

# Le bien-être des personnes âgées mariées, malades ou en santé

par Susan Crompton et Anna Kemeny

La population vieillit et les Canadiens se préoccupent de plus en plus du bien-être des personnes âgées. Depuis quelques années, des intervenants de nombreux secteurs s'interrogent sur les meilleurs moyens d'aider les personnes âgées à conserver leur autonomie et sur ce que peuvent faire ces personnes pour réduire au minimum les problèmes susceptibles de survenir durant la vieillesse. Les chercheurs s'entendent pour dire que, pour bien vieillir comme pour bien vivre, plusieurs facteurs doivent être réunis : bonne santé physique, mentale et affective, liens étroits avec les amis et la famille, stabilité financière et maintien de la participation à la vie sociale<sup>1</sup>.

Il semble toutefois qu'une bonne santé physique soit à la fois une condition d'un bon vieillissement et un facteur qui y contribue : en effet, davantage de possibilités s'offrent à une personne en bonne santé et la pratique d'un plus large éventail d'activités, à la fois d'ordre physique et mental, semble améliorer l'état de santé de la personne<sup>2</sup>. Cela laisse croire que les personnes âgées dont les activités quotidiennes sont limitées par la maladie ou une incapacité sont les plus susceptibles d'être isolées et peut-être aussi de perdre leur autonomie.

À l'aide de certains indicateurs, on compare, dans le présent article, le bien-être psychologique et social des personnes âgées mariées en mauvaise santé à celui des personnes âgées en bonne santé. Nous examinons également si le bien-être d'une personne est influencé par l'état de santé de son conjoint ou sa conjointe. Afin de neutraliser les effets bien connus du statut socioéconomique sur la santé, les personnes choisies pour l'étude sont des propriétaires à revenu moyen vivant dans des ménages composés de deux personnes dont au moins une est âgée de 65 ans ou plus.

**Malades ou en bonne santé, la plupart des personnes âgées mariées se portaient bien sur le plan psychologique**  
La plupart des personnes âgées mariées se disaient heureuses

— quoique les personnes en bonne santé l'étaient dans une proportion plus élevée. Ainsi, plus de 90 % des hommes et des femmes âgés en bonne santé se disaient heureux, peu importe l'état de santé de leur partenaire. Par comparaison, à peine environ les trois quarts des hommes et moins des deux tiers des femmes en mauvaise santé se disaient heureux. Bien que les personnes âgées en mauvaise santé soient plus susceptibles de se sentir heureuses si leur partenaire est en bonne santé plutôt que malade, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes, ce qui indique que la santé physique du partenaire a un impact minimal sur le sentiment de bonheur.

Même si la majorité des personnes âgées mariées se situait très bas dans l'échelle de détresse, les personnes dont les activités quotidiennes sont gênées par la maladie semblaient éprouver un niveau très réel de trouble émotif. Bon nombre de personnes âgées en mauvaise santé sont susceptibles de souffrir de douleur chronique, à laquelle est souvent associé un taux accru de souffrance morale. Si l'on se fie à l'échelle de détresse, qui mesure les sentiments de nervosité, de désespoir, d'inutilité ou de tristesse, les personnes âgées mariées et malades affichaient des niveaux de détresse supérieurs à ceux de leurs homologues en bonne santé. Toutefois, les hommes malades mariés à une femme en bonne santé s'en tiraient bien, car presque tous (94 %) ont déclaré un faible niveau de détresse (un score inférieur à 7 sur 24), comparativement à seulement 63 %<sup>3</sup> de ceux dont la partenaire était également

1. John W. Rowe et Robert L. Kahn, *Successful Aging*, New York, Dell Publishing, 1998, p. 35 à 52.

2. *Ibid.*, p.35 à 52.

3. Pourcentage sujet à une forte variabilité d'échantillonnage.

Le présent article est basé sur les données recueillies à l'aide de la composante transversale de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997, une enquête ayant pour but d'obtenir des données sur l'état de santé des Canadiens. Aux fins de cette enquête, environ 82 000 répondants ont été interviewés. Ils ont répondu au questionnaire approfondi, qui portait entre autres sur l'état de santé, l'usage de médicaments, les comportements à risque et le bien-être mental et psychologique.

Aux fins du présent article, les personnes qui étaient des propriétaires à revenu moyen et qui vivaient dans des ménages composés de deux personnes dont au moins une était âgée de 65 ans ou plus — soit plus de 2 050 répondants représentant près de 600 000 personnes — ont été ciblées. Parmi ces répondants, les personnes en mauvaise ou en bonne santé vivant avec une personne en mauvaise ou en bonne santé (soit près de 800 répondants représentant plus de 220 000 hommes et femmes) ont été choisies pour faire partie de la population à l'étude. Dans la grande majorité de ces ménages, le répondant et son conjoint étaient tous deux âgés de 65 ans ou plus; dans certains cas, toutefois, le répondant était plus jeune. Cependant, pour alléger le texte, tous les répondants ont été désignés ici par « personnes âgées ».

**Mauvaise santé** : Personne souffrant d'une limitation d'activités et d'au moins deux problèmes de santé chroniques. Également qualifié de personne « malade ».

**Bonne santé** : Personne sans limitation d'activités et ne souffrant d'aucun ou d'un seul problème de santé chronique.

**Revenu moyen** : Revenu annuel du ménage se situant entre 20 000 \$ et 40 000 \$ en 1996-1997.

**Limitation d'activités** : Fait référence à une incapacité ou un état physique ou mental de longue durée qui limite la capacité d'une personne dans ses activités à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres lieux. Parmi les limitations physiques répandues chez les personnes âgées, mentionnons les problèmes de mobilité (capacité de se déplacer), ainsi que les problèmes d'ouïe et de vision impossibles à corriger.

**Problème de santé de longue durée ou chronique** : État pathologique diagnostiqué qui dure, ou devrait durer, au moins six mois. Parmi les problèmes de santé chroniques fréquents chez les personnes âgées, mentionnons l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos d'origine non arthritique, les cardiopathies, l'hypertension artérielle et le diabète.

**Détresse** : Indice calculé à partir d'une série de questions visant à évaluer le bien-être mental et affectif de la per-

sonne. Les répondants devaient indiquer à quelle fréquence (de jamais à toujours) ils se sentaient très tristes, nerveux, agités ou impatientes, désespérés ou inutiles et percevaient que tout leur demandait un effort. Plus le score est élevé, plus le niveau de détresse est grand.

**Dépression** : Mesure les symptômes associés à un grave épisode de dépression à l'aide d'une série de questions tirées du « Composite International Diagnostic Interview ».

**Soutien affectif** : Critère évalué à partir de quatre questions cherchant à savoir si (oui ou non) le répondant avait quelqu'un à qui se confier, sur qui il pouvait compter, qui pouvait lui donner des conseils ou lui témoigner de l'amour. Un score élevé indique un niveau plus élevé de soutien social.

**Fréquence des contacts sociaux** : Mesure la fréquence (tous les jours, au moins une fois par semaine, deux ou trois fois par mois, une fois par mois, quelques fois par année, une fois par année ou jamais) à laquelle le répondant a eu des contacts, au cours des 12 derniers mois, avec des amis, des voisins ou des membres de la famille ne faisant pas partie du ménage. Plus le score est élevé, plus la fréquence des contacts l'est également.

**Fréquence de la participation à la vie sociale** : Mesure la fréquence (au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, au moins trois ou quatre fois par année, au moins une fois par année, jamais) à laquelle le répondant participe à des associations ou des organismes bénévoles et assiste à des services religieux. Plus le score est élevé, plus grande est la participation.

**Fonction cognitive** : Mesure de la capacité de mémoire et du pouvoir de raisonnement basée sur la capacité habituelle du répondant de se rappeler des choses, de penser et de résoudre des problèmes quotidiens.

**Indice de l'activité physique** : Mesure de l'intensité de l'activité physique pratiquée durant les temps libres sur la base des dépenses énergétiques. Une personne *active* dépense au moins 3,0 calories par kilogramme de poids corporel par jour en faisant de l'activité physique durant ses temps libres; une personne qui a un niveau d'activité *modéré* est celle qui dépense au moins 1,5 calorie. Une personne active améliorera son système cardiovasculaire, tandis qu'une autre dont le niveau d'activité est modéré ressentira les bienfaits pour sa santé en général. Les personnes *inactives* dépensent moins de 1,5 calorie par kilogramme de poids corporel par jour et ne retirent aucun bienfait de l'activité physique.

malade. Les femmes en mauvaise santé ne semblaient pas profiter de la même situation, puisqu'il n'y avait aucune différence statistiquement significative au chapitre du niveau de détresse entre celles vivant avec un partenaire en bonne santé et celles dont le conjoint était malade.

Les scores moyens sont une autre façon d'examiner le niveau de détresse et ils brossent un tableau similaire : les scores moyens des personnes âgées en mauvaise santé (à l'exception des hommes dont l'épouse était en bonne santé) étaient pratiquement de quatre à six fois plus élevés que ceux des personnes âgées en bonne santé.

L'indice de dépression permet d'examiner la probabilité qu'une période de tristesse ou de cafard tourne en épisode de dépression clinique. La dépression est en fait assez rare chez les personnes mariées et elle l'est encore davantage chez les personnes âgées<sup>4</sup>. Même accablées par la maladie, plus de 96 % des personnes âgées mariées n'ont manifesté aucun symptôme de dépression durant l'année précédente.

Des études médicales révèlent que le soutien affectif, en particulier de la part du partenaire, exerce un effet positif direct sur l'état de santé. Les chercheurs attribuent ce phénomène au fait que certains effets qu'a le vieillissement sur la santé sont atténués lorsque la personne a quelqu'un à qui se confier, sur qui elle peut compter et qui peut lui donner des conseils et lui témoigner de l'amour. À l'inverse, l'absence d'un tel soutien constitue un important facteur de risque de mauvaise santé, sans doute parce que les gens n'ont personne pour les protéger contre les effets des divers facteurs de stress<sup>5</sup>.

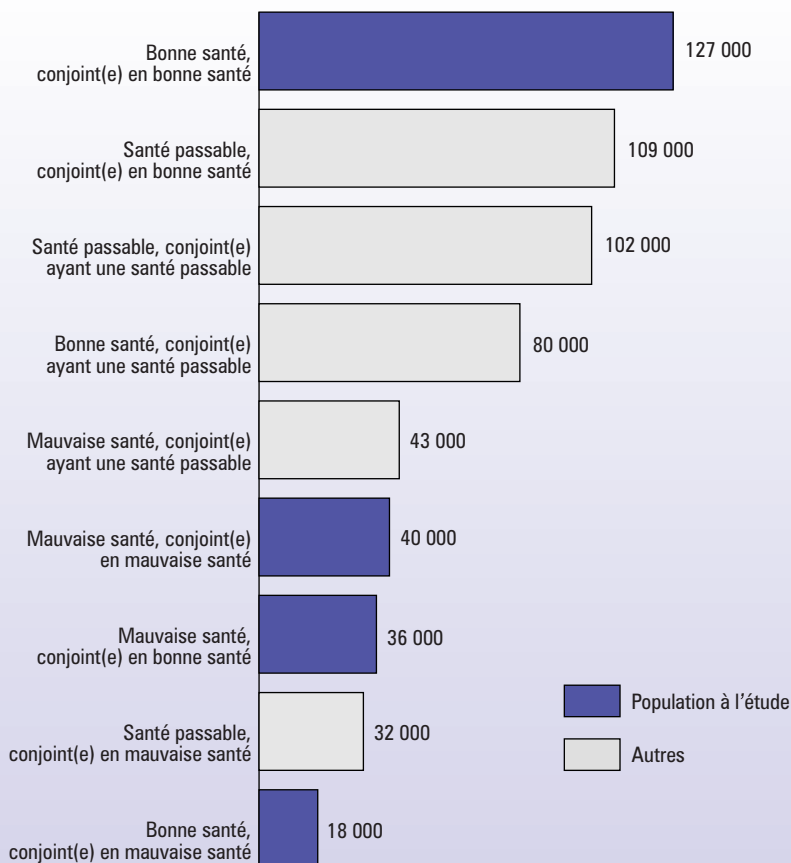
Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), les personnes âgées mariées bénéficiaient d'un haut niveau de soutien affectif. En effet, une écrasante majorité d'hommes et de femmes ont obtenu un score d'au moins 3 sur 4 selon l'échelle de soutien affectif, quel que soit leur état de santé ou celui de leur partenaire. (Même si seulement 78 % des hommes en mauvaise santé mariés à des femmes en mauvaise santé ont obtenu un score élevé, la différence

entre ces derniers et les autres hommes n'était pas statistiquement significative.)

Au sentiment d'amour et de camaraderie reçu à la maison s'ajoutent les contacts avec les amis, les membres de la famille et les voisins. La grande majorité des personnes âgées disaient ainsi parler à des membres de leur réseau social, ou leur rendre visite, au moins plusieurs fois par mois. Les femmes, en bonne ou mauvaise santé et vivant avec un partenaire en bonne ou mauvaise santé, obtenaient invariablement des scores élevés (plus de 94 % ont obtenu une note d'au moins 3 sur 6 pour une note moyenne supérieure à 4). Les hommes, en santé ou malades, affichaient eux aussi des scores élevés (plus de 96 % ont obtenu des scores de 3 sur 6 pour une moyenne d'au moins 4), mais seulement lorsque leur partenaire était en bonne santé. Cependant, dans le cas des hommes mariés à une personne malade, les scores indiquant la fréquence des contacts

TSC

**Plus de 1 personne âgée mariée sur 5 était en bonne santé et vivait avec une personne également en bonne santé**



Nombre de personnes âgées selon l'état de santé

Nota : Les personnes âgées incluent uniquement les propriétaires à revenu moyen vivant dans un ménage composé de deux personnes dont au moins une était âgée de 65 ans ou plus.  
Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997.

4. En 1994-1995, 6 % des personnes mariées et 3 % des personnes âgées ont été classées parmi les personnes ayant vécu un grave épisode de dépression durant l'année précédente. M. P. Beudet, « Dépression », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003-XPB au catalogue de Statistique Canada, Ministère de l'Industrie, vol. 7, n° 4, 1996.

5. John W. Rowe et Robert L. Kahn, *Successful Aging*, New York, Dell Publishing, 1998, p.152 à 166.

sociaux diminuaient fortement, ce qui laisse supposer ici que l'état de santé de leur femme importait davantage que leur propre état de santé.

Certains gérontologues estiment que le maintien d'une vie active, qui se manifeste parfois par la participation à des activités communautaires, aide non seulement à bien vieillir, mais entraîne également un meilleur état de santé, une plus grande confiance en soi et de meilleurs liens avec les autres<sup>6</sup>. Cependant, selon les résultats obtenus, peu de personnes âgées ont obtenu une note supérieure à la valeur du point milieu selon l'échelle de participation à la vie sociale (soit au moins 4 sur 8), à une exception près, d'ailleurs peu surprenante : les personnes âgées en santé vivant avec un partenaire également en bonne santé (quelque 68 % des hommes et 61 % des femmes vivant dans des couples en santé). Les scores moyens indiquaient une différence entre les sexes quant à la participation aux activités communautaires. Les femmes (en bonne ou mauvaise santé) vivant avec un partenaire en mauvaise santé affichaient des scores moyens supérieurs à ceux des hommes dans la même situation, ce qui reflète sans doute le plus grand désir des femmes de sortir.

Le fait que les personnes âgées en mauvaise santé étaient proportionnellement moins nombreuses à faire partie d'organismes ou d'associations bénévoles, ou à assister à des services religieux, peut refléter les limites que leur impose leur condition physique : il peut en effet être difficile pour une personne d'assister à une rencontre lorsque sa mobilité est restreinte ou de participer à des activités de groupe si elle souffre de troubles auditifs.

Les interactions sociales sont également bénéfiques sur un autre plan. L'usage régulier des facultés de réflexion, de raisonnement et de résolution de problèmes joue un rôle important dans le maintien de la santé et de l'autonomie quotidienne. Certaines études médicales ont révélé que les personnes âgées qui participent à une variété d'activités semblent avoir une grande capacité cognitive, tandis que celles qui participent peu à la vie sociale disent avoir de la difficulté à se concentrer, à résoudre des problèmes et à se souvenir des événements. Plus de 8 personnes âgées sur 10 vivant dans des couples en bonne santé

ont dit n'avoir aucun problème cognitif. À l'opposé, plus de la moitié des personnes âgées vivant dans des couples en mauvaise santé ont dit éprouver certains problèmes cognitifs (par exemple, pertes de mémoire, difficulté à former des idées claires). Une variété de facteurs liés à leur état physique, comme la douleur et les malaises chroniques ou encore les effets des médicaments, pourraient en être la cause.

Fait intéressant à souligner, les personnes âgées vivant avec un partenaire en bonne santé étaient plus susceptibles de déclarer avoir une bonne capacité cognitive que celles dont le conjoint est malade, et ce, peu importe leur propre état de santé.

### Les personnes âgées, même en bonne santé, étaient peu actives physiquement

Selon bon nombre de chercheurs, une bonne forme physique est un autre facteur déterminant d'un bon vieillissement : elle augmente la force musculaire, réduit l'incidence des autres facteurs de risque pour la santé, préserve la masse osseuse et améliore le bien-être psychologique<sup>7</sup>. Il suffit de marcher 30 minutes par jour

TSC	Les hommes âgés en bonne santé et vivant avec une conjointe en bonne santé étaient les plus susceptibles de se dire heureux		
	% qui étaient heureux	Indice de détresse	
		% ayant un score inférieur à 7 sur 24	Score moyen
<b>Hommes âgés</b>			
En bonne santé			
Conjointe en bonne santé	96	98	1,0
Conjointe en mauvaise santé	88	98	0,8
En mauvaise santé			
Conjointe en bonne santé	77	94	2,1
Conjointe en mauvaise santé	64 <sup>1</sup>	63 <sup>1</sup>	6,1
<b>Femmes âgées</b>			
En bonne santé			
Conjoint en bonne santé	90	96	1,5
Conjoint en mauvaise santé	94	93	1,8
En mauvaise santé			
Conjoint en bonne santé	64	72	4,0
Conjoint en mauvaise santé	60 <sup>1</sup>	60 <sup>1</sup>	5,6

Nota : Les personnes âgées incluent uniquement les propriétaires à revenu moyen vivant dans un ménage composé de deux personnes dont au moins une était âgée de 65 ans ou plus.

1. Pourcentage sujet à une forte variabilité d'échantillonnage.

Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997.

6. *Ibid.*, p.167 à 180.

7. *Ibid.*, p. 98.

pour en retirer des bienfaits pour la santé et de marcher pendant une heure pour améliorer le système cardiovasculaire<sup>8</sup>.

Non seulement la pratique de l'activité physique sous diverses formes — que ce soit par la marche, le jardinage ou la natation — est-elle bénéfique en soi, mais l'activité aide également les personnes dans l'exécution des tâches quotidiennes, par exemple monter l'escalier, faire la lessive, préparer les repas ou travailler à l'extérieur. À long terme, l'activité physique peut même réduire la dépendance du couple envers l'aide de l'extérieur pour l'exécution des tâches quotidiennes.

Certes, on ne s'attend pas à ce que les personnes qui souffrent de maladies chroniques multiples avec limitation des activités participent souvent à des activités physiques récréatives. De fait, environ les deux tiers des personnes âgées malades ayant un partenaire également en mauvaise santé étaient physiquement inactives, comparativement à

seulement la moitié des personnes âgées en bonne santé vivant avec un conjoint aussi en santé. Les résultats sont toutefois un peu plus surprenants dans le cas des personnes âgées en bonne santé dont le conjoint est malade : les deux tiers d'entre elles ne faisaient pas d'activité physique durant leurs temps libres. Ces derniers résultats laissent croire que les soins requis par le partenaire empiètent sur le temps dont disposerait la personne pour ses loisirs.

Enfin, sans égard à leur état de santé ou à celui de leur conjoint, les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses que les hommes à être physiquement inactives durant leurs temps libres. De fait, plus de 8 femmes sur 10 en mauvaise santé et plus de la moitié des femmes en bonne santé n'avaient pas atteint le niveau d'activité physique minimal de base pour rester en santé. Cela peut être en raison de leur incapacité à participer aux activités récréatives traditionnelles. Toutefois, les programmes spéciaux de conditionnement physique qui sont aujourd'hui offerts dans bon nombre de collectivités, comme les programmes d'aquaforme, d'exercices d'aérobic à l'aide d'une chaise, de yoga et d'entraînement avec poids et haltères

8. Exemple calculé pour un adulte de 70 kilogrammes (154 livres), selon la définition de l'ENSP relative aux dépenses énergétiques pour un niveau d'activité modéré ou chez une personne active.

<b>TSC</b> La grande majorité des personnes âgées disaient bénéficier d'un niveau élevé de soutien affectif							
	Soutien affectif		Fréquence des contacts		Participation à la vie sociale		Score moyen
	% ayant un score d'au moins 3 sur 4	Score moyen	% ayant un score d'au moins 3 sur 6	Score moyen	% ayant un score d'au moins 4 sur 8	Score moyen	
<b>Hommes âgés</b>							
En bonne santé							
Conjointe en bonne santé	96	3,8	96	4,4	68	4,4	
Conjointe en mauvaise santé	98	3,8	--	3,5	--	2,9	
En mauvaise santé							
Conjointe en bonne santé	100	4,0	98	4,0	50 <sup>1</sup>	3,0	
Conjointe en mauvaise santé	78 <sup>1</sup>	3,3	82 <sup>1</sup>	3,6	24 <sup>1</sup>	1,7	
<b>Femmes âgées</b>							
En bonne santé							
Conjoint en bonne santé	93	3,6	94	4,2	61	4,3	
Conjoint en mauvaise santé	96	3,9	97	4,4	48 <sup>1</sup>	3,4	
En mauvaise santé							
Conjoint en bonne santé	96	3,8	100	4,2	42 <sup>1</sup>	2,7	
Conjoint en mauvaise santé	98	3,9	99	4,3	36 <sup>1</sup>	2,7	
Nota : Les personnes âgées incluent uniquement les propriétaires à revenu moyen vivant dans un ménage composé de deux personnes dont au moins une était âgée de 65 ans ou plus.							
-- Échantillon trop petit pour fournir une estimation fiable.							
1. Pourcentage sujet à une forte variabilité d'échantillonnage.							
Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997.							



Pour des raisons encore imprécises, il existe une forte corrélation entre un statut socioéconomique élevé et un bon état de santé. Ainsi, les personnes dont le revenu se situe dans les tranches intermédiaire-supérieure et supérieure sont plus susceptibles d'être en très bonne ou en excellente santé que celles dont le revenu se situe dans les tranches inférieures. Les chercheurs croient que cela pourrait être à cause du fait que les personnes à revenu élevé sont souvent plus instruites et exercent des emplois qui présentent moins de risques. Le fait d'avoir un revenu plus élevé leur permet également d'avoir une plus grande maîtrise de leur vie. D'autres chercheurs suggèrent qu'un niveau de scolarité plus élevé aide les gens à mieux comprendre les risques pour la santé, les personnes plus instruites ayant généralement un mode de vie plus sain, c'est-à-dire qu'elles font plus d'exercice, ont une bonne alimentation, subissent des examens médicaux plus régulièrement et adoptent des comportements moins dangereux pour la santé (par exemple, en ne fumant pas et en portant leur ceinture de sécurité).

Par ailleurs, bien que ce lien entre le profil socioéconomique et la santé soit moins prononcé chez les personnes âgées que chez les jeunes, il demeure néanmoins présent. Chez les personnes âgées, le facteur lié au statut socioéconomique n'est peut-être pas le seul fait d'avoir « hérité » d'une bonne ou d'une mauvaise santé, mais pourrait tenir davantage aux mesures prises pour

se garder en santé en vieillissant. Certaines études révèlent que les personnes âgées de statut socioéconomique plus élevé sont mieux en mesure de comprendre la documentation que leur remet leur médecin et de participer activement aux décisions qui concernent leur santé. De plus, l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes a révélé que les personnes âgées du Canada ayant de bonnes capacités de lecture et d'écriture (qui sont fortement associées à un revenu et un niveau de scolarité plus élevés) sont exposées régulièrement à un plus vaste éventail de sources d'information — journaux et magazines, livres, radio — que les personnes âgées ayant de faibles capacités dans ce domaine. Avec l'accroissement du nombre de médias offrant des informations dans le domaine de la santé, les chercheurs croient que les personnes âgées qui ont accès quotidiennement à ces diverses sources d'information peuvent reconnaître plus tôt la présence possible d'un problème de santé, ce qui permettra un diagnostic et un traitement plus précoces.

- Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter le rapport rédigé par Paul Roberts et Gail Fawcett, *Personnes à risques : analyse socioéconomique de la santé et de l'alphabétisme chez les personnes âgées*, produit n° 89-552-MPF au catalogue de Statistique Canada, 1998, n° 5.

pour personnes âgées, pourraient permettre à ces dernières d'apprécier les bienfaits de l'activité physique.

## Résumé

Les résultats de l'ENSP indiquent que les personnes âgées mariées en mauvaise santé qui sont propriétaires et qui gagnent un revenu moyen n'obtiennent pas un aussi bon score que leurs homologues en santé sur certaines échelles relatives au bien-être psychologique (bonheur, détresse). Ces personnes disent également avoir plus de difficulté dans la vie de tous les jours sur le plan cognitif. Cependant, la plupart des malaises ressentis par les personnes âgées en mauvaise santé, de même que les troubles de mémoire ou la difficulté à former des idées claires, pourraient découler des médicaments ou de la douleur ou des malaises chroniques associés à leur maladie et à leurs limitations physiques. D'autre part, les personnes âgées mariées en mauvaise santé affichent un niveau élevé de soutien affectif et sont tout aussi actives socialement que les personnes en bonne santé.

On ne peut ignorer l'effet qu'a l'état de santé d'un conjoint sur le vieillissement, car le bien-être d'un être qui nous

est cher influe habituellement sur notre propre état d'esprit. Pour la plupart des indicateurs du bien-être examinés ici, nous constatons que la situation des personnes âgées en bonne santé qui sont mariées à des personnes également en bonne santé est meilleure que celle des personnes âgées en mauvaise santé mariées à des personnes malades. La situation des couples dont l'état de santé est « mixte » n'est toutefois pas aussi nette. Ainsi, le fait d'être marié à une personne malade ne semble pas atténuer le bien-être général des personnes âgées en bonne santé; cependant, le fait d'avoir un conjoint en bonne santé semble assez bénéfique pour les personnes âgées malades, et plus particulièrement pour les hommes, ce qui laisse croire que la personne en bonne santé apporte à l'autre une aide et un soutien qui rendent la vie plus agréable et confortable. Il serait intéressant de poursuivre les études sur cette question.

TSC

**Susan Crompton** est rédactrice en chef et **Anna Kemeny** est rédactrice pour *Tendances sociales canadiennes*.

# INDICATEURS SOCIAUX

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<b>POPULATION</b>									
<i>Population totale (au 1<sup>er</sup> juillet)</i>	27 700 856	28 030 864	28 376 550	28 703 142	29 035 981	29 353 854	29 671 892	30 010 974	30 301 185
0 à 17 ans	6 867 478	6 937 359	7 025 890	7 082 119	7 129 772	7 165 617	7 205 638	7 217 560	7 203 354
18 à 64 ans	17 712 418	17 876 300	18 054 838	18 250 347	18 466 087	18 676 242	18 884 263	19 130 082	19 360 759
65 ans et plus	3 120 960	3 217 205	3 295 822	3 370 676	3 440 122	3 511 995	3 581 991	3 663 332	3 737 027
<i>Taux de croissance démographique (pour 1 000)</i>									
Croissance totale	14,0	11,4	12,9	11,1	11,2	10,8	11,0	10,7	8,7
Naissances	14,7	14,4	14,1	13,5	13,3	12,9	12,3	11,6	11,4
Décès	6,9	7,0	6,9	7,1	7,1	7,2	7,2	7,2	7,4
Accroissement naturel	7,7	7,4	7,1	6,4	6,1	5,7	5,2	4,4	4,1
Immigration	7,7	8,2	8,9	8,9	7,7	7,2	7,6	7,2	5,7
Émigration	1,4	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7
Migration interprovinciale	12,0	11,3	10,9	9,9	9,9	9,8	9,6	10,5	11,6
Mariages	6,8	6,1	5,8	5,6	5,5	5,5	5,3	–	–
<i>Taux de croissance dans les plus grandes régions métropolitaines de recensement (au 1<sup>er</sup> juillet)</i>									
Toronto	1,6	0,9	1,7	1,4	2,0	2,0	1,9	2,3	2,0
Montréal	0,9	0,6	0,6	0,8	0,7	0,6	0,5	0,5	0,5
Vancouver	2,5	2,2	2,7	2,7	3,2	3,2	3,3	2,9	1,5
<b>SANTÉ</b>									
Taux de fécondité total par femme	1,72	1,71	1,71	1,69	1,69	1,67	1,62	1,55	–
Grossesse chez les adolescentes	45 639	45 553	46 221	46 376	47 376	45 044	–	–	–
Taux de grossesse pour 1 000 adolescentes de 10 à 19 ans	24,4	24,3	24,5	24,3	24,6	23,1	–	–	–
% de bébés de faible poids à la naissance	5,4	5,5	5,5	5,7	5,8	5,9	5,7	5,8	–
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	6,8	6,4	6,1	6,3	6,3	6,1	5,6	5,5	–
<i>Espérance de vie (en années)</i>									
Hommes	–	74,6	74,7	74,9	75,0	75,2	75,5	75,8	–
Femmes	–	81,0	81,0	81,0	81,0	81,1	81,2	81,4	–
<i>Principales causes de décès chez les hommes (pour 100 000 personnes)*</i>									
Cancer	246,6	247,5	244,0	241,0	238,9	234,7	236,6	229,7	–
Poumon	79,6	78,8	77,3	77,3	74,7	72,1	72,9	69,8	–
Côlon et rectum	25,7	25,1	25,9	24,5	24,7	24,7	24,4	23,5	–
Prostate	30,1	31,2	30,9	30,8	30,3	30,3	29,2	28,6	–
Cardiopathies	269,1	263,7	256,9	256,0	244,9	238,7	239,9	230,8	–
Accidents cérébrovasculaires	58,2	55,8	54,4	56,2	54,3	53,5	52,9	52,8	–
Causes externes**	69,1	68,7	66,9	67,4	64,9	65,0	63,0	–	–
<i>Principales causes de décès chez les femmes (pour 100 000 personnes)*</i>									
Cancer	153,1	153,7	152,7	154,0	153,9	150,3	155,0	148,5	–
Poumon	27,6	29,6	29,6	31,6	31,7	31,1	33,6	32,3	–
Côlon et rectum	17,7	16,8	16,6	16,5	15,9	16,0	15,7	15,2	–
Sein	31,3	30,1	30,4	29,2	29,8	28,4	28,9	27,4	–
Cardiopathies	150,1	147,6	140,8	140,5	137,9	134,8	134,7	129,7	–
Accidents cérébrovasculaires	46,8	46,3	46,1	47,3	45,3	44,0	44,1	43,9	–
Causes externes**	26,5	26,5	25,7	26,6	25,0	25,4	25,1	–	–

– Données non disponibles.

\* Taux comparatif basé sur la population de 1996.

\*\* Inclut les événements tels que le suicide, les intoxications et les accidents de véhicules automobiles et autres types d'accidents.

# INDEX DES ARTICLES

## Printemps 1995 – Hiver 1999

### POPULATION

Le Recensement de 1996 : Soyez du nombre!	Printemps 1996
Profil de la population du Canada du XXI <sup>e</sup> siècle	Automne 1996
Profil de la situation des collectivités des Premières nations	Hiver 1999
Projections de la population des personnes ayant une incapacité de travail, 1993 à 2016	Automne 1996
Projections de la population des régions métropolitaines de recensement, 1995 à 2000	Hiver 1996

### VILLES ET PROVINCES

La population multiethnique et croissante de Vancouver	Automne 1995
La région de la Capitale nationale : profil d'Ottawa–Hull	Été 1995
La ville historique de Halifax	Été 1997
Le Nunavut : Nouveau territoire du Canada en 1999	Printemps 1997
St John's : la plus ancienne ville du Canada	Hiver 1997

### IMMIGRATION

La population immigrante du Québec	Été 1995
Les nouveaux immigrants dans la population active	Printemps 1999

### MINORITÉS VISIBLES

Les Chinois au Canada	Hiver 1995
Les minorités visibles à Toronto, Vancouver et Montréal	Automne 1999
Les minorités visibles : une population diversifiée	Été 1995
Projections de la population des minorités visibles, 1991 à 2016	Été 1996

### FAMILLE

Attitudes des Canadiens face au divorce	Printemps 1998
Continuer de vivre chez ses parents	Printemps 1999
De l'aide à portée de la main : Déménager pour recevoir ou offrir de l'aide	Hiver 1999
Déménager pour améliorer sa situation	Hiver 1999
Indicateurs familiaux pour le Canada	Été 1996
La fécondité au Canada, de 1951 à 1993 : l'explosion, le déclin, puis la stabilité?	Hiver 1995
La formation d'une première union libre : le premier pas dans la vie commune	Hiver 1997
Les enfants du Canada durant les années 90 : Certains résultats de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes	Printemps 1997
Profil des familles qui ont des enfants difficiles	Hiver 1999
Quels sont les facteurs influant sur l'intention d'avoir des enfants?	Printemps 1998
Qui a besoin d'aide à court terme?	Automne 1998

Qui a un troisième enfant?	Été 1999
Quitter le foyer familial? : l'influence de la structure de la famille	Automne 1995
Réussir dans la vie :	Été 1998
• Le revenu des parents influe-t-il sur le succès des enfants?	
• Quelle est l'influence de la scolarité des parents?	
Trois générations réunies sous un même toit	Été 1999
Vivre avec des parents	Automne 1996

### AÎNÉS

La démence chez les personnes âgées	Été 1997
Le bien-être des personnes âgées mariées, malades ou en santé	Hiver 1999
Le profil des personnes qui prodiguent des soins aux aînés	Automne 1999
Les aînés au volant	Automne 1999
Les aînés : un groupe diversifié qui vieillit bien	Printemps 1999
Les Canadiens plus âgés qui déménagent	Printemps 1998
Les veuves qui vivent seules	Été 1999
Programmes gouvernementaux de sécurité du revenu à l'intention des personnes âgées :	Printemps 1996
• Aperçu	
• Régime de pensions du Canada (RPC) et Régime de rentes du Québec (RRQ)	
• Sécurité de la vieillesse	

### RETRAITE

La retraite durant les années 90 :	Automne 1996
• Les hommes retraités au Canada	
• Retour au travail des retraités	

### LOGEMENT

L'évolution du mode d'occupation des logements de 1951 à 1991	Printemps 1995
La vie en condominium	Été 1996
Les locataires et l'abordabilité du logement	Printemps 1995

### POPULATION ACTIVE

50 ans d'Enquête sur la population active, 1946-1995	Printemps 1996
Attitudes à l'égard des femmes, du travail et de la famille	Automne 1997
Changements touchant la continuité du travail chez les femmes	Automne 1997
Compétences insuffisantes chez les jeunes	Hiver 1998
Ils n'ont pas de patron : les travailleurs autonomes au Canada	Été 1995
« J'ai l'impression d'être trop qualifié pour l'emploi que j'occupe... »	Hiver 1997
La population active du secteur culturel au Canada	Été 1996



# INDEX DES ARTICLES (SUITE)

La recherche d'un emploi à la fin de ses études	Été 1999
Le marché de l'emploi et les personnes ayant une incapacité	Automne 1995
Les Canadiens et le travail à domicile	Printemps 1996
Les femmes, les hommes et le travail	Printemps 1995
Les mères qui travaillent	Printemps 1995

## REVENU

Diminution de la rémunération des jeunes hommes	Automne 1997
L'Indice des prix à la consommation ou comment mesurer l'inflation	Été 1997
Les enfants vivant au sein de familles à faible revenu	Automne 1996
Mouvements en dessous et au-dessus du seuil de faible revenu	Automne 1998

## ÉDUCATION

Alphabétisme : La langue parlée fait-elle une différence?	Hiver 1998
Incidence de la structure familiale sur l'achèvement des études secondaires	Printemps 1998
L'alphabétisme chez les adultes canadiens, américains et allemands	Hiver 1996
L'éducation des femmes au Canada	Hiver 1995
L'enseignement à domicile : quand les parents deviennent enseignants	Automne 1998
La formation à distance : au-delà des cours par correspondance	Printemps 1996
La promotion de 1990 se lance sur le marché du travail	Été 1998
Le contexte social de l'école pour les jeunes enfants	Hiver 1997
Le remboursement des prêts étudiants	Hiver 1998
Les diplômés universitaires qui retournent au collège	Automne 1999
Les élèves étrangers au Canada	Été 1996
Niveau de scolarité des jeunes adultes autochtones	Printemps 1999
Nouvelles données sur l'abandon scolaire	Printemps 1997

## SANTÉ

Au travail malgré un problème de santé chronique	Printemps 1999
Causes de décès : Différences entre les sexes	Été 1996
Convaincre les fumeurs ayant un faible niveau de scolarité	Été 1997
Données sur la santé tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994	Printemps 1996
Inégalités dans les domaines socioéconomique et de la santé	Été 1995
L'exposition à la fumée secondaire	Été 1998
La consommation d'alcool et ses conséquences	Automne 1995
La pratique des sports au Canada	Printemps 1995
Le cancer du sein et la mammographie	Printemps 1998
Le mélanome	Été 1999

Le tabagisme chez les jeunes au Canada	Hiver 1996
Les fournisseurs de soins au Canada	Hiver 1997
Quinze années de SIDA au Canada	Été 1996
Tendances de la mortalité associée aux cancers reliés au tabagisme, de 1950 à 1991	Hiver 1995
Tendances en matière de stérilisation contraceptive	Automne 1998
Variations de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer	Hiver 1995

## JUSTICE

Extraits d'un ouvrage sur la criminalité et la justice au Canada	Hiver 1996
Le harcèlement criminel au Canada	Automne 1997
Les femmes agressées par des inconnus	Printemps 1995
Les jeunes et la criminalité	Été 1999

## CULTURE ET MODE DE VIE

Arrangements de travail et stress lié au manque de temps	Hiver 1996
Branchés sur Internet	Hiver 1999
Échanger des voyageurs — Les tendances des voyages internationaux	Été 1997
Langues et culture des Métis du Canada	Hiver 1996
L'alcool au volant : sommes-nous sur la bonne voie?	Été 1998
La lecture, activité de détente	Automne 1997
La persistance de l'identification à une religion chrétienne au Canada	Printemps 1997
La technologie courante : quel usage en font les Canadiens?	Automne 1997
La télévision canadienne en période de transition	Printemps 1997
Les enfants assistent-ils aux services religieux?	Automne 1999
Les langues autochtones du Canada	Hiver 1998
Les ménages canadiens se préparent technologiquement à emprunter l'infrastructure	Automne 1995
Mesure et évaluation du travail non rémunéré des ménages	Automne 1996
Pratique religieuse, mariage et famille	Automne 1998

## DIVERS

Direction Nord	Automne 1999
Importance de la faune pour les Canadiens	Été 1995
La tempête de verglas de 1998!	Hiver 1998
Qui sont les donateurs des organismes de bienfaisance?	Hiver 1996

## Plan de leçon pour l'article « Branchés sur Internet »

### Objectifs

---

- Examiner qui sont les utilisateurs d'Internet et comment ils s'en servent
- Discuter des risques potentiels associés à l'usage d'Internet

### Méthode

---

1. Faites un bref sondage auprès des élèves de votre classe pour savoir combien d'entre eux disposent d'un ordinateur à la maison. Parmi ce groupe, déterminez quelle proportion utilise Internet à la maison et pendant combien d'heures par semaine. Dans votre classe, à quelles fins les élèves utilisent-ils principalement Internet? Comment cela se compare-t-il aux données nationales?
2. Quelles difficultés les élèves éprouvent-ils en utilisant Internet?
3. Demandez à vos élèves si leurs parents utilisent Internet autant qu'eux et si l'usage qu'ils en font diffère du leur. Discutez des facteurs susceptibles d'expliquer les différences entre générations dans l'utilisation d'Internet.
4. Discutez des signes avant-coureurs d'une dépendance envers Internet. Demandez à vos élèves s'ils connaissent des utilisateurs ainsi « dépendants » d'Internet.
5. Demandez à vos élèves si Internet les aide à apprendre et s'ils réalisent leurs travaux scolaires plus efficacement lorsqu'ils l'utilisent. Quels problèmes éprouvent-ils lorsqu'ils utilisent Internet comme source de documentation?
6. Demandez aux élèves des « trucs » utiles qu'ils ont découverts en utilisant Internet pour leurs travaux. Par exemple, quels sont les sites qu'ils ont trouvé particulièrement utiles pour leur dernier travail?
7. Demandez à vos élèves s'ils ont déjà reçu des menaces ou des propos injurieux par Internet. Quelle a été leur réaction? Discutez de la meilleure façon de réagir. Au tableau, demandez aux élèves d'inscrire toutes les binettes (« smileys ») qu'ils connaissent (caractères ASCII qu'utilisent les gens pour communiquer de l'information non verbale par Internet) et leur signification.

Par exemple : -) Sourire

### Autres ressources utiles

---

- Pour votre prochain projet à caractère social, visitez le site Web de Statistique Canada, à l'adresse suivante : [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca). Vous y trouverez sûrement des données canadiennes fort utiles.

### Partagez vos idées!

---

Y a-t-il des leçons s'inspirant de *TSC* que vous aimeriez partager avec d'autres enseignants? Envoyez-nous vos leçons et nous vous ferons parvenir les leçons s'inspirant de *TSC* que nous avons reçues. Pour obtenir plus de renseignements, communiquez avec Joel Yan, Division de la diffusion, Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6. Téléphone : 1 800 465-1222. Télécopieur : (613) 951-4513. Internet (courrier électronique) : [yanjoel@statcan.ca](mailto:yanjoel@statcan.ca).

### NOTA :

---

**Vous pouvez photocopier le « Carnet du personnel enseignant » ou toute autre article de *Tendances sociales canadiennes* pour les utiliser en classe.**