle pourrait ainsi produire un sentiment d'exclusion chez ces personnes. En somme, le handicap est une caractéristique de la société en ce sens que c'est cette dernière qui est incapable de favoriser l'intégration complète de tous. C'est pour cette raison que le [PPH](#) utilise l'expression « situation de handicap » et non « personne handicapée ».

[Problématique](#) / [Indicateurs d'incapacité](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

Quelles sont les conséquences?

Le handicap affecte les individus dans leur aptitude à vaquer aux activités de la vie courante et elles ont un potentiel d'influence important sur la demande en services de santé, notamment les services de soutien à domicile. Elle augmente la dépendance à autrui et diminue la qualité de vie, notamment via l'accès aux opportunités de participation sociale et économique et un sentiment d'exclusion. Le handicap est aussi associé à un risque accru de dépression et d'institutionnalisation. Les personnes en situation de handicap ont aussi un risque de mortalité prématurée plus élevé.

2 - Indicateurs d'incapacité

Il existe différents [indicateurs](#) associés au handicap. Certains sont constitués à partir d'échelles de mesures qui intègrent plusieurs dimensions dans un même indicateur (par exemple, niveau de dépendance pour se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer, etc.). D'autres mesures sont tirées de questions portant globalement sur un ensemble de tâches ou d'activités.

Au Québec, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) publie trois indicateurs tirés de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) :

- proportion de la population ayant une limitation d'activités
- proportion de la population ayant une incapacité
- proportion de la population ayant des problèmes de santé fonctionnelle

Limitation d'activités : personnes ayant répondu « parfois » ou « souvent » à au moins une des quatre questions ((a), (b), (c) ou (d)) suivantes : « *Est-ce qu'un état physique ou un état mental ou un problème de santé de longue durée réduit la quantité ou le genre d'activités que vous pouvez faire (a) à la maison? (b) à l'école? (c) au travail? (d) dans d'autres activités, par exemple dans les déplacements ou les loisirs?* » (les réponses possibles sont « parfois », « souvent » ou « jamais »).

Incapacité : personnes ayant répondu « parfois » ou « souvent » à la question suivante : « *Avez-vous de la difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à vous pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables?* » (les réponses possibles sont « parfois », « souvent » ou « jamais »).

Santé fonctionnelle : les personnes considérées comme ayant un problème de santé fonctionnelle sont celles qui ont un score inférieur à 0,89 sur l'*indice d'état de santé* (IES; en anglais, *Health Utility Index* ou HUI), soit le seuil que distingue les incapacités graves et modérées des incapacités légères et de l'absence d'incapacité. L'IES est construit à partir des



Handicaps, incapacités, limitation d'activités et santé fonctionnelle



[Problématique](#) / [Indicateurs d'incapacité](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

réponses à 31 questions portant sur huit attributs (vue, ouïe, parole, mobilité, dextérité, connaissance (c.-à-d. mémoire et pensée), émotions ainsi que douleur et inconfort) et il représente un état de santé global par un score situé théoriquement entre 0 (décès) et 1 (santé parfaite).

L'ESCC est une enquête répétée tous les deux ans qui utilise un nouvel échantillon à chaque cycle. Elle fournit donc une perspective transversale. L'ESCC a l'avantage de fournir des données représentatives à l'échelle des régions sociosanitaires. L'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) est une enquête longitudinale qui est menée aux deux ans. Elle n'offre pas une représentativité à l'échelle des régions. L'ENSP permet de produire des indicateurs mais avec des questions formulées différemment, sauf pour l'IES. Le questionnaire long du recensement canadien comporte deux questions relatives au handicap, soit les mêmes questions que celles utilisées par l'ESCC pour mesurer les limitations d'activités et l'incapacité. Ces questions servent à définir la population cible de l'*Enquête sur la participation et les limitations d'activités* (EPLA) qui vise à documenter les caractéristiques et conditions de vie des personnes en situation de handicap.

En raison de différences dans les formulations précises des questions et/ou dans la méthodologie de l'enquête, les indicateurs de l'ESCC ne peuvent être directement comparés à ceux tirés de ces autres sources d'informations. De plus, les questions utilisées pour mesurer les limitations d'activités et l'incapacité dans l'ESCC et dans le recensement ont été développées afin d'identifier la population cible de l'EPLA et non pour opérationnaliser un concept précis. Il est donc difficile d'associer les indicateurs présentés ci-dessus aux modèles conceptuels décrits précédemment.



Situation actuelle

On ne sera pas surpris de constater que la prévalence augmente selon le groupe d'âge pour les trois indicateurs 🇧🇪 🇨🇦 🇩🇪. On constate aussi que les proportions varient selon le sexe et que l'augmentation selon l'âge semble plus rapide chez les hommes. Sur le plan géographique, les proportions varient d'une région à l'autre 🇧🇪 🇨🇦 🇩🇪. Il faut toutefois noter que la plupart des proportions estimées ne sont pas statistiquement différentes du reste du Québec², c'est-à-dire que l'estimation régionale se situe à l'intérieur de la marge d'erreur (intervalle de confiance) de la proportion estimée pour toutes les autres régions du Québec.


² Ces comparaisons sont faites à partir d'estimations de proportions ajustées par âge et sexe, avec un seuil α de 0,05 et en appliquant une correction de Bonferroni. Cette dernière est appliquée afin que la comparaison statistique soit conservatrice, en raison de considérations méthodologiques susceptibles d'affecter les comparaisons régionales.

Handicaps, incapacités, limitation d'activités et santé fonctionnelle

[Problématique](#) / [Indicateurs d'incapacité](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

L'évolution des indicateurs d'incapacité et de limitations d'activités semblent suggérer une légère tendance à la baisse de 2003 à 2007, bien que les différences entre deux années consécutives soient parfois à l'intérieur des marges d'erreur . La proportion de personnes ayant un problème de santé fonctionnelle semble quant à elle stable dans le temps . Il est important de souligner que des changements dans le mode de collecte des données de l'ESCC pourraient expliquer la différence entre les estimations 2000-2001 des indicateurs d'incapacité et de limitations fonctionnelles et celles des autres périodes.

Valeurs de référence

L'absence de définitions communes de même que la grande diversité des mesures et des modes de collecte utilisées à travers le monde limite les possibilités de comparaison avec le Québec. Au Canada, c'est la population du Québec qui est la moins affectée. La situation particulière du Québec est illustrée par les graphiques suivants : 

Liste des tableaux et figures

Évolution pour le Québec

- [Proportion de la population ayant une incapacité selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2007](#)
- [Proportion de la population ayant une limitation d'activités selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2007](#)
- [Proportion de la population ayant un problème de santé fonctionnelle selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2007](#)
- [Proportions de la population de 12 ans et plus ayant une incapacité, une limitation d'activités ou un problème de santé fonctionnelle, Québec, 2000-2001 à 2007](#)

Variations régionales et locales

- [Proportion de la population de 12 ans et plus ayant une incapacité, régions et Québec, 2007](#)
- [Proportion de la population de 12 ans et plus ayant une limitation d'activités, régions et Québec, 2007](#)
- [Proportion de la population de 12 ans et plus ayant un problème de santé fonctionnelle, régions et Québec, 2007](#)

Comparaisons canadiennes et internationales

- [Proportion de la population de 12 ans et plus ayant une incapacité, provinces canadiennes, 2007](#)



Handicaps, incapacités, limitation d'activités et santé fonctionnelle



[Problématique](#) / [Indicateurs d'incapacité](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

- [Proportion de la population de 12 ans et plus ayant une limitation d'activités, provinces canadiennes, 2007](#)
- [Proportion de la population de 12 ans et plus ayant un problème de santé fonctionnelle, provinces canadiennes, 2001](#)

3 - Programmes et interventions

La multitude de facteurs influant sur le handicap rend difficile, voire impossible, la réalisation d'une revue exhaustive des programmes et interventions existants susceptibles d'agir sur la prévalence du handicap dans la population. Les éléments présentés ci-dessous ont été choisis car ils sont directement en lien avec les populations les plus touchées par le handicap ou ses grands facteurs de risque et aussi, dans le cas des interventions, parce qu'elles reposent sur des démonstrations d'efficacité.

Au Québec

Le [Programme national de santé publique du Québec 2003-2012](#) (PNSP) identifie la perte d'autonomie comme un problème susceptible d'affecter l'intégration sociale des aînés et a parmi ses objectifs de retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées ainsi que de diminuer la prévalence de même que la durée et la sévérité des incapacités liées aux lésions musculosquelettiques. Parmi les activités proposées, on retrouve l'aménagement d'environnements accessibles et les activités favorisant l'intégration des personnes âgées.

Le [Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie](#) du Ministère de la Santé et des Services sociaux identifie deux objectifs principaux : l'amélioration de l'accès aux services et le soutien au développement de formules diversifiées de logement ainsi que l'offre de service appuyée sur des standards de qualité et de pratique et régulés par le secteur public.

La [Politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix »](#) adopte trois perspectives : à la base, les attentes et les besoins des individus et de la population; la gestion des services à domicile au sein d'un système qui doit leur accorder une place toujours plus importante; l'action concertée, collective, en faveur des personnes ayant une incapacité et de leurs proches-aidants.

[« À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité »](#) est une politique gouvernementale, basée sur le PPH, qui vise à accroître la participation sociale des personnes handicapées. Elle présente une série de priorités visant une société inclusive, solidaire et équitable, et aussi respectueuses des personnes handicapées et de leur famille.

[Problématique](#) / [Indicateurs d'incapacité](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) a produit un guide dans le but de soutenir les ministères et leurs réseaux, les municipalités et les organismes publics et privés soumis à la [Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale](#) (L.R.Q., c. E - 20.1) dans l'élaboration de leur plan d'action.

Le [Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie](#) (PRISMA) vise à mettre au point et à évaluer des mécanismes et outils destinés à l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie. PRISMA est financé par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé en partenariat avec le Fonds de la recherche en santé du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et 5 agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Estrie, Laval, Mauricie-Centre du Québec, Montérégie et Québec). Une description détaillée (en anglais) de PRISMA peut être trouvée [ici](#).

La Société d'habitation du Québec offre deux programmes visant l'adaptation de la maison ou du logement : [Logements adaptés pour aînés autonomes](#) (LAAA) et [Adaptation de domicile](#) (PAD).

Le [Programme Intégré d'Équilibre Dynamique](#) (P.I.E.D.) vise à prévenir les chutes et les fractures chez les aînés. Conçu à la façon des programmes d'interventions cliniques, il est accessible à un grand nombre d'aînés vivant à domicile.

Autres provinces

La division manitobaine de la Société canadienne du cancer a produit 3 revues de littérature systématiques portant sur des interventions et programmes destinés aux personnes âgées en lien avec trois habitudes de vie : [nutrition](#), [tabagisme](#) et [activité physique](#).

Le programme [Step Test Exercise Prescription](#) (STEP) est un outil pour aider les médecins de famille à conseiller et à prescrire un programme personnalisé d'exercice à leurs patients. STEP est endossé par la Stratégie pour l'activité physique et la santé du Collège des médecins de famille du Canada. Ce dernier reconnaît le programme STEP à titre de formation médicale continue.

Autres pays

[Physically Active for Life](#) (PAL) est une intervention de consultation au bureau sur l'activité physique pour les adultes âgés de 50 ans et plus. Le PAL encourage les médecins à adapter à leurs patients leur message de consultation sur l'activité physique. Les médecins conseillent leurs patients au cours de visites de routine, leur fournissent des exercices prescrits et un manuel du patient et leur fixent un rendez-vous de suivi. Après la visite de suivi, les patients reçoivent

Handicaps, incapacités, limitation d'activités et santé fonctionnelle



[Problématique](#) / [Indicateurs d'incapacité](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

quatre bulletins d'information mensuels contenant des trucs sur la façon d'accroître ou de maintenir le niveau d'activité physique.

Le programme [Prescription for Exercise](#) (PFE) vise à augmenter les niveaux d'activité physique chez des personnes âgées sédentaires. Les participants reçoivent de leur omnipraticien une invitation par la poste à assister à une consultation avec un agent de développement de l'activité physique dans un centre de loisir local. Les participants reçoivent aussi par la poste des renseignements sur les centres de loisir et les clubs de santé locaux ainsi que des renseignements sur l'activité physique et la santé.

Le [National Service Framework for Older People](#) (Royaume-Uni, 2001) établit des normes et des modèles de services destinés aux personnes âgées.

4 - Pratiques régionales et locales

On retrouvera dans cette section des publications régionales et locales en lien avec cette thématique.

5 - Références

Références citées

- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., St-Michel, G., Côté, J., Côté, M., Boucher, N., Roy, K., Rémillard, M.-B. (1998) *Classification québécoise. Processus de production du handicap*. Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH), Lac-St-Charles.
- [Organisation Mondiale de la Santé. \(2001\) Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé](#). Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
- [Office des personnes handicapées du Québec. \(2009\). À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité](#). Office des personnes handicapées du Québec, Drummondville.
- [Office des personnes handicapées du Québec. \(2006\). Guide à l'intention des ministères, des organismes publics et des municipalités en vue de la production de leur plan d'action annuel à l'égard des personnes handicapées](#). Office des personnes handicapées du Québec, Drummondville.

[Problématique](#) / [Indicateurs d'incapacité](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

Autres références

- [Réseau international sur le Processus de production du handicap \(RIPPH\)](#)
- [Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel](#)
- [La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire](#)
- [Rehabilitation for older people in long-term care \(Cochrane review\)](#)
- [A meta-analysis of fall prevention programs for the elderly: How effective are they?](#)
- [The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: A review of the literature](#)
- [Effectiveness of home based support for older people: Systematic review and meta-analysis](#)
- [A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers](#)
- [Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: A systematic review](#)
- [Effectiveness of nonpharmacological interventions in delaying the institutionalization of patients with dementia: A meta-analysis](#)
- [Organising health care services for persons with an intellectual disability](#)

Groupes de discussion

Aucun groupe de discussion répertorié.

Auteur : Mathieu D. Philibert

Révision linguistique : Hélène Fillion

Révision scientifique : André Simpson, avec la collaboration de Patrick Fougeyrollas (Université Laval) et de Jacqueline Rousseau (Université de Montréal).

Informations complémentaires

Conceptualisation du handicap

Différents modèles conceptuels ont été proposés pour décrire les conséquences de la santé et du contexte de vie sur le développement des personnes. Il en est découlé une variété de termes pouvant créer une certaine confusion; tantôt différents termes décrivent une même idée, tantôt un même terme désigne des concepts différents. Le fait que les mêmes termes anglais ne sont pas toujours traduits de la même façon contribue à la diversité terminologique.

Cette section vise à mettre en contexte les différents termes en fournissant un aperçu de modèles conceptuels parmi les plus susceptibles d'être utilisés au Québec et les plus courants dans la littérature internationale.

Un concept est une représentation - mentale - d'une réalité, une entité abstraite. Un modèle conceptuel décrit les relations qui unissent ces entités. Les cadres conceptuels sont utilisés en recherche comme base à l'élaboration d'hypothèses qui seront ensuite testées. Par exemple, si on conceptualise les limitations fonctionnelles comme un déterminant du handicap (voir le modèle de Nagi ci-dessous), on testera dans une population le fait que les personnes ayant une limitation fonctionnelle auront une probabilité plus élevée d'être en situation de handicap.

Les modèles conceptuels ont principalement pour objectif de fournir un langage commun aux chercheurs, gestionnaires et intervenants. La CIDIH, le PPH et la CIF décrits ci-dessous sont des classifications et ont à ce titre l'objectif de favoriser la collecte d'information uniformisée pour soutenir l'analyse, la recherche et la planification des services. Notons toutefois que si elles sont utiles et nécessaires pour établir un langage commun entre les professionnels, avec les gestionnaires et pour la mise en place de systèmes de gestion, les classifications ne peuvent pas se substituer aux modèles conceptuels (théoriques et de pratique) sous-jacents au jugement des professionnels pour la compréhension fine de situations spécifiques rencontrées dans un contexte clinique.

[Évolution historique](#)

[Le modèle de Nagi](#)

[Le modèle de Verbrugge et Jette](#)

[La Classification internationale des déficiences, des incapacités et des handicaps \(CIDIH\)](#)

[Le Processus de production du handicap \(PPH\)](#)

[La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé \(CIF\)](#)

Évolution historique

Nagi fut l'un des premiers à proposer un modèle conceptuel dès 1965, qu'il a révisé en 1976 et 1991. Dans les années 1970, Wood a proposé un cadre conceptuel qui a donné lieu à la première classification de l'OMS en 1981. Cette classification se voulait une réponse à l'incomplétude de la *Classification internationale des maladies* (CIM) de l'OMS qui ne permet pas de rendre compte des conséquences de

la maladie (l'objectif de la CIM étant de décrire les maladies et leurs causes). Le résultat, baptisé *Classification internationale des déficiences, des incapacités et des handicaps* (CIDIH), a toutefois été critiqué quant à sa façon d'intégrer (ou plutôt de ne pas intégrer) les facteurs environnementaux. On a reproché à la CIDIH de favoriser une interprétation qui situe le handicap chez la personne plutôt que dans le contexte social qui déterminera ses activités (indépendamment des caractéristiques individuelles). En 1994, Verbrugge et Jette ont proposé un modèle construit sur les bases du modèle de Nagi qui intègre davantage les facteurs environnementaux. Lors de la révision de la CIDIH de l'OMS dans les années 1990, un comité nord-américain responsable des facteurs environnementaux a été co-présidé par un Québécois, Patrick Fougere. Les travaux de ce comité, en collaboration avec l'Office des personnes handicapées du Québec, ont donné naissance au *Processus de production du handicap* (PPH) qui fait une large place aux facteurs environnementaux en intégrant les perspectives biomédicale (axée sur les maladies, « individualisante ») et sociale. La révision de la CIDIH a donné naissance à la *Classification internationale du fonctionnement, de la participation et de la santé* (CIF).

Le modèle de Nagi

Ce modèle s'appuie sur quatre concepts interreliés dans une séquence linéaire : la pathologie active (*active pathology*), la déficience (*impairment*), la limitation fonctionnelle (*functional limitation*) et le handicap (*disability*). La pathologie active implique l'interruption ou l'interférence de processus normaux ainsi que l'effort de l'organisme à retrouver un état normal (parfois avec l'aide d'assistance médicale). On cherche donc ici à identifier les causes et les symptômes du dysfonctionnement d'un ou de plusieurs organes. La déficience fait référence à une perte ou à une anomalie de nature anatomique, physiologique, mentale ou émotive. Elle n'est pas nécessairement le résultat d'une pathologie active (elle peut résulter d'une amputation par exemple). Le concept de limitation fonctionnelle est similaire à celui de la déficience en ce qu'il s'attarde aussi à la fonction mais en diffère en la situant à l'échelle de l'individu (organisme) dans son ensemble et non pas à celle d'un seul organe. Le handicap fait davantage référence au fonctionnement social qu'organismique, c'est-à-dire à la participation de la personne au système social : « c'est une inaptitude ou une limitation dans l'accomplissement de rôles et de tâches définis socialement et attendus d'un individu dans un environnement socioculturel et physique » (Nagi 1991, traduction).

Pour Nagi, les limitations fonctionnelles sont des contraintes dans l'exercice de tâches associées à l'interaction de la personne avec son environnement physique alors que le handicap fait référence à la performance de rôles sociaux mais aussi de tâches qui leur sont spécifiques. Il y aurait donc un léger chevauchement entre les concepts de limitation fonctionnelle et de handicap, notamment parce que certaines interactions avec l'environnement physique peuvent en partie être conditionnées par le contexte socioculturel. Nagi précise par ailleurs que la forme et la sévérité du handicap dépendent aussi, en plus de la déficience ou de la limitation fonctionnelle, de la perception et de la réaction de l'individu et de ses proches ainsi que des caractéristiques de l'environnement (présence ou absence de barrières physiques ou socioculturelles).



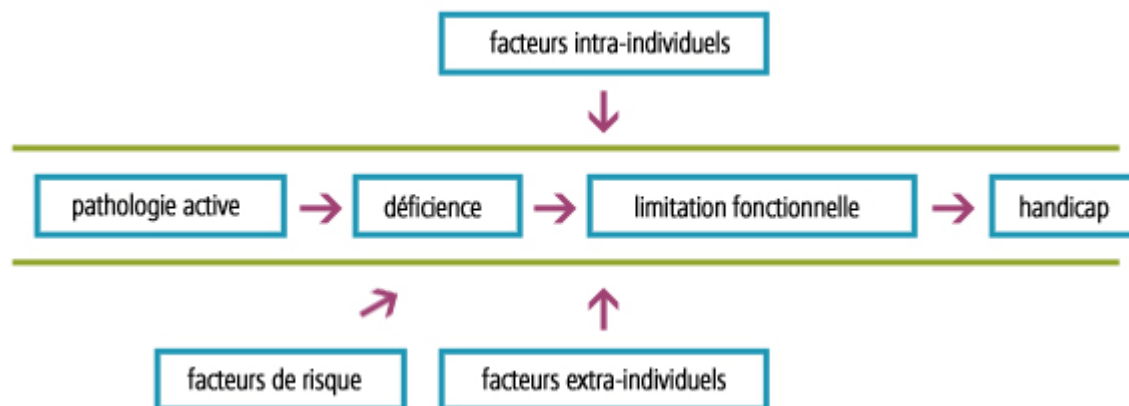
Source: Nagi, S. (1991) Disability concepts revisited: implications for prevention. In Pope, A.M. & Tarlov, A.R. (ed.) Disability in America. National Academy Press, Washington, DC.

Le modèle de Verbrugge et Jette

Le modèle proposé par Verbrugge et Jette est développé sur des bases empruntées au schéma de Nagi. Le modèle s'articule autour d'une trajectoire principale qui présente une séquence linéaire allant de la pathologie à la déficience, aux limitations fonctionnelles et au handicap. La pathologie fait référence aux anomalies biochimiques et physiologiques qui sont détectées et étiquetées médicalement comme étant une maladie, une blessure ou une condition congénitale ou développementale. Les auteurs précisent que ces anomalies sont « intérieures ». Les déficiences sont considérées comme des dysfonctionnements et des anomalies structurelles significatives qui peuvent avoir des effets sur le fonctionnement physique, mental ou social d'un individu. Les limitations fonctionnelles sont des restrictions dans l'accomplissement d'actions physiques ou mentales. Le handicap est une difficulté vécue dans les activités propres à un sexe et à un groupe d'âge, pour n'importe quel domaine de la vie (travail, tâches ménagères, activités récréatives, etc.). Ce concept ne présume pas d'activités plus fondamentales que d'autres (par exemple, les soins personnels ou les tâches domestiques par rapport aux loisirs). Comparativement au modèle de Nagi, les auteurs attribuent un rôle différent aux facteurs environnementaux en reconnaissant que toutes les activités peuvent être influencées par le contexte, à des degrés variables.

Verbrugge et Jette distinguent les concepts de limitation fonctionnelle et de handicap par la différence qui existe entre les tâches et les rôles ou encore entre les termes *action* et *activité*. Pour eux, la limitation fonctionnelle renvoie à la capacité d'un individu sans référence à un contexte précis, alors que le handicap résulte d'un processus social par lequel la perte ou la réduction de fonctionnement est définie de manière relative par les attentes ou les exigences d'un contexte donné (« *can do* » vs. « *do do* »).

La qualité de vie constitue le résultat de la trajectoire à laquelle s'ajoutent les facteurs de risque, les facteurs intra-individuels et les facteurs extra-individuels (environnementaux). Les facteurs de risque sont des caractéristiques individuelles pouvant affecter la présence et la sévérité de la déficience, de la limitation fonctionnelle et de l'incapacité (par exemple, attributs démographiques, sociaux et comportementaux). Ce sont des facteurs prédisposants, c'est-à-dire des influences présentes avant l'amorce du processus. Les facteurs intra-individuels et extra-individuels exercent leur influence durant le processus qui mène à l'incapacité. Ils peuvent agir de manière à améliorer la situation des personnes (p. ex. soins médicaux, réadaptation, modification de l'environnement) ou encore être des facteurs aggravants (p. ex. anxiété, édifices inadaptés, discrimination sur le marché du travail).



Source: Verbrugge, L.M. & Jette, A.M. (1994) The disablement process. *Social Science & Medicine*, 38: 1-14.

La Classification internationale des déficiences, des incapacités et des handicaps (CIDIH)

La CIDIH décrit une séquence avec trois dimensions subséquentes à la maladie ou au trouble, soit la déficience (*impairment*), l'incapacité (*disability*) et le handicap (*handicap*)³, qui peuvent être associées, dans l'ordre, aux niveaux de l'organe, de la personne et de l'être social. La déficience, qui provient d'un trouble ou d'une maladie, fait référence à une perte ou à une anomalie de nature psychologique, physiologique ou anatomique qui affecte une structure ou une fonction organique. L'incapacité représente la restriction ou la perte d'habileté dans l'exécution d'activités jugées normales pour un être humain, souvent fondamentales dans la vie quotidienne. Enfin, le concept de handicap renvoie quant à lui aux conséquences sociales de la déficience ou de l'incapacité, c'est-à-dire à la difficulté d'une personne à remplir un rôle considéré normal à l'égard de son sexe, de son âge et de facteurs socioculturels du milieu dans lequel elle évolue.



Source : World Health Organisation. (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. WHO, Geneva.

Organisation Mondiale de la Santé (1988) Classification internationale des handicaps, déficiences, incapacités et désavantages. CTNERHI - INSERM, Paris.

³ En France, le terme anglais *handicap* a été traduit par *désavantage*. Philip Wood, auteur du modèle conceptuel à l'origine de la CIDIH, référait à un désavantage social pour décrire la notion de handicap.

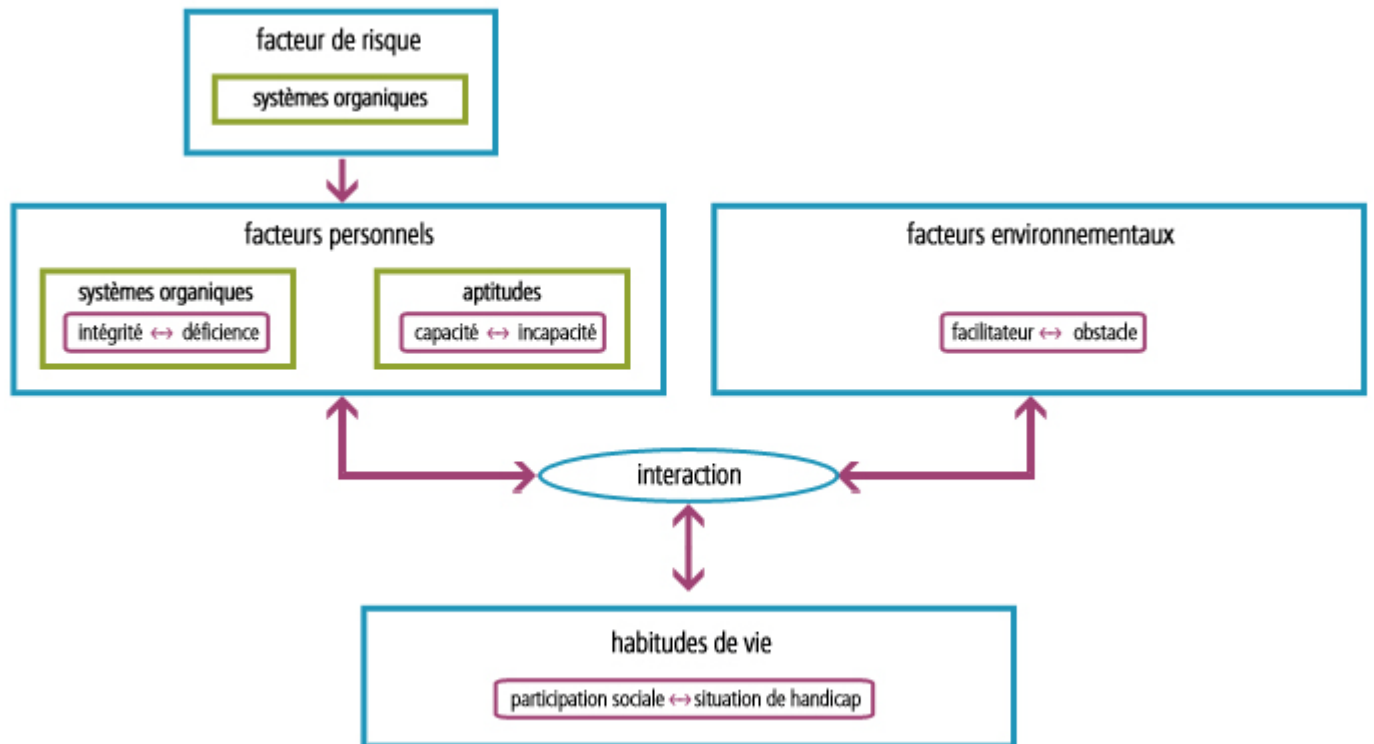
Le Processus de production du handicap (PPH)

Le PPH est parfois appelé le « modèle québécois » dans la littérature internationale. Il est maintenant promu comme référent auprès des organismes publics québécois et sert de base pour la définition des concepts sous-jacents à la récente politique québécoise « À part entière ».

Les *facteurs de risque* sont des éléments individuels ou environnementaux pouvant affecter l'intégrité ou le développement des individus, tels des maladies ou des traumatismes (p. ex. génétique, alimentation, type d'emploi). Leur influence s'exerce sur l'ensemble des *facteurs personnels*, c'est-à-dire des atteintes des systèmes organiques (p. ex. maladies) mais aussi des caractéristiques socioculturelles (statut socioéconomique, origine ethnique), démographiques (âge, sexe) et physiques. On considère donc que les déterminants individuels ne se limitent pas aux pathologies et déficiences. Les *systèmes organiques* sont les composantes du corps humain et ils sont décrits sur un continuum allant de l'*intégrité* (fonction inaltérée) à la *déficience* (atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique). Une déficience ne résulte pas uniquement d'une pathologie active mais peut être le fait d'une pathologie aiguë ou chronique, ou encore d'une atteinte permanente (p. ex. perte d'un organe). Les *aptitudes* reflètent les possibilités « pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale » (Fougeyrollas et collab., 1998), sans égard au contexte de vie réel mais plutôt en référence à un contexte standardisé comme celui des protocoles d'évaluation en réadaptation. Les aptitudes sont décrites sur un continuum allant de la *capacité* à l'*incapacité*. Les *facteurs environnementaux* sont les aspects sociaux ou physiques du contexte de vie des individus et ils sont décrits en termes d'obstacles ou de facilitateurs.

La réalisation d'*habitudes de vie*⁴ constitue l'issue du PPH et elle est déterminée par l'interaction entre les facteurs personnels et environnementaux. Les habitudes de vie font référence aux activités courantes et aux rôles qu'occupent les personnes dans leur contexte de vie sociale. Leur réalisation est décrite sur une échelle allant de la *participation sociale* à la *situation de handicap*. Il s'agit d'ailleurs là d'une contribution importante du PPH : il n'existe pas de handicap en tant que caractéristique de la personne mais, plutôt, une situation de handicap peut découler de l'interaction entre les caractéristiques de cette personne et le contexte dans lequel elle évolue.

⁴ À noter que les habitudes de vie n'ont pas le même sens dans le PPH que le sens souvent donné en santé publique. Il s'agit ici de décrire une activité de la vie courante ou un rôle social qui « assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence » (Fougeyrollas et collab., 1998).

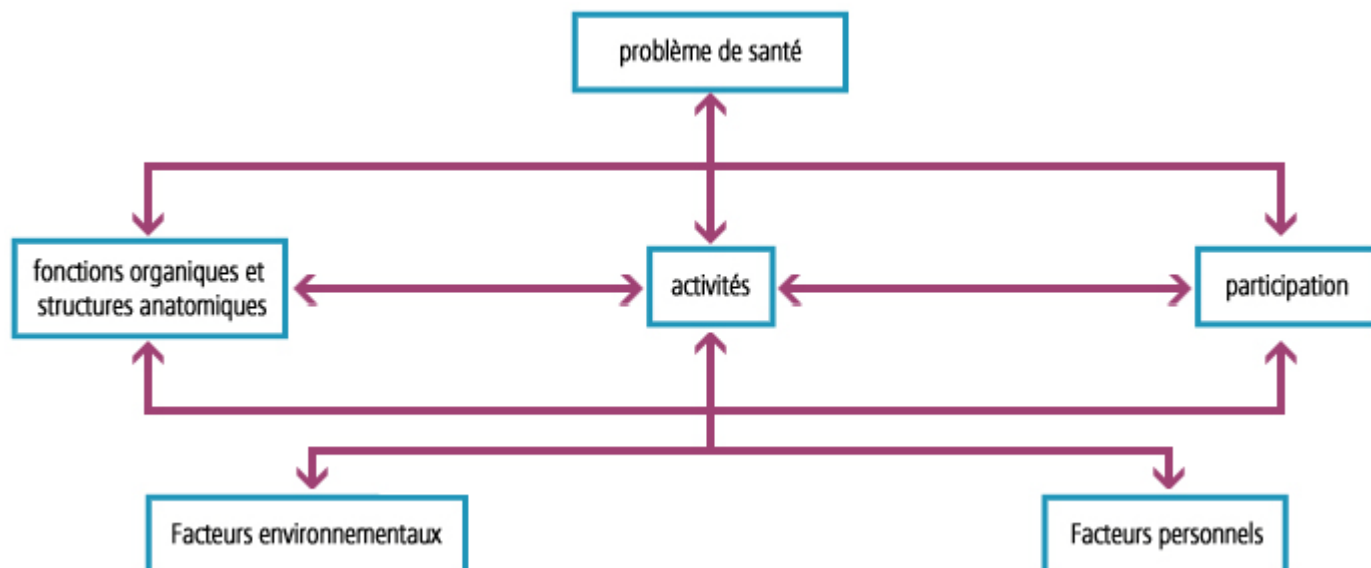


Source : Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., St-Michel, G., Côté, J., Côté, M., Boucher, N., Roy, K., Rémillard, M.-B. (1998) Classification québécoise. Processus de production du handicap. Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH), Lac-St-Charles.

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)

Le schéma de la CIF prend la forme d'une relation linéaire bidirectionnelle qui relie les *fonctions organiques et structures anatomiques*, les *activités* et la *participation*. Ces trois composantes peuvent subir l'influence d'un *problème de santé* en même temps que d'être influencés par les *facteurs environnementaux* et les *facteurs personnels*.

Les *fonctions organiques et structures anatomiques* font référence aux fonctions physiques et mentales des divers systèmes de l'organisme de même qu'aux différentes parties du corps. La *déficience* est un problème d'une fonction organique ou d'une structure anatomique : elle décrit un écart entre l'état biomédical observé et celui auquel l'on peut s'attendre « normalement ». Les *activités* sont des tâches ou des actions réalisées en tant qu'individus alors que la *participation* décrit le fonctionnement des personnes en tant qu'êtres sociaux. Les activités et la participation font l'objet d'une classification à partir d'une liste unique et sont décrites en terme de *capacité* (c.-à-d. l'aptitude qu'a un individu à effectuer une tâche ou à mener une action dans un environnement « normalisé », soit en l'absence des influences de son contexte de vie réel), ou encore en terme de *performance* (c.-à-d. ce qu'un individu fait dans son cadre de vie réel). Les *limitations d'activités* font référence à une difficulté dans l'exécution d'une tâche ou d'une action alors que les *restrictions de participation* décrivent des contraintes rencontrées par les individus dans les situations de vie réelle.



Source : [Organisation Mondiale de la Santé \(2001\) Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.](#)

Indicateurs du handicap

Les publications scientifiques faisant état de recherches en sciences de la santé contiennent plusieurs mesures du handicap. Notons toutefois que certains de ces instruments considèrent simultanément des aspects associés à différents concepts (voir la description des fondements conceptuels). Voici quelques-unes des échelles de mesures les plus courantes.

[SMAF](#)

[MHAVIE et MQE](#)

[MIF](#)

[MoCA](#)

[MMSE](#)

[WHODAS](#)

[Groupe de Washington](#)

[Katz](#)

[Lawton & Brody](#)

[Rosow & Breslau](#)

[Nagi](#)

[Karnofsky](#)

SMAF

Le Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie (PRISMA) de l'Université de Sherbrooke a développé le SMAF (Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle) qui est maintenant implanté dans le réseau de la santé québécois. Le SMAF est basé sur la CIDIH et il évalue 29 éléments (activités de la vie quotidiennes, activités instrumentales de la vie quotidiennes, mobilité, fonctions cognitives, etc.). Il est accompagné de l'outil Iso-SMAF qui se veut un outil d'aide à la gestion des interventions en catégorisant les individus dans l'un des 14 profils déterminés par l'intensité et le type de services requis pour le maintien de l'autonomie.

[SMAF](#)

[Iso-SMAF](#)

MHAVIE et MQE

Le Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH) a développé deux instruments de mesure conçus pour opérationnaliser les concepts du PPH : le MHAVIE (Mesure des HABitudes de VIE) et le MQE (Mesure de la Qualité de l'Environnement). Avec le MHAVIE, chaque habitude de vie (p. ex. préparation d'un repas, déplacement sur de courtes distances, participation aux activités et aux organisations du milieu) est évaluée en termes de niveau de réalisation, type d'aide requis et niveau de satisfaction de la personne. L'instrument existe en différentes versions : courte (16 items), abrégée (77 items) et détaillée (242 items) pour les adultes et aussi pour les enfants (différents groupes d'âge). Le MQE est un instrument qui recueille la perception de l'environnement (accessibilité des rues ou trottoirs, climat, politiques, attitudes de l'entourage, etc.) et catégorise chacune des dimensions selon un niveau d'appréciation (d'obstacle majeur à facilitateur majeur). Il est disponible en version courte (26 items) et en version longue (109 items).

[MAHVIE](#)

[MQE](#)

MIF

La mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) a été développée par Keith et collab. en 1987. Elle consiste en l'évaluation de 18 éléments décrivant les soins personnels, le contrôle de sphincters, les transferts, la locomotion, la communication et la conscience du monde extérieur. Chaque aspect est évalué sur une échelle d'indépendance comprenant 7 niveaux. Des points sont accordés selon le niveau d'indépendance et la mesure globale est obtenue par sommation des points attribués à chaque élément évalué.

Source : Keith, R. A., Granger, C. V., Hamilton, B. B., & Sherwin, F. S. (1987). The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. *Advances in Clinical Rehabilitation*, 1 : 6-18.

MoCA

Le Montreal cognitive assessment ([MoCA](#)) évalue la présence de problèmes cognitifs légers. Il porte sur les fonctions suivantes : l'attention, la concentration, les fonctions exécutives, la mémoire, le langage, les capacités visuoconstructives, les capacités d'abstraction, le calcul et l'orientation. Il est fait de onze exercices et un score global est obtenu par la sommation de points attribués (en nombre variable) à chacun des exercices.



MMSE

Le Mini-Mental State Examination (MMSE) est couramment utilisé pour identifier les troubles de la mémoire et les démences. Il porte sur l'orientation, l'apprentissage, l'attention et le calcul, la rétention mnésique, le langage et les praxies constructives. Il comporte vingt questions et un score global est obtenu par la sommation de points attribués (en nombre variable) à chacune des questions.

Source : Folstein M.F., Folstein S.E. & McHugh P.R. (1975) "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Research*, 12:189-198.

Crum R.M., Anthony J.C., Bassett S.S. & Folstein M.F.. (1993) Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 269(18):2386-2391.

WHODAS

Le WHODAS (*World [Health Organization Disability Assessment Schedule](#)*) a été développé pour opérationnaliser les concepts de la CIF. L'outil existe dans deux versions, une version évaluant 36 éléments et une version courte portant sur douze éléments. Pour chacun des éléments, un répondant est questionné sur le niveau de difficulté (aucune, faible, modérée, sévère et extrême/ne peut pas faire) qu'il a eue en exécutant l'activité dans les derniers 30 jours. Dans sa version courte, l'échelle porte sur les activités suivantes :

1. Être debout durant une longue période (30 minutes)
2. Assumer ses responsabilités domestiques
3. Apprendre une nouvelle tâche, par exemple se rendre à un nouvel endroit
4. Participer à une activité de groupe ou communautaire
5. La façon dont l'état de santé a influencé les émotions
6. Concentration sur une tâche durant 10 minutes
7. Marcher une longue distance (1 kilomètre)
8. Se laver en entier
9. S'habiller
10. Interagir avec des inconnus
11. Maintenir une amitié
12. Le travail de tous les jours

Groupe de Washington

Ce groupe d'experts parrainé par les Nations Unies a pour objectif de produire un [ensemble de questions](#) pouvant être intégrées à des recensements ou enquêtes et qui mesurent le handicap d'une façon compatible avec la CIF. Un ensemble de six questions a été proposé, pour lesquelles les répondants doivent indiquer leur niveau de difficulté (aucune, un peu, beaucoup ou ne peut pas faire) :

1. Avez-vous de la difficulté à voir, même avec des lunettes?
2. ... à entendre, même avec prothèse auditive?
3. ... à marcher ou à monter des escaliers?
4. ... avec votre mémoire ou à vous concentrer?
5. ... (avec les soins personnels tel que) vous laver en entier ou vous habiller?
6. Dans votre langue habituelle, avez-vous de la difficulté à communiquer, par exemple à comprendre ou à être compris?

Katz

Cette échelle est parmi les plus courantes dans les études gérontologiques. Elle porte sur les activités de la vie quotidiennes (AVQ; en anglais, *activities of daily living* ou ADL) et comporte plusieurs dimensions : hygiène, habillement, aller aux toilettes, locomotion, alimentation et continence (cette dernière est parfois exclue par des chercheurs). Ces dimensions sont parfois évaluées en niveau de dépendance (indépendant, besoin d'aide ou dépendant) ou encore évaluées de façon dichotomique (capable ou incapable). Des points sont accordés à chacune des dimensions (p. ex. incapable = 1 point, capable = 0 point) et une somme faite sur l'ensemble des dimensions permet de quantifier le niveau d'incapacité d'un individu.

Source : Katz, S., Ford, A.B., Moscovitz, R.W., Jackson, B.A. & Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged: The index of ADL: A standardized measure of biological and physiological function. *Journal of American Medical Association*, 185:914-919.

Lawton & Brody

Il s'agit, comme celle de Katz, d'une des échelles les plus courantes. Elle porte sur les activités *instrumentales* de la vie quotidiennes (AIVQ; en anglais, *instrumental activities of daily living* ou IADL). Il s'agit aussi d'une échelle multidimensionnelle dont l'évaluation peut être faite selon des niveaux de dépendance ou de façon dichotomique. L'échelle de Lawton & Brody comprend les dimensions suivantes : utiliser le téléphone, faire les courses, utiliser les moyens de transports, gérer ses médicaments et gérer ses finances personnelles.

Source : Lawton, M.P. & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9: 179-186.

Rosow & Breslau

Dans sa version originale, cette échelle évaluait le niveau d'aisance (ne peut pas, est limité, n'est pas limité) des personnes âgées sur les 6 dimensions suivantes : travaux ménagers lourds, tels que pelleter de la neige ou laver les murs; travail rémunéré ou entretien du foyer à temps plein; marcher un demi mile; aller au cinéma, à l'église, à des rencontres ou visiter des amis; monter et descendre un escalier. L'échelle est encore utilisée aujourd'hui mais elle souvent limitée à 3 dimensions (escaliers; marcher un demi mile; travaux ménagers lourds).



Nagi

Le travail de Nagi est souvent cité comme référence dans des recherches qui considèrent un moins grand nombre de dimensions que Nagi l'a fait dans son travail original (on réfère surtout à Nagi pour un nombre limité de dimensions liées à des activités physiques). Dans sa publication originale, Nagi fait état d'une analyse qui a donné lieu à deux échelles de performance physique et émotionnelle, selon ses termes. Elles sont issues d'une démarche statistique (analyse factorielle) qui résume en deux dimensions (physique et émotionnelle) l'ensemble des éléments suivants qui sont chacun décrits par un niveau de difficulté (aucune, un peu ou beaucoup) :

1. Difficulté à rester debout longtemps
2. Difficulté à soulever et transporter un objet d'environ 10 livres
3. Difficulté à monter et descendre un escalier
4. Difficulté à marcher
5. Difficulté à s'accroupir, se pencher ou s'agenouiller
6. Difficulté à utiliser les mains ou les doigts
7. Difficulté à atteindre un objet en allongeant (*to reach with*) un ou les deux bras
8. Nervosité, anxiété, tension et dépression
9. Troubles du sommeil
10. Préoccupation par la moiteur des mains et la transpiration
11. Forts battements du cœur même sans faire d'effort physique intense
12. Douleurs et inflammations à différents endroits du corps
13. Faiblesse, facilement fatigué, manque d'énergie
14. Souffle court, difficulté à respirer même sans effort physique intense

Source : Nagi, S.Z. (1976). An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 54: 439-467.

Karnofsky

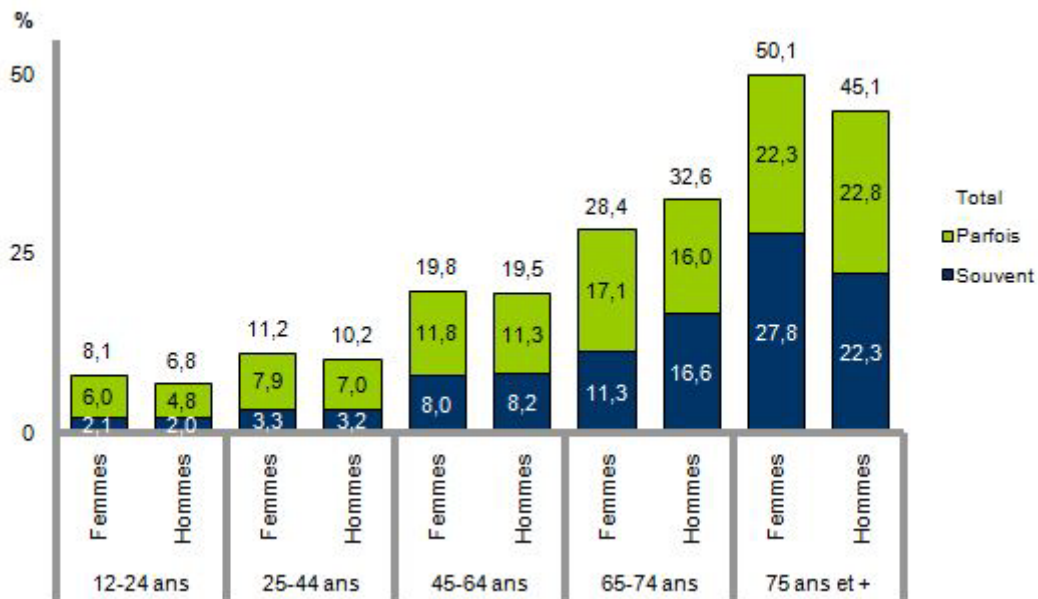
Il s'agit d'une échelle hiérarchique développée par Karnofsky et collab. qui est basée sur l'opinion d'un clinicien et qui décrit l'état de santé globale d'une personne sur une échelle de 0 à 100 :

- | | |
|-----|--|
| 100 | Apte au travail. Normal; aucune évidence de maladie. |
| 90 | Apte au travail. Peut vaquer aux activités normales; symptômes mineurs. |
| 80 | Apte au travail. Peu vaquer aux activités normales avec ses efforts; quelques symptômes. |
| 70 | Indépendant. Inapte au travail. Autonome pour les soins personnels; incapable de vaquer aux activités normales. |
| 60 | Incapacité; dépendant. Nécessite de l'aide occasionnellement; prendre en charge la plupart des soins personnels. |

- 50 Incapacité modérée; dépendant. Nécessite aide considérable et soins fréquents.
- 40 Incapacité sévère; dépendant. Nécessite de l'aide et des soins spéciaux.
- 30 Incapacité sévère. Hospitalisé, mort non-éminente.
- 20 Très malade. Soins palliatifs nécessaires.
- 10 Moribond. Progression rapide de processus fatals.
- 0 Décédé.

Source : Karnofsky, D.A., Abelmann, W.H., Craver, L.F. & Burchenal, J.H. (1948). The use of nitrogen mustard in the palliative treatment of cancer. *Cancer*, 1: 634-656.

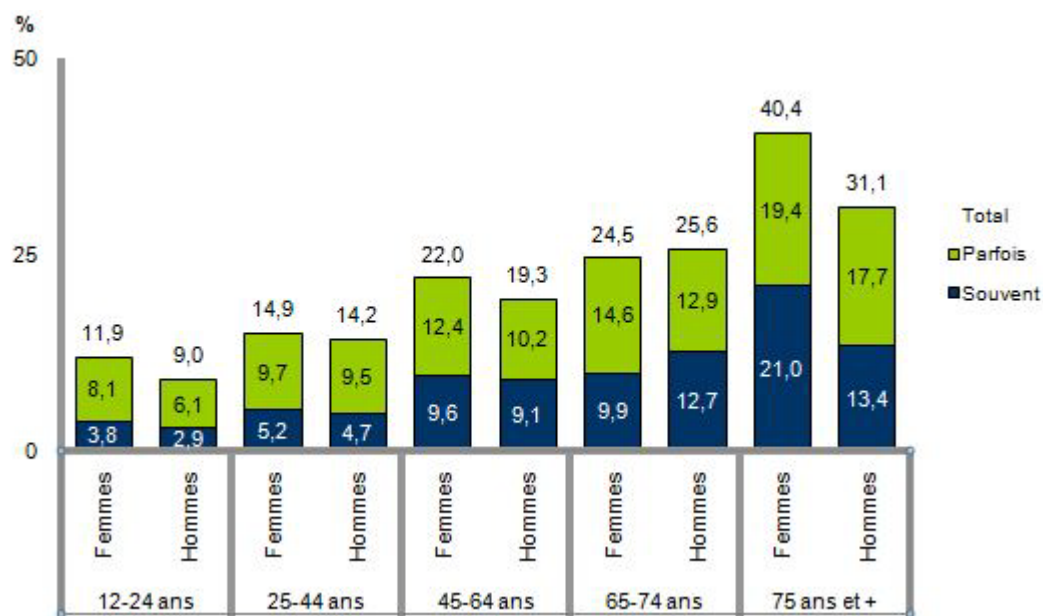
Proportion de la population ayant une incapacité selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2007



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

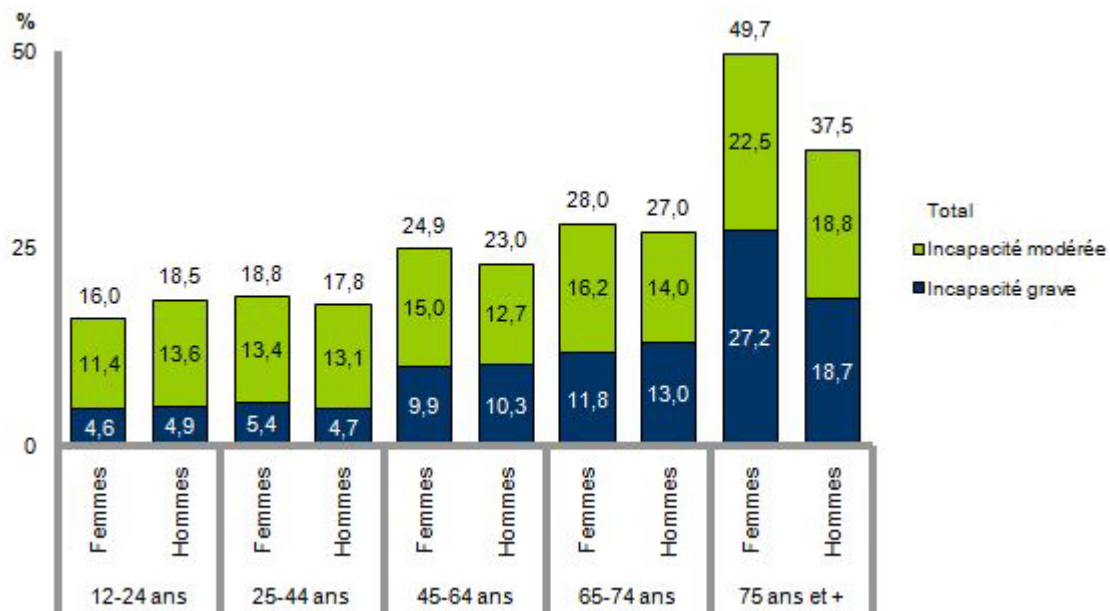


Proportion de la population ayant une limitation d'activités selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2007



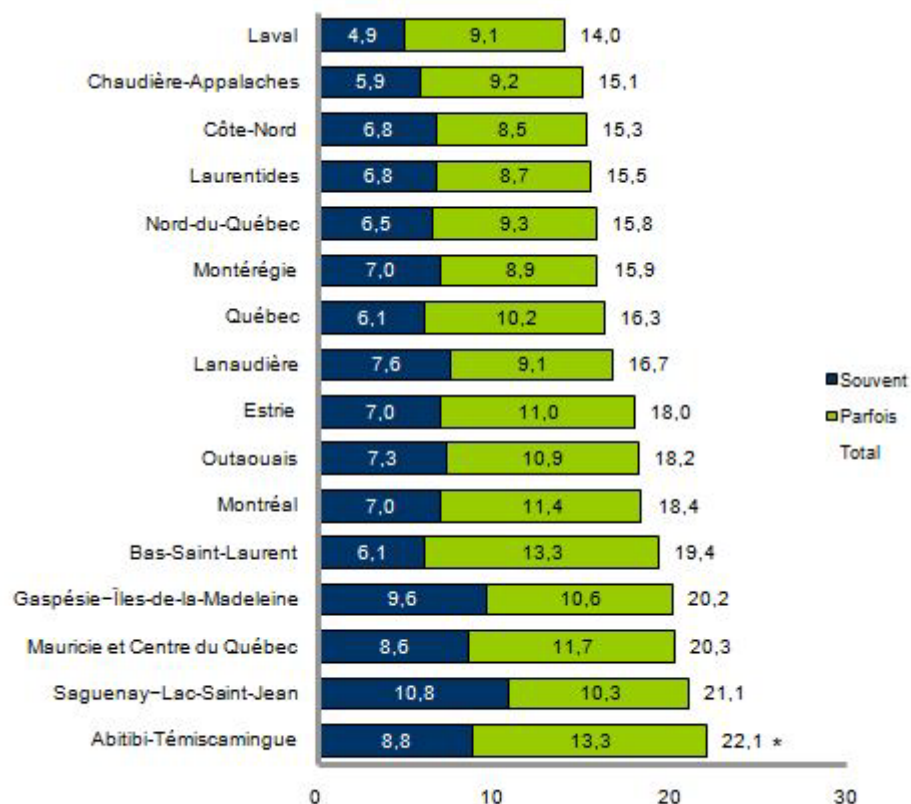
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Proportion de la population ayant un problème de santé fonctionnelle selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2007



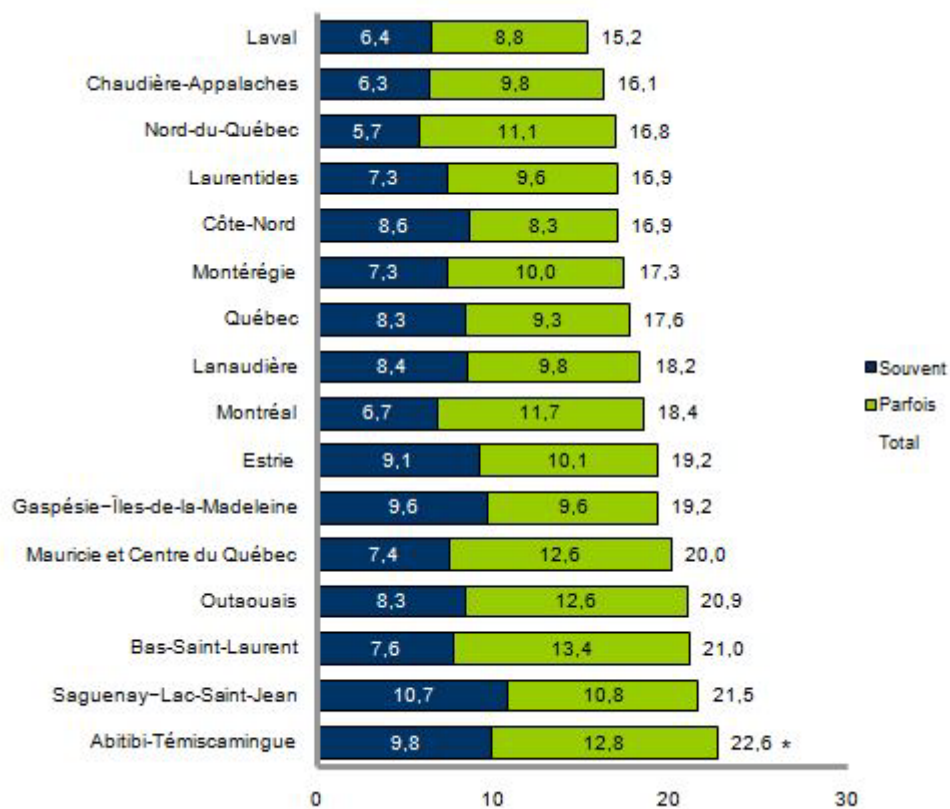
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Proportion de la population de 12 ans et plus ayant une incapacité, régions et Québec, 2007



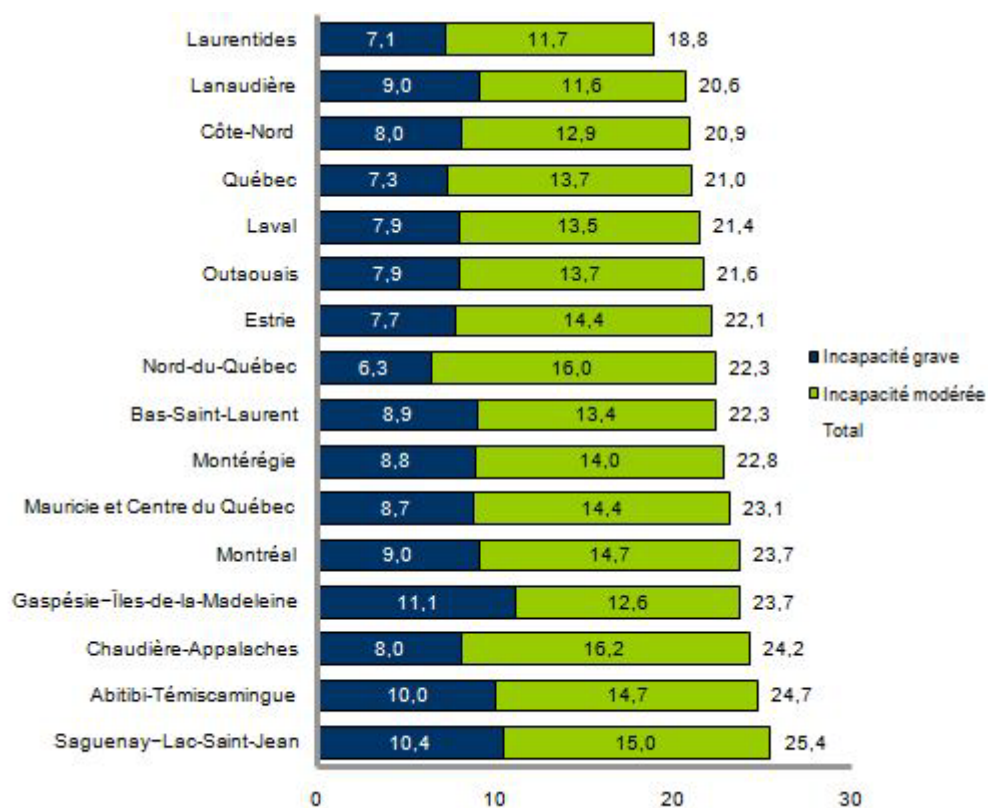
* Statistiquement différent du reste du Québec avec un seuil $\alpha=0,05$ et une correction de Bonferroni.
 Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Proportion de la population de 12 ans et plus ayant une limitation d'activités, régions et Québec, 2007



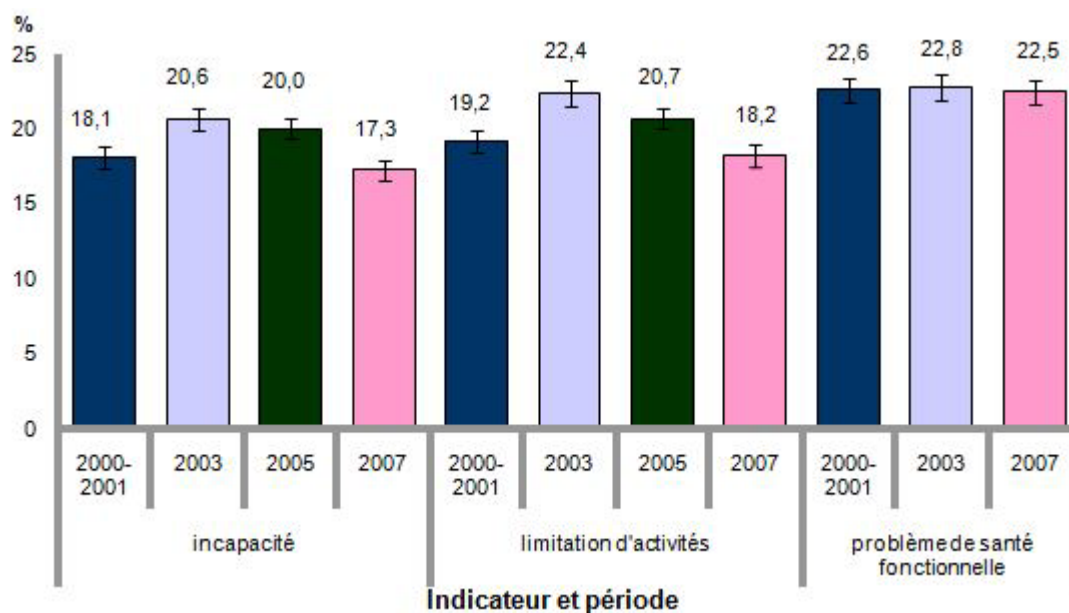
* Statistiquement différent du reste du Québec avec un seuil $\alpha=0,05$ et une correction de Bonferroni.
 Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Proportion de la population de 12 ans et plus ayant un problème de santé fonctionnelle, régions et Québec, 2007



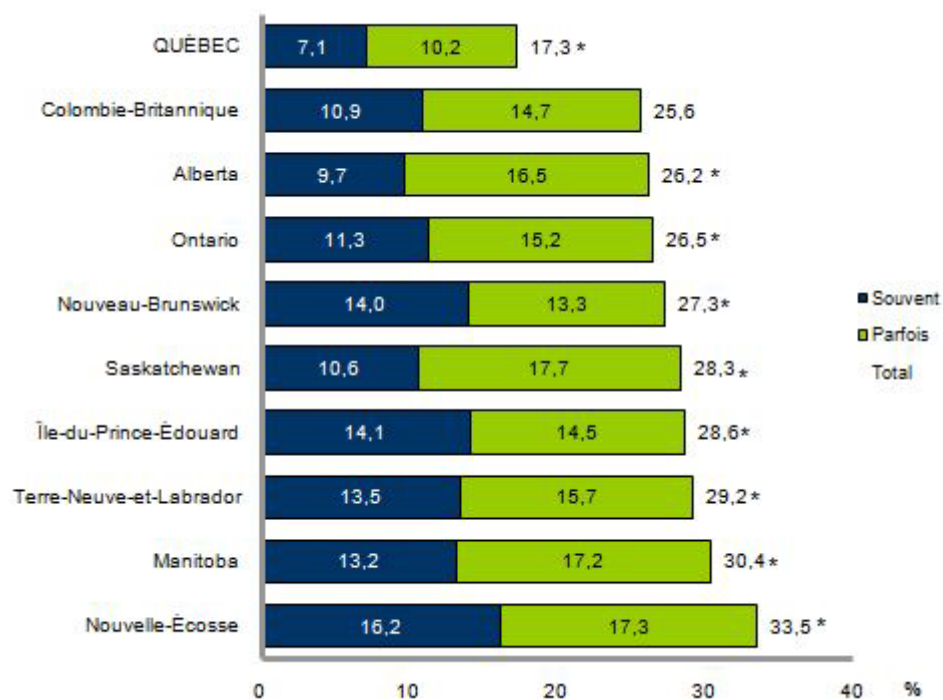
* Statistiquement différent du reste du Québec avec un seuil $\alpha=0,05$ et une correction de Bonferroni.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Proportions de la population de 12 ans et plus ayant une incapacité, une limitation d'activités ou un problème de santé fonctionnelle, Québec, 2000-2001 à 2007



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

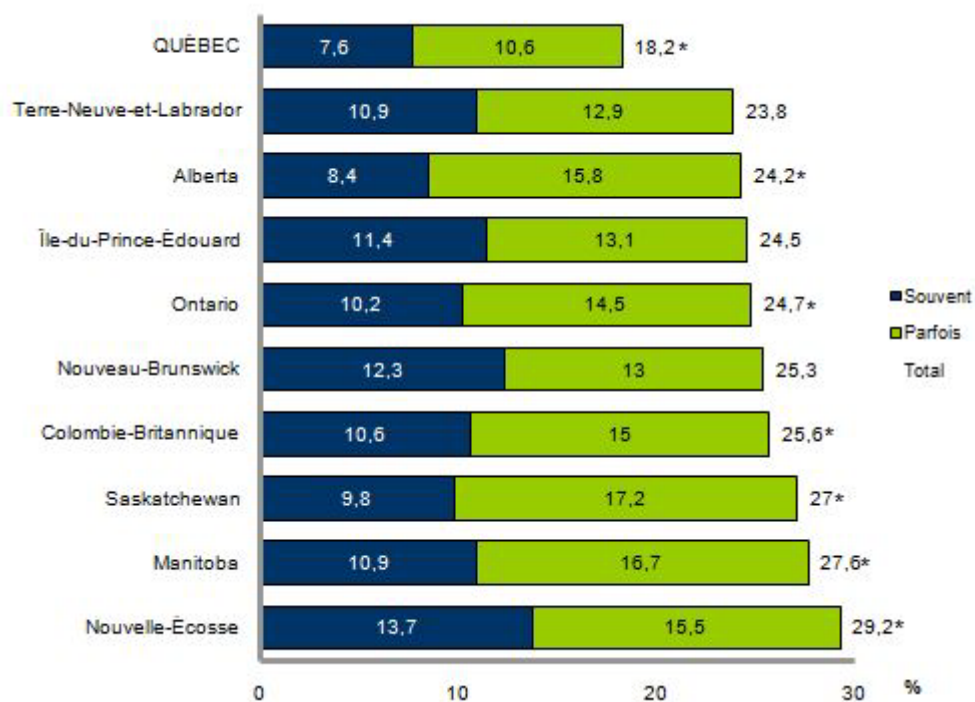
Proportion de la population de 12 ans et plus ayant une incapacité, provinces canadiennes, 2007



* Statistiquement différent du reste du Canada avec un seuil $\alpha=0,05$.

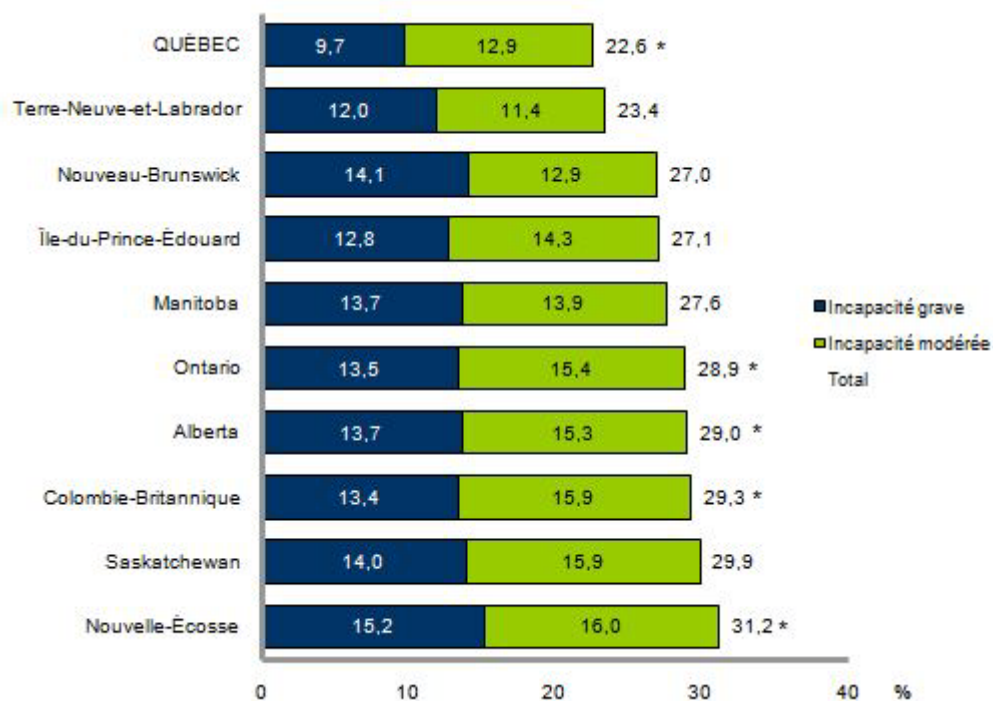
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Proportion de la population de 12 ans et plus ayant une limitation d'activités, provinces canadiennes, 2007



* Statistiquement différent du reste du Canada avec un seuil $\alpha=0,05$.
 Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Proportion de la population de 12 ans et plus ayant un problème de santé fonctionnelle, provinces canadiennes, 2001



* Statistiquement différent du reste du Canada avec un seuil $\alpha=0,05$.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).