

Bien vieillir en établissement de santé

- *Quatre personnes âgées sur 10 vivant dans un établissement de soins de longue durée en 1996-1997 évaluaient positivement leur état de santé.*
- *Après prise en compte des effets de l'âge, du sexe et de la présence de problèmes de santé chroniques, les personnes âgées vivant en établissement qui évaluaient positivement leur état de santé étaient moins susceptibles de décéder, au cours d'une période de six ans, que celles qui percevaient leur état de santé de façon plus négative.*
- *Les personnes âgées étaient plus susceptibles d'évaluer positivement leur état de santé si elles étaient sans douleur et autonomes.*
- *Participer aux activités sociales et se sentir proche d'au moins un membre du personnel étaient des facteurs associés de façon significative à l'autoévaluation positive de la santé des personnes âgées vivant en établissement.*

Résumé

Objectifs

Le présent article porte sur les facteurs associés à l'autoévaluation positive de l'état de santé des personnes âgées vivant en établissement de santé au Canada.

Source des données

Les données transversales et longitudinales proviennent des fichiers des établissements et des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP).

Techniques d'analyse

Les taux de prévalence de l'autoévaluation positive de l'état de santé ont été estimés au moyen des données transversales de l'ENSP de 1996-1997. Des modèles de régression logistique ont permis de cerner les facteurs associés à l'autoévaluation positive de l'état de santé. La disponibilité de données longitudinales provenant de quatre cycles de l'enquête a permis d'examiner la relation entre l'autoévaluation positive de l'état de santé et la mortalité au moyen d'une analyse de données de survie.

Principaux résultats

En 1996-1997, 43 % de la population de 65 ans et plus vivant en établissement ont évalué positivement leur état de santé. Les résidents des établissements qui évaluent positivement leur état de santé présentent un plus faible risque de mortalité. La cote exprimant la possibilité d'une autoévaluation positive de l'état de santé est plus élevée pour les personnes habituellement sans douleur et autonomes. La participation aux activités sociales et de loisirs et le fait d'avoir une relation proche avec au moins un membre du personnel de l'établissement sont associés à une autoévaluation positive de l'état de santé.

Mots-clés

Autoévaluation de l'état de santé, établissements de santé, problèmes de santé chroniques, soutien social.

Auteure

Pamela L. Ramage-Morin (613-951-1760, Pamela.Ramage-Morin@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Pamela L. Ramage-Morin

La population canadienne vieillit. En 2004, 13 % de la population était âgée de 65 ans et plus; en 1971, c'était le cas de juste 8 %¹. La proportion de personnes âgées sera encore plus importante en 2011 lorsque la première génération du baby-boom, celle née en 1946, atteindra 65 ans. Selon les prévisions, en 2051, le quart des Canadiens seront âgés².

Le vieillissement s'accompagne souvent de maladies et d'incapacités qui apparaissent ou s'aggravent ainsi que d'un besoin accru d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne et voir à ses propres soins personnels. Si la plupart des personnes âgées parviennent à continuer de vivre dans la collectivité alors qu'elles requièrent sans cesse plus d'assistance, certaines ont toutefois besoin de soins de longue durée en établissement. Depuis 1981, la proportion de personnes de 65 ans et plus vivant en établissement de santé

Méthodologie

Source des données

Le présent article est fondé sur des données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Lancée en 1994-1995, l'ENSP a trois composantes : les ménages, le Nord et les établissements de santé. La présente étude porte principalement sur cette dernière composante.

La composante des établissements de santé de l'ENSP a permis de recueillir des données auprès de personnes vivant dans des hôpitaux, des établissements de soins infirmiers et des établissements pour personnes handicapées. Les établissements ont été échantillonnés à partir d'une liste d'établissements de soins pour bénéficiaires internes établie par l'Institut canadien d'information sur la santé et d'une liste des hôpitaux tenue à jour par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada. Seuls les établissements comptant au moins quatre lits ont été inclus dans l'échantillon. Les établissements entrant dans le champ de l'enquête ont été stratifiés en trois étapes, d'abord selon la région géographique (cinq régions excluant les territoires), puis selon le type d'établissement (établissements pour personnes âgées, établissements pour les personnes ayant un handicap cognitif et autres établissements de réadaptation) et, finalement, selon la taille (nombre de lits). Le premier cycle de l'ENSP (1994-1995) était transversal, tandis que le deuxième (1996-1997) était à la fois transversal et longitudinal. À compter du cycle 3 (1997-1998), l'ENSP est devenue strictement longitudinale.

Les intervieweurs ont initialement rencontré les administrateurs des établissements pour déterminer quels résidents devraient être interviewés par personne interposée à cause de maladie ou d'incapacité (voir *Réponse par personne interposée*). On a communiqué avec le plus proche parent auquel on a donné le choix de répondre à l'entrevue par procuration ou de demander à un bénévole ou à un membre informé du personnel de le faire. La plupart des entrevues ont eu lieu sur place et une entrevue téléphonique était permise dans le cas où il était impossible d'interviewer une personne interposée sur place.

Pour la population en établissement et la population à domicile, les taux de prévalence étaient fondés sur les fichiers transversaux de l'ENSP de 1996-1997 (cycle 2). Le Fichier des établissements comprend des données sur 2 118 participants à l'enquête, dont 1 711 avaient 65 ans et plus, représentant quelque 185 100 personnes âgées à l'échelle de tout le pays. Pour ce cycle, le taux de réponse des établissements était de 100 % et le taux de réponse individuelle, de 89,9 %. Le Fichier des ménages de 1996-1997 comprend des données sur 81 804 participants à l'enquête, dont 13 363 avaient 65 ans et plus, représentant environ 3,4 millions de personnes âgées. Le taux de réponse pour la personne sélectionnée dans la composante des ménages était de 95,6 %.

Quatre cycles (1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001) de la composante des établissements de santé de l'ENSP, fichier longitudinal, ont été utilisés pour calculer les rapports de risques proportionnels de décès, selon l'autoévaluation de la santé. L'échantillon initial de 2 287 participants à l'enquête a été limité à 1 768 personnes de 65 ans et plus lors du premier cycle (1994-1995) et pour lesquelles des renseignements étaient disponibles à chaque cycle. L'analyse était fondée sur le fichier complet (réponses à chaque cycle), étant donné la disponibilité de poids *bootstrap*. Au cycle 4 (2000-2001), 1 449 personnes étaient décédées, laissant 319 survivants. Les 1 768 participants initiaux représentaient environ 186 300 personnes âgées partout au pays. Au cycle 4, le taux de réponse pour le fichier longitudinal de la composante des établissements était de 99,3 %. Dans ces établissements, les

entrevues ont été achevées dans le cas de 97,6 % des résidents sélectionnés (taux de réponse individuelle).

Des renseignements détaillés sur l'ENSP sont disponibles dans le site Internet de Statistique Canada (<http://www.statcan.ca>).

Outre l'ENSP, des données de recensement depuis 1971 ont permis d'obtenir des renseignements de base sur le nombre et le pourcentage de personnes âgées au Canada ainsi que sur la proportion de la population vivant en établissement de santé. Les projections démographiques ont été produites par la Division de la démographie de Statistique Canada².

Techniques d'analyse

Les taux de prévalence de l'autoévaluation de l'état de santé selon certaines caractéristiques ont été estimés au moyen de données transversales tirées des composantes des établissements de santé et des ménages de l'ENSP de 1996-1997. La composante des établissements a été utilisée pour les besoins de l'analyse de régression logistique multiple afin de modéliser les associations entre certains facteurs et l'autoévaluation de la santé. Certains facteurs n'étaient pas modifiables (certains problèmes de santé physique chroniques), tandis que d'autres pouvaient être modifiés, du moins en partie (réseau social, participation aux activités sociales, autonomie, douleur et problèmes de communication). En outre, l'âge (inclus à titre de variable continue), le sexe et la déclaration par personne interposée ont été inclus dans le modèle. On a examiné des modèles distincts, c'est-à-dire que des groupes de facteurs ont été entrés en blocs, mais seulement le modèle final, qui inclut toutes les variables, est présenté dans cette analyse.

Les rapports de risques proportionnels de décès ont été calculés au moyen de données tirées du Fichier santé longitudinal de la composante des établissements de l'ENSP. Les dates de décès ont été imputées pour 47 personnes déclarées décédées durant l'étude, mais dont la date de décès était non précisée. Ces personnes ont été considérées comme ayant décédé à mi-chemin entre deux cycles. Pour les valeurs manquantes au cycle 2, l'année de décès imputée était l'année de la première entrevue plus un an; pour le cycle 3, elle était l'année de la première entrevue plus trois ans. Il n'y avait pas de dates de décès manquantes pour le cycle 4. Le mois du décès a été imputé au même mois que la première entrevue et le jour du décès a été fixé au premier jour du mois. Une analyse multivariée à risques proportionnels a ensuite été faite pour évaluer l'association entre l'autoévaluation positive de l'état de santé et la durée de survie. Les coefficients du modèle à risques proportionnels représentent une estimation de l'effet sur la durée de survie de chaque covariable entrée dans le modèle. Pour les participants à l'enquête qui sont décédés durant la période de suivi de six ans, la durée de survie a été mesurée comme étant le nombre de jours écoulés entre la date de l'entrevue du cycle 1 et celle du décès survenu à un moment donné avant l'entrevue du cycle 4. Pour les personnes qui ont participé à l'entrevue du cycle 4, la survie a été définie comme étant la différence, exprimée en jours, dans des situations observées au cycle 1 et au cycle 4; après l'entrevue du cycle 4, la durée de survie a été considérée comme étant censurée. Seul un modèle a par conséquent été produit capable de tenir compte de l'effet du sexe, de l'âge (inclus comme variable continue) et de certains problèmes de santé physiques.

Toutes les analyses fondées sur les données d'enquête ont été pondérées en fonction de la répartition selon l'âge et le sexe de la population cible en question. Pour tenir compte des effets du plan d'enquête, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés au moyen de la méthode du *bootstrap*³⁻⁵.

est demeurée relativement stable, soit autour de 7 %⁶. Toutefois, au cours de cette même période, au fur et à mesure que le nombre de personnes âgées a augmenté, le nombre de celles vivant en établissement de santé est passé de 173 000 à plus de 263 000⁶.

Le nombre de lits nécessaires dans les établissements pour être en mesure de répondre aux besoins d'une population vieillissante s'accroît. Selon une projection, plus d'un demi-million de personnes (565 000) auront besoin de soins de longue durée d'ici 2031⁷. D'après les projections démographiques² et si la proportion de personnes âgées vivant en établissement de santé se maintient au taux de 6,7 % établi en 2001, quelque 600 000 à 670 000 Canadiens vivront en établissement de santé d'ici 2051. La demande augmentera vraisemblablement le plus rapidement chez les personnes les plus âgées (85 ans et plus), puisque près du tiers des personnes dans ce groupe d'âge habitent dans un établissement de santé et que, selon les prévisions, le nombre de personnes de 80 ans et plus est appelé à presque quadrupler pour passer à plus de trois millions d'ici 2051².

Parallèlement au besoin croissant de soins en établissement qu'entraîne le vieillissement de la population, la notion de « bien vieillir » prend de plus en plus d'importance. L'idée selon laquelle la satisfaction des personnes à l'égard de la vie diminue inévitablement au cours de leurs vieux jours a été remplacée par la conviction qu'il est possible de maintenir une bonne qualité de vie tout en vieillissant⁸⁻¹¹.

« Bien vieillir » est un concept multidimensionnel qui comprend une composante physique, une composante psychosociale et une composante spirituelle⁸⁻¹². Il a été opérationnalisé à l'aide de mesures objectives et subjectives, par exemple, les problèmes de santé diagnostiqués par un médecin et l'autoévaluation de la santé physique^{10,13}. Pour certains, « bien vieillir » signifie vivre dans la collectivité, point de vue qui exclut automatiquement les résidents des établissements de santé. Pour d'autres, il importe de pouvoir s'adapter aux circonstances telles que les maladies chroniques et le placement en établissement. Bien que les personnes âgées qui vivent dans la collectivité vieillissent mieux que celles qui vivent en établissement, il n'est pas dit que ces dernières ne peuvent bien vieillir¹⁰.

La présente analyse porte sur les personnes âgées vivant en établissement de soins de santé. À l'aide des données transversales et longitudinales tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), elle vise à cerner les facteurs associés au fait de bien vieillir (voir *Méthodologie, Définitions et Limites*). L'approche axée sur le patient est la même

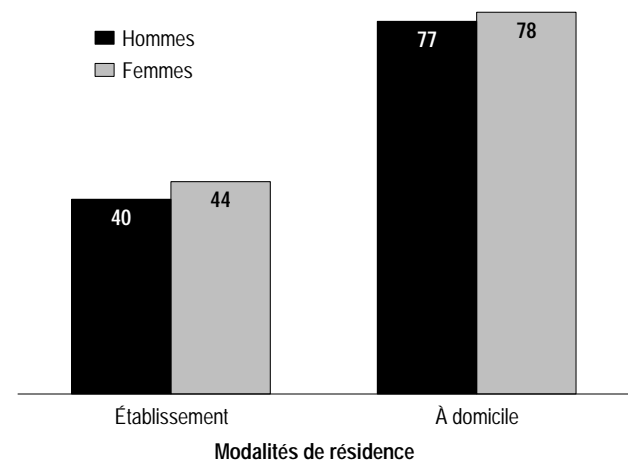
que celle adoptée aux fins d'autres recherches⁹ et, dans la présente étude, les perceptions qu'ont les personnes âgées de leur propre santé générale servent à mesurer le processus qui consiste à vieillir bien.

Signe d'une vieillesse sereine

L'autoévaluation de l'état de santé comme étant bon, très bon ou excellent (ou autoévaluation « positive » de l'état de santé) est utilisée pour identifier les personnes âgées qui sont susceptibles de bien vieillir. L'autoévaluation de l'état de santé est une mesure fiable et valide du bien-être général de la personne et inclut la santé mentale et la santé émotionnelle ainsi que les problèmes de santé physique et les symptômes sous-jacents¹⁴⁻¹⁹. Cet indicateur a été utilisé pour divers groupes d'âge, y compris les personnes âgées^{16,18,20-22}. Toutefois, la plupart des études portent sur les populations à domicile et font abstraction des personnes vivant en établissement^{15,18,20,22,23}.

Les personnes âgées vivant en établissement de santé sont sans contredit beaucoup moins susceptibles d'évaluer positivement leur état de santé que celles vivant à domicile (graphique 1) (voir *Réponse par personne interposée*). Toutefois, une proportion considérable de personnes âgées vivant en établissement, soit 43 %, ont déclaré que leur santé est bonne, très bonne ou excellente. Contrairement aux résultats de certaines études antérieures²¹, la

Graphique 1
Pourcentage de personnes dont l'autoévaluation de l'état de santé est positive, selon le sexe et les modalités de résidence, population de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillons transversaux, composantes des ménages et des établissements de santé

proportion d'hommes qui évaluent positivement leur état de santé ne diffère pas de celle des femmes. Même après prise en compte d'éventuelles variables confusionnelles, comme l'âge et l'état de santé, les cotes exprimant la possibilité d'une autoévaluation positive de l'état de santé ne révèlent pas de différences entre les hommes et les femmes (tableau 1).

Les personnes plus âgées sont les plus positives

Bien que le vieillissement soit souvent synonyme d'une perception plus négative de la santé¹⁸, ce n'est pas

toujours le cas^{17,19}. En fait, d'après les données de l'ENSP, les personnes les plus âgées (85 ans et plus) vivant en établissement de santé sont plus susceptibles que les résidents plus jeunes (65 à 84 ans) d'évaluer positivement leur état de santé (graphique 2). Même lorsque les autres facteurs sont pris en compte, la cote exprimant la possibilité d'une autoévaluation positive de l'état de santé est plus élevée à mesure que les résidents vieillissent (tableau 1). Le contraire s'observe parmi les personnes âgées vivant à domicile, celles plus âgées étant beaucoup plus susceptibles que celles plus jeunes de déclarer un état de santé passable ou mauvais (graphique 2).

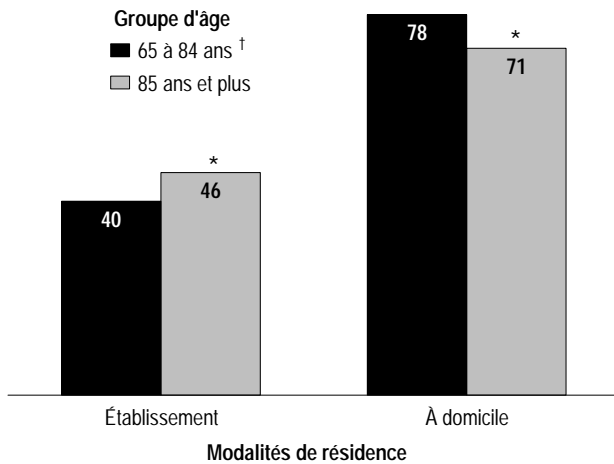
Tableau 1
Prévalence et rapports de cotes corrigés en ce qui a trait à l'autoévaluation positive de l'état de santé selon certaines caractéristiques, population de 65 ans et plus vivant en établissement, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	%	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %		%	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Total	42,8	...	...	Autonome			
Sexe				Oui	66,0*	1,7*	1,1- 2,6
Hommes†	40,5	1,0	...	Non†	37,3	1,0	...
Femmes	43,6	1,1	0,8- 1,5	Sans douleur			
Groupe d'âge				Oui	52,5*	2,6*	1,9- 3,4
65 à 84 ans†	39,8	...	...	Non†	29,9	1,0	...
85 ans et plus	45,7*	...	...	Problèmes de communication			
Âge (variable continue)	...	1,04*	1,02-1,06	Oui	36,2*	0,9	0,7- 1,1
Réponse par procuration				Non†	50,0	1,0	...
Oui	34,3*	0,7*	0,5- 0,9	Réseau social			
Non†	55,4	1,0	...	Membre(s) du personnel proche(s)			
Problèmes de santé chroniques				Oui	48,0*	1,3*	1,0- 1,8
Maladie d'Alzheimer				Non†	40,8	1,0	...
Oui	35,8*	0,8	0,6- 1,1	Données manquantes	...	0,9	0,6- 1,4
Non†	48,2	1,0	...	Ami(s) proche(s) à l'intérieur de l'établissement			
Arthrite/rhumatisme				Oui	47,4*	0,9	0,7- 1,2
Oui	39,3*	0,8	0,6- 1,1	Non†	41,4	1,0	...
Non†	47,0	1,0	...	Données manquantes	...	1,3	0,8- 2,3
Cataracte				Parent(s) ou ami(s) proche(s) à l'extérieur de l'établissement			
Oui	35,4*	0,6*	0,4- 0,8	Oui	43,2	0,7	0,4- 1,2
Non†	46,6	1,0	...	Non†	47,5	1,0	...
Diabète				Données manquantes	...	0,4	0,1- 1,1
Oui	27,5*	0,5*	0,3- 0,8	Participation à des activités sociales			
Non†	45,9	1,0	...	Quotidiennement	56,5*	2,4*	1,4- 3,9
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral				Au moins une fois par semaine	49,3*	1,8*	1,3- 2,5
Oui	29,0*	0,7*	0,5- 1,0	Au moins une fois par mois	45,8*	2,1*	1,3- 3,4
Non†	47,3	1,0	...	Moins d'une fois par mois	44,2*	1,4	0,9- 2,2
Maladie cardiaque				Jamais†	29,6	1,0	...
Oui	31,4*	0,7*	0,5- 0,9				
Non†	47,3	1,0	...				
Incontinence urinaire/ troubles intestinaux							
Oui	35,0*	0,7*	0,5- 0,9				
Non†	55,1	1,0	...				

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, composante des établissements de santé
 Nota : Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont la borne inférieure ou supérieure de l'intervalle de confiance est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs.
 † Catégorie de référence.
 * Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p < 0,05).
 ... N'ayant pas lieu de figurer.

Graphique 2

Pourcentage de personnes dont l'autoévaluation de l'état de santé est positive, selon le groupe d'âge et les modalités de résidence, population de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillons transversaux, composantes des ménages et des établissements de santé
 † Catégorie de référence.
 * Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

Tableau 2

Rapports corrigés de risques proportionnels de décès d'ici 2000-2001, selon certaines caractéristiques, population de 65 ans et plus vivant en établissement en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Rapport de risques proportionnels	Intervalle de confiance de 95 %
Autoévaluation de l'état de santé		
Bonne/très bonne/excellente	0,6*	0,6- 0,7
Passable/mauvaise [†]	1,0	...
Sexe		
Hommes [†]	1,0	...
Femmes	0,6*	0,5- 0,7
Âge (variable continue)	1,05*	1,04-1,06
Problèmes de santé physique chroniques		
Maladie d'Alzheimer	1,1	1,0- 1,3
Arthrite/rhumatisme	0,9	0,8- 1,0
Cataracte	1,1	1,0- 1,3
Diabète	1,2*	1,0- 1,4
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	1,2*	1,1- 1,4
Maladie cardiaque	1,0	0,9- 1,1
Incontinence urinaire/troubles intestinaux	1,2*	1,1- 1,4

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001, échantillon longitudinal, composante des établissements de santé

Nota : Les données ayant été arrondies, un rapport de risques dont la borne inférieure de l'intervalle de confiance est égale à 1,0 est statistiquement significatif.

[†] Catégorie de référence. Lorsqu'elle n'est pas indiquée, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour le diabète est pas de diagnostic de diabète déclaré.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Cette tendance reflète l'idée selon laquelle les gens évaluent avant tout leur santé par rapport aux circonstances qui les occupent, à leurs attentes et par rapport aux personnes qui connaissent des situations semblables^{17,19,21}. La situation des personnes âgées qui vivent en établissement diffère beaucoup de celle des personnes âgées qui vivent dans la collectivité. Atteindre un âge avancé peut, à lui seul, donner le sentiment d'être au nombre des résidents d'établissement « en meilleure santé ». En outre, le pourcentage relativement élevé des résidents très âgés des établissements de santé qui évaluent positivement leur état de santé tient peut-être à un effet de « survivant en bonne santé » : ceux de 85 ans et plus sont peut-être plus robustes et bon nombre de ceux qui étaient en moins bonne santé sont déjà décédés¹⁸. Ou bien, l'autoévaluation de l'état de santé peut dépendre davantage d'un changement survenu dans l'état de santé que du niveau de santé réel avant ou après ce changement^{17,18}. Les aînés plus jeunes dont la détérioration de la santé a entraîné un placement récent en établissement peuvent avoir une perception plus pessimiste de leur santé que ceux qui vivent en établissement depuis plus longtemps. Le placement en établissement peut être une transition particulièrement difficile, car il représente souvent une « solution de dernier recours » où la personne peut abandonner son image de soi de membre autonome et productif de la société²⁴.

Autoévaluation de l'état de santé et mortalité

Des études portant sur des échantillons de personnes dans la collectivité ont révélé que l'autoévaluation de l'état de santé est un prédicteur de la mortalité^{17,20,21,25,26}. Selon les données de l'ENSP, cette relation prévaut aussi parmi la population vivant en établissement. Les personnes âgées qui ont évalué positivement leur état de santé en 1994-1995 étaient moins susceptibles de décéder au cours des six années suivantes que celles qui ont évalué leur état de santé comme étant mauvais, même après prise en compte de l'âge, du sexe et des problèmes de santé physique (tableau 2).

La puissance et la cohérence de l'autoévaluation de l'état de santé comme prédicteur de la mortalité tiennent vraisemblablement à sa capacité de rendre compte de toute une série de renseignements autrement difficiles à saisir par le biais de mesures objectives de la santé. De tels renseignements comprennent notamment les premiers symptômes d'une maladie, la gravité des problèmes de santé diagnostiqués, la disponibilité de ressources dont les réseaux sociaux et le soutien, les antécédents familiaux et d'autres facteurs pouvant influencer sur la mortalité à court et à plus long terme^{17,20,25}.

Définitions

L'*autoévaluation de l'état de santé* est fondée sur la question : « En général, diriez-vous que votre santé est... » Les cinq catégories de réponse ont été combinées, les réponses « bonne », « très bonne » et « excellente » correspondant à une autoévaluation « positive » de l'état de santé, et les réponses « passable » et « bonne » représentant une autoévaluation « négative » de l'état de santé.

La présence d'un *problème de santé chronique* a été déterminée en demandant aux participants à l'enquête si un médecin a diagnostiqué chez eux une maladie chronique ayant persisté ou devant persister durant au moins six mois. On a lu aux participants une liste de problèmes de santé incluant la maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence cérébrale, l'arthrite, le rhumatisme, la cataracte, le diabète, les séquelles d'un accident vasculaire cérébral, la maladie cardiaque, l'incontinence urinaire et les troubles intestinaux.

Les personnes âgées étaient considérées comme *autonomes* si elles n'avaient pas besoin de l'aide d'une autre personne pour l'une des activités suivantes :

- soins personnels (prendre un bain, s'habiller ou manger);
- se déplacer dans l'établissement;
- se mettre au lit ou en sortir;
- s'asseoir dans un fauteuil ou un fauteuil roulant et s'en lever.

Les personnes âgées ont été considérées comme étant *sans douleur* si elles avaient répondu « oui » à la question : « Habituellement, êtes-vous sans douleurs ou malaises? »

Des variables dérivées pour les problèmes d'élocution et d'audition ont été utilisées pour cerner les personnes âgées qui ont déclaré avoir un *problème de communication*. Dans l'Enquête nationale sur la santé de la population, on utilise une série de questions pour calculer une variable ordinale comprenant des catégories allant de « pas de problème d'élocution » (1) à « non compris(e) par des connaissances » (5). De même, les catégories pour l'audition vont de « pas de problème » (1) à « complètement sourd(e) » (7). Entre ces deux extrêmes se situent des problèmes de divers degrés de sévérité qui sont corrigés ou qui ne le sont pas. Les personnes âgées ayant un problème quelconque d'élocution ou d'audition (catégorie de réponse supérieure à 1) étaient considérées comme ayant un problème de communication.

Trois variables relatives au *réseau social* ont été dérivées des quatre questions suivantes :

- « Avec combien de membres du personnel de cet établissement avez-vous des rapports étroits, c'est-à-dire avec lesquels vous vous sentez à l'aise ou vous pouvez discuter de questions personnelles? »
- « Sans compter les personnes apparentées ou le personnel de cet établissement, combien d'amis proches comptez-vous vivant à l'intérieur de cet établissement? »
- « Avec combien de membres de la famille vous sentez-vous proches? »
- « Sans compter les personnes apparentées ou le personnel de cet établissement, combien d'amis proches comptez-vous vivant à l'extérieur de cet établissement? »

Pour les membres du personnel et pour les amis vivant à l'intérieur de l'établissement, deux variables dichotomiques ont été créées pour indiquer si le participant à l'enquête avait un ou plusieurs amis proches ou membres du personnel dont il se sentait proche, ou aucune personne dont il se sentait proche. La troisième variable dérivée indique si la personne interrogée se sentait proche d'au moins un parent ou un ami à l'extérieur de l'établissement.

La *participation aux activités sociales* a été déterminée à partir des réponses aux trois questions suivantes :

- « Êtes-vous membre d'un groupe quelconque ou participez-vous à des activités de groupe à l'intérieur de cet établissement, par exemple, un groupe social, un groupe de loisirs, ou des services ou rencontres à caractère religieux? »
- Aux personnes qui ont répondu « oui » à la première question, on a ensuite posé la question suivante : « Combien de fois avez-vous assisté aux réunions ou participé aux activités de ces groupes au cours des 12 derniers mois? Si vous êtes membre de plus d'un groupe, pensez à celui dans lequel vous êtes le plus actif. »
- « Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous quitté l'établissement pour participer à des activités sociales ou récréatives, telles que des sorties, des visites ou des voyages? »

Selon les réponses à ces trois questions, les personnes interrogées ont été classées dans la catégorie de celles participant aux activités sociales quotidiennement, au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, moins d'une fois par mois ou n'y participant pas du tout.

Facteurs associés à l'autoévaluation positive de l'état de santé

La relation entre l'autoévaluation de l'état de santé et la mortalité soulève des questions au sujet des facteurs associés aux perceptions positives. Aider les gens à maintenir ou à améliorer leur évaluation de leur état de santé les aide probablement à bien vieillir. À cet égard, des études antérieures ont fait état des effets des caractéristiques personnelles et de la disponibilité de ressources sur l'autoévaluation de l'état de santé^{18,22,23}.

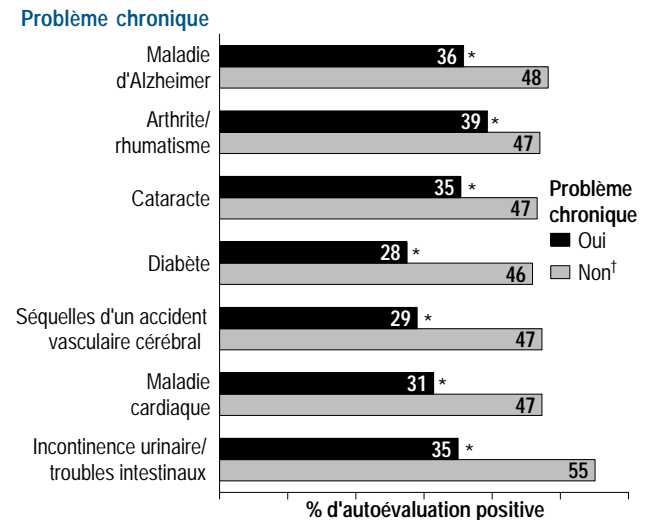
Dans la présente analyse, les facteurs associés à l'autoévaluation de l'état de santé entrent dans l'une des trois catégories suivantes : ceux qui ne peuvent pas être modifiés, ceux qui peuvent l'être, et ceux qui présentent des caractéristiques des deux. Les facteurs non modifiables sont les problèmes de santé chroniques qu'ont souvent les personnes âgées. Même si ces problèmes peuvent être traités, ils ne sont pas modifiables, en ce sens qu'il est difficile de les éliminer. Ces problèmes représentent les circonstances avec lesquelles les personnes âgées doivent composer parce qu'ils tiennent au processus de vieillissement, aux choix de mode de vie faits dans le passé, aux conditions environnementales auxquelles elles étaient exposées dans le passé et à la constitution génétique de la personne elle-même. Le réseau social des participants à l'enquête et leur niveau de participation à la vie sociale sont des facteurs modifiables. Ces facteurs peuvent être modifiés par la personne elle-même, sa famille et ses amis ou par les mesures prises par l'établissement de soins de santé. L'autonomie, la douleur et les problèmes de communication comprennent des éléments modifiables et non modifiables. Ils peuvent tenir à un problème de santé physique non modifiable, mais leurs effets peuvent être modifiés par la prise de médicaments et l'utilisation d'accessoires fonctionnels.

Problèmes de santé physique

À l'instar d'études antérieures^{15,23,27}, les résultats tirés de l'ENSP montrent que les personnes âgées qui ont certains problèmes de santé chroniques sont moins susceptibles d'évaluer positivement leur état de santé (graphique 3). Même après prise en compte d'autres facteurs, la cote exprimant la possibilité d'une autoévaluation positive de l'état de santé est plus faible chez les personnes souffrant d'une maladie cardiaque, d'incontinence, de la cataracte, du diabète ou encore chez celles qui sont aux prises avec les séquelles d'un accident vasculaire cérébral que chez celles qui sont exemptes de tels problèmes de santé (tableau 1). Or, les problèmes de santé sont-ils les seuls facteurs qui influent sur l'autoévaluation de l'état de santé des

Graphique 3

Pourcentage de personnes dont l'autoévaluation de l'état de santé est positive, selon la présence de problèmes de santé chroniques, population de 65 ans et plus vivant en établissement, Canada, territoires non compris, 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, composante des établissements de santé † Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p < 0,05).

personnes âgées ou une autoévaluation positive à cet égard est-elle possible malgré la présence de ces problèmes de santé? Ce sont certes là d'importantes questions.

Réseau social et participation aux activités sociales

Les contacts et les réseaux sociaux influent de façon importante sur la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile^{10,28,29}. Les personnes âgées vivant en établissement de santé ont également besoin de ressources sociales, mais la nature de leurs réseaux et de leurs contacts peut être différente¹⁰.

Selon les données de l'ENSP, les personnes âgées vivant en établissement qui sont proches d'au moins un membre du personnel et celles qui ont au moins un ami intime dans l'établissement ont tendance à évaluer positivement leur état de santé (graphique 4). Lorsque les éventuels facteurs confusionnels sont pris en compte, la cote exprimant la possibilité d'une autoévaluation positive de l'état de santé demeure plus élevée (1,3) pour les personnes âgées qui ont déclaré être proches d'au moins un membre du personnel (tableau 1).

En outre, celles qui participent à des activités sociales sont plus susceptibles d'évaluer positivement leur état de santé (graphique 5, tableau 1). L'activité

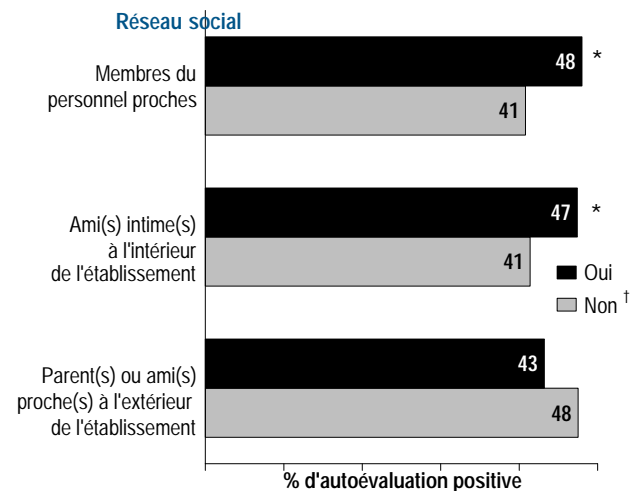
Réponse par personne interposée

Pour des raisons de maladie ou d'autre incapacité, les enquêtes sur les résidents des établissements de santé dépendent souvent de la collaboration des membres du personnel, des membres de la famille ou des amis du participant sélectionné pour répondre à l'entrevue. Ces réponses par personne interposée peuvent causer un problème, particulièrement lorsqu'il s'agit d'obtenir des renseignements sur l'attitude ou l'autoévaluation du participant. Les réponses par personne interposée sont souvent exclues des analyses précisément pour cette raison²⁰. Toutefois, dans le cas de nombreux résidents des établissements de santé, il est nécessaire d'obtenir des réponses par personne interposée. Or le choix qui s'offre en pareil cas est soit d'accepter cette contrainte, soit de faire abstraction de la population vivant en établissement. Dans le cas de l'ENSP de 1996-1997, 59 % des entrevues menées en établissement l'ont été par le biais de personnes interposées, comparativement à 18 % des entrevues menées à domicile pour le même groupe d'âge (65 ans et plus). Les taux de réponse liés aux entrevues menées par personne interposée ne diffèrent pas selon qu'il s'agit d'hommes ou de femmes (données non présentées).

À première vue, l'âge semble être associé au recours à une personne interposée, mais ce lien apparent disparaît lorsque d'autres facteurs sont pris en compte. Il y a par ailleurs certes un lien entre certains problèmes de santé, comme la maladie d'Alzheimer, et le recours à des personnes interposées. Jusqu'à 93 % des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont répondu par personne interposée, comparativement à 37 % des personnes non atteintes de cette maladie. La cote exprimant le risque de réponse par personne interposée est plus élevée, non seulement pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, mais aussi pour celles qui ont des problèmes d'incontinence, des problèmes de communication (audition et/ou élocution) et pour celles qui ont eu un accident vasculaire cérébral (données non présentées).

Il est tenu compte de la réponse par personne interposée dans l'analyse de régression logistique (tableau 1). La cote exprimant la possibilité d'une autoévaluation positive de l'état de santé est significativement plus faible pour les résidents qui ont répondu par personne interposée. Cela peut refléter un niveau de maladie plus élevé chez les personnes qui ont dû répondre par personne interposée. Ou bien, cela peut indiquer que les personnes interposées systématiquement évaluent plus négativement l'état de santé des résidents des établissements que ne le font les résidents qui répondent eux-mêmes.

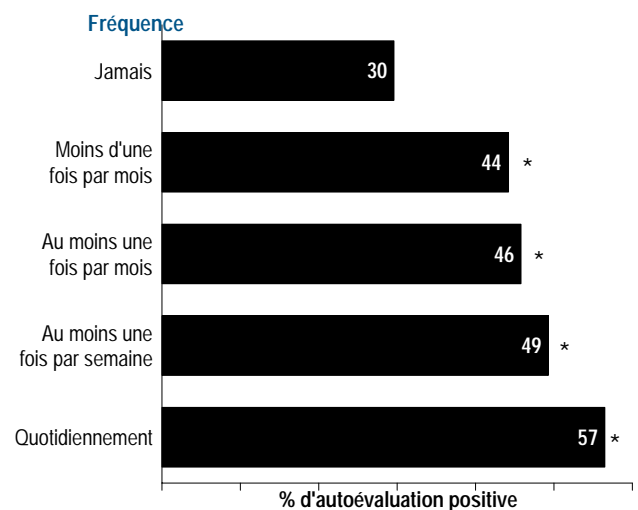
Graphique 4
Pourcentage de personnes dont l'autoévaluation de l'état de santé est positive, selon la disponibilité du réseau social, population de 65 ans et plus vivant en établissement, Canada, territoires non compris, 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, composante des établissements de santé † Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

Graphique 5
Pourcentage de personnes dont l'autoévaluation de l'état de santé est positive, selon la fréquence de la participation à des activités sociales, population de 65 ans et plus vivant en établissement, Canada, territoires non compris, 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, composante des établissements de santé † Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

sociale quotidienne joue un rôle particulièrement important. Même après prise en compte des autres facteurs, la cote exprimant la possibilité d'une autoévaluation positive de l'état de santé est 2,4 fois plus élevée pour les personnes ayant des activités sociales quotidiennes que pour celles ne participant pas à de telles activités.

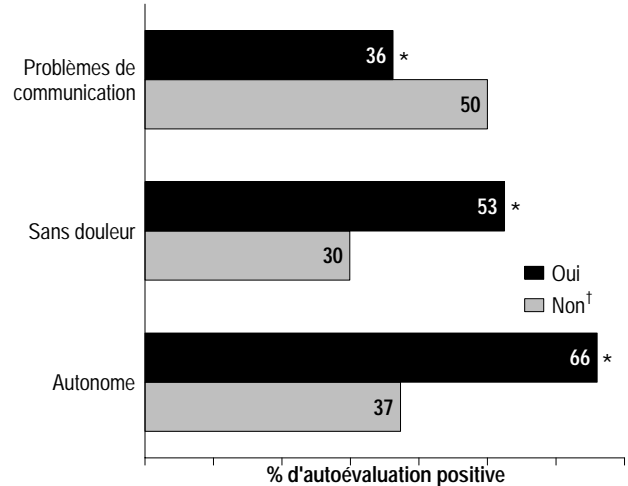
L'établissement de relations proches avec des membres du personnel et la participation aux activités sociales vont généralement de pair. Les membres du personnel qui sont proches des résidents peuvent encourager davantage ces derniers à participer à des activités sociales et de loisirs, tandis qu'un niveau plus élevé de participation offre aux résidents plus d'occasions de connaître les membres du personnel et d'établir des relations proches.

Aucune association ne se dégage entre le fait d'avoir des amis intimes ou des membres de la famille à l'extérieur de l'établissement de santé et l'autoévaluation positive de l'état de santé des résidents (graphique 4, tableau 1). Il n'y a peut-être pas d'association entre ces relations et la perception qu'a une personne de son état de santé, mais il pourrait y avoir d'autres explications. Les réponses pourraient être fondées sur une trop vaste gamme de relations possibles pour montrer une association. Par exemple, un ami intime ou un parent pourrait être un fils ou une fille d'âge adulte qui visite le résident quotidiennement, un ami âgé ou un frère ou une soeur avec lequel le résident ne maintient qu'un contact téléphonique. Ou bien, les seuils de dichotomisation de cette variable (0 contre 1 ou plus d'amis intimes ou de parents) n'étaient peut-être pas appropriés, puisque la plupart des participants à l'enquête (93 %) étaient proches d'au moins une personne à l'extérieur de l'établissement.

Sans douleur, autonome, capable de communiquer

Des études antérieures ont révélé qu'il existe un lien entre, d'une part, la sévérité de la douleur et la variation du niveau de douleur et, d'autre part, l'autoévaluation de la santé^{18,23,30}. Les résultats de l'ENSP sont à l'image des résultats de ces études. Les personnes âgées vivant en établissement sont beaucoup plus susceptibles d'évaluer positivement leur état de santé si elles sont généralement sans douleur (graphique 6). Même après prise en compte des problèmes de santé physique et d'autres facteurs, la cote exprimant la possibilité d'une autoévaluation positive de l'état de santé est plus de deux fois plus élevée chez les personnes âgées qui sont sans douleur (tableau 1). En

Graphique 6
Pourcentage de personnes dont l'autoévaluation de l'état de santé est positive, selon la présence de problèmes de communication, l'absence de douleur et l'autonomie, population de 65 ans et plus vivant en établissement, Canada, territoires non compris, 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, composante des établissements de santé
 † Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

fait, lorsque la douleur est incluse dans le modèle, l'association entre certains problèmes de santé chroniques comme l'arthrite et l'autoévaluation positive de l'état de santé disparaît. Il semble donc que ce ne sont pas toujours les problèmes de santé physiques eux-mêmes mais plutôt les symptômes de douleur inhérents qui sont associés à une autoévaluation négative de l'état de santé.

Les personnes dont l'autonomie est menacée ou réduite sont moins susceptibles d'évaluer positivement leur état de santé. Dans les échantillons communautaires, la cote exprimant la possibilité d'une autoévaluation positive de l'état de santé est plus faible pour les personnes ayant des restrictions ou des limitations d'activité et pour celles ayant une incapacité depuis peu de temps^{18,23}. De même, selon l'analyse des données de l'ENSP, un certain degré d'autonomie est un prédicteur puissant d'une autoévaluation positive de l'état de santé dans la population vivant en établissement. Les personnes âgées qui peuvent se déplacer dans la résidence, se mettre au lit et se lever, et se donner des soins personnels sans l'aide d'autrui sont plus susceptibles d'évaluer positivement leur état

Limites

Dans la composante des établissements de santé de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997, 59 % des entrevues ont eu lieu par personne interposée, comparativement à 18 % dans le cas de la composante des ménages (voir *Réponse par personne interposée*). L'effet d'un éventuel biais de déclaration est inconnu.

On a demandé aux participants à l'enquête si un professionnel de la santé avait diagnostiqué chez eux certains problèmes de santé physiques. La présence de ces problèmes de santé autodéclarés n'a pas été vérifiée par rapport aux dossiers cliniques. En outre, aucun renseignement sur la gravité des problèmes déclarés n'a été fourni.

Les recherches dans le domaine des réseaux sociaux et du soutien social soulignent le besoin de renseignements sur la nature de ces réseaux (leur taille et leur proximité géographique, par exemple) ainsi que sur la qualité du soutien qu'ils offrent³¹. On a demandé aux personnes en établissement de préciser les personnes dont elles se sentaient « proches ». Des renseignements sur les niveaux et les types de soutien social n'étaient pas disponibles. Pour la question « Avec combien de membres du personnel de cet établissement avez-vous des rapports étroits, c'est-à-dire avec lesquels vous vous sentez à l'aise et vous pouvez discuter de questions personnelles? », des renseignements n'étaient pas disponibles pour 21 % des personnes interrogées. Quant aux autres variables liées au réseau social, l'absence de renseignements touchait entre 5 % et 8 % des personnes interrogées. Dans chaque cas, les catégories manquantes ont été incluses dans le modèle de régression logistique pour optimiser la taille de l'échantillon.

Pour les recherches sur les ressources sociales, l'autoévaluation de l'état de santé et la mortalité, des études antérieures ont révélé qu'il est utile d'analyser séparément les hommes et les femmes^{21,32}. Toutefois, les échantillons des établissements de santé étaient trop petits pour permettre de stratifier l'analyse selon le sexe. Le fichier transversal de 1996-1997 comprenait 1 711 participants de 65 ans et plus, dont 457 étaient des hommes. Il en est de même dans le cas du fichier longitudinal utilisé pour l'analyse de survie : 485 des 1 768 participants de 65 ans et plus étaient des hommes.

La prévalence de l'autoévaluation positive de la santé est présentée pour deux groupes d'âge, soit 65 ans à 84 ans et 85 ans et plus. Une ventilation plus poussée selon deux groupes d'âge plus jeune (65 à 74 ans et 75 à 84 ans) dans le Fichier des établissements de santé a donné la même estimation ponctuelle pour l'autoévaluation positive de l'état de santé pour les deux groupes d'âge (39,8 %). Le regroupement des deux groupes d'âge plus jeune n'a entraîné aucune perte d'information et a produit des cellules de taille plus adéquate. Seulement 261 des 1 711 personnes interrogées avaient entre 65 et 74 ans.

de santé (graphique 6, tableau 1). Cette relation se maintient même lorsque les autres facteurs sont pris en compte.

Les interactions significatives sont importantes pour le bien-être général des personnes âgées qui vivent en établissement³³. L'incapacité de bien entendre ou d'être compris constitue généralement un obstacle à la conversation. L'ENSP révèle que 36 % des personnes vivant en établissement qui ont de la difficulté à parler et à être comprises ou qui ont de la difficulté à entendre évaluent positivement leur état de santé, comparativement à 50 % de celles qui ne se heurtent pas à de tels problèmes de communication (graphique 6). Toutefois, ces problèmes perdent de leur signification dans le modèle final, d'autres facteurs permettant de mieux tenir compte de cet effet (tableau 1). Par exemple, il se peut que les problèmes de communication influent sur l'autoévaluation de la santé en raison des conséquences qu'ils peuvent avoir sur les réseaux sociaux et la participation aux activités sociales.

Mot de la fin

L'autoévaluation positive de l'état de santé est un indicateur de la possibilité de bien vieillir chez les personnes âgées vivant en établissement de santé. En 1996-1997, 43 % des aînés placés en établissement ont déclaré que leur santé était bonne, très bonne ou excellente. Or tout indique qu'il importe de tenir compte de la population vivant en établissement dans la définition d'une vieillesse réussie ou du fait de bien vieillir.

Les personnes âgées qui évaluent positivement leur état de santé présentent un risque de mortalité plus faible. Un certain nombre de facteurs associés à l'autoévaluation de la santé sont modifiables, du moins en partie. Selon les résultats de la présente étude, les efforts déployés pour réduire la douleur, accroître l'autonomie, promouvoir la participation aux activités sociales et encourager les relations proches avec les membres du personnel peuvent aider les personnes âgées vivant en établissement de santé à évaluer leur état de santé positivement ou plus positivement et, de ce fait, à bien vieillir. ■

Remerciements

L'auteure remercie Janet Pantalone, gestionnaire d'enquête pour la composante des établissements de santé de l'Enquête nationale sur la santé de la population.

Références

1. Statistique Canada, tableau 051-0001 – Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, données annuelles, disponible à : <http://cansim2.statcan.ca>, site consulté le 10 octobre 2005.
2. M.V. George, S. Loh, R.B.P. Verma *et al.*, *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2000-2026*, Ottawa, 2001 (Statistique Canada, n° 91-520-XPB au catalogue).
3. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
4. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
5. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, Baltimore, Maryland, août 1999.
6. Statistique Canada, *Recensement du Canada*, 1981, 1986, 1991, 1996 et 2001.
7. H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, « Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il ? », *Rapports sur la santé*, 11(4), 2000, p. 55-68 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
8. J.W. Rowe et R. L. Kahn, « Successful aging », *Gerontologist*, 37(4), 1997, p. 433-440.
9. E.A. Phelan et E.B. Larson, « "Successful aging"—where next? », *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(7), 2002, p. 1306-1308.
10. G.T. Reker, « Prospective predictors of successful aging in community-residing and institutionalized Canadian elderly », *Ageing International*, 27(1), 2001, p. 42-64.
11. Conseil consultatif national sur le troisième âge, « Bien vieillir », *Expression, Bulletin du Conseil consultatif national sur le troisième âge*, disponible à : http://www.naca-ccnta.ca/expression/17-4/exp17-4_toc_f.htm, site consulté le 22 juin 2005.
12. M.R. Crowther, M.W. Parker, W.A. Achenbaum *et al.*, « Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: positive spirituality—the forgotten factor », *Gerontologist*, 42(5), 2002, p. 613-620.
13. G.E. Vaillant et K. Mukamal, « Successful aging », *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 2001, p. 839-847.
14. G.L. Maddox et E.B. Douglass, « Self-assessment of health: A longitudinal study of elderly subjects », *Journal of Health and Social Behavior*, 14(1), 1973, p. 87-93.
15. G.A. Kaplan, D.E. Goldberg, S.A. Everson *et al.*, « Perceived health status and morbidity and mortality: Evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study », *International Journal of Epidemiology*, 25(2), 1996, p. 259-265.
16. S. O'Brien Cousins, « Validity and reliability of self-reported health of persons aged 70 and older », *Health Care for Women International*, 18(2), 1997, p. 165-174.
17. E.L. Idler et Y. Benyamini, « Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies », *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 1997, p. 21-37.
18. M. Shields et S. Shooshtari, « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, 13(1), 2001, p. 39-63 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
19. I. Eriksson, A.L. Uden et S. Elofsson, « Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study », *International Journal of Epidemiology*, 30(2), 2001, p. 326-333.
20. J.M. Mossey et E. Shapiro, « Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly », *American Journal of Public Health*, 72(8), 1982, p. 800-808.
21. Y. Benyamini, T. Blumstein, A. Lusky *et al.*, « Gender differences in the self-rated health-mortality association: is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated health that predicts survival? », *Gerontologist*, 43(3), 2003, p. 396-405.
22. T.P. Daaleman, S. Perera et S.A. Studenski, « Religion, spirituality, and health status in geriatric outpatients », *Annals of Family Medicine*, 2(1), 2004, p. 49-53.
23. C.A. Cott, M.A.M. Gignac et E.M. Badley, « Determinants of self-rated health for Canadians with chronic disease and disability », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 1999, p. 731-736.
24. M.B. Sussman, « The family life of old people », *Handbook of Aging and the Social Sciences*, publié sous la direction de R.H. Binstock et E. Shanas, New York, Van Nostrand Reinhold Co., 1976, p. 218-243.
25. G. Kaplan, V. Barell et A. Lusky, « Subjective state of health and survival in elderly adults », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 43(4), 1988, p. S114-S120.
26. E.L. Idler et S. Kasl, « Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality? », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46(2), 1991, p. S55-S65.
27. G.A. Kaplan et T. Camacho, « Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the Human Population Laboratory Cohort », *American Journal of Epidemiology*, 117(3), 1983, p. 292-304.
28. T. Bryant, I. Brown, T. Cogan *et al.*, « What do Canadian seniors say supports their quality of life? Findings from a national participatory research study », *La revue canadienne de santé publique*, 95(4), 2004, p. 299-303.
29. B.H. Kaplan, J.C. Cassel et S. Gore, « Social support and health », *Medical Care*, 15(5, Supplement), 1977, p. 47-58.
30. C.C. Reyes-Gibby, L. Aday et C. Cleeland, « Impact of pain on self-rated health in community-dwelling older adults », *Pain*, 95(1-2), 2002, p. 75-82.
31. L.F. Berkman, « Assessing the physical health effects of social networks and social support », *Annual Review of Public Health*, 5, 1984, p. 413-432.
32. K. Wilkins, « Soutien social et mortalité chez les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 14(3), 2003, p. 23-37 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
33. S.M. Gallagher et M. Keenan, « Extending high rates of meaningful interaction among the elderly in residential care through participation in a specifically designed activity », *Behavioral Interventions*, 15(2), 2000, p. 113-119.