

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il?

Helen Trottier, Laurent Martel, Christian Houle, Jean-Marie Berthelot et Jacques Légaré

Résumé

Objectifs

Le présent article traite de certaines caractéristiques sociodémographiques et de l'état de santé associées au fait de vivre en établissement de soins prolongés plutôt qu'à domicile chez les personnes âgées présentant divers niveaux d'incapacité.

Source des données

Les données proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population réalisée en 1996-1997 par Statistique Canada. Composé de personnes de 65 ans et plus, l'échantillon repose sur 1 711 personnes placées en établissement de soins prolongés et 13 363 personnes vivant à domicile. Les données ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives des 185 100 personnes et des 3,4 millions de personnes âgées vivant respectivement en établissement et à domicile.

Techniques d'analyse

Les données descriptives sont produites d'après les fréquences bidimensionnelles. Le recours à la régression logistique a permis d'étudier l'association entre la présence en établissement de soins prolongés et certaines caractéristiques sociodémographiques et de l'état de santé des personnes âgées dont le niveau d'incapacité déclarée est grave, modérée ou nulle.

Principaux résultats

L'état de santé est fortement lié à la présence en établissement de soins prolongés, mais l'absence de conjoint, le faible revenu, le faible niveau de scolarité et l'âge avancé sont également des facteurs significatifs.

Mots clés

Foyers pour personnes âgées, maisons de soins infirmiers, incapacité, indice de l'état de santé, facteurs socioéconomiques.

Auteurs

Helen Trottier poursuit des études de troisième cycle (doctorat) à l'Université de Montréal. Laurent Martel (613-951-2352; martlau@statcan.ca) travaille à la Division de la démographie et Christian Houle et Jean-Marie Berthelot travaillent à la Division des études sociales et économiques de Statistique Canada. Jacques Légaré travaille à l'Université de Montréal, ainsi qu'à la Division de l'analyse du travail non rémunéré de Statistique Canada.

Malgré de nombreuses études qui révèlent qu'il existe un lien entre la vieillesse, la limitation d'activités et la présence en établissement^{1,2}. Or, en raison du vieillissement démographique, l'institutionnalisation va exercer, dans l'avenir, une pression financière de plus en plus importante sur le système de soins de santé.

En 1995, au Canada, à peine 1 % de l'ensemble de la population vivait en établissement de soins prolongés³. Chez les personnes âgées, la proportion était plus élevée, soit 5 % pour celles de 65 ans et plus et 18 % pour celles de 80 ans et plus. Selon les plus récentes projections démographiques de Statistique Canada⁴, le nombre de lits requis dans les établissements de soins prolongés passera, si ces taux persistent, de 184 300 en 1996-1997 à plus de 565 000 en 2031. D'autres chercheurs estiment plutôt que 746 000 personnes âgées devront être placées en établissement d'ici 2031⁵. Cependant, d'après des études antérieures, le nombre de lits requis dépend non seulement du nombre absolu de personnes âgées et de leur état de santé, mais aussi de leurs caractéristiques sociodémographiques⁶⁻¹⁰.

Méthodologie

Source des données

Le présent article se fonde sur des données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) réalisée par Statistique Canada. Lancée en 1994-1995, l'ENSP est conçue pour recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada^{11,12}. Elle couvre la population à domicile et les personnes vivant en établissement de santé des provinces et des territoires, sauf les personnes vivant dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. L'ENSP compte une composante transversale et une composante longitudinale. Les personnes qui font partie du panel longitudinal sont suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans.

La présente analyse porte sur les données transversales du deuxième cycle de l'ENSP réalisé en 1996-1997. Ces données concernent la population à domicile (composante des ménages) et la population des établissements de soins prolongés (composante des établissements de santé) des 10 provinces.

L'échantillon transversal de 1996-1997 de la composante des ménages comprend les membres du panel longitudinal, ainsi qu'un échantillon ponctuel comprenant les personnes sélectionnées dans les échantillons supplémentaires (acquisition d'unités d'échantillonnage additionnelles) demandés par trois provinces. Ces personnes supplémentaires, qui ont été sélectionnées par la méthode de composition aléatoire (CA), ne sont incluses dans l'échantillon que pour les besoins de l'analyse transversale.

Les données individuelles sont classées dans deux fichiers, à savoir le Fichier général et le Fichier santé. Le Fichier général rassemble des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de tous les membres des ménages participants. Une personne a en outre été sélectionnée au hasard dans chacun de ces ménages pour fournir des renseignements détaillés sur sa santé. Quant au Fichier santé, il comprend les renseignements détaillés sur la santé, ainsi que les données du Fichier général sur les personnes qui ont fourni ces renseignements.

Dans chaque ménage formant la composante transversale supplémentaire, une personne bien informée s'est vu demander de fournir, pour chaque membre du ménage, des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé. Ces renseignements ont été regroupés dans le Fichier général. En outre, dans chacun de ces ménages, une personne choisie au hasard, qui n'était pas nécessairement la personne bien informée susmentionnée, a été invitée à fournir des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé.

Dans chaque ménage formant la composante longitudinale, la personne qui a fourni des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé est celle qui a été sélectionnée au hasard à l'occasion du premier cycle (1994-1995) et, en général, celle qui a fourni des renseignements sur tous les membres du ménage pour le Fichier général au moment du deuxième cycle.

Les taux de réponse transversaux de 1996-1997 pour le Fichier santé sont de 93,6 % pour le panel longitudinal et de 75,8 % pour l'échantillon sélectionné par CA, soit un taux global de réponse de 79,0 %.

Les données de la composante des établissements de santé de l'ENSP de 1996-1997 ont été recueillies dans 212 établissements répartis entre les 10 provinces. L'échantillon des établissements de santé a été tiré en dressant la liste des établissements de santé où sont prodigués des soins de longue durée, puis stratifié selon la région géographique, ainsi que selon la catégorie et la taille de l'établissement. Les ministères provinciaux de la Santé ont vérifié l'exactitude des listes et les ont mises à jour. Les établissements ont ensuite été classés

selon la catégorie principale de soins fournis et seuls ceux fournissant des soins prolongés (d'une durée d'au moins six mois) ont été retenus. Enfin, un échantillon aléatoire a été tiré d'après la liste finale. La sélection de l'échantillon a été limitée aux établissements réservant au moins quatre lits pour la prestation de soins prolongés à des personnes ayant des problèmes de santé. Pour chaque établissement, avec l'aide de l'administrateur, un sous-échantillon de personnes recevant des soins a été sélectionné au hasard. L'administrateur a déterminé si les personnes sélectionnées étaient capables de répondre personnellement au questionnaire ou s'il fallait obtenir les renseignements par personne interposée. La personne répondant par procuration pouvait être un parent, un membre du personnel de l'établissement ou une personne y faisant du bénévolat.

Les questions de la composante des établissements de santé sont conçues pour être posées lors d'entrevues sur place. L'entrevue téléphonique a toutefois été autorisée dans les cas où il était impossible d'interroger la personne sur place.

L'effectif de l'échantillon est de 2 383 personnes pour la population des établissements de soins prolongés et de 81 804 personnes pour la population à domicile. L'analyse présentée ici se fonde sur les données recueillies auprès d'un échantillon de 1 711 personnes représentatif des 185 100 personnes de 65 ans et plus vivant en établissement et d'un échantillon de 13 363 personnes représentatif des 3,4 millions de personnes de 65 ans et plus faisant partie de la population à domicile.

Techniques d'analyse

Le calcul des fréquences d'après les données du fichier transversal a permis de démontrer qu'il existe un lien entre les divers niveaux d'incapacité et l'état de santé, tel que mesuré par l'indice de l'état de santé (voir *Indice de l'état de santé*), ce qui témoigne d'une certaine validité conceptuelle. Le croisement des données a en outre permis de décrire les personnes de 65 ans et plus en fonction de leur niveau d'incapacité et de leur lieu de résidence.

La régression logistique a permis d'évaluer l'association entre les variables sociodémographiques et de l'état de santé, d'une part, et le lieu de résidence d'autre part. Cinq modèles distincts de régression logistique ont été étudiés. Le premier permet de comparer les caractéristiques de toutes les personnes vivant en établissement de soins prolongés à celles des membres de la population à domicile. Trois modèles de régression distincts permettent de comparer les personnes en fonction de leur lieu de résidence pour trois niveaux d'incapacité, à savoir grave, modérée et nulle. Enfin, un dernier modèle permet de comparer les caractéristiques des personnes souffrant d'une incapacité grave ou modérée faisant partie de la population à domicile à celles des personnes sans incapacité vivant en établissement, afin de déterminer quels facteurs, outre l'état de santé, sont liés à la présence en établissement.

Les données ont été pondérées afin que l'échantillon soit représentatif de la population du Canada. Néanmoins, le plan de sondage complexe de l'ENSP rend difficile le calcul d'estimations non biaisées de la variance. Pour réduire partiellement le biais, les poids ont été normalisés (en divisant chacun par le poids global moyen) de façon à ce que leur moyenne soit égale à 1. En outre, les résultats pour lesquels la valeur de p est inférieure à 0,01 (au lieu de 0,05) ont été considérés comme significatifs pour tenir compte en partie du fait que l'on aurait obtenu des estimations plus grandes de la variance si l'on avait tenu pleinement compte de l'effet du plan de sondage. Néanmoins, les rapports de cotes présentés ici devraient être interprétés avec prudence. Les écarts types, et donc les intervalles de confiance, pourraient être sous-estimés.

Le niveau d'incapacité reste trop souvent ignoré dans l'étude des facteurs associés à la présence des personnes âgées en établissement. Or, cette analyse tient compte de ce facteur en ayant recours aux données transversales des composantes des ménages et des établissements de santé de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997. Grâce à ces données, l'analyse vise à déterminer les caractéristiques qui, chez les personnes âgées souffrant d'une incapacité grave, modérée ou nulle, sont liées à la présence en établissement de soins prolongés (voir *Méthodologie, Définitions et Limites*)¹³.

Indice de l'état de santé et incapacité

L'indice de l'état de santé (IES) fournit une mesure sommaire de la santé (voir *Indice de l'état de santé*). Pour le calculer, on combine l'évaluation des attributs fonctionnels de la santé, comme la mobilité et la cognition, et une composante de valeurs, fondée sur une fonction d'utilité, de façon à produire une valeur globale, ou indice, pour chaque personne.

L'indice de l'état de santé devrait, compte tenu des composantes fonctionnelles, refléter le niveau d'incapacité. Autrement dit, il devrait être faible pour les personnes qui présentent une incapacité grave,

Définitions

Pour les besoins de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), les établissements de soins prolongés englobent les établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes et les hôpitaux publics ou privés comptant au moins quatre lits réservés à la prestation de soins d'une durée d'au moins six mois. Les hôpitaux, les maisons de soins infirmiers et les établissements de soins spéciaux pour personnes handicapées sont des exemples d'établissements de ce genre. Sont exclus les établissements faisant partie des bases des Forces canadiennes, des établissements correctionnels, des centres religieux et des réserves indiennes.

Des questions sur la limitation d'activités et sur la dépendance ont été posées pour déterminer le niveau d'incapacité. Les questions qui ont été posées aux personnes vivant en établissement de soins prolongés diffèrent légèrement de celles qui ont été posées aux personnes faisant partie de la population à domicile.

Pour déterminer si elles présentaient une limitation d'activités, on a posé aux personnes qui vivent en établissement la question : « À cause d'une incapacité physique ou mentale ou d'un problème de santé chronique, êtes-vous limité(e) d'une façon quelconque dans le genre ou dans le nombre d'activités que vous exercez : dans la résidence ou l'établissement? à l'extérieur de la résidence ou de l'établissement, dans d'autres activités comme les voyages ou les loisirs? » On leur a aussi posé la question : « Avez-vous une incapacité ou un handicap quelconque de longue durée? » Aux personnes vivant à domicile, les questions suivantes ont été posées : « À cause d'une incapacité physique ou mentale ou d'un problème de santé chronique, êtes-vous limité(e) d'une façon quelconque dans le genre ou dans le nombre d'activités que vous exercez : à la maison? dans d'autres activités (comme les loisirs)? » et « Avez-vous une incapacité ou un handicap quelconque de longue durée? ». Dans chaque cas, les personnes qui ont répondu affirmativement à au moins l'une de ces questions ont été classées dans la catégorie des personnes dont les activités sont limitées.

Pour évaluer la dépendance, on a posé aux personnes demeurant en établissement la question : « À cause de votre état ou d'un problème de santé, avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne : pour vos soins personnels, comme vous lavez, vous habillez ou mangez? pour vous déplacer dans la résidence ou l'établissement? ». Une question semblable a été posée aux personnes vivant à domicile : « À cause de

votre état ou d'un problème de santé, avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne : pour vos soins personnels, comme vous lavez, vous habillez ou mangez? pour vous déplacer dans la maison? ». Les personnes qui ont dit avoir besoin de l'aide de quelqu'un pour au moins l'une des activités mentionnées sont considérées comme étant dépendantes d'autrui.

Les réponses aux questions sur la limitation d'activités et sur la dépendance ont été regroupées selon trois niveaux d'incapacité : grave, modérée et nulle (aucune incapacité) (tableau A en annexe). Les personnes dont les activités sont limitées et qui dépendent d'autrui sont classées dans la catégorie de l'incapacité grave. Celles dont les activités sont limitées mais qui ne dépendent pas d'autrui ou qui dépendent d'autrui sans toutefois être limitées dans leurs activités sont classées dans la catégorie de l'incapacité modérée. Enfin, celles dont les activités ne sont pas limitées et qui ne dépendent pas d'autrui entrent dans la catégorie des personnes sans incapacité.

Cinq groupes d'âge ont été définis pour les besoins de la présente analyse : 65 à 69 ans, 70 à 74 ans, 75 à 79 ans, 80 à 84 ans et 85 ans et plus.

L'état matrimonial comprend quatre catégories : marié(e)/union libre, célibataire, veuf ou veuve et séparé(e)/divorcé(e).

Les catégories de niveau de scolarité sont : pas d'études, études primaires, études secondaires partielles, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires.

Quatre sources de revenu ont été définies : revenu de retraite (Régime de pensions du Canada/de rentes du Québec, autre régime privé de pension), transferts (Sécurité de la vieillesse, Supplément de revenu garanti), revenus de placements (régime enregistré d'épargne-retraite, dividendes et intérêts) et revenu d'emploi (salaire, traitement, revenu tiré d'un travail autonome). Ces sources sont celles sur lesquelles on s'est fondé pour dériver la variable du nombre de sources de revenu.

On a demandé aux personnes qui ont participé à l'enquête si un professionnel de la santé avait diagnostiqué chez elles un problème de santé chronique. D'après l'examen des données publiées et des résultats provisoires des analyses multivariées, on a sélectionné pour l'analyse les problèmes de santé chroniques suivants : maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence, incontinence urinaire, ulcères, arthrite, séquelles d'un accident vasculaire cérébral, troubles intestinaux, hypertension, bronchite ou emphyseme, épilepsie et maladie cardiaque.

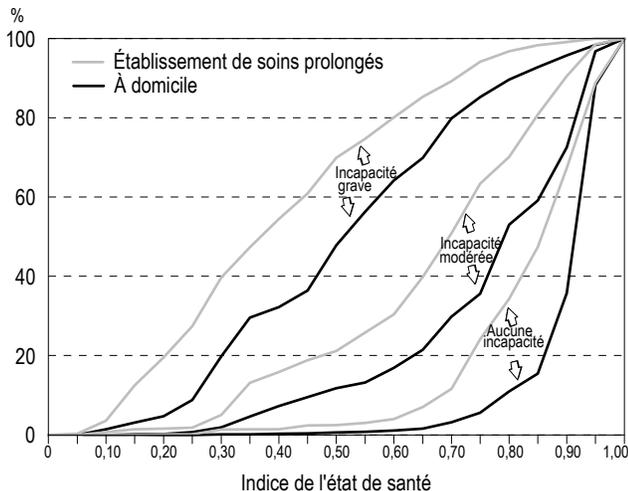
et élevé pour celles qui ne souffrent d'aucune incapacité. Ce profil est celui qui prédominait chez les personnes âgées en 1996-1997 (graphique 1). Les courbes de pourcentages cumulatifs montrent que la proportion de personnes âgées dont l'IES est faible (mauvais état de santé fonctionnel) est plus forte chez celles qui présentent une incapacité grave que chez celles dont l'incapacité est modérée ou nulle.

En outre, pour chaque niveau d'incapacité, la proportion de personnes âgées ayant une valeur de l'IES faible a tendance à être plus forte pour celles qui vivent en établissement de soins prolongés que pour celles qui vivent à domicile. Par exemple, parmi les personnes aux prises avec une incapacité grave, 20 % de celles qui vivent en établissement ont un IES dont la valeur est égale ou inférieure à 0,2 comparativement à seulement 5 % de celles qui vivent à domicile.

En comparant les différentes composantes de l'IES (sens, dextérité, etc.) pour les personnes ayant un même niveau d'incapacité, on peut identifier

Graphique 1

Pourcentage cumulatif de l'indice de l'état de santé, selon le niveau d'incapacité et le lieu de résidence, personnes de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997

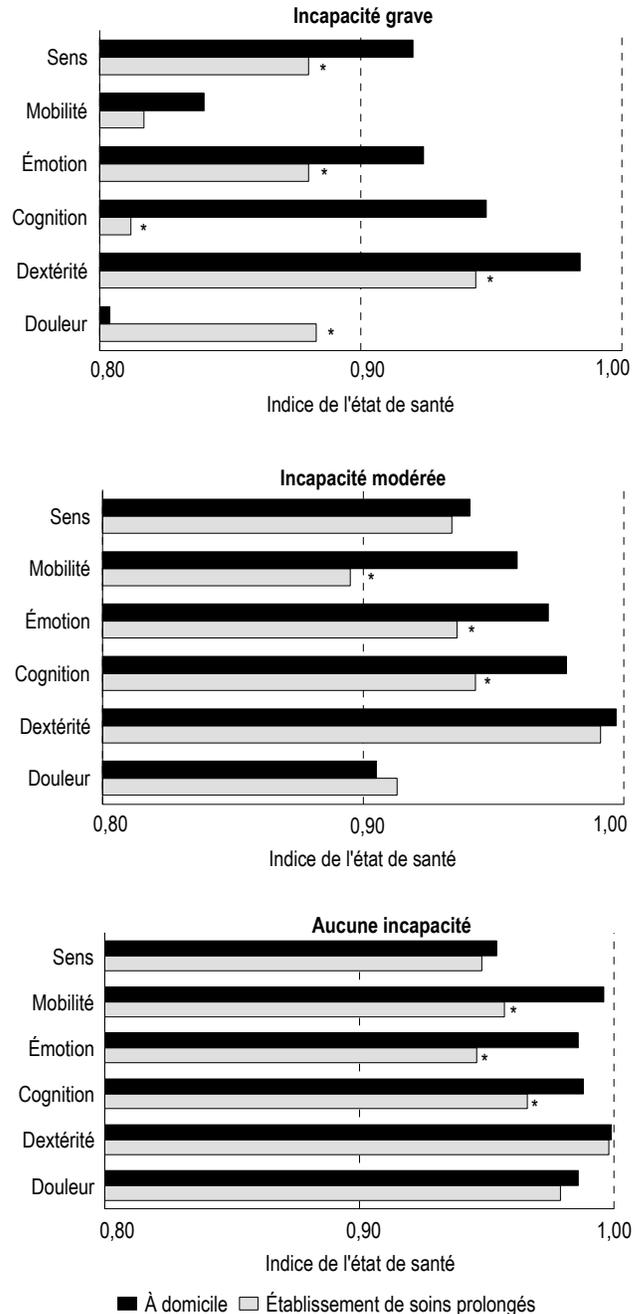


Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé et Fichier des établissements de santé

Nota : Données ajustées pour tenir compte de l'âge et du sexe; les courbes obtenues pour les personnes vivant en établissement de santé ont été normalisées en prenant pour référence la répartition selon l'âge et le sexe de la population à domicile.

Graphique 2

Valeurs moyennes pour chaque attribut de l'indice de l'état de santé, selon le niveau d'incapacité et le lieu de résidence, personnes de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé et Fichier des établissements de santé

Nota : Données ajustées pour tenir compte de l'âge et du sexe; les courbes obtenues pour les personnes vivant en établissement de santé ont été normalisées en prenant pour référence la répartition selon l'âge et le sexe de la population à domicile.

* Valeur moyenne significativement différente de celle observée pour les personnes vivant à domicile, $p \leq 0,01$

quelles sont les composantes associées au fait de vivre à domicile ou en établissement (graphique 2). Dans le cas des personnes ayant une incapacité grave, la moyenne calculée à l'égard de la composante de la cognition est nettement plus élevée (ce qui témoigne d'une meilleure santé à l'égard de cette composante) pour celles qui vivent à domicile; par

contre, pour la composante de la douleur, elle est plus élevée pour celles qui vivent en établissement. Les maladies douloureuses, comme l'arthrite, ne nécessitent pas systématiquement le recours à la vie en établissement, alors que les maladies qui diminuent les facultés cognitives, comme la maladie d'Alzheimer, conduisent presque toujours à un

Indice de l'état de santé

Mis au point par le Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA) de l'Université McMaster, l'indice de l'état de santé (IES) synthétise les aspects quantitatifs et qualitatifs de la santé. Il se fonde sur le Comprehensive Health Status Measurement System (CHSMS)¹⁴, qui fournit une mesure descriptive de la santé fonctionnelle globale d'une personne. Pour évaluer la composante fonctionnelle, l'instrument comporte des questions sur huit attributs de l'état de santé individuel, à savoir la vision, l'ouïe, l'élocution, la mobilité (capacité de se déplacer), la dextérité (usage des mains et des doigts), la cognition (mémoire et pensée), l'émotion (sentiments), ainsi que la douleur et les malaises. D'après les valeurs qu'une personne obtient pour chacun de ces huit attributs de la santé, on calcule un indice global dont la valeur varie de 0 à 1. Par exemple, l'échelle de la composante de la vision varie de la cécité à la vision parfaite; la valeur de l'IES pour une personne myope mais ne souffrant d'aucun autre problème de santé serait de 0,95.

La composante des valeurs est tirée d'une autre enquête¹⁵ dans le cadre de laquelle on a demandé aux participants de classer divers états de santé par ordre de préférence. L'évaluation des préférences individuelles est complexe : pour commencer, chaque personne classe par ordre de préférence tous les états de santé définis pour chaque attribut. Puis, on recourt à la méthode du pari standard¹⁶, fondée sur la théorie de l'utilité élaborée par Van Newmann et Morgenstern¹⁷, pour établir les utilités cardinales.

La méthode du pari standard consiste à demander au sujet de choisir entre deux options. L'option 1 offre une solution particulière avec certitude, tandis que l'option 2 représente un pari avec probabilités explicites qui peut mener à deux résultats. Par exemple, le sujet pourrait choisir entre souffrir d'un problème de santé chronique à vie (option 1) et subir une intervention qui lui permettrait de se rétablir et de vivre t années de plus (probabilité p), mais qui pourrait aussi être fatale (probabilité 1-p) (option 2).

Pour chaque personne, on calcule un IES global en pondérant les valeurs obtenues pour chaque dimension fonctionnelle par la composante des valeurs. L'IES ainsi obtenu varie de 0,00 à 1,00, ce dernier chiffre correspondant à la santé parfaite.

L'IES est l'une des variables pour lesquelles l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) fournit des données. Toutefois, l'IES calculé d'après ces données porte sur six attributs de la santé au lieu de huit, la vision, l'ouïe et l'élocution étant regroupées pour former la composante unique des sens. D'après les réponses aux questions sur la vision, l'ouïe, l'élocution, la mobilité, l'émotion, la cognition, la dextérité et la douleur, on attribue une valeur à chaque composante de l'IES sur une échelle allant de 0,51 (incapacité grave) à 1,00 (santé parfaite).

La valeur de l'IES ainsi obtenue représente la transposition numérique du vecteur résultant de la multiplication des cotes

Composantes de l'indice de l'état de santé (IES) et cotes attribuées à chaque composante d'après les réponses au questionnaire

SENS U1	MOBILITÉ U2	ÉMOTION U3	COGNITION U4	DEXTÉRITÉ U5	DOULEUR U6
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
0,95	0,97	0,93	0,95	0,97	0,97
0,90	0,84	0,81	0,88	0,91	0,85
0,86	0,78	0,53	0,65	0,80	0,51
0,74	0,73				
0,67					
0,61					

obtenues pour chaque composante, puis de l'ajout d'un facteur de correction qui tient compte des préférences sociales. Calculé en prenant la valeur minimale pour chaque attribut, l'IES est égal à 0; autrement dit, $1,06 * ((0,61 * 0,73 * 0,53 * 0,65 * 0,80 * 0,51) - 0,06) = 0$. Par ailleurs, calculé en prenant la valeur maximale pour chaque composante, l'IES est égal à 1; autrement dit, $1,06 * ((1 * 1 * 1 * 1 * 1 * 1) - 0,06) = 1$.

Les tests de cohérence appliquée à l'IES par les analystes de Statistique Canada indiquent qu'il produit une évaluation raisonnable de l'état de santé fonctionnel de la population. L'explication détaillée du calcul de l'IES figure dans un autre rapport¹⁸.

hébergement en établissement de santé étant donné la dépendance quotidienne qu'entraîne ce type de maladie.

La présence en établissement de soins prolongés de certaines personnes âgées sans aucune incapacité ne semble pas être due à leur état de santé. À cet

égard, les moyennes calculées pour les diverses composantes de l'IES chez ces personnes sont relativement élevées en comparaison de celles calculées à l'égard des personnes ayant une incapacité grave ou modérée. Ainsi, des facteurs autres que l'état de santé (tel que mesuré par l'IES) seraient

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques et de l'état de santé des personnes de 65 ans et plus, selon le niveau d'incapacité et le lieu de résidence, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Personnes vivant en établissement de soins prolongés			Personnes vivant à domicile		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Incapacité grave						
Indice moyen de l'état de santé	0,40*	0,41*	0,40*	0,52	0,55	0,50
Âge moyen (années)	84,0*	81,1*	85,1*	79,1	77,7	80,2
Répartition selon le sexe (%)						
Hommes	26,3*	...	...	42,2	...	...
Femmes	73,7*	...	...	57,8	...	...
Répartition selon l'état matrimonial (%)						
Marié(e)/union libre	18,4*	38,9*	11,1*	50,2	73,5	33,3
Veuf ou veuve	64,3*	36,4*	74,2*	39,3	16,4	55,9
Séparé(e)/divorcé(e)	2,6	4,9	1,8	4,1	3,0	5,0
Célibataire	14,1*	18,6*	12,5*	6,2	7,1	5,5
Données non disponibles	0,6	1,2	0,4	0,2	-	0,3
Incapacité modérée						
Indice moyen de l'état de santé	0,64*	0,66*	0,64*	0,77	0,77	0,76
Âge moyen (années)	82,8*	78,4*	84,5*	74,6	74,4	74,8
Répartition selon le sexe (%)						
Hommes	28,2*	...	...	43,9	...	...
Femmes	71,8*	...	...	56,1	...	...
Répartition selon l'état matrimonial (%)						
Marié(e)/union libre	10,3*	24,1*	4,9*	56,7	77,7	40,3
Veuf ou veuve	67,4*	43,1*	76,9*	33,1	13,7	48,2
Séparé(e)/divorcé(e)	7,9	16,2	4,6	5,1	4,4	5,7
Célibataire	13,5*	14,9	13,0	5,0	4,2	5,7
Données non disponibles	0,9	1,7	0,6	0,1	-	0,1
Aucune incapacité						
Indice moyen de l'état de santé	0,80*	0,84*	0,78*	0,91	0,91	0,91
Âge moyen (années)	82,2*	79,3*	83,5*	72,6	72,5	72,6
Répartition selon le sexe (%)						
Hommes	31,1*	...	...	43,0	...	...
Femmes	68,9*	...	...	57,0	...	...
Répartition selon l'état matrimonial (%)						
Marié(e)/union libre	10,2*	15,6*	7,8*	60,1	74,8	48,9
Veuf ou veuve	65,7*	41,1*	76,8*	27,7	13,6	38,3
Séparé(e)/divorcé(e)	6,4	13,0	3,4	6,5	5,9	7,0
Célibataire	17,7*	30,3*	12,0	5,5	5,5	5,6
Données non disponibles	-	-	-	0,2	0,2	0,2

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé et Fichier des établissements de santé

... N'ayant pas lieu de figurer

- Néant

* Cote significativement différente de celle observée pour les personnes vivant à domicile, $p \leq 0,01$.

vraisemblablement liées à la présence en établissement de certaines personnes âgées.

Caractéristiques différentes

Les caractéristiques des personnes âgées vivant en établissement de soins prolongés diffèrent, il va sans dire, de celles qui vivent à domicile.

Pour chaque niveau d'incapacité, la valeur moyenne de l'indice de l'état de santé est plus faible pour les personnes habitant en établissement de santé que pour celles qui vivent à domicile (tableau 1). De plus, l'âge moyen des personnes vivant en établissement est plus élevé que celui des personnes qui vivent à domicile. L'écart le plus prononcé — environ 10 ans — s'observe pour les personnes qui ne rapportent aucune incapacité.

Aux âges avancés, les femmes représentent une part graduellement plus importante de la population. Pourtant, cette majorité de femmes est nettement plus prononcée pour la population demeurant en établissement que pour la population à domicile. Ce déséquilibre tient, en grande partie, à la plus forte mortalité masculine, particulièrement aux âges avancés.

Par conséquent, chez les personnes âgées, le veuvage est plus probable pour les femmes que pour les hommes. Et, quoique les proportions de veuves et de veufs soient toutes deux beaucoup plus fortes pour la population en établissement de santé que pour la population à domicile, l'écart est nettement plus marqué pour les femmes que pour les hommes. Comme, très souvent, elles n'ont pas de conjoint, les femmes âgées ont moins de chances d'obtenir une aide personnelle à domicile et sont ainsi plus susceptibles de devoir vivre en établissement. Par contre, les hommes sont plus susceptibles d'avoir une conjointe, donc, de recevoir de l'aide à domicile.

Analyse multivariée

Les différences entre les caractéristiques des personnes âgées placées en établissement de soins prolongés et celles qui font partie de la population à domicile donnent à penser qu'outre l'état de santé, des caractéristiques personnelles comme l'âge, le sexe et l'état matrimonial pourraient être associées à la présence en établissement. Selon des études antérieures, les niveaux de scolarité et de revenu

joueraient aussi parfois un rôle^{19,20}. Naturellement, nombre de ces variables ont tendance à être interdépendantes. Par exemple, les personnes dont le niveau de scolarité est élevé ont souvent un meilleur revenu que les autres et les femmes veuves un revenu inférieur. L'analyse multivariée est le meilleur moyen d'étudier l'association de chacun de ces facteurs avec la présence des personnes âgées en établissement.

Le modèle conceptuel d'Andersen²¹, qui définit l'utilisation des services de santé en fonction des facteurs prédisposants, des facteurs du milieu et des besoins en matière de santé, facilite l'analyse des variables associées à la présence des personnes âgées en établissement. Les facteurs prédisposants sont les caractéristiques sociodémographiques, comme

Limites

Idéalement, l'étude du passage de la vie à domicile à la vie en établissement devrait être longitudinale. Toutefois, fort peu de personnes de plus de 65 ans (environ six dans l'échantillon longitudinal) sortent d'un établissement de soins prolongés pour aller vivre ailleurs; en outre, le nombre de personnes de l'échantillon longitudinal qui ont quitté leur domicile pour être placés en établissement (moins de 50) est trop faible pour permettre une analyse fiable. Donc, la présente analyse, comme la plupart des études sur la population vivant en établissement au Canada, se fonde sur des données transversales.

Les questions posées aux personnes placées en établissement de soins prolongés diffèrent légèrement de celles posées aux membres de la population à domicile. En outre, pour plus de la moitié des personnes vivant en établissement (et presque les trois quarts de celles souffrant d'une incapacité grave), les renseignements ont été recueillis par personne interposée (tableau B en annexe).

On a demandé aux personnes qui ont participé à l'enquête si un professionnel de la santé avait diagnostiqué chez elles certains problèmes de santé chroniques. Aucun renseignement n'a toutefois été recueilli sur la gravité de ces problèmes de santé.

Enfin, la composante des établissements de santé de l'ENSP ne fournit pas de données sur certaines variables importantes, comme l'existence d'un réseau de soutien informel, qui permettraient de faire la distinction entre les personnes âgées présentant une incapacité modérée ou grave qui continuent de vivre chez elles et celles qui vivent en établissement.

Tableau 2

Rapports corrigés de cotes exprimant la possibilité de vivre en établissement de soins prolongés, selon le niveau d'incapacité, personnes de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Total		Incapacité grave		Incapacité modérée		Aucune incapacité	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 99 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 99 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 99 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 99 %
Facteurs prédisposants								
Âge								
65 à 69 ans†	1,00	---	1,00	---	1,00	---	1,00	---
70 à 74 ans	1,21	0,68 - 2,13	1,16	0,47 - 2,82	0,90	0,32 - 2,53	1,24	0,31 - 4,96
75 à 79 ans	1,45	0,83 - 2,53	1,21	0,51 - 2,84	1,14	0,40 - 3,20	1,59	0,41 - 6,17
80 à 84 ans	2,52*	1,45 - 4,36	1,79	0,76 - 4,20	1,60	0,59 - 4,36	5,04*	1,44 - 17,62
85 ans et plus	4,96*	2,94 - 8,38	2,55*	1,14 - 5,74	6,43*	2,65 - 15,64	17,89*	5,44 - 58,87
État matrimonial								
Marié(e)/union libre†	1,00	---	1,00	---	1,00	---	1,00	---
Veuf ou veuve	3,81*	2,57 - 5,68	2,51*	1,51 - 4,16	6,31*	2,62 - 15,22	8,14*	2,52 - 26,27
Séparé(e)/divorcé(e)	4,18*	2,11 - 8,28	2,06	0,72 - 5,92	11,90*	3,53 - 40,09	8,07*	1,56 - 41,82
Célibataire	7,59*	4,63 - 12,45	6,40*	3,21 - 12,77	13,07*	4,53 - 37,70	17,31*	4,68 - 64,08
Sexe								
Femmes†	1,00	---	1,00	---	1,00	---	1,00	---
Hommes	0,85	0,61 - 1,18	0,57*	0,36 - 0,90	0,89	0,48 - 1,67	0,91	0,42 - 1,98
Niveau de scolarité								
Pas d'études	4,31*	1,95 - 9,52	1,87	0,73 - 4,76	5,89*	1,34 - 25,81	15,33*	2,13 - 110,16
Études primaires	2,06*	1,35 - 3,14	1,51	0,86 - 2,64	3,45*	1,45 - 8,19	2,52	0,83 - 7,69
Études secondaires partielles	0,89	0,56 - 1,42	0,77	0,41 - 1,44	1,34	0,52 - 3,46	1,23	0,37 - 4,03
Diplôme d'études secondaires	1,18	0,70 - 2,00	0,96	0,47 - 1,95	1,44	0,48 - 4,35	2,55	0,78 - 8,28
Études postsecondaires partielles	0,74	0,40 - 1,36	0,96	0,42 - 2,18	0,88	0,27 - 2,83	0,30	0,04 - 2,10
Diplôme d'études postsecondaires†	1,00	---	1,00	---	1,00	---	1,00	---
Facteur du milieu								
Revenu								
Une seule source‡	1,68*	1,14 - 2,49	2,40*	1,42 - 4,05	0,87	0,39 - 1,95	1,57	0,63 - 3,91
Deux sources	1,56*	1,11 - 2,18	1,75*	1,11 - 2,73	1,11	0,58 - 2,11	1,10	0,48 - 2,54
Au moins trois sources†	1,00	---	1,00	---	1,00	---	1,00	---
Besoins en matière de santé								
Dépendance								
Ne dépend pas d'autrui†	1,00	---	---	---	---	---	---	---
Dépend d'autrui : soins personnels et transport	9,55*	6,35 - 14,37	---	---	---	---	---	---
Dépend d'autrui : soins personnels uniquement	12,57*	8,35 - 18,94	---	---	---	---	---	---
Dépend d'autrui : transport uniquement	0,51	0,17 - 1,57	---	---	---	---	---	---
Limitation d'activités§	1,35	0,92 - 1,97	---	---	---	---	---	---
Problèmes de santé chroniques††								
Maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence	9,33*	6,08 - 14,30	7,00*	4,44 - 11,04	12,23*	4,24 - 35,32	44,92*	9,59 - 210,27
Incontinence urinaire	4,94*	3,58 - 6,82	6,40*	4,30 - 9,52	3,03*	1,56 - 5,88	4,12*	1,46 - 11,63
Ulcères	0,09*	0,02 - 0,32	0,23	0,04 - 1,29	0,17	0,01 - 2,09	0,10	0,00 - 11,06
Arthrite	0,62*	0,46 - 0,84	0,45*	0,30 - 0,66	0,70	0,40 - 1,23	0,92	0,45 - 1,86
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	1,86*	1,24 - 2,77	1,92*	1,23 - 2,97	1,56	0,59 - 4,08	2,09	0,42 - 10,30
Troubles intestinaux	0,34*	0,16 - 0,73	0,30*	0,13 - 0,67	0,35	0,06 - 2,03	0,65	0,06 - 7,29
Hypertension	0,51*	0,37 - 0,71	0,52*	0,34 - 0,80	0,53	0,28 - 1,00	0,52	0,23 - 1,20
Bronchite ou emphysème	1,29	0,80 - 2,09	1,14	0,63 - 2,09	1,22	0,51 - 2,93	1,75	0,48 - 6,44
Épilepsie	2,13	0,81 - 5,59	1,82	0,52 - 6,41	2,21	0,42 - 11,60	1,08	0,01 - 190,83
Maladie cardiaque	0,74	0,52 - 1,05	0,63*	0,41 - 0,95	0,85	0,43 - 1,65	1,69	0,72 - 3,95

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé et Fichier des établissements de santé

Nota : On ne peut tester la dépendance en fonction du niveau d'incapacité, puisque la limitation des activités et la dépendance servent à établir les niveaux d'incapacité. Toute personne souffrant d'une incapacité grave est limitée dans ses activités et dépend d'autrui, qu'elle vive à domicile ou en établissement de soins prolongés. Par conséquent, le rapport de cotes serait toujours égal à 1,00.

† Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours égal à 1,00.

‡ Inclut les personnes n'ayant aucune source de revenu.

§ La catégorie de référence est l'absence du problème de santé.

†† Diagnostic posé par un professionnel de la santé; la catégorie de référence est l'absence du problème de santé.

* $p \leq 0,01$

--- N'ayant pas lieu de figurer

l'âge, le sexe, l'état matrimonial et le niveau de scolarité. Les facteurs du milieu représentent les ressources personnelles ou communautaires; par exemple, le revenu peut être un déterminant de l'accès aux services de santé. Enfin, les indicateurs de besoins en matière de santé sont les problèmes de santé qui suscitent une demande de soins, comme les problèmes de santé chroniques ou la limitation d'activités.

Une comparaison globale des personnes âgées vivant en établissement de soins prolongés à celles vivant à domicile permet de dégager les facteurs prédisposants, les facteurs du milieu et les besoins en matière de santé liés de façon significative à la présence en établissement.

Parmi les facteurs prédisposants, l'âge surclasse les autres. La cote exprimant la possibilité de vivre en établissement est nettement plus élevée pour les personnes de 80 ans et plus que pour celles dans la soixantaine (tableau 2). De surcroît, la cote exprimant la possibilité de vivre dans un établissement de santé est nettement plus élevée pour les personnes âgées célibataires, veuves, divorcées ou séparées que pour celles qui sont mariées. Le niveau de scolarité est également un facteur prédisposant significatif. À cet égard, la cote exprimant la possibilité de vivre en établissement est plus élevée pour les personnes n'ayant fait que des études primaires ou n'ayant pas achevé ces études, que pour celles qui possèdent un diplôme d'études postsecondaires. Cependant, si l'on tient compte de l'effet de ces facteurs prédisposants, ainsi que des facteurs du milieu et des indicateurs de besoins en matière de santé, la cote exprimant la possibilité de vivre en établissement de soins prolongés n'est, sur le plan statistique, pas plus élevée pour les femmes que pour les hommes.

Le revenu, seul facteur du milieu analysé ici, a un effet significatif. Ainsi, la cote exprimant la possibilité de vivre en établissement est plus forte pour les personnes âgées disposant au plus de deux sources de revenu que pour celles bénéficiant d'au moins trois sources. Les personnes âgées les mieux nanties pourraient ainsi courir un moins grand risque que les autres de vivre en établissement de soins prolongés, peut-être parce qu'elles ont les moyens de s'offrir l'aide dont elles ont besoin².

Plusieurs besoins en matière de santé font bien sûr augmenter la cote exprimant la possibilité qu'une personne âgée vive en établissement. La dépendance à l'égard d'autrui pour les soins personnels et les problèmes de santé chroniques, particulièrement la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence, l'incontinence urinaire et les séquelles d'un accident vasculaire cérébral sont associés de façon significative à la présence en établissement de soins.

Comparer l'ensemble des caractéristiques des personnes âgées vivant en établissement de soins prolongés à celles de leurs homologues vivant à domicile aide certes à expliquer la présence en établissement. Toutefois, l'analyse des caractéristiques des personnes qui présentent le même niveau d'incapacité permet de mieux cerner les facteurs qui déterminent le lieu de résidence.

Incapacité grave

En 1996-1997, on estime que 135 100 personnes âgées souffrant d'une incapacité grave vivaient en établissement de soins prolongés. Toutefois, un nombre beaucoup plus élevé, à savoir 230 700, vivaient à domicile (tableau A en annexe).

Chez les personnes âgées souffrant d'une incapacité grave, les indicateurs de besoins en matière de santé et les facteurs du milieu (autrement dit, les problèmes de santé chroniques entraînant une forte dépendance à l'égard d'autrui et le faible nombre de sources de revenu, respectivement) sont bien entendu fortement liés à la présence en établissement, même si l'on tient compte de l'effet d'autres variables. Ces résultats ne sont pas surprenants, car l'existence d'une incapacité grave explique, plus que tout autre facteur étudié, la présence en établissement de soins prolongés¹³. La cote exprimant la possibilité qu'une personne souffrant d'une incapacité grave vive en établissement de santé est beaucoup plus élevée pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence et pour celles souffrant d'incontinence urinaire que pour celles ne souffrant d'aucun de ces problèmes de santé. Elle est aussi significativement plus élevée pour celles souffrant de séquelles d'un accident vasculaire cérébral (tableau 2).

L'âge est lié de façon significative à la présence en établissement des personnes âgées souffrant d'une incapacité grave. La cote exprimant la possibilité que ces personnes vivent en établissement est environ deux fois et demie plus élevée pour celles de 85 ans et plus que pour celles de 65 à 69 ans.

Chez les personnes âgées qui ont une incapacité grave, le célibat ou le veuvage, par opposition à la vie en couple, est lié de façon significative à la vie en établissement de soins prolongés. De même, la cote exprimant la possibilité de vivre en établissement est nettement plus faible pour les hommes âgés qu'elle ne l'est pour les femmes âgées. Cette situation pourrait tenir au fait que le veuvage et la survie à un âge très avancé sont moins fréquents chez les hommes que chez les femmes.

La cote élevée exprimant la possibilité de vivre en établissement observée pour les personnes âgées ne possédant que peu de sources de revenu indique que les personnes âgées qui en ont les moyens continuent de vivre à leur domicile, même si l'on tient compte de l'effet d'états très invalidants, comme la maladie d'Alzheimer ou l'incontinence urinaire.

La valeur significativement faible de la cote exprimant la possibilité de la présence en établissement lié aux ulcères, à l'arthrite, aux troubles intestinaux ou à l'hypertension est inattendue, puisqu'il est peu probable que ces problèmes de santé réduisent effectivement le risque de vivre en établissement de soins prolongés. Ces résultats pourraient être dus à la déclaration par personne interposée. En effet, pour au moins 73 % des personnes âgées souffrant d'incapacité grave vivant en établissement de soins prolongés, les réponses au questionnaire de l'ENSP ont été obtenues par procuration (tableau B en annexe). La sous-estimation de problèmes de santé comme l'arthrite et les ulcères pourrait expliquer la faible valeur du rapport de cotes, comme en témoigne l'observation suivante. Parmi les personnes âgées souffrant d'une incapacité grave vivant en établissement, la proportion de cas déclarés pour ces problèmes de santé est plus forte pour celles qui ont répondu personnellement au questionnaire que pour celles dont les renseignements ont été recueillis par procuration (par exemple, 7,9 % contre 5,7 % pour

les ulcères). Ainsi, les ulcères, l'arthrite, l'hypertension et les problèmes intestinaux auraient tendance à ne pas être décelés chez les personnes qui souffrent de problèmes de santé plus graves, comme la maladie d'Alzheimer.

Incapacité modérée

Parmi les personnes âgées qui, en 1996-1997, souffraient d'une incapacité modérée, environ 28 700 vivaient en établissement de soins prolongés, tandis que 934 100 vivaient à domicile (tableau A en annexe).

La présence des personnes âgées ayant une incapacité modérée en établissement de soins prolongés est lié à bon nombre de facteurs identiques à ceux observés pour les personnes qui souffrent d'une incapacité grave. Ainsi, la cote exprimant la possibilité de vivre en établissement est plus élevée pour les personnes de 85 ans et plus que pour celles de 65 à 69 ans, de même que pour celles atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence ou d'incontinence urinaire (tableau 2).

Comparativement aux personnes âgées qui vivent en couple, la cote exprimant la possibilité que les personnes âgées souffrant d'une incapacité modérée vivent en établissement est plus élevée non seulement pour celles qui sont célibataires ou veuves, mais aussi pour celles qui sont séparées ou divorcées. En outre, la cote exprimant la possibilité de vivre dans un établissement de soins prolongés est plus élevée pour celles qui n'ont achevé que leurs études primaires ou qui n'ont fait aucunes études que pour celles qui ont poursuivi des études postsecondaires.

Chez les personnes âgées souffrant d'une incapacité modérée, aucun lien significatif n'existe entre le nombre de sources de revenu et la présence en établissement.

Aucune incapacité

Comme il faut s'y attendre, rares sont les personnes âgées déclarant ne souffrir d'aucune incapacité qui vivaient en établissement de soins prolongés en 1996-1997 (à peine 17 400) (tableau A en annexe). Pour ce petit groupe, la vie en établissement est lié à deux problèmes de santé chroniques, à savoir la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence

et l'incontinence urinaire (tableau 2). Il semble illogique de caractériser les personnes atteintes de démence comme ne présentant « aucune incapacité ». Cependant, comme la démence est une maladie dégénérative qui ne se manifeste au départ que par une perte de la mémoire à court terme, aux premiers stades, les malades ne présentent pas systématiquement un niveau grave d'incapacité tel que défini ici.

L'association entre les facteurs prédisposants et la présence en établissement est également significatif chez les personnes âgées ne souffrant d'aucune incapacité. La cote exprimant la possibilité de vivre dans un établissement de soins prolongés est significativement plus élevée pour les groupes des 80 à 84 ans et des 85 ans et plus que pour celui des 65 à 69 ans. En outre, la cote exprimant la possibilité de vivre en établissement est nettement plus élevée pour les personnes âgées ne présentant aucune incapacité qui sont célibataires, veuves, séparées ou divorcées que pour celles qui sont mariées. La cote est aussi plus élevée pour celles qui n'ont pas fait d'études que pour celles qui possèdent un diplôme d'études postsecondaires. En revanche, aucune association significative n'existe entre la présence en établissement et le nombre de sources de revenu chez les personnes âgées sans incapacité.

Le fait que, en 1996-1997, plus d'un million de personnes âgées souffrant d'une incapacité grave ou modérée faisaient partie de la population à domicile, alors que 17 400 personnes sans aucune incapacité vivaient en établissement de soins prolongés, est peut-être l'observation la plus paradoxale (tableau A en annexe). La présence en établissement de soins de personnes âgées qui n'ont déclaré aucune incapacité n'est ni associée aux problèmes de santé chroniques ni au nombre de sources de revenu (tableau 3). Ce sont les facteurs prédisposants, notamment l'âge avancé et l'absence de conjoint, qui semblent plutôt jouer un rôle déterminant.

Mot de la fin

D'après l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, les caractéristiques de l'état de santé, notamment les problèmes chroniques invalidants, comme la maladie d'Alzheimer, l'incontinence urinaire ou les séquelles d'un accident

Tableau 3

Rapports corrigés de cotes, personnes de 65 ans et plus sans aucune incapacité vivant en établissement de soins prolongés comparativement à celles souffrant d'une incapacité grave ou modérée vivant à domicile, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 99 %
Facteurs prédisposants		
Âge		
65 à 69 ans [†]	1,00	...
70 à 74 ans	1,17	0,29 - 4,67
75 à 79 ans	1,50	0,38 - 5,89
80 à 84 ans	3,25	0,95 - 11,17
85 ans et plus	5,00*	1,53 - 16,37
État matrimonial		
Marié(e)/union libre [†]	1,00	...
Célibataire	14,04*	3,96 - 49,74
Veuf ou veuve	6,70*	2,21 - 20,27
Séparé(e)/divorcé(e)	12,08*	2,44 - 59,89
Sexe		
Femmes [†]	1,00	...
Hommes	0,89	0,43 - 1,86
Niveau de scolarité		
Pas d'études	2,68	0,43 - 16,71
Études primaires	2,85	0,98 - 8,23
Études secondaires partielles	1,63	0,51 - 5,17
Diplôme d'études secondaires	3,75*	1,19 - 11,85
Études postsecondaires partielles	0,55	0,08 - 3,62
Diplômes d'études postsecondaires [†]	1,00	...
Facteur du milieu		
Revenu		
Une seule source [‡]	2,01	0,83 - 4,87
Deux sources	1,29	0,58 - 2,85
Au moins trois sources [†]	1,00	...
Besoins en matière de santé		
Problèmes de santé chroniques^{††}		
Maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence	2,13	0,65 - 7,02
Incontinence urinaire	1,41	0,56 - 3,58
Ulcères	0,26	0,01 - 13,04
Arthrite	0,31*	0,16 - 0,62
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	0,48	0,11 - 2,04
Troubles intestinaux	0,28	0,03 - 2,81
Hypertension	0,46	0,20 - 1,04
Bronchite ou emphysème	0,81	0,24 - 2,70
Épilepsie	0,10	0,00 - 15,33
Maladie cardiaque	0,73	0,32 - 1,65

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé et Fichier des établissements de santé

[†] Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours égal à 1,00.

[‡] Inclut les personnes n'ayant aucune source de revenu.

[§] La catégorie de référence est l'absence du problème de santé.

^{††} Diagnostic posé par un professionnel de la santé; la catégorie de référence est l'absence du problème de santé.

* $p \leq 0,01$

... N'ayant pas lieu de figurer

vasculaire cérébral, sont des facteurs fortement liés à la présence des personnes âgées en établissement de soins prolongés. En fait, au moment de l'enquête, la majorité (75 %) des personnes de 65 ans et plus vivant en établissement de soins prolongés

souffraient d'une incapacité grave, alors que la plupart des personnes âgées faisant partie de la population à domicile ne souffraient d'aucune incapacité (66 %). Puisque la maladie d'Alzheimer – ou toute autre forme de démence – semble être l'un des déterminants les plus importants de la présence en établissement, les progrès de la médecine dans ce domaine et l'amélioration du traitement de ces problèmes de santé pourraient contribuer à réduire le nombre de personnes vivant en établissement de soins prolongés dans l'avenir. Un plus large éventail de services de soins à domicile conjugué à des soins mieux adaptés aux besoins des personnes atteintes de démence pourrait également réduire la demande de soins de longue durée aujourd'hui, ainsi que dans l'avenir.

Néanmoins, un nombre considérable de personnes âgées qui ne souffrent d'aucune incapacité vivent en établissement de soins prolongés. En revanche, presque un quart de million de personnes âgées souffrant d'une incapacité grave vivent à domicile. Le maintien à domicile d'une personne âgée peut donc dépendre de considérations autres que son état de santé. La présente analyse des données de l'ENSP montre que l'âge, l'état matrimonial et le revenu sont au nombre des facteurs liés à la présence des personnes âgées en établissement. De nouveau, l'existence de programmes provinciaux de soins à domicile offrant des services aux personnes âgées peut jouer un rôle déterminant²².

Sauf parmi les personnes présentant une incapacité grave, être une femme n'est pas, en soi, un facteur associé à la présence en établissement. Le plus grand nombre de femmes parmi les personnes qui vivent en établissement de soins prolongés tient à d'autres caractéristiques des femmes âgées, dont l'âge avancé, l'absence de conjoint et le faible nombre de sources de revenu.

Le lien entre l'absence de conjoint et la présence des personnes âgées en établissement est manifeste, particulièrement pour celles n'ayant aucune incapacité. La perte du conjoint ou de la conjointe est inévitable pour l'un des partenaires d'un couple marié. Or, l'écart décroissant entre les espérances de vie des hommes et des femmes²³ pourrait réduire considérablement la période durant laquelle les

personnes âgées, particulièrement les femmes, vivent sans conjoint. Par contre, le taux élevé de divorce observé ces dernières années pourrait faire augmenter le nombre de personnes n'ayant pas de conjoint.

Même en tenant compte de l'effet d'autres variables, un lien indépendant persiste entre l'âge avancé et la présence des personnes âgées en établissement. L'accroissement de l'espérance de vie et l'augmentation prévue du nombre de Canadiens de 80 ans et plus⁴ donnent à penser que le besoin de lits de soins de longue durée pourrait augmenter dans l'avenir.

Une tendance démographique connexe, à savoir le recul de la taille de la famille, pourrait aussi avoir des répercussions sur la demande de places en établissement de soins de santé. Un certain nombre d'études^{9,24,25} montrent que la présence d'enfants (particulièrement des filles) pouvant fournir de l'aide à domicile peut prévenir, ou du moins retarder, l'entrée en établissement (voir *Soutien social aux aînés et soins à domicile* dans ce numéro). Si le nombre d'enfants capables d'offrir ce genre de soutien diminue dans l'avenir, la demande de placement en établissement pourrait augmenter.

La croissance du revenu des personnes âgées²⁶ permettra sans doute à un nombre de plus en plus élevé d'entre elles d'éviter, ou du moins de retarder, le placement en établissement dans les années à venir. En outre, étant donné la participation croissante des femmes au marché du travail²⁷, la proportion de femmes âgées qui tireront un revenu de leurs économies, de placements et de régimes de retraite offerts par les employeurs sera plus forte dans l'avenir qu'aujourd'hui.

Bien que les changements démographiques importants qui surviendront à court et à moyen termes influenceront les politiques relatives aux services de santé visant les personnes âgées, les facteurs socioéconomiques joueront aussi un rôle dans la demande de divers niveaux de soins. ●

Références

1. P.A. Dunn, *Obstacles auxquels font face les personnes âgées ayant une incapacité au Canada* (Statistique Canada, n° 82-615 au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1990.
2. J. Chen et R. Wilkins, « Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle », *Rapports sur la santé*, 10(1), 1998, p. 41-53 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
3. P. Tully et C. Mohl, « Résidents âgés des établissements de santé », *Rapports sur la santé*, 7(3), 1998, p. 27-30 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
4. Statistique Canada, *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires* (n° 91-520 au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994.
5. Y. Carrière et J. Légaré, « Vieillesse démographique et institutionnalisation des personnes âgées : des projections nuancées pour le Canada », *Cahiers québécois de démographie*, 22(1), 1993, p. 63-92.
6. Y. Carrière et L. Pelletier, « Factors underlying the institutionalization of elderly persons in Canada », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B(3), 1995, p. S164-S172.
7. F. Béland, « The decision of elderly persons to leave their homes », *The Gerontologist*, 24(2) 1984, p. 179-185.
8. E. Shapiro et R. Tate, « Predictors of long term care facility use among the elderly », *Canadian Journal on Aging*, 4(1), 1985, p. 11-19.
9. E. Shapiro et R. Tate, « Who is really at risk of institutionalization? », *The Gerontologist*, 28(2), 1988, p. 237-245.
10. E. Shapiro et N.P. Roos, « Predictors, patterns and consequences of nursing home use in one Canadian province », publié sous la direction de V.W. Marshall, *Aging in Canada—Social Perspectives*, deuxième édition, Don Mills, Ontario, Fitzhenry and Whiteside Ltd., 1987, p. 521-537.
11. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
12. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
13. C. Houle, J.-M. Berthelot et R. Roberge, *Comparaisons des personnes avec limitations en institutions et hors institutions au Canada*, Actes du Symposium 97 : Nouvelles orientations pour les enquêtes et les recensements, Ottawa, Statistique Canada, p. 444-447.
14. G.W. Torrance, W. Furlong, D. Feeny *et al.*, *Provisional Health Index for the Ontario Health Survey*, Hamilton, Ontario, McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis, 1992, projet n° 44400900187.
15. D. Feeny, R.D. Barr, W. Furlong *et al.*, « Quality of life of the treatment process in pediatric oncology: An approach to measurement », publié sous la direction de D. Osoba, *Effect of Cancer on Quality of Life*, Boca Raton, CRC Press, 1991, p. 73-88.
16. D. Feeny, W. Furlong et M. Boyle, « Multi-attribute health status classification systems: Health Utilities Index, *Pharmacoeconomics*, 7(6), 1995, p. 503-520.
17. J. von Neumann et O. Morgenstern, *Theory of Games and Economic Behavior*, Princeton, Princeton University Press, 1947.
18. J.-M. Berthelot, R. Roberge et M.C. Wolfson, « The calculation of health-adjusted life expectancy for a Canadian province using a multi-attribute utility function: A first attempt », publié sous la direction de J.M. Robine, C.D. Mather, M. Bone *et al.*, *Calculation of Health Expectancies: Harmonization, Consensus Achieved and Future Perspectives*, Montpellier, France, Colloque INSERM, octobre 1992, John Libbey Eurotext Ltd., 1993, p. 161-172.
19. A.E. Headen, « Economic disability and health determinants of the hazard of nursing home entry », *Journal of Human Resources*, 28(1), 1993, p. 81-110.
20. L. Pelletier, « Vieillir en institution ou à domicile? », *Espace, Population et Société*, 1, 1992, p. 71-86.
21. R.M. Andersen, A. McCutcheon, L.A. Aday *et al.*, « Exploring dimensions of access to medical care », *Health Services Research*, 18(1), 1983, p. 49-74.
22. K. Wilkins et E. Park, « Les soins à domicile au Canada », *Rapports sur la santé*, 10(1), 1998, p. 31-40 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
23. F. Nault, « Diminution des écarts de mortalité de 1978 à 1995 », *Rapports sur la santé*, 9(1), 1997, p. 37-43 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
24. L.G. Branch et A.M. Jette, « A prospective study of long-term institutionalization among the aged », *American Journal of Public Health*, 72(12), 1982, p. 1373-1379.
25. D.J. Foley, A.M. Ostfeld, L.G. Branch *et al.*, « The risk of nursing home admission in three communities », *Journal of Aging and Health*, 4(2), 1992, p. 155-173.
26. C. Lindsay, *Un portrait des aînés au Canada*, deuxième édition (Statistique Canada, n° 89-519XP au catalogue) Ottawa, ministre de l'Industrie, 1997.
27. M. Almey, « Caractéristiques de la population active », *Portrait statistique des femmes au Canada*, troisième édition (Statistique Canada, n° 89-503F au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 1995.

Annexe

Tableau A

Effectif de l'échantillon, comptes pondérés et répartition de la population de 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997

	Personnes vivant en établissement de soins prolongés			Personnes vivant à domicile		
	Effectif de l'échantillon	Dénombrement pondéré		Effectif de l'échantillon	Dénombrement pondéré	
		en milliers	%		en milliers	%
Total	1 674	181,2	100,0	13 337	3 403,8	100,0
Incapacité grave (limitation des activités et dépendance)	1 238	135,1	74,5	889	230,7	6,8
Incapacité modérée (limitation des activités mais aucune dépendance ou dépendance mais aucune limitation)	267	28,7	15,9	3 702	934,1	27,4
Aucune incapacité (aucune limitation ni dépendance)	169	17,4	9,6	8 746	2 239,1	65,8

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé et Fichier des établissements de santé

Nota : Le total ne comprend pas les valeurs non disponibles.

Tableau B

Proportion de réponses par procuration, selon le niveau d'incapacité et le lieu de résidence, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997

Niveau d'incapacité	Établissements de soins prolongés	Population à domicile
	%	%
Total	59,2	18,3
Grave	73,3	31,7
Modérée	28,8	17,3
Aucune	6,5	17,3

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé et Fichier des établissements de santé

Nota : Comptes non pondérés fondés sur l'échantillon de 1 674 personnes vivant en établissement et 13 337 personnes vivant à domicile.