



N° B2-003-XPF au catalogue

Supplément au
volume 16, 2006

Rapports sur la santé

La santé de la population canadienne

RAPPORT ANNUEL



Statistique
Canada

Statistics
Canada



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet du présent produit ou au sujet de statistiques ou de services connexes doit être adressée à : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 (téléphone : (613) 951-1746).

Pour obtenir des renseignements sur l'ensemble des données de Statistique Canada qui sont disponibles, veuillez composer l'un des numéros sans frais suivants. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel ou visiter notre site Web.

Service national de renseignements	1 800 263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1 800 363-7629
Renseignements concernant le Programme des bibliothèques de dépôt	1 800 700-1033
Télécopieur pour le Programme des bibliothèques de dépôt	1 800 889-9734
Renseignements par courriel	infostats@statcan.ca
Site Web	www.statcan.ca

Renseignements sur les commandes et les abonnements

Le produit n° 82-003-SIF au catalogue est disponible gratuitement. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.ca et de choisir la rubrique Nos produits et services.

Le produit n° 82-003-SPF au catalogue est aussi disponible en version imprimée standard au prix de 22 \$CAN l'exemplaire. Les frais de livraison supplémentaires suivants s'appliquent aux envois à l'extérieur du Canada :

Exemplaire

États-Unis	6 \$CAN
Autres pays	10 \$CAN

Les prix ne comprennent pas les taxes de vente.

La version imprimée peut être commandée par

- Téléphone (Canada et États-Unis) **1 800 267-6677**
- Télécopieur (Canada et États-Unis) **1 877 287-4369**
- Courriel **infostats@statcan.ca**
- Poste
Division des finances
Statistique Canada
Immeuble R.-H.-Coats, 6^e étage
120, avenue Parkdale
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6
- En personne auprès des agents et librairies autorisés.

Lorsque vous signalez un changement d'adresse, veuillez nous fournir l'ancienne et la nouvelle adresse.

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois, et ce, dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1 800 263-1136. Les normes de services à la clientèle sont aussi publiées sur www.statcan.ca sous À propos de Statistique Canada > Offrir des services aux Canadiens.



Statistique Canada
Division de la statistique de la santé

Rapports sur la santé

Numéro spécial, supplément au volume 16

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2006

Tous droits réservés. Le contenu de la présente publication peut être reproduit, en tout ou en partie, et par quelque moyen que ce soit, sans autre permission de Statistique Canada sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé destiné aux journaux, et/ou à des fins non commerciales. Statistique Canada doit être cité comme suit : Source (ou « Adapté de », s'il y a lieu) : Statistique Canada, nom du produit, numéro au catalogue, volume et numéro, période de référence et page(s). Autrement, il est interdit de reproduire quelque contenu de la présente publication, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, ou de le transmettre sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, reproduction électronique, mécanique, photographique, pour quelque fin que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable des Services d'octroi de licences, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6.

Février 2006

N° 82-003-SPF au catalogue, supplément au volume 16
ISSN 1708-7686

N° 82-003-SIF au catalogue, supplément au volume 16
ISSN 1708-7694

Périodicité : annuelle

Ottawa

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

SIGNES CONVENTIONNELS

Les signes conventionnels suivants sont employés uniformément dans les publications de Statistique Canada :

- . indisponible pour toute période de référence
- .. indisponible pour une période de référence précise
- ... n'ayant pas lieu de figurer
- P préliminaire
- r rectifié
- X confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
- E à utiliser avec prudence
- F trop peu fiable pour être publié

Le papier utilisé dans la présente publication répond aux exigences minimales de l'« American National Standard for Information Sciences » - « Permanence of Paper for Printed Library Materials », ANSI Z39.48 - 1984.



La santé au troisième âge

Rédactrice en chef
Anik Lacroix

Collaborateurs
Heather Gilmour
Laurent Martel
Jungwee Park
Pamela L. Ramage-Morin
Michelle Rotermann
Margot Shields
Kathryn Wilkins

Rédaction
Mary Sue Devereaux
Barbara Riggs
Marc Saint-Laurent
Kathryn Wilkins

Supervision de la production
Nicole Leduc

Production et composition
Agnes Jones
Robert Pellarin

Vérification des données
Julia Gal

Administration
Céline Desfonds

La présente publication est le fruit du sixième effort consécutif de collaboration entre Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé en vue d'enrichir le système d'information sur la santé du Canada. Dans sa série intitulée *La santé de la population canadienne*, Statistique Canada se concentre sur la santé de la population, tandis que l'Institut canadien d'information sur la santé aborde la question du rendement du système de santé dans une série complémentaire intitulée *Les soins de santé au Canada*. Le dernier rapport de Statistique Canada, qui a pour thème *La santé au troisième âge*, examine la population d'aînés au Canada.

L'accroissement continu de l'espérance de vie signifie que la période dite « du troisième âge » ne cesse de s'allonger. Durant ces années tardives de la vie, la bonne santé et l'autonomie, souvent tenues pour acquises durant la jeunesse, deviennent incertaines. En fait, nombreux sont ceux qui pensent que la santé se détériore inéluctablement en vieillissant. Pourtant, les aînés forment un groupe diversifié. Il n'existe pas de personnes âgées types ni d'expérience de vieillissement typique. Certains Canadiens âgés demeurent actifs et autonomes, tandis que d'autres souffrent de problèmes de santé débilissants et dépendent de l'aide d'autrui. Certains continuent de vivre à domicile, d'autres sont placés en établissement de soins de longue durée. Beaucoup d'aînés évaluent favorablement leur état de santé, mais d'aucuns ont l'impression que leur bien-être physique et psychologique décline. Or le présent rapport offre à ce propos des analyses approfondies portant sur diverses questions relatives à la santé auxquelles font face les personnes âgées.

L'article intitulé « Des aînés en bonne santé » examine le lien entre un bon état de santé et les comportements qui influent sur la santé, ainsi que les facteurs psychosociaux. Si certains aînés éprouvent un déclin fonctionnel ou ont une perception plus négative de leur état de santé, de nombreux autres demeurent en bonne santé ou se rétablissent après un tel déclin. L'article révèle l'importance des comportements bénéfiques pour la santé, comme faire de l'exercice régulièrement, boire modérément, manger des fruits et des légumes, et s'abstenir de fumer. L'analyse indique aussi que les aînés qui ont le sentiment d'appartenir à leur collectivité et ceux dont la vie n'est pas trop stressante sont plus susceptibles que les autres d'être en bonne santé.

De nombreuses personnes âgées craignent non seulement la manifestation de maladies chroniques, mais aussi la perte d'autonomie qui peut en découler. Ces questions sont examinées dans l'article intitulé « Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées ». L'analyse révèle que le fait de dépendre d'autrui pour s'habiller, prendre un bain et manger, ainsi que pour gérer ses finances et faire des courses est souvent associé à la douleur qui accompagne un problème de santé chronique, plutôt qu'à la maladie proprement dite. Une stratégie efficace de traitement de la douleur peut retarder ou prévenir les effets débilissants et prolonger l'autonomie.

L'article intitulé « Utilisation des services de santé par les personnes âgées » traite de l'effet des problèmes de santé chroniques et des blessures sur la fréquence des consultations médicales, la consommation de médicaments, l'hospitalisation et les soins à domicile. Il est rassurant de constater que l'utilisation des services de santé par les personnes âgées est fonction de leurs besoins, plutôt que de leur revenu ou de leur niveau de scolarité.

L'article intitulé « Bien vieillir en établissement de santé » conclut que nombre d'aînés qui vivent en établissement de soins de longue durée évaluent positivement leur santé, ce qui témoigne de leur adaptation aux circonstances de la vie et d'une vieillesse réussie. Selon l'article, les aînés qui évaluent favorablement leur état de santé malgré l'existence de problèmes de santé chroniques courent un risque plus

faible de mourir que ceux qui l'évaluent négativement. En outre, l'interaction sociale et l'existence de liens étroits avec les membres du personnel de l'établissement sont corrélées aux perceptions concernant la santé.

Si un grand nombre de personnes âgées vieillissent bien, chez certaines, le processus est plus pénible. Le bien-être durant le troisième âge dépend non seulement de l'absence de maladies chroniques importantes, mais aussi de l'absence de stress. En fait, la détresse psychologique peut influencer les chances de survie. L'article intitulé « Prédicteurs du décès chez les personnes âgées » révèle que les femmes qui éprouvaient un stress financier ou psychologique au début de la période de huit ans étudiée couraient un plus grand risque d'être décédées à la fin de la période que celles n'ayant pas connu ce genre de stress. Chez les hommes, la probabilité de décéder était plus élevée chez ceux ayant un faible niveau de scolarité ou ceux qui étaient veufs.

Ces analyses sont fondées sur plusieurs sources de données de Statistique Canada, dont l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, l'Enquête nationale sur la santé de la population, la Base de données sur la morbidité hospitalière, et la Base canadienne de données sur la mortalité. Le présent rapport est le sixième d'une série qui couvre une gamme de questions relatives à la santé. Les rapports antérieurs ont eu pour thème la santé mentale (2004), les enfants (2003), la santé dans les collectivités (2002), les différences entre les hommes et les femmes (2001), et l'état de santé et l'utilisation des services de santé au cours du cycle de vie (1999). Ces publications peuvent être consultées gratuitement sur le site Web de Statistique Canada @ www.statcan.ca : sous « Nos produits et services », choisissez « Gratuites », puis « Santé », et enfin « Rapports sur la santé – Supplément ».

Remerciements

Les rédacteurs de *Rapport sur la santé* remercient de leur temps et de leur expertise Louise Plouffe et Barbara Serandour de Santé Canada.

Au sujet de Statistique Canada

Aux termes de la *Loi sur la statistique*, Statistique Canada est autorisé à recueillir, analyser et publier des renseignements sur les activités sociales, économiques et générales de la population et sur l'état de celle-ci. L'objectif principal de la Division de la statistique de la santé est de fournir des renseignements et des analyses statistiques sur la santé de la population, les déterminants de la santé, ainsi que sur la portée et l'utilisation du secteur des soins de santé au Canada.

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'Institut canadien d'information sur la santé est un organisme national sans but lucratif, dont le mandat est de coordonner l'élaboration et la tenue à jour d'une approche intégrée de l'information sur les soins de santé. L'Institut fournit des renseignements qui sont nécessaires pour établir les politiques en matière de soins de santé et pour bien gérer le système de santé.

Supplément au volume 16

La santé au troisième âge

Des aînés en bonne santé	7
<i>Margot Shields et Laurent Martel</i>	
Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées	23
<i>Heather Gilmour et Jungwee Park</i>	
Utilisation des services de santé par les personnes âgées	35
<i>Michelle Rotermann</i>	
Bien vieillir en établissement de santé	51
<i>Pamela L. Ramage-Morin</i>	
Prédicteurs du décès chez les personnes âgées	63
<i>Kathryn Wilkins</i>	

Au sujet de Rapports sur la santé

Rapports sur la santé est une revue trimestrielle dont les articles sont soumis à l'évaluation par les pairs et publiée par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada. La publication, qui s'adresse à un public varié, dont les professionnels de la santé, les chercheurs, les décideurs, les enseignants et les étudiants, a pour mission de fournir des renseignements pertinents, complets et de haute qualité sur l'état de santé de la population et sur le système de santé.

Demande de réimpression

Il est interdit de reproduire cette publication, en tout ou en partie, sans avoir reçu au préalable le consentement écrit de Statistique Canada. Pour obtenir ce consentement, on doit soumettre le formulaire « Demande d'autorisation de reproduction ». On peut se procurer ce formulaire auprès de l'agent de permission de la reproduction, Division du marketing, Statistique Canada, par télécopieur au (613) 951-1134.

Abonnement

Des renseignements peuvent être obtenus auprès de la rédactrice en chef, *Rapports sur la santé*, Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, 2^e étage, pièce 2602, immeuble Principal, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6. Téléphone : (613) 951-1765. Télécopieur : (613) 951-4436.

Version électronique

La publication *Rapports sur la santé* est aussi publiée sous forme électronique, fichiers PDF. Il est possible de commander des numéros à l'unité, en utilisant une carte Visa ou MasterCard, à partir du site Internet de Statistique Canada, de les télécharger et de les consulter avec l'aide d'Adobe Acrobat Reader. Pour commander un numéro récent de *Rapports sur la santé*, visitez notre site à l'adresse www.statcan.ca. Choisissez « Français » à la page d'accueil, puis « Nos produits et services » à la page suivante. Choisissez ensuite « Parcourir les publications Internet (PDF ou HTML) » et « Payantes »; vous trouverez *Rapports sur la santé*, n° 82-003-XIF au catalogue, à la rubrique « Santé ». Des exemplaires des rapports précédents parus dans la série *La santé de la population canadienne* peuvent être consultés au même endroit sous la rubrique « Gratuites ».

Des aînés en bonne santé

- La majorité des aînés canadiens étaient en bonne santé en 2003. La plupart étaient autonomes, n'avaient pas d'incapacité fonctionnelle et avaient une perception positive de leur santé mentale et physique.
- Faire de l'exercice fréquemment, boire modérément, manger des fruits et des légumes souvent, avoir un indice de masse corporelle (IMC) normal, ressentir peu de stress et éprouver un sentiment d'appartenance à la collectivité sont tous des facteurs qui jouent un rôle important dans le bon état de santé général des aînés.
- Un comportement sain pendant les années de vieillesse non seulement aide à conserver la santé, mais aussi augmente les chances de rétablissement après une période au cours de laquelle la santé est plus précaire.

Résumé

Objectifs

Le présent article examine l'état de bonne santé chez les aînés canadiens en relation avec des comportements liés à la santé et des facteurs psychosociaux.

Sources des données

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 et de la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 à 2002-2003.

Techniques d'analyse

La régression logistique multiple a été utilisée pour étudier les associations entre la bonne santé, les facteurs de risque liés au comportement et les facteurs psychosociaux en 2003. La modélisation à risques proportionnels et la régression logistique ont été utilisées pour examiner les caractéristiques liées à la santé et les facteurs psychosociaux en relation avec le maintien de la santé et le rétablissement.

Principaux résultats

Les aînés qui faisaient souvent de l'exercice, avaient un indice de masse corporelle normal, mangeaient beaucoup de fruits et de légumes et consommaient de l'alcool modérément étaient plus susceptibles d'être en bonne santé. Un faible niveau de stress et le sentiment d'appartenance à la collectivité sont également associés à une bonne santé. Les comportements sains sont associés au maintien de la santé au cours des années ainsi qu'à une probabilité accrue de rétablissement. Ces résultats demeurent les mêmes lorsqu'on tient compte des facteurs sociodémographiques et des problèmes de santé chroniques.

Mots-clés

Comportements liés à la santé, stress, vie autonome, vieillissement, études longitudinales, enquête sur la santé.

Auteurs

Margot Shields (613-951-4177; Margot.Shields@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé et Laurent Martel (613-951-2352; Laurent.Martel@statcan.ca), à la Division de la démographie, à Statistique Canada, Ottawa (Ontario), K1A 0T6.

Margot Shields et Laurent Martel

Au cours du XX^e siècle, l'espérance de vie à la naissance au Canada a augmenté de façon spectaculaire, passant de moins de 50 ans au début du siècle¹ à près de 80 ans à la fin de ce dernier². En 1901, une personne de 65 ans pouvait s'attendre à vivre encore 11 ans de plus; en 2001, cette personne pouvait espérer vivre 19 ans de plus. Maintenant que les Canadiens vivent une plus longue vieillesse, la qualité de vie des aînés retient de plus en plus l'attention.

À mesure que les gens vieillissent, les maladies chroniques deviennent plus fréquentes. Certains aînés verront leurs capacités fonctionnelles diminuer et leur santé décliner. Mais un mauvais état de santé pendant les années de vieillesse n'est pas inévitable, et la modification de certains facteurs de risque peut non seulement prolonger la vie, mais aussi permettre aux aînés de vivre de nombreuses années en bonne santé³⁻¹⁰.

Sources des données et limites

Sources des données

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : L'analyse transversale des facteurs associés à un bon état de santé général chez les aînés est fondée sur des données du cycle 2.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'ESCC recueille des données transversales sur la santé des Canadiens tous les deux ans. L'enquête porte sur la population à domicile âgée de 12 ans et plus des provinces et des territoires, à l'exception des pensionnaires des établissements institutionnels, des membres réguliers des Forces armées canadiennes et des résidents des réserves indiennes, des bases des Forces armées canadiennes et de certaines régions éloignées. Le cycle 2.1 a commencé en janvier 2003 et s'est terminé en décembre de la même année. La plupart des interviews ont été effectuées par téléphone. Le taux de réponse a été de 80,6 %, ce qui a donné un échantillon de 135 573 participants.

Un grand nombre des variables utilisées pour définir la bonne santé font partie de l'Indice de l'état de santé (IES). En 2003, l'IES a été désigné comme module pour un sous-échantillon de l'ESCC, c'est-à-dire qu'on a demandé à un sous-ensemble de participants choisis au hasard de répondre au questionnaire de l'IES. Cependant, Terre-Neuve et le Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et le Québec ont choisi de faire remplir ce questionnaire par tous les participants de leur province. Les données provenant de ces derniers ainsi que du sous-ensemble de participants des autres provinces et des territoires ont été utilisées pour la présente analyse. Les données de 13 998 participants âgés de 65 ans et plus ont servi aux analyses transversales du présent article. La méthodologie de l'ESCC est décrite dans un article paru antérieurement¹¹.

Enquête nationale sur la santé de la population : Les analyses longitudinales des facteurs associés au maintien et au recouvrement de la santé sont fondées sur des données de cinq cycles (de 1994-1995 à 2002-2003) de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). L'ENSP, qui a commencé en 1994-1995, recueille des renseignements sur la santé des Canadiens tous les deux ans. Elle porte sur la population à domicile et les pensionnaires des établissements institutionnels de l'ensemble des provinces, à l'exception des personnes vivant dans les réserves indiennes, les bases des Forces armées canadiennes et certaines régions éloignées. Dans le présent article, les données de l'ENSP ont trait aux personnes de 65 ans et plus dans les 10 provinces.

En 1994-1995, 20 095 participants ont été sélectionnés pour le panel longitudinal, et 17 276 ont accepté de participer à l'enquête, ce qui a donné un taux de réponse de 86,0 %. Avec le même échantillon, les taux de réponse des cycles suivants ont été de 92,8 % pour le cycle 2 (1996-1997), de 88,2 % pour le cycle 3 (1998-1999), de 84,8 % pour le cycle 4 (2000-2001) et de 80,6 % pour le cycle 5 (2002-2003). Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'entrevue de l'ENSP sont décrits plus en détail dans des articles parus antérieurement^{12,13}.

La présente analyse repose sur le fichier longitudinal « carré » du cycle 5 (2002-2003), qui contient les enregistrements de tous les participants au panel initial, qu'on ait obtenu ou non des données sur eux lors de tous les cycles suivants.

Limites

Même si le cadre conceptuel d'analyse utilisé pour examiner les facteurs associés à une bonne santé se voulait exhaustif, certaines variables

importantes ont pu être omises, soit en raison de problèmes méthodologiques, soit parce qu'elles n'ont pas été recueillies par l'ESCC ou l'ENSP. Par exemple, nul compte n'a été tenu des antécédents médicaux de la famille, car ces questions n'ont été posées qu'au cycle 3 de l'ENSP (1998-1999) et ne concernaient donc que les participants qui avaient vécu jusqu'à ce cycle.

En raison des contraintes dues à la taille de l'échantillon, les catégories de réponses pour un bon nombre de variables indépendantes utilisées dans les modèles à plusieurs variables ont été réduites pour les analyses longitudinales. Par exemple, seules deux catégories ont été utilisées pour la consommation d'alcool : les personnes qui font une consommation hebdomadaire ou occasionnelle d'alcool et celles qui n'en consomment pas. Cette réduction des catégories peut avoir affaibli les associations avec le maintien ou le recouvrement de la santé ou, dans certains cas, empêché de déterminer si ces associations existaient. Par exemple, il a été impossible de vérifier s'il existe des associations négatives entre la forte consommation d'alcool et le maintien ou le recouvrement de la santé, association qui est significative dans l'analyse transversale.

Afin d'accroître la taille de l'échantillon et d'augmenter la précision, l'échantillon utilisé pour l'analyse longitudinale comprend tous les participants du cycle 1 de l'ENSP, sans tenir compte de leur réponse ou non-réponse aux cycles suivants. Les poids d'enquête sont fondés sur la réponse au cycle 1 et n'ont pas été gonflés pour tenir compte de la non-réponse aux cycles suivants. Cette façon de procéder peut avoir biaisé les estimations si les caractéristiques des participants qui sont demeurés dans le panel longitudinal différaient de celles qui n'y sont pas demeurés en raison de la non-réponse.

Les données de l'enquête étaient fournies par le participant ou par une tierce personne, et leur degré de distorsion en raison de l'erreur de déclaration est inconnu. Il se peut que les participants aient fourni des réponses inexactes à des questions portant par exemple sur l'usage du tabac, la consommation d'alcool ou le poids. En outre, plusieurs études ont démontré que l'indice de masse corporelle (IMC) calculé d'après la taille et le poids autodéclarés n'est pas toujours fiable¹⁴⁻¹⁶, en particulier chez les personnes âgées. C'est notamment le cas pour la taille, qui diminue souvent avec l'âge.

L'emploi de l'IMC pour classer les poids corporels « normaux » chez les aînés a été contesté. Selon certaines études, la fourchette normale pour les aînés devrait commencer au-dessus de 18,5 et se prolonger jusque dans la fourchette d'embonpoint (quelque part entre 25,0 et 29,9). La recherche a permis de constater que les risques pour la santé chez les aînés qui se situent dans la fourchette d'embonpoint ne sont pas aussi élevés que chez les adultes plus jeunes. Bien qu'on ne connaisse pas le point exact où les risques pour la santé augmentent, un ICM dans la partie supérieure de la fourchette d'embonpoint est généralement associé à des risques plus élevés pour les personnes âgées¹⁷.

Dans le cadre de l'enquête, on s'est efforcé de recueillir des renseignements détaillés sur la santé directement auprès des participants, mais les réponses par personne interposée étaient acceptées. Cette façon de procéder peut avoir mené à la sous-déclaration de certaines caractéristiques et affaibli les associations entre la santé et les variables indépendantes. Une personne qui répond pour une autre peut ne pas très bien connaître son état de santé, avoir oublié certains renseignements pertinents ou faire erreur sur le nom d'une maladie¹⁸.

Bien comprendre les facteurs associés au fait de vieillir en santé s'avère primordial pour améliorer la qualité de vie des aînés, réduire les coûts des soins de santé et diminuer le fardeau que ces soins représentent pour les familles. Tout cela est d'autant plus important puisque la population d'aînés augmente plus rapidement que jamais auparavant.

La présente analyse, fondée sur les données de 2003 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), fournit une estimation du pourcentage d'aînés qui étaient alors en bonne santé (voir *Sources des données et limites*). Elle examine également les facteurs associés à la bonne santé des aînés en mettant l'accent sur les facteurs de risque comportementaux qui peuvent être modifiés et les facteurs psychosociaux (voir *Techniques d'analyse et Définitions*). Les données longitudinales de l'Enquête

nationale sur la santé de la population (ENSP) ont été utilisées pour étudier les aînés qui sont demeurés en santé au cours d'une période de huit ans et pour déterminer les facteurs permettant de prévoir ce maintien de la santé. Elles ont également servi à étudier le recouvrement de la santé ainsi que les caractéristiques qui y sont associées. Les estimations reflètent la population à domicile d'hommes et de femmes âgés de 65 ans et plus.

Qu'est-ce qu'une bonne santé?

Différentes définitions ont servi à mesurer le fait de vieillir « en santé ». Tandis que certaines études définissent la « santé » comme l'absence de maladies ou de problèmes de santé chroniques, il est plus courant de considérer la santé du point de vue de la déficience fonctionnelle d'une personne et de sa

Mesure de la santé

Quatre critères ont été utilisés pour définir un *bon état de santé général* : deux sont liés à la santé physique, le troisième est la perception qu'a la personne de sa santé mentale et le dernier, la perception qu'elle a de sa santé en général (tableau 1).

Par incapacité, on entend la perte partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales. Les questions de l'ENSP sur les incapacités portent sur huit dimensions de la santé, à savoir l'ouïe, la vue, l'élocution, la mobilité, la dextérité, les capacités cognitives, la douleur et les émotions. Toutes, sauf la dernière, ont été utilisées pour mesurer l'état de santé physique dans la présente analyse. Les participants sans incapacité ou ayant une incapacité complètement corrigée (par le port de lunettes, par exemple) satisfaisaient au premier critère d'un bon état de santé général, c'est-à-dire une *bonne santé fonctionnelle*.

La dépendance à l'égard d'autrui est une mesure de l'autonomie des personnes. Pour satisfaire au deuxième critère de bonne santé, les participants devaient avoir déclaré qu'ils n'avaient pas besoin de l'aide d'autrui pour préparer les repas, faire les courses, faire l'entretien ménager quotidien, se donner les soins personnels et se déplacer dans la maison; autrement dit, ils étaient *autonomes dans les activités de la vie quotidienne*.

Pour l'analyse transversale, la mesure de la santé mentale est fondée sur les perceptions des participants. Les personnes ayant déclaré qu'elles avaient une bonne, très bonne ou excellente santé mentale par opposition à « passable » ou « mauvaise » satisfaisaient au troisième critère d'un bon état de santé général. Pour l'analyse longitudinale, la variable de la *perception de la santé mentale* n'étant pas présente dans l'ENSP, la santé mentale a été évaluée en examinant la probabilité que la personne ait vécu un épisode

dépressif majeur l'année précédente¹⁹. Les personnes dont les réponses à une série de questions établissaient la probabilité qu'elles aient vécu un tel épisode au cours de la dernière année précédant tout cycle de l'ENSP à 0,05 ou moins (un indicateur de bonne santé mentale) répondaient au troisième critère.

Enfin, les personnes ayant déclaré que, dans l'ensemble, leur état de santé était *bon, très bon ou excellent* répondaient au dernier critère de bonne santé générale.

Dans le cadre de l'analyse transversale, les participants ne devaient présenter aucun des problèmes de santé associés à ces quatre critères pour être considérés comme étant en bonne santé. Autrement dit, ils devaient n'avoir ni incapacité ni dépendance à l'égard d'autrui et avoir déclaré que leur état de santé mental et leur état de santé général étaient bons, très bons ou excellents. Les participants qui n'avaient pas fourni de réponse pour l'une de ces quatre mesures, mais dont les trois autres réponses indiquaient qu'ils étaient en bonne santé, ont été considérés comme tels. Ceux qui n'avaient pas fourni de réponse pour deux mesures ou plus ont été exclus de l'étude.

Dans le cadre de l'analyse longitudinale, deux critères supplémentaires ont été utilisés pour définir un bon état de santé général. Les participants qui étaient décédés ou qui résidaient dorénavant dans un établissement de soins de santé ont été considérés comme n'étant plus en bonne santé ou, dans l'analyse du recouvrement de la santé, comme n'étant pas rétablis. Parmi ceux qui étaient en bonne santé en 1994-1995, 21 % étaient décédés et 3 % avaient emménagé en établissement en 2002-2003. Parmi ceux qui étaient décédés, 9 % étaient entrés en établissement avant leur décès.

perception positive de la santé^{5, 9, 20-24}. Les personnes aux prises avec des problèmes de santé chroniques parviennent souvent à s'y adapter et réussissent à vivre une vie bien remplie et dynamique.

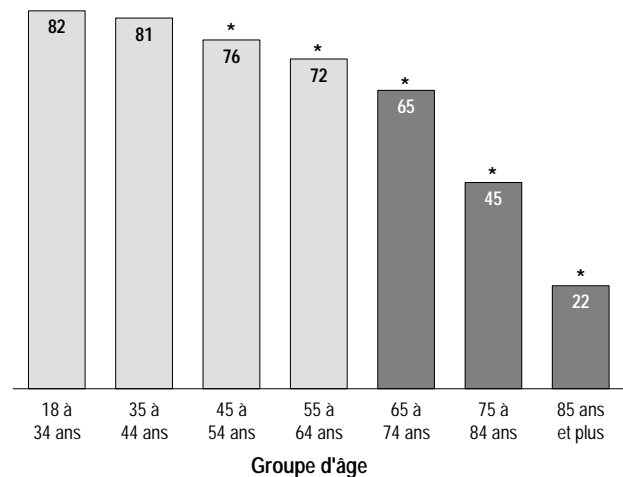
Dans la présente analyse, la personne âgée doit satisfaire à quatre critères pour être considérée comme en « bonne santé » : avoir une bonne santé fonctionnelle, être autonome dans les activités de la vie quotidienne, avoir une perception positive de sa santé générale ainsi qu'une perception positive de sa santé mentale (voir *Mesure de la santé*). Ces critères correspondent à la définition de l'Organisation mondiale de la Santé, qui dit que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »²⁵.

La majorité des aînés sont en bonne santé

Bien que le pourcentage de personnes en santé diminue considérablement à partir de l'âge de 65 ans (graphique 1), une proportion importante d'aînés (55 %) étaient en bonne santé en 2003 (tableau 1). Les hommes étaient proportionnellement plus nombreux (59 %) que les femmes (52 %) à être dans l'ensemble en bonne santé.

Plus de 7 aînés sur 10 avaient une bonne santé fonctionnelle, étaient autonomes dans les activités de la vie quotidienne et avaient une perception positive

Graphique 1
Pourcentage de personnes en bonne santé, selon le groupe d'âge, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, 2003



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

* Valeur significativement inférieure à l'estimation pour le groupe d'âge précédent ($p < 0,05$).

de leur état de santé général. Une forte majorité (95 %) d'entre eux avaient en outre une perception positive de leur santé mentale.

Le pourcentage d'aînés en bonne santé fonctionnelle diminue fortement avec l'âge (tableau 1,

Tableau 1
Pourcentage de la population à domicile de 65 ans et plus en bonne santé, selon la composante de bonne santé, le sexe et le groupe d'âge, Canada, 2003

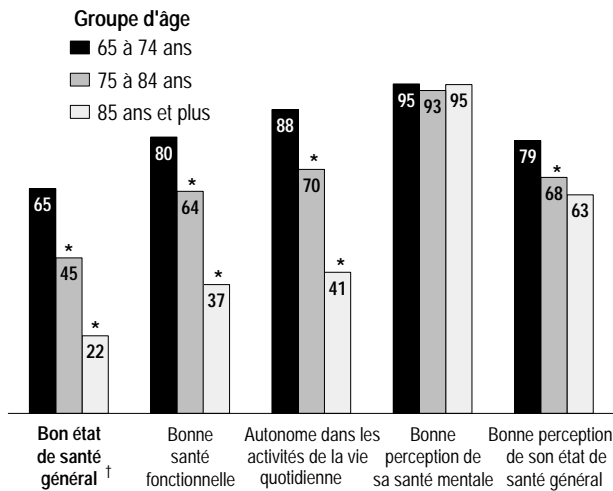
	Tous les aînés	Sexe		Groupe d'âge		
		Hommes	Femmes	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
Bon état de santé général†	55	59	52*	65	45*	22*
Bonne santé fonctionnelle	71	76	68*	80	64*	37*
Aucune incapacité ou incapacité corrigée pour :						
La vue	96	97	95*	98	95*	86*
L'ouïe	96	96	97*	98	95*	90*
L'élocution	99	98	99	99	98*	97
La mobilité	88	91	85*	95	82*	60*
La dextérité	99	99	99	100	99*	99
Les capacités cognitives	89	90	89	93	87*	74*
Absence de douleur	88	91	86*	90	87*	80*
Autonome dans les activités de la vie quotidienne	78	86	72*	88	70*	41*
Bonne/très bonne/excellente perception de sa santé mentale	95	94	95	95	93*	95
Bonne/très bonne/excellente perception de son état de santé général	74	74	74	79	68*	63

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

† Aucun problème associé à l'une ou l'autre des quatre composantes.

* Sexe : valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ($p < 0,05$); groupe d'âge : valeur significativement inférieure à l'estimation pour le groupe d'âge précédent ($p < 0,05$).

Graphique 2
Pourcentage de personnes en bonne santé, selon le groupe d'âge, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

† Aucun problème associé à l'une ou l'autre des quatre composantes.

* Valeur significativement inférieure à l'estimation pour le groupe d'âge précédent ($p < 0,05$).

graphique 2). Dans le groupe des 65 à 74 ans, 80 % ne souffraient d'aucune incapacité ou avaient des incapacités corrigées (voir *Mesure de la santé*). Parmi les aînés de 85 ans et plus, cependant, seulement 37 % étaient dans cette situation. Le déclin le plus marqué selon l'âge touche la mobilité et les capacités cognitives. On constate également une forte diminution du pourcentage d'aînés qui étaient autonomes dans les activités de la vie quotidienne. Ce pourcentage passe de 88 % dans le groupe des 65 à 74 ans à 41 % dans le groupe des 85 ans et plus. La perception d'être de façon générale en bonne santé diminue aussi avec l'âge, mais dans une moindre mesure. Enfin, la proportion d'aînés ayant une perception positive de leur santé mentale est très semblable dans les deux groupes d'âge.

La santé est liée au mode de vie

Le pourcentage d'aînés qui s'estiment être dans l'ensemble en bonne santé diminue évidemment selon le nombre déclaré de problèmes de santé chroniques diagnostiqués (tableau 2). Mais avant tout, la santé est associée à un grand nombre de facteurs de risque comportementaux et de facteurs psychosociaux.

L'association entre la bonne santé et la fréquence de l'activité physique pendant les loisirs est particulièrement forte. Parmi les aînés qui faisaient de l'activité physique trois ou quatre fois par semaine,

67 % étaient en bonne santé. À mesure que leur niveau d'activité diminuait, leur santé diminuait également. Ceux qui faisaient rarement de l'exercice étaient beaucoup moins susceptibles d'être en bonne santé (36 %). Cette association, qui a été constatée dans d'autres études transversales et longitudinales^{5,7,20-23,26,27}, est toujours présente même lorsqu'on tient compte des facteurs sociodémographiques et du nombre de problèmes de santé chroniques. Selon certaines études, l'activité physique régulière comme la marche ou le jardinage est la chose la plus importante que les aînés peuvent faire pour conserver leur mobilité et prévenir l'incapacité^{7,27}.

La forte consommation d'alcool est bien sûr reconnue comme étant nuisible pour la santé, mais une consommation modérée peut avoir certains effets bénéfiques²⁸⁻³⁰. Boire modérément semble avoir un effet favorable sur la production des lipides, ce qui réduit le risque de cardiopathie³¹⁻³⁵. Selon une étude récente, les buveurs excessifs et les abstinents sont les plus nombreux à avoir un bilan de santé négatif et ceux qui boivent modérément sont les moins nombreux à avoir un tel bilan³⁶. Les résultats de l'ESCC témoignent de ces constatations. En effet, parmi les aînés qui faisaient une consommation hebdomadaire ou occasionnelle d'alcool en 2003, 62 % étaient en bonne santé. Ceux qui en faisaient une forte consommation hebdomadaire étaient beaucoup moins susceptibles (43 %) d'être en bonne santé. Il en va de même des abstinents, qu'ils soient d'anciens buveurs réguliers, d'anciens buveurs occasionnels ou qu'ils n'aient jamais consommé d'alcool.

L'embonpoint augmente la probabilité d'avoir un certain nombre de problèmes de santé chroniques tels que l'hypertension, le diabète et la cardiopathie³⁷. Parmi les aînés dont le poids se situait dans la fourchette normale de l'IMC, 55 % étaient en bonne santé, comparativement à 46 % parmi ceux qui étaient obèses. Cette réalité tient peut-être à la déficience fonctionnelle associée à l'obésité. Les aînés qui avaient une insuffisance de poids étaient également moins susceptibles d'être en bonne santé (37 %). Cependant, cette association n'est plus présente dans le modèle à plusieurs variables, probablement parce que l'insuffisance de poids est le reflet de la fragilité associée à l'âge et aux multiples problèmes de santé chroniques.

Les aînés ayant un excédent de poids sans être obèses étaient aussi susceptibles d'être en bonne santé que ceux ayant un IMC normal. La recherche indique que les normes habituelles de l'IMC ne s'appliquent peut-être pas aux aînés et qu'un seuil plus élevé pour la fourchette de surcharge pondérale serait peut-être mieux indiqué (voir *Limites*)¹⁷.

L'alimentation et l'usage du tabac sont des comportements modifiables associés aux maladies cardiovasculaires et au cancer. Il a été démontré que le fait d'avoir une saine alimentation et de s'abstenir de fumer peut prévenir la baisse des capacités fonctionnelles et améliorer la santé chez les personnes âgées^{26,38}. Les données de l'ESCC révèlent également qu'il existe des liens entre l'alimentation et la santé.

Parmi les aînés qui consommaient des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour, 62 % étaient en bonne santé, comparativement à 52 % chez ceux qui en consommaient moins de trois fois par jour. Les aînés qui avaient cessé de fumer au cours des 15 dernières années étaient moins susceptibles d'être en bonne santé que ceux qui n'avaient jamais fumé ou que ceux qui avaient cessé depuis 15 ans ou plus. Chose quelque

Tableau 2

Pourcentage de personnes ayant un bon état de santé et rapports de cotes corrigés associés à un bon état de santé général, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

	%	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %		%	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Total	54,9						
Nombre de problèmes de santé chroniques				Facteurs psychosociaux			
Aucun [†]	80,3	1,0	...	Stress de la vie			
1	66,6*	0,6*	0,5- 0,7	Pas du tout/pas très stressante	62,4*	1,5*	1,3- 1,8
2	46,6*	0,3*	0,2- 0,3	Un peu stressante [†]	49,8	1,0	...
3	33,8*	0,2*	0,1- 0,2	Assez/extrêmement stressante	31,7*	0,5*	0,4- 0,7
4 et plus	18,6*	0,1*	0,1- 0,1	Sentiment d'appartenance à la collectivité			
Facteurs de risque liés au comportement				Très/assez fort	61,6*	1,5*	1,2- 1,8
Activité physique pendant les loisirs				Assez/très faible [†]	48,9	1,0	...
Fréquente (au moins 3 fois/semaine)	66,9*	2,2*	1,8- 2,6	Caractéristiques sociodémographiques			
Occasionnelle (1 à 2 fois/semaine)	63,0*	2,1*	1,6- 2,7	Sexe			
Rare [†] (<1 fois/semaine)	36,2	1,0	...	Hommes	58,9*	1,0	0,8- 1,1
Consommation d'alcool				Femmes [†]	51,8		
Forte consommation hebdomadaire	42,6*	0,3*	0,2- 0,5	Âge (variable continue)		0,94*	0,92-0,95
Consommation hebdomadaire ou occasionnelle [†]	61,5	1,0	...	65 à 74 ans	64,9*	...	...
Consommation antérieure régulière	41,3*	0,6*	0,4- 0,8	75 à 84 ans	44,9*	...	...
Consommation antérieure non régulière	42,3*	0,7*	0,6- 0,8	85 ans et plus [†]	22,4	...	...
Abstinence à vie	43,8*	0,6*	0,5- 0,8	Modalités de vie			
Indice de masse corporelle (IMC)				Avec conjoint [†]	59,7	1,0	...
Poids insuffisant (≤ 18,5)	37,4*	0,7	0,4- 1,0	Seul(e)	49,9*	1,0	0,8- 1,2
Poids normal [†] (18,5 à 24,9)	55,4	1,0	...	Avec d'autres (à l'exclusion du conjoint)	39,5*	0,8	0,6- 1,1
Embonpoint (25,0 à 29,9)	59,1	1,1	0,9- 1,4	Résidence			
Obésité (≥ 30)	46,4*	0,8*	0,6- 1,0	Région rurale	54,3	1,2	1,0- 1,4
Consommation quotidienne de fruits et de légumes (fois par jour)				Région urbaine [†]	57,6	1,0	...
Moins de 3	51,6*	0,8	0,7- 1,0	Niveau de scolarité			
De 3 à 5	56,4*	0,9	0,7- 1,0	Pas de diplôme d'études secondaires [†]	46,8	1,0	...
5 et plus [†]	61,8	1,0	...	Diplôme d'études secondaires ou plus	62,8*	1,5*	1,2- 1,7
Usage du tabac				Revenu du ménage			
Fume quotidiennement	55,0	1,0	0,8- 1,2	Inférieur/moyen-inférieur [†]	40,5	1,0	...
A cessé de fumer au cours des 15 dernières années	50,6*	0,9	0,7- 1,1	Moyen	51,6*	1,2	0,9- 1,5
N'a jamais fumé ou a cessé depuis 15 ans et plus [†]	56,0	1,0	...	Moyen-supérieur/supérieur	61,9*	1,4*	1,1- 1,9

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont la borne supérieure de l'intervalle de confiance est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs. Pour accroître la taille de l'échantillon, des catégories « manquantes » ont été incluses pour plusieurs variables, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

† Catégorie de référence.

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

peu étonnante, toutefois, le pourcentage de fumeurs en bonne santé était similaire à celui observé parmi ceux qui n'avaient jamais fumé ou qui avaient cessé de fumer depuis au moins 15 ans. Cependant, cette situation est peut-être attribuable aux taux de survie observés chez les fumeurs. Les fumeurs ont un taux de mortalité plus élevé³⁹, et ceux qui fument sont moins susceptibles d'atteindre l'âge de 65 ans. Les résultats longitudinaux de cette étude indiquent que les aînés qui fumaient étaient moins susceptibles de conserver la santé (voir « Maintien de la santé »). Les gens sont le plus susceptibles de cesser de fumer peu après avoir reçu le diagnostic d'une maladie chronique⁴⁰, c'est-à-dire qu'ils changent leur comportement après avoir perdu la santé.

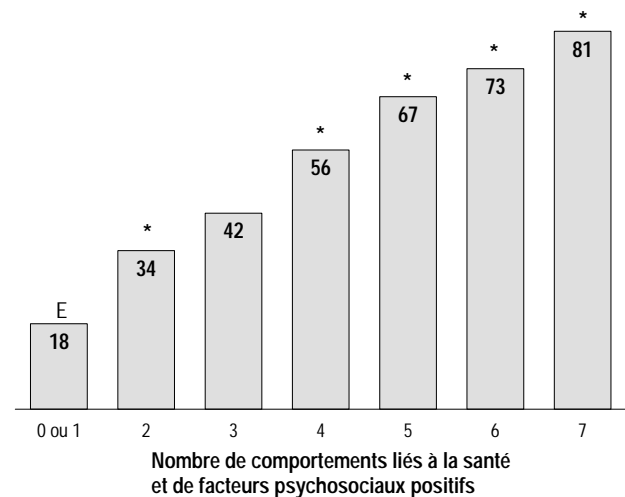
Facteurs psychosociaux

Les aînés qui percevaient la vie comme peu stressante étaient environ deux fois plus susceptibles d'être en bonne santé que ceux qui avaient beaucoup de stress (62 % contre 32 %). En outre, les aînés qui ont déclaré avoir un profond sentiment d'appartenance à leur collectivité étaient plus susceptibles d'être en bonne santé (62 %) que ceux qui se sentaient plus détachés (49 %). Selon une étude, les relations sociales et l'affiliation ont de puissants effets sur la santé physique et mentale⁴¹. La recherche indique que l'interaction entre les membres d'une collectivité peut favoriser la santé de différentes façons, par exemple en encourageant les comportements sains et en réduisant le stress^{41,42}.

Effet cumulatif

Les comportements sains et le bien-être psychosocial coexistent souvent et semblent avoir un effet cumulatif, c'est-à-dire que les personnes qui ont le moins de facteurs de risque liés au comportement et aux facteurs psychosociaux seront les plus en santé^{6,38}. Les résultats de l'ESCC indiquent une tendance claire qui se dégage des sept facteurs examinés : activité physique fréquente ou occasionnelle, consommation d'alcool hebdomadaire ou occasionnelle, IMC dans la fourchette « normale », consommation de fruits et de légumes cinq fois par jour et plus, aucun usage du tabac ou en avoir cessé l'usage depuis au moins 15 ans, peu de stress et fort sentiment d'appartenance à la collectivité. À mesure que le nombre de comportements et de facteurs psychosociaux positifs augmente, la probabilité que la personne âgée ait un bon état de santé général augmente également (graphique 3). Parmi les aînés chez qui ces sept facteurs étaient positifs, 8 sur 10 étaient en bonne santé,

Graphique 3
Pourcentage de personnes en bonne santé, selon le nombre de facteurs comportementaux et psychosociaux positifs, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

* Valeur significativement supérieure à l'estimation pour le groupe précédent ($p < 0,05$).

E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

Tableau 3
Rapports de cotes corrigés[†] associés au bon état de santé, selon le nombre de facteurs comportementaux et psychosociaux positifs, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

Nombre de comportements liés à la santé et de facteurs psychosociaux positifs	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
0 ou 1 [‡]	1,0	...
2	2,3*	1,3- 4,0
3	3,1*	1,9- 5,1
4	5,0*	3,0- 8,1
5	7,3*	4,5- 11,8
6	8,8*	5,4- 14,2
7	13,3*	7,2- 24,6

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

[†] Corrigés pour tenir compte des facteurs sociodémographiques et du nombre de problèmes de santé chroniques.

[‡] Catégorie de référence.

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

tandis que parmi ceux qui n'avaient aucun ou un seul facteur positif, moins de 2 sur 10 étaient en bonne santé. Ce gradient est demeuré présent dans l'analyse à l'aide d'un modèle à plusieurs variables qui tenait compte des facteurs sociodémographiques et des problèmes de santé chroniques (tableau 3).

Bien-être psychosocial et comportements sains

Pour plusieurs facteurs comportementaux et psychosociaux, les aînés se comparent favorablement aux jeunes adultes et aux adultes d'âge moyen. Les aînés étaient près de deux fois plus susceptibles (58 %) que les adultes de 18 à 64 ans (30 %) de percevoir la vie comme peu stressante (tableau 4). D'autres études, où l'on a observé de faibles niveaux de stress chez les aînés, indiquent que l'expérience et la maturité rendent les personnes âgées moins enclines à percevoir les événements de la vie comme stressants⁴³. Près de 70 % des aînés ont déclaré qu'ils avaient un profond sentiment d'appartenance à leur collectivité, un pourcentage beaucoup plus élevé que chez les adultes de 18 à 64 ans. Aucune différence selon l'âge n'a toutefois été observée chez les aînés quant aux taux associés au stress et au sentiment d'appartenance à la collectivité.

Plus des trois quarts (78 %) des aînés étaient non-fumeurs, c'est-à-dire qu'ils n'avaient jamais fumé ou avaient cessé depuis au moins 15 ans. Chez les adultes plus jeunes, ce taux était de 61 %. La plupart des aînés de 85 ans et plus (93 %) étaient non-fumeurs. Ceci peut être un effet du taux de survie, en ce sens que les fumeurs sont moins susceptibles de

vivre jusqu'à l'âge de 85 ans et au-delà. Près de la moitié des aînés (48 %) consommaient des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour, comparativement à 40 % des adultes de 18 à 64 ans.

Cependant, les aînés sont moins susceptibles que les adultes plus jeunes d'avoir un poids normal, de consommer de l'alcool une fois la semaine ou à l'occasion et de faire de l'activité physique fréquemment ou occasionnellement. Le pourcentage d'aînés faisant de l'activité physique fréquemment ou occasionnellement passe de 79 % chez les 65 à 74 ans à 42 % chez les 85 ans et plus. Une diminution semblable s'observe à l'égard de la consommation d'alcool hebdomadaire ou occasionnelle : 69 % contre 51 % pour les mêmes groupes d'âge. Ces baisses sont vraisemblablement le reflet de la détérioration de la santé chez les plus âgés. Par contre, le pourcentage d'aînés qui ont un poids normal augmente à mesure qu'ils vieillissent, passant de 40 % chez les 65 à 74 ans à 62 % chez les 85 ans et plus. Mais ici encore, ce peut être dû à la perte de poids associée à la fragilité et au déclin de la santé chez le groupe le plus âgé.

Maintien de la santé

Les données de l'ESCC indiquent un lien entre les facteurs de risque liés à la santé, les facteurs psychosociaux et la bonne santé. Cependant, les données transversales ne permettent pas de dire si les comportements sains et le bien-être psychosocial permettent aux aînés de demeurer en santé ou si un déclin de la santé entraîne une diminution de ces facteurs positifs.

Tableau 4

Pourcentage de personnes ayant des facteurs comportementaux et psychosociaux positifs, selon le groupe d'âge, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, 2003

	Groupe d'âge				
	18 à 64 ans	65 ans et plus	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
		%		%	
Activité physique pendant les loisirs fréquente/occasionnelle	83*	71	79*	63*	42*
Consommation d'alcool hebdomadaire/occasionnelle	77*	66	69*	64	51*
IMC normal	48*	45	40*	49*	62*
Consommation de fruits et de légumes 5 fois par jour et plus	40*	48	47	49	49
N'a jamais fumé ou a cessé depuis au moins 15 ans	61*	78	73*	83*	93*
Faible stress	30*	58	58	60	57
Fort sentiment d'appartenance à la collectivité	62*	69	69	69	67

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe d'âge de 65 ans et plus ($p < 0,05$).

Techniques d'analyse

Analyse transversale : Le pourcentage d'aînés en bonne santé a été estimé à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003. Les données ont été pondérées pour représenter la population des provinces et des territoires en 2003. Dans le cas des provinces et des territoires où il y avait eu un sous-échantillonnage (voir *Sources des données et limites*), un poids spécial a été utilisé.

Des totalisations croisées ont servi à examiner les associations entre la bonne santé (voir *Mesure de la santé*), les comportements liés à la santé et les facteurs psychosociaux. Un modèle de régression logistique multiple a en outre permis de déterminer si les associations observées persistaient lorsque sont prises en compte les caractéristiques sociodémographiques et les problèmes de santé chroniques. Cette analyse transversale repose sur les données de 13 998 participants de 65 ans et plus.

Analyse longitudinale, maintien de la santé : Le modèle à risques proportionnels de Cox a permis d'étudier les comportements liés à la santé et les facteurs psychosociaux en relation avec le maintien de la santé au cours des années. L'analyse porte sur les données longitudinales de l'ENSP recueillies de 1994-1995 à 2002-2003.

Le modèle de Cox intègre une mesure de durée (le nombre d'années pendant lesquelles les participants sont demeurés en bonne santé) et rend possible le fait que pour certains, la perte de la santé ne se soit pas produite au cours de la période de l'étude (certains participants étaient encore en bonne santé en 2002-2003). De plus, il réduit au minimum le biais associé à l'attrition.

Des aînés des 10 provinces qui étaient en bonne santé en 1994-1995 ont été sélectionnés pour cette analyse; l'échantillon comptait 1 309 personnes. En ce qui concerne les participants pour lesquels il n'y avait pas de données pour un cycle, que ce soit en raison du refus de participer ou de l'impossibilité de les retracer, l'état de santé a été imputé comme « bon » s'il avait été bon au cycle précédent et au cycle suivant. Après cette imputation, 235 enregistrements (18 %) ont été éliminés en raison de la non-réponse à au moins un cycle (57 ont été éliminés au cycle 2, 54 au cycle 3, 55 au cycle 4 et 69 au cycle 5).

On a examiné les associations entre les comportements liés à la santé et les facteurs psychosociaux observés en 1994-1995 et le maintien de la santé au cours des huit années suivantes en tenant compte des facteurs socioéconomiques et des affections chroniques (également mesurés en 1994-1995). Toutes les analyses ont été pondérées à l'aide de poids longitudinaux calculés pour représenter l'ensemble de la population à domicile des provinces en 1994-1995. Les aînés qui vivaient en établissement en 1994-1995 ont été exclus de l'étude.

Analyse longitudinale, rétablissement : Les facteurs associés au rétablissement étaient également fondés sur les données longitudinales de l'ENSP. La technique d'analyse employée ici consiste en un regroupement d'observations répétées associé à une analyse de régression logistique. Quatre cohortes d'observations regroupées ont été utilisées. Les années de référence de ces quatre cohortes sont 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001. Pour chaque année de référence, tous les aînés vivant à domicile et qui n'étaient pas en bonne santé ont été sélectionnés. Les aînés ont été classés comme étant rétablis s'ils étaient en bonne santé lors de l'interview de suivi deux ans après. De même, ceux qui étaient toujours en mauvaise santé, qui étaient décédés ou qui étaient rendus en établissement au cycle suivant ont été classés comme n'étant pas rétablis.

Il est possible que certains aînés se soient rétablis plus d'une fois au cours de la période sur laquelle porte l'étude. Par exemple, la même personne peut avoir été en mauvaise santé en 1994-1995 et être rétablie en 1996-1997, puis avoir été de nouveau malade en 1998-1999 et avoir recouvré la santé en 2000-2001.

Taille des échantillons de l'analyse longitudinale sur le rétablissement, population à domicile de 65 ans et plus, selon un intervalle de deux cycles, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2002-2003

Aînés qui n'étaient pas en bonne santé (année de référence)	Aînés qui se sont rétablis (année de suivi)
1 315 (1994-1995)	332 (1996-1997)
1 094 (1996-1997)	193 (1998-1999)
1 096 (1998-1999)	200 (2000-2001)
1 052 (2000-2001)	166 (2002-2003)
Total 4 557	891

Une analyse de régression multiple a été faite sur cet ensemble d'observations regroupées pour examiner le rétablissement sur une période de deux ans en relation avec les comportements liés à la santé et les facteurs psychosociaux l'année de référence, en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques et des problèmes de santé chroniques. Toutes les analyses ont été pondérées à l'aide de poids longitudinaux calculés pour représenter l'ensemble de la population à domicile des provinces en 1994-1995. Certaines variables utilisées dans la régression n'étaient pas recueillies à chaque cycle de l'ENSP, notamment le sentiment de cohésion, le stress financier et le stress lié à la santé de la famille. La question sur le sentiment de cohésion n'a pas été posée aux cycles 2 et 4, de sorte que la variable du cycle 2 a été imputée en utilisant la valeur du cycle 1 de cette variable, et la variable du cycle 4, en utilisant la valeur du cycle 3. Aucune donnée sur le stress n'a été recueillie aux cycles 2 et 3. Comme le stress est un concept moins stable, il n'a pas été imputé avec les valeurs des cycles précédents. Une catégorie « manquante » a plutôt été instaurée pour les variables du stress pour ces cycles.

On a également exclu 297 aînés de plus qui n'étaient pas en bonne santé au départ parce que leur état de santé lors du suivi n'était pas connu.

Toutes les analyses effectuées (transversales et longitudinales) portent sur les deux sexes regroupés. Des tests ont été faits pour vérifier s'il y avait interaction entre le sexe et chaque comportement lié à la santé et chaque facteur psychosocial. La seule interaction significative observée est entre l'usage du tabac et le maintien de la santé. Chez les femmes, l'usage du tabac est associé négativement au maintien de la santé; chez les hommes, cette association n'est pas significative. Cette constatation donne à penser que, de façon générale, l'importance des associations entre les comportements liés à la santé, les facteurs psychosociaux et la bonne santé est équivalente chez les hommes et les femmes.

Pour tenir compte des effets du plan de sondage de l'ESCC et de l'ENSP, les coefficients de variation et les valeurs de p ont été calculés et des tests de signification ont été effectués à l'aide de la méthode du *bootstrap*⁴⁴⁻⁴⁶. Le niveau de signification a été établi à $p < 0,05$.

Définitions

À moins d'indication contraire, les définitions s'appliquent à la fois aux variables de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et à celles de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP).

Pour déterminer la présence de *problèmes de santé chroniques*, les participants se sont vu demander s'ils avaient des problèmes de santé qui avaient duré ou étaient censés durer six mois ou plus et qui avaient été diagnostiqués par un professionnel de la santé. La présente analyse tient compte des maladies suivantes : l'asthme, l'arthrite, les maux de dos, la bronchite, l'emphysème ou la bronchopneumopathie chronique obstructive, le diabète, les maladies cardiaques, le cancer, les séquelles d'un accident vasculaire cérébral, la maladie d'Alzheimer, l'incontinence et le glaucome ou la cataracte.

Trois catégories concernant l'*activité physique pendant les loisirs* ont été définies selon la fréquence de l'activité qui devait être pratiquée au moins 15 minutes par jour : fréquente (au moins trois fois par semaine), occasionnelle (une fois ou deux par semaine) et rare (moins d'une fois par semaine).

La *consommation d'alcool* est définie selon les catégories suivantes : forte consommation hebdomadaire (cinq verres ou plus lors d'une occasion chaque semaine); consommation hebdomadaire ou occasionnelle, mais sans excès; consommation antérieure régulière (12 verres ou plus par semaine dans le passé); consommation antérieure non régulière; et abstinence à vie (n'ayant jamais consommé).

Le poids est défini d'après l'*indice de masse corporelle (IMC)*, qui se calcule en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres. Suivant les lignes directrices de Santé Canada et la norme de l'Organisation mondiale de la Santé^{17,47}, le poids est divisé en quatre catégories : poids insuffisant (IMC < 18,5), poids normal (IMC 18,5 à 24,9), embonpoint (IMC 25 à 29,9) et obésité (IMC ≥ 30).

La consommation quotidienne de fruits et de légumes est définie d'après la fréquence de consommation de ces aliments au cours de la journée : moins de trois fois, trois ou quatre fois et cinq fois et plus. Cette variable n'était pas mesurée dans l'ENSP avant 2002-2003 (cycle 5).

La variable de l'*usage du tabac* comprend les catégories suivantes : les fumeurs quotidiens, ceux qui avaient cessé de fumer quotidiennement au cours des 15 dernières années, et ceux qui avaient cessé de fumer depuis au moins 15 ans ou qui n'avaient jamais fumé quotidiennement (le risque de mortalité des anciens fumeurs qui ont cessé depuis 15 ans avoisine celui des personnes qui n'ont jamais fumé⁴⁹).

En raison des contraintes dues à la taille de l'échantillon de l'ENSP, les catégories de réponses pour les facteurs de risque liés au comportement ont été réduites pour l'analyse longitudinale.

Les facteurs psychosociaux ont été choisis en fonction de leur utilisation dans l'ESCC et l'ENSP, qui diffèrent légèrement. La perception du *stress de la vie* et le *sentiment d'appartenance à la collectivité* ont été utilisés pour l'analyse des données transversales de l'ESCC. Le stress de la vie est divisé en trois catégories selon la façon dont la personne perçoit les événements de la vie la plupart du temps : pas du tout/pas très stressants, un peu stressants et assez/extrêmement stressants. Les catégories pour le sentiment d'appartenance à la collectivité sont très/assez fort et très/assez faible.

Les facteurs utilisés pour l'analyse longitudinale sont le *sentiment de cohésion* et le *stress*. L'échelle du sentiment de cohésion a servi à classer les participants en fonction de leur perception des événements de la vie, c'est-à-dire de leur capacité de comprendre les événements de la vie, de les maîtriser et de donner un sens à leur vie⁴⁸. Une distinction a été établie entre les personnes ayant un fort sentiment de cohésion (une cote de 70 et plus) et les autres. En ce qui concerne le stress, l'ENSP mesure différentes sources de stress. Dans le cadre de la présente étude, toutefois, seules les sources qui sont considérées comme les plus pertinentes pour les aînés⁴⁹ ont été utilisées, à savoir le stress lié à la santé de la famille (avoir un conjoint, un parent ou un enfant malade qui peut mourir ou un membre de la famille qui a un problème de drogue ou d'alcool) et le stress financier (ne pas avoir suffisamment d'argent pour acheter ce dont on a besoin).

En plus du sexe et de l'âge, un certain nombre d'autres déterminants sociodémographiques ont été examinés.

La variable des modalités de vie permet de déterminer si la personne vit seule, avec conjoint (avec ou sans autres personnes dans le ménage), ou avec d'autres personnes (à l'exclusion de leur conjoint).

Le lieu de résidence permet de distinguer les participants qui vivent dans les régions rurales de ceux qui habitent les régions urbaines (au moins 1 000 habitants et une densité de population d'au moins 400 habitants par kilomètre carré). Cette variable sert également d'indicateur pour l'accès différentiel aux services de santé, l'hypothèse étant que l'accès à ces services pourrait être plus difficile dans les régions rurales.

Le *niveau de scolarité* comporte deux catégories, à savoir les personnes titulaires d'un diplôme d'études secondaires et les personnes ne possédant pas ce diplôme.

Le *revenu du ménage* est établi d'après le nombre de personnes vivant dans le ménage et le revenu total provenant de toutes les sources au cours des 12 mois ayant précédé l'entrevue.

Groupe de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 à 4	Moins de 10,000 \$
	5 ou plus	Moins de 15 000 \$
Moyen-inférieur	1 ou 2	10 000 \$ à 14 999 \$
	3 ou 4	10 000 \$ à 19 999 \$
	5 ou plus	15 000 \$ à 29 999 \$
Moyen	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyen-supérieur	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieur	1 ou 2	60 000 \$ et plus
	3 ou plus	80 000 \$ et plus

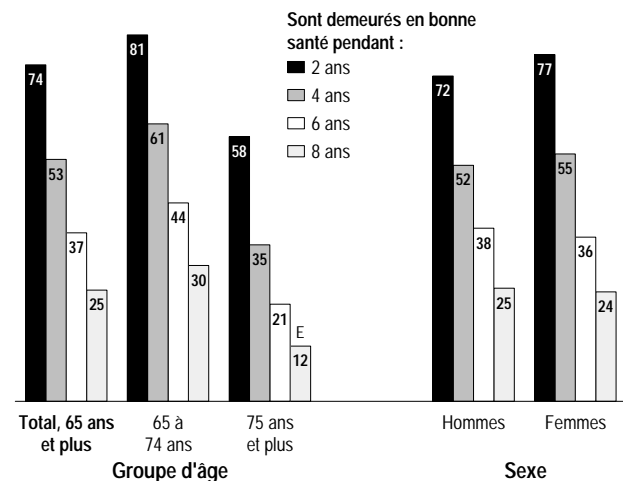
Pour l'analyse des données de l'ENSP, le revenu n'a pas été pris en compte dans les modèles à plusieurs variables. On a toutefois inclus le stress financier, qui est en forte corrélation avec le revenu et qui est considéré comme plus pertinent pour classer le statut socioéconomique des aînés.

Par exemple, l'association avec l'exercice peut être le reflet des effets bénéfiques du maintien d'une bonne forme physique, c'est-à-dire que les aînés qui font de l'activité physique régulièrement sont plus susceptibles de garder la santé. Par ailleurs, une baisse de l'activité physique peut être le résultat de l'apparition de maladies telles que l'arthrite ou la cardiopathie ou être attribuable aux séquelles d'un accident vasculaire cérébral. Les données longitudinales de l'ENSP permettent de jeter un peu de lumière sur la direction de ces associations (voir *Techniques d'analyse*).

Parmi les aînés qui étaient en santé en 1994-1995, environ les trois quarts (74 %) l'étaient encore au premier suivi, deux ans plus tard (graphique 4). Quatre ans plus tard, un peu plus de la moitié (53 %) étaient encore en santé. À la fin de la période de huit ans, seulement 25 % étaient demeurés en santé. Les hommes et les femmes étaient tout aussi susceptibles de demeurer en santé, tout comme, il va sans dire, l'étaient davantage les aînés plus jeunes (65 à 74 ans).

Le modèle à risques proportionnels de Cox a été utilisé pour déterminer les facteurs associés au maintien de la santé chez les aînés au cours de ces huit années (voir *Techniques d'analyse*). Même en tenant compte des facteurs sociodémographiques et des problèmes de santé chroniques, le vieillissement en santé au cours de la période de huit ans est associé

Graphique 4
Pourcentage de personnes étant demeurées en bonne santé pendant 2, 4, 6 et 8 ans, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 65 ans et plus en bonne santé en 1994-1995, Canada, territoires non compris



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2002-2003, échantillon longitudinal

Nota : Les taux chez les personnes de 75 ans et plus sont significativement inférieurs aux taux chez celles de 65 à 74 ans. Il n'y a pas de différences significatives entre les taux des hommes et ceux des femmes. E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

Tableau 5

Rapports de risques proportionnels corrigés reliant certaines caractéristiques au maintien de la santé entre 1994-1995 et 2002-2003, population à domicile de 65 ans et plus en bonne santé en 1994-1995, Canada, territoires non compris

Caractéristiques en 1994-1995	Rapport de risques proportionnels	Intervalle de confiance de 95 %
Facteurs de risque liés au comportement		
Activité physique pendant les loisirs		
Fréquente/occasionnelle	1,5*	1,1- 1,9
Rare†	1,0	...
Consommation d'alcool		
Consommation hebdomadaire/occasionnelle	1,4*	1,1- 1,8
Aucune consommation†	1,0	...
Indice de masse corporelle		
Poids normal	1,3*	1,0- 1,6
Poids insuffisant/embonpoint/obésité†	1,0	...
Usage du tabac		
Fumeur	0,7*	0,5- 1,0
A cessé de fumer au cours des 15 dernières années	0,7*	0,5- 0,9
N'a jamais fumé/a cessé de fumer depuis 15 ans et plus†	1,0	...
Facteurs psychosociaux		
Fort sentiment de cohésion		
Oui	1,4*	1,1- 1,8
Non†	1,0	...
Stress financier		
Oui	0,8	0,6- 1,0
Non†	1,0	...
Stress lié à la santé de la famille		
Oui	1,2	0,8- 1,6
Non†	1,0	...
Caractéristiques sociodémographiques		
Sexe		
Hommes	1,0	0,8- 1,3
Femmes†	1,0	...
Âge (variable continue)		
Modalités de vie	0,92*	0,90-0,94
Modalités de vie		
Avec conjoint†	1,0	...
Seul(e)	1,3*	1,0- 1,6
Avec d'autres (à l'exclusion du conjoint)	0,8	0,5- 1,3
Résidence		
Région rurale	1,1	0,8- 1,4
Région urbaine†	1,0	...
Niveau de scolarité		
Pas de diplôme d'études secondaires†	1,0	...
Diplôme d'études secondaires ou plus	1,3*	1,0- 1,6
Nombre de problèmes de santé chroniques		
Aucun†	1,0	...
1	0,9	0,7- 1,2
2	0,5*	0,4- 0,7
3 et plus	0,5*	0,3- 0,7

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2002-2003, échantillon longitudinal

Nota : Les données ayant été arrondies, certains rapports de risques dont la borne inférieure ou supérieure de l'intervalle de confiance est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs. Pour accroître la taille de l'échantillon, des catégories « manquantes » ont été incluses pour plusieurs variables, mais les rapports de risques ne sont pas présentés. Une variable a également été incluse pour tenir compte de l'effet du passage du temps (c.-à-d. le cycle de l'ENSP), mais les rapports de risques ne sont pas présentés.

† Catégorie de référence.

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

au risque lié au comportement et aux facteurs psychosociaux observés en 1994-1995 (tableau 5). Les aînés qui étaient fumeurs en 1994-1995 ou qui avaient cessé de fumer au cours des 15 années précédentes étaient moins susceptibles de demeurer en santé pendant les huit prochaines années que ceux qui n'avaient jamais fumé ou qui avaient cessé depuis au moins 15 ans. L'activité physique fréquente ou occasionnelle pendant les loisirs, un poids normal et la consommation hebdomadaire ou occasionnelle d'alcool sont tous des facteurs associés au maintien de la santé chez les aînés. Une analyse similaire effectuée sur des adultes de 45 à 65 ans a permis de constater que ces quatre facteurs ne sont pas reliés de façon significative au maintien de la santé⁵⁰. Les conséquences négatives de comportements nuisibles pour la santé peuvent prendre un certain temps avant de se concrétiser pleinement, mais elles finissent toujours par rattraper ceux qui les adoptent.

Pour l'analyse longitudinale, différents facteurs psychosociaux ont été examinés dans la mesure où ils étaient utilisés dans l'ENSP (voir *Définitions*). Une attitude saine face à la vie est associée au vieillissement en santé. Les aînés qui étaient capables de trouver un sens à la vie, de la maîtriser et de la comprendre en 1994-1995 étaient considérés comme ayant un fort « sentiment de cohésion ». Ces aînés étaient plus susceptibles de demeurer en santé au cours des huit années suivantes. On a constaté une association négative entre le stress financier observé en 1994-1995 et le maintien de la santé, mais elle s'approche seulement du seuil de signification statistique ($p = 0,07$). Le stress lié aux inquiétudes au sujet de la santé de la famille n'est pas associé au maintien de la santé.

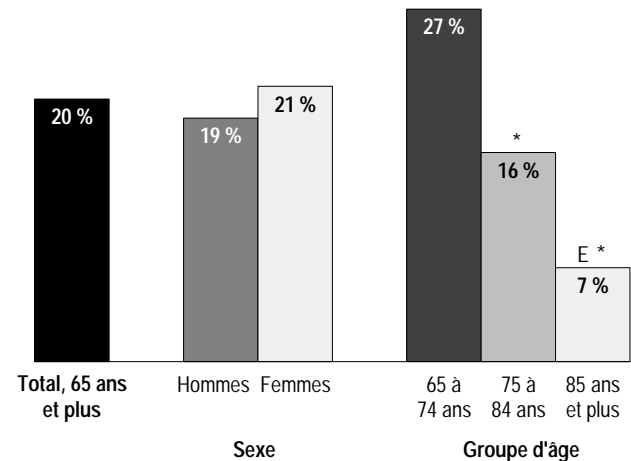
Rétablissement

Même si la perte de la santé chez la population âgée est inévitable avec le temps, ce ne sont pas tous les aînés qui la perdent pour de bon⁵¹. À l'aide des données de l'ENSP, on a estimé les taux de rétablissement sur une période de deux ans en examinant les aînés qui n'étaient pas en bonne santé lors d'un cycle de l'ENSP et qui avaient recouvré la santé au cycle suivant deux ans plus tard (voir *Techniques d'analyse*).

Parmi les aînés qui n'étaient pas en bonne santé, environ 20 % se sont rétablis au cours de périodes successives de deux ans entre 1994-1995 et 2002-2003.

Graphique 5

Taux de rétablissement en deux ans chez les personnes qui n'étaient pas en bonne santé, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2002-2003, échantillon longitudinal

* Valeur significativement inférieure à l'estimation pour le groupe d'âge précédent ($p < 0,05$).

E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

Les hommes et les femmes étaient tout aussi susceptibles de se rétablir. Les taux de rétablissement passent de 27 % chez les aînés de 65 à 74 ans à 7 % chez ceux de 85 ans et plus (graphique 5).

Lorsque sont pris en compte les effets des facteurs sociodémographiques et ceux des problèmes de santé chroniques, les facteurs de risque liés au comportement et le bien-être psychosocial se révèlent associés au rétablissement chez les aînés (tableau 6). Les résultats sont très semblables à ceux obtenus pour le maintien de la santé. L'activité physique fréquente ou occasionnelle pendant les loisirs, la consommation hebdomadaire ou occasionnelle d'alcool, un poids normal et l'abstention de fumer (n'avoir jamais fumé ou avoir cessé depuis au moins 15 ans) sont tous des facteurs associés à une cote plus favorable exprimant la possibilité d'un rétablissement au cours d'une période de deux ans.

Les résultats ici aussi vont dans le même sens que ceux obtenus à l'égard du maintien de la santé. Ainsi, un fort sentiment de cohésion est associé à une augmentation de 50 % des chances de rétablissement.

Tableau 6

Rapports de cotes corrigés reliant certaines caractéristiques au rétablissement en bonne santé sur une période de deux ans, population à domicile de 65 ans et plus qui n'était pas en bonne santé en 1994-1995, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

Caractéristiques en 1994-1995	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Facteurs de risque liés au comportement		
Activité physique pendant les loisirs		
Fréquente/occasionnelle	1,9*	1,5- 2,4
Rare†	1,0	...
Consommation d'alcool		
Consommation hebdomadaire/occasionnelle	1,4*	1,1- 1,8
Aucune consommation†	1,0	...
Indice de masse corporelle		
Poids normal	1,3*	1,0- 1,6
Poids insuffisant/embonpoint/obésité†	1,0	...
Usage du tabac		
Fumeur	0,6*	0,4- 0,8
A cessé de fumer au cours des 15 dernières années	0,7*	0,5- 0,9
N'a jamais fumé/a cessé de fumer depuis 15 ans et plus†	1,0	...
Facteurs psychosociaux		
Fort sentiment de cohésion		
Oui	1,5*	1,2- 1,9
Non†	1,0	...
Stress financier		
Oui	0,6	0,4- 1,0
Non†	1,0	...
Stress lié à la santé de la famille		
Oui	0,8	0,5- 1,2
Non†	1,0	...
Caractéristiques sociodémographiques		
Sexe		
Hommes	0,8*	0,6- 1,0
Femmes†	1,0	...
Âge (variable continue)	0,92*	0,90-0,94
Modalités de vie		
Avec conjoint†	1,0	...
Seul(e)	1,1	0,8- 1,4
Avec d'autres (à l'exclusion du conjoint)	1,5*	1,0- 2,2
Résidence		
Région rurale	1,1	0,8- 1,4
Région urbaine†	1,0	...
Niveau de scolarité		
Pas de diplôme d'études secondaires†	1,0	...
Diplôme d'études secondaires ou plus	1,0	0,8- 1,3
Nombre de problèmes de santé chroniques		
Aucun†	1,0	...
1	0,5*	0,4- 0,6
2	0,5*	0,3- 0,6
3 et plus	0,3*	0,2- 0,4
Cycle de l'ENSP		
1994-1995 à 1996-1997 (1 à 2)†	1,0	...
1996-1997 à 1998-1999 (2 à 3)	1,2	0,5- 2,8
1998-1999 à 2000-2001 (3 à 4)	1,2	0,5- 2,6
2000-2001 à 2002-2003 (4 à 5)	0,6*	0,4- 0,8

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2002-2003, échantillon longitudinal

Nota : Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont la borne inférieure ou supérieure de l'intervalle de confiance est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs. Pour accroître la taille de l'échantillon, des catégories « manquantes » ont été incluses pour plusieurs variables, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

† Catégorie de référence.

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

Pour ce qui est du stress financier, l'association négative observée entre ce facteur et le rétablissement s'approche seulement du seuil de signification statistique dans le modèle à plusieurs variables ($p = 0,06$). Et enfin, le stress associé à la santé d'un membre de la famille n'a pas de relation significative avec le rétablissement.

Mot de la fin

En 2003, la majorité des aînés canadiens étaient en bonne santé. La plupart étaient autonomes, n'avaient pas d'incapacité fonctionnelle et avaient une perception positive de leur santé.

Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes indiquent que les facteurs comportementaux et psychosociaux jouent un rôle important dans le bon état de santé général des aînés. Ceux qui faisaient de l'exercice fréquemment, avaient un poids normal, mangeaient beaucoup de fruits et de légumes et faisaient une consommation modérée d'alcool étaient plus susceptibles d'être en bonne santé, indépendamment des facteurs sociodémographiques et du nombre de problèmes de santé chroniques. De faibles niveaux de stress et le sentiment d'appartenance à leur collectivité sont également des facteurs associés à la bonne santé des aînés. Ces facteurs ont également un effet cumulatif, en ce sens que la proportion d'aînés en bonne santé s'accroît à mesure que le nombre de ces facteurs positifs augmente. Ces associations sont particulièrement pertinentes étant donné que, jusqu'à un certain point, elles sont le reflet de caractéristiques modifiables.

Les résultats longitudinaux révèlent que les comportements sains au cours des années de vieillesse sont liés au maintien de la santé au fil du temps et à de meilleures chances de rétablissement après la maladie. Il est toujours possible de changer ou d'améliorer le comportement, et ces améliorations peuvent permettre aux gens de passer leurs années de vieillesse sans dépendre d'autrui et en ayant une perception positive de leur santé physique et mentale. Promouvoir les comportements sains peut être la clé d'un vieillissement fécond, qui permettra aux personnes âgées de jouir de leur retraite et de profiter pleinement de leur vieillesse. ■

Références

1. R. Bourbeau, J. Légaré et V. Émond, *Nouvelles tables de mortalité par génération au Canada et au Québec, 1801-1991*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 1997 (Statistique Canada, n° 91F0015MPF au catalogue).
2. Statistique Canada, *Espérance de vie*, disponible à : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2005001/hlthstatus/deaths2_f.htm, site consulté le 11 juillet 2005.
3. E.W. Campion, « Aging better », *The New England Journal of Medicine*, 338(15), 1998, p. 1064-1066.
4. J.F. Fries, L.W. Green et S. Levine, « Health promotion and the compression of morbidity », *The Lancet*, 1(8636), 1989, p. 481-483.
5. J.M. Guralnik et G.A. Kaplan, « Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County study », *American Journal of Public Health*, 79(6), 1989, p. 703-708.
6. H.B. Hubert, D.A. Bloch, J.W. Oehlert *et al.*, « Lifestyle habits and compression of morbidity », *The Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(6), 2002, p. M347-M351.
7. A.Z. LaCroix, J.M. Guralnik, L.F. Berkman *et al.*, « Maintaining mobility in late life. II. Smoking, alcohol consumption, physical activity, and body mass index », *American Journal of Epidemiology*, 137(8), 1993, p. 858-869.
8. J.E. Morley et J.H. Flaherty, « It's never too late: health promotion and illness prevention in older persons », *The Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(6), 2002, p. M338-M342.
9. D.M. Reed, D.J. Foley, L.R. White *et al.*, « Predictors of healthy aging in men with high life expectancies », *American Journal of Public Health*, 88(10), 1998, p. 1463-1468.
10. J.W. Rowe et R.L. Kahn, « Human aging: usual and successful », *Science*, 237(4811), 1987, p. 143-149.
11. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
12. 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).
13. 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).
14. M.L. Booth, C. Hunter, C.J. Gore *et al.*, « The relationship between body mass index and waist circumference: implications for estimates of the population prevalence of overweight », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24(8), 2000, p. 1058-1061.
15. R.J. Roberts, « Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? », *Public Health*, 109(4), 1995, p. 275-284.
16. M.L. Rowland, « Reporting bias in height and weight data », *Statistical Bulletin of the Metropolitan Insurance Company*, 70(2), 1989, p. 2-11.
17. Santé Canada, *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, 2003 (Santé Canada, n° H49-179/2003F au catalogue).
18. M. Shields, « Information sur la santé : déclaration par procuration », *Rapports sur la santé*, 15(3), 2004, p. 23-37 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
19. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, troisième édition, texte révisé, Washington DC, American Psychiatric Association, 1989.
20. L.F. Berkman, T.E. Seeman, M. Albert *et al.*, « High, usual and impaired functioning in community-dwelling older men and women: findings from the MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging », *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(10), 1993, p. 1129-1140.
21. L. Ferrucci, G. Izmirlian, S. Leveille *et al.*, « Smoking, physical activity, and active life expectancy », *American Journal of Epidemiology*, 149(7), 1999, p. 645-653.
22. T.E. Seeman, L.F. Berkman, P.A. Charpentier *et al.*, « Behavioral and psychosocial predictors of physical performance: MacArthur studies of successful aging », *The Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 50(4), 1995, p. M177-M183.
23. W.J. Strawbridge, R.D. Cohen, S.J. Shema *et al.*, « Successful aging: predictors and associated activities », *American Journal of Epidemiology*, 144(2), 1996, p. 135-141.
24. R.B. Tate, L. Lah et T.E. Cuddy, « Definition of successful aging by elderly Canadian males: the Manitoba Follow-up Study », *Gerontologist*, 43(5), 2003, p. 735-744.
25. Organisation mondiale de la Santé, *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.*
26. G.L. Burke, A.M. Arnold, D.E. Bild *et al.*, « Factors associated with healthy aging: the cardiovascular health study », *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(3), 2001, p. 254-262.
27. S.G. Leveille, J.M. Guralnik, L. Ferrucci *et al.*, « Aging successfully until death in old age: opportunities for increasing active life expectancy », *American Journal of Epidemiology*, 149(7), 1999, p. 654-664.
28. D. Feskanich, S.A. Korrnick, S.L. Greenspan *et al.*, « Moderate alcohol consumption and bone density among postmenopausal women », *Journal of Women's Health*, 8(1), 1999, p. 65-73.
29. J.M. Gaziano, T.A. Gaziano, R.J. Glynn *et al.*, « Light-to-moderate alcohol consumption and mortality in the Physicians' Health Study enrollment cohort », *Journal of the American College of Cardiology*, 35(1), 2000, p. 96-105.
30. R.G. Hart, L.A. Pearce, R. McBride *et al.*, « Factors associated with ischemic stroke during aspirin therapy in atrial fibrillation: analysis of 2012 participants in the SPAF I-III clinical trials. The Stroke Prevention in Atrial Fibrillation (SPAF) Investigators », *Stroke*, 30(6), 1999, p. 1223-1229.
31. D.P. Agarwal et L.M. Srivastava, « Does moderate alcohol intake protect against coronary heart disease? », *Indian Heart Journal*, 53(2), 2001, p. 224-230.
32. G. Corrao, L. Rubbiati, V. Bagnardi *et al.*, « Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis », *Addiction*, 95(10), 2000, p. 1505-1523.
33. L. Djousse, D. Levy, J.M. Murabito *et al.*, « Alcohol consumption and risk of intermittent claudication in the Framingham Heart Study », *Circulation*, 102(25), 2000, p. 3092-3097.
34. P. McElduff et A.J. Dobson, « How much alcohol and how often? Population-based case-control study of alcohol consumption and risk of a major coronary event », *British Medical Journal*, 314(7088), 1997, p. 1159-1164.
35. E.B. Rimm, P. Williams, K. Fosher *et al.*, « Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: meta-analysis of effects on lipids and haemostatic factors », *British Medical Journal*, 319(7224), 1999, p. 1523-1528.

36. K. Poikolainen, E. Vartiainen et H.J. Korhonen, « Alcohol intake and subjective health », *American Journal of Epidemiology*, 144(4), 1996, p. 346-350.
37. M. Tjepkema, *L'obésité chez les adultes au Canada : Poids et grandeur mesurés*, disponible à : http://www.statcan.ca/francais/research/82-620-MIF/2005001/articles/adults/aobesity_f.htm, site consulté le 11 juillet 2005.
38. L.C. de Groot, M.W. Verheijden, S. de Henauw *et al.*, « Lifestyle, nutritional status, health, and mortality in elderly people across Europe: a review of the longitudinal results of the SENECA study », *The Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(12), 2004, p. 1277-1284.
39. US Department of Health and Human Services, *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*, publication du DHHC n° (CDC) 89-8411, Atlanta, Georgia, US Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health, 1989.
40. M. Shields, « Cheminement vers l'abandon du tabac », *Rapports sur la santé*, 16(3), 2005, p. 23-43 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
41. L.F. Berkman, T. Glass, I. Brissette *et al.*, « From social integration to health: Durkheim in the new millennium », *Social Science and Medicine*, 51(6), 2000, p. 843-857.
42. J.S. House, K.R. Landis et D. Umberson, « Social relationships and health », *Science*, 241(4865), 1988, p. 540-545.
43. M. Shields, « Stress, santé et bienfaits du soutien social », *Rapports sur la santé*, 15(1), 2004, p. 9-41 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
44. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
45. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
46. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, Baltimore, Maryland, août 1999.
47. Organisation mondiale de la Santé, *Utilisation et interprétation de l'anthropométrie*, Rapport d'un comité OMS d'experts (OMS, Série de rapports techniques n° 854), Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995.
48. A. Antonovsky, « The structure and properties of the sense of coherence scale », *Social Science and Medicine*, 36(6), 1993, p. 725-733.
49. L.I. Pearlin et M.M. Skaff, « Stress and the life course: a paradigmatic alliance », *Gerontologist*, 36(2), 1996, p. 239-247.
50. L. Martel, A. Bélanger, J.-M. Berthelot *et al.*, *Viellir en santé*, disponible à : <http://www.statcan.ca/francais/research/82-618-MIF/82-618-MIF2005004.htm>, site consulté le 11 juillet 2005.
51. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, « Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 13(4), 2002, p. 37-52 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées

- En 2003, de faibles pourcentages d'hommes et de femmes âgés vivant à domicile (6 % et 7 %, respectivement) avaient besoin d'aide dans l'exécution des activités de la vie quotidienne (AVQ) — prendre un bain ou s'habiller, par exemple.
- Des proportions plus importantes encore avaient besoin d'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), comme faire des commissions et accomplir les tâches ménagères de tous les jours, soit 15 % des hommes et 29 % des femmes.
- Le besoin d'aide était étroitement associé aux problèmes de santé chroniques.
- Dans certains cas, la dépendance était liée à la douleur associée à un problème de santé chronique plutôt qu'au problème lui-même.

Résumé

Objectifs

Le présent article rend compte de la prévalence de la dépendance et de certains problèmes de santé chroniques chez les Canadiens de 65 ans et plus vivant à domicile. On y examine les associations entre les problèmes de santé chroniques et la dépendance à l'égard des activités de la vie quotidienne (AVQ) et des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).

Source des données

Les estimations sont fondées sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003.

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées ont permis d'estimer la prévalence de la dépendance à l'endroit des AVQ et les AIVQ et des problèmes de santé chroniques. Les associations entre les problèmes de santé chroniques et la dépendance ont été examinées au moyen de modèles de régression logistique multiple.

Principaux résultats

La prévalence tant de la dépendance en ce qui concerne les AVQ et les AIVQ que des problèmes de santé chroniques augmente avec l'âge. La dépendance à l'égard des AIVQ est plus courante que celle à l'endroit des AVQ. Lorsqu'il est tenu compte de la douleur chronique, les associations entre la dépendance sur le plan des AVQ et l'arthrite ou le rhumatisme, le diabète et l'incontinence urinaire ne sont plus significatives, comme c'est le cas de l'association entre la dépendance liée aux AIVQ et le diabète. Indépendamment de la douleur chronique, la maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence et les séquelles d'un accident vasculaire cérébral sont liées de façon significative à la dépendance.

Mots-clés

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), activités de la vie quotidienne (AVQ), autonomie, comportements qui influent sur la santé, maladie chronique, personnes âgées, vieillissement.

Auteurs

Heather Gilmour (613-951-2114; Heather.Gilmour@statcan.ca) et Jungwee Park (613-951-4598; Jungwee.Park@statcan.ca) travaillent à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Heather Gilmour et Jungwee Park

Par définition, un problème de santé « chronique » ne peut être guéri¹; toutefois, il peut être traité et géré. Le fardeau associé à la maladie chronique augmente au fur et à mesure qu'on vieillit et peut être particulièrement lourd chez les personnes âgées. Les effets de certains problèmes de santé chroniques risquent même d'empêcher ces dernières de vaquer à leurs activités quotidiennes et de demeurer autonomes.

Compte tenu de la longévité sans cesse croissante des Canadiens, les personnes âgées peuvent s'attendre à vivre de nombreuses années et à devoir composer avec les effets d'un ou de plusieurs problèmes de santé chroniques. Par exemple, selon les estimations fondées sur les taux de mortalité observés au Canada en 2002, un homme de 65 ans

Méthodologie

Source des données

Les estimations de 2003 de la prévalence de problèmes de santé chroniques et de la dépendance ainsi que les analyses multivariées sont fondées sur des données provenant du cycle 2.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada, qui a été réalisée entre janvier et décembre 2003. L'ESCC est conçue pour recueillir tous les deux ans des données transversales sur la santé des Canadiens. Elle couvre la population à domicile de 12 ans et plus de toutes les provinces et les territoires, sauf les membres réguliers des Forces armées canadiennes, les résidents des réserves indiennes et des bases des Forces canadiennes et les personnes qui vivent dans certaines régions éloignées. En 2003, la taille de l'échantillon était de 135 573, et le taux de réponse, de 80,6 %. La plupart des interviews ont été menées par téléphone. Le présent rapport est fondé sur les données portant sur la population de 65 ans et plus, soit 28 617 participants à l'enquête (11 412 hommes et 17 205 femmes).

Les questions sur la douleur chronique font partie de l'indice de l'état de santé (IES). Dans l'ESCC de 2003, l'IES était un module de « sous-échantillon »; au niveau national, il a été administré à un sous-ensemble de participants sélectionnés au hasard. Les régions sociosanitaires de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et du Québec ont choisi d'administrer ce module à tous les participants à l'enquête dans leur province. Ainsi, les enregistrements à la fois du sous-échantillon et de l'échantillon complet ont été utilisés pour le modèle de régression incluant la douleur chronique. Pour les provinces de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et du Québec, tous les enregistrements pour les personnes de 65 ans et plus ont été utilisés, et pour les autres provinces et territoires, seuls l'ont été les enregistrements pour les personnes âgées faisant partie du sous-échantillon. La combinaison de membres du sous-échantillon et de membres de l'échantillon complet a donné un échantillon total de 14 027 personnes âgées (5 499 hommes et 8 528 femmes). Des renseignements plus détaillés sur le plan de sondage de l'ESCC figurent dans un rapport paru antérieurement².

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées ont permis d'estimer la prévalence de la dépendance et des problèmes de santé chroniques, ainsi que les caractéristiques qui y sont associées, au sein de la population à domicile de 65 ans et plus.

Deux ensembles de modèles de régression logistique à plusieurs variables ont servi à évaluer des associations entre la dépendance

sur les plans des AVQ et des AIVQ et les problèmes de santé chroniques. Des variables sociodémographiques et de mode de vie ont été introduites dans le premier ensemble. Ces variables ont été retenues dans le deuxième ensemble, auquel la douleur chronique a été ajoutée pour permettre d'en examiner l'effet sur les associations.

Toutes les analyses sont fondées sur des données pondérées. L'erreur d'échantillonnage, c'est-à-dire dans les estimations de l'erreur-type des taux de prévalence et dans le calcul des intervalles de confiance des rapports de cotes dans les modèles de régression logistique, a été estimée par la méthode du *bootstrap* pondéré^{3,4}. Cette méthode permet de tenir compte de tous les effets du plan de sondage de l'ESCC. Les résultats pour $p < 0,05$ ont été considérés comme étant significatifs.

Limites

L'analyse étant fondée sur des données transversales, les associations entre les variables ne peuvent être examinées qu'à un seul moment donné dans le temps. Ni la causalité ni l'ordonnement des événements ne peuvent par conséquent être inférés.

La dépendance sur les plans des AVQ et des AIVQ, les problèmes de santé chroniques et la douleur chronique sont des renseignements autodéclarés et aucune autre source de données n'a permis d'en confirmer la présence. Même si la liste des problèmes de santé utilisés dans l'ESCC est exhaustive, d'autres problèmes de santé avaient peut-être été diagnostiqués chez les participants à l'enquête. L'hypertension est courante chez les personnes âgées, mais elle est exclue de la présente analyse. Bien que l'hypertension puisse être associée à d'autres problèmes de santé chroniques qui entraînent la dépendance à l'égard des AVQ et des AIVQ, elle n'est pas considérée comme étant une cause éventuelle de dépendance.

L'ESCC ne mesure pas la gravité des problèmes de santé chroniques, même si celle-ci aurait probablement un effet sur la relation entre le problème de santé et la dépendance. Par exemple, des études précédentes ont montré que la dépendance à l'endroit des AVQ et des AIVQ est fréquente chez les personnes atteintes d'arthrite, mais la durée et la gravité de leur incapacité sont inférieures comparativement aux personnes dont l'incapacité est attribuable à d'autres problèmes de santé⁵. De plus, les incapacités des personnes atteintes d'arthrite ont tendance à se développer progressivement au lieu de survenir toutes en même temps⁵. De même, le degré de difficulté à accomplir les AVQ et les AIVQ n'est pas mesuré et peut varier selon le problème de santé chronique.

peut s'attendre à vivre 17,2 années de plus en moyenne et une femme, 20,6 années de plus⁶. Or, à 65 ans, 77 % des hommes et 85 % des femmes ont au moins un problème de santé chronique (données non présentées).

La présente analyse a recours aux données nationales de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003 afin de donner une estimation de la prévalence de la dépendance et de certains problèmes de santé chroniques chez les hommes et les femmes de 65 ans et plus vivant à domicile. L'étude porte plus particulièrement sur le lien entre les problèmes de santé chroniques et la dépendance — notamment le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). La dépendance, telle que définie dans la présente analyse, se mesure par l'incapacité

autodéclarée d'accomplir des AVQ ou des AIVQ sans l'aide d'une autre personne (voir *Définitions*).

Les hommes et les femmes âgés sont ici analysés séparément. Outre les problèmes de santé chroniques, chaque analyse tient compte des caractéristiques sociodémographiques, du mode de vie et de la présence de douleur chronique (voir *Méthodologie*).

Peu de personnes âgées dépendantes à domicile

Dans l'ESCC, la dépendance a été déterminée en demandant aux participants à l'enquête si, « à cause d'un état physique ou d'un état mental ou d'un problème de santé », ils avaient besoin d'aide pour accomplir deux types de tâches : les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales de la vie quotidienne.

Tableau 1

Prévalence de la dépendance à l'égard des AVQ et des AIVQ, selon le sexe, le groupe d'âge et certains problèmes de santé chroniques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

	Dépendance à l'égard des AVQ [†]				Dépendance à l'égard des AIVQ [‡]			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Toutes les personnes âgées	99	6	156	7*	246	15	605	29*
65 à 74 ans	38	4 [§]	45	4 [§]	90	9 [§]	201	18 ^{§*}
75 à 84 ans	44	8 [§]	67	9 [§]	115	21 [§]	275	36 ^{§*}
85 ans et plus	18	20 [§]	45	23 [§]	41	46 [§]	128	65 ^{§*}
Problèmes de santé chroniques								
Arthrite/rhumatisme	49	8	110	9*	125	20	404	35*
Cataracte/glaucome	28	9	58	10	67	21	227	38*
Maux de dos	31	9	53	10	75	21	223	41*
Maladie cardiaque	33	9	50	13*	88	24	183	48*
Diabète	23	9	29	12	50	20	106	42*
Problème de la thyroïde	10 ^E	11 ^E	32	8	18	21	118	30*
Incontinence urinaire	26	18	42	17	51	35	127	50*
Asthme	9 ^E	8 ^E	18	10	26	23	73	42*
Bronchite/emphysème/ bronchopneumopathie chronique obstructive	18	14	19	13	41	33	70	46*
Maladie mentale	16 ^E	22	26	16	34	47	78	49
Cancer	15	13	10 ^E	11 ^E	31	26	36	41*
Migraine	6 ^E	10 ^E	17 ^E	12	17	28	53	37*
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	25	29	24	28	45	52	57	69*
Ulcères à l'intestin ou à l'estomac	8 ^E	12 ^E	12	13	19	28	45	47*
Troubles intestinaux/maladie de Crohn/colite	9 ^E	21 ^E	14	14	15 ^E	32	44	43
Sensibilités aux agresseurs chimiques	F	F	6 ^E	7 ^E	7 ^E	30 ^E	31	37
Maladie d'Alzheimer/autre forme de démence	20 ^E	51	20	57	30	77	29	81
Fibromyalgie	F	F	7 ^E	13 ^E	5 ^E	27 ^E	25	46*
Syndrome de fatigue chronique	F	29 ^E	9 ^E	18 ^E	10 ^E	46	30	63*
Épilepsie	F	F	F	F	4 ^E	31 ^E	7 ^E	54 ^E

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003

[†] Activités de la vie quotidienne (p. ex., prendre un bain, prendre des médicaments).

[‡] Activités instrumentales de la vie quotidienne (p. ex., faire des commissions, préparer les repas).

[§] Valeur significativement différente de l'estimation globale pour ce sexe ($p < 0,05$).

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

^F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % (valeur supprimée en raison de la très grande variabilité d'échantillonnage).

Définitions

La prévalence des *problèmes de santé chroniques* était fondée sur les autodéclarations de maladies diagnostiquées. Une liste de problèmes de santé a été établie pour l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). On a demandé aux participants à l'enquête s'ils souffraient de « problèmes de santé de longue durée diagnostiqués par un professionnel de la santé qui persistent ou devraient persister six mois ou plus ». Les 20 problèmes de santé chroniques suivants ont été retenus pour l'analyse : l'arthrite ou le rhumatisme, l'asthme, la maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence, les maux de dos, les troubles intestinaux/la maladie de Crohn/la colite, le cancer, la cataracte ou le glaucome, les sensibilités aux agresseurs chimiques, la bronchite/l'emphysème/la bronchopneumopathie chronique obstructive, le syndrome de fatigue chronique, le diabète, les séquelles d'un accident vasculaire cérébral, l'épilepsie, la fibromyalgie, la maladie cardiaque, la maladie mentale, la migraine, les problèmes de la thyroïde, les ulcères à l'intestin ou à l'estomac et l'incontinence urinaire. Les sensibilités aux agresseurs chimiques (hommes seulement), le syndrome de fatigue chronique (hommes seulement) et l'épilepsie ont été exclus de l'analyse multivariée en raison de la petite taille des échantillons.

Les participants qui ont répondu « non » à la question « Habituellement, êtes-vous sans douleurs ou malaises? » ont été considérés comme souffrant de *douleur chronique*. La douleur a ensuite été classée comme faible, moyenne ou forte.

Chez les personnes âgées, trois *groupes d'âge* ont été établis : 65 à 74 ans, 75 à 84 ans, et 85 ans et plus.

Pour le *niveau de scolarité*, les participants ont été regroupés comme suit : pas de diplôme d'études postsecondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires.

La *principale source de revenu* comprenait :

- le revenu d'emploi ou de placements — salaires et traitements, revenu d'un travail autonome, dividendes et intérêts;
- les transferts gouvernementaux, les régimes publics de pension et les régimes publics d'assurance — assurance-emploi, indemnités d'accident du travail, prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti, crédit d'impôt pour enfants et prestations d'assurance sociale ou de bien-être provinciales ou municipales;
- les régimes privés de pension — pensions de retraite, etc.
- autre/aucun — pension alimentaire aux enfants, pension alimentaire au conjoint, autre (par exemple, un revenu de location) et aucun revenu personnel.

Les *modalités de vie* étaient fondées sur la relation entre le participant et les autres membres du ménage : vit seul, vit avec un conjoint ou un partenaire, et vit avec d'autres personnes (membres de la famille ou personnes non apparentées).

Le *lieu de résidence* a été désigné comme étant en région urbaine ou rurale. Les participants vivant dans une région métropolitaine de recensement (RMR) ou dans une agglomération de recensement (AR) ont été classés comme vivant en région urbaine, et ceux vivant à l'extérieur de ces régions, comme vivant en région rurale. En général, une RMR est une région géographique comptant au moins 100 000 habitants et une AR

est une région géographique comptant au moins 10 000 habitants (voir les définitions complètes dans le *Dictionnaire du Recensement de 1996*)⁷.

Quatre catégories d'usage du tabac ont été définies selon les habitudes d'usage du tabac actuellement et dans le passé : personnes qui n'ont jamais fumé, personnes qui fument tous les jours/fumeurs occasionnels, personnes qui ont cessé de fumer il y a moins de 10 ans et personnes qui ont cessé de fumer il y a 10 ans ou plus. Les « personnes qui n'ont jamais fumé » sont celles qui n'ont jamais fumé une cigarette entière ou les anciens fumeurs occasionnels qui ont fumé moins de 100 cigarettes durant leur vie. Les deux catégories de personnes qui « ont cessé de fumer » comprennent les anciens fumeurs occasionnels ou les personnes qui auparavant fumaient tous les jours.

La *consommation d'alcool* a été déterminée en posant aux participants les questions suivantes :

- Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée?
- Avez-vous déjà pris un verre d'alcool?
- Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées?
- Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu cinq verres ou plus d'alcool à une même occasion?

Cinq catégories de *consommation d'alcool* ont été établies : jamais au cours de la vie; jamais au cours des 12 derniers mois; consommation occasionnelle — a bu une fois par semaine ou a bu cinq verres ou plus d'alcool à une même occasion moins d'une fois par mois; consommation hebdomadaire — a bu une fois par semaine ou plus fréquemment et a bu cinq verres ou plus d'alcool à une même occasion moins d'une fois par mois; et forte consommation — a bu une fois par semaine ou plus et a bu cinq verres ou plus d'alcool à une même occasion plus souvent qu'une fois par mois.

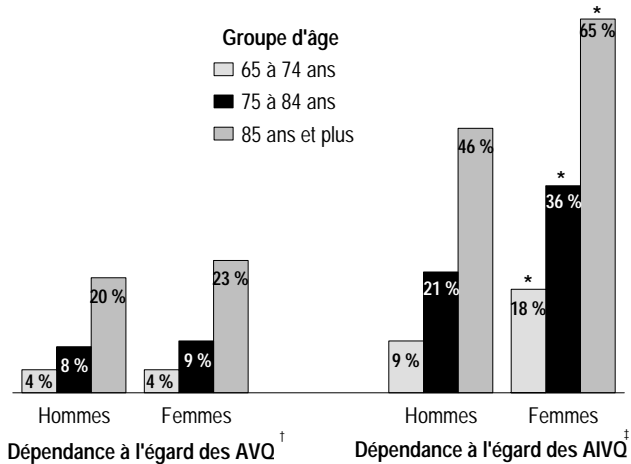
L'*indice de masse corporelle (IMC)* se calcule en divisant le poids autodéclaré, exprimé en kilogrammes, par le carré de la taille autodéclarée exprimée en mètres. Les lignes directrices internationales pour le calcul de l'IMC pour les adultes de 18 ans et plus ont été utilisées pour classer les participants dans l'une de quatre catégories⁸ : poids insuffisant (IMC < 18,5), poids normal (IMC 18,5 à 24,9), embonpoint (IMC 25,0 à 29,9) et obèse (IMC ≥ 30,0).

L'*activité physique pendant les loisirs* est mesurée selon la dépense énergétique cumulative totale (DE) durant les loisirs. Le calcul de la DE s'est fait en multipliant le nombre de fois qu'une personne s'est adonnée à une activité au cours d'une période de 12 mois par la durée moyenne de l'activité (exprimée en heures) et par la dépense énergétique entraînée par l'activité en question (exprimée en kilocalories dépensées par kilogramme de masse corporelle par heure d'activité). Pour calculer la DE quotidienne moyenne que nécessite l'activité, l'estimation a été divisée par 365. On a procédé à ce calcul pour toutes les activités entreprises durant les loisirs, puis totalisé les résultats pour obtenir la DE quotidienne moyenne agrégée. Les participants dont la DE estimative durant les loisirs était inférieure à 1,5 kilocalorie par kilogramme et par jour ont été considérés comme étant inactifs.

Les activités de la vie quotidienne (AVQ) sont les tâches jugées essentielles à l'autonomie personnelle : prendre un bain, s'habiller, manger, prendre des médicaments et se déplacer dans la maison. Les personnes qui avaient besoin d'aide pour l'un de ces soins personnels étaient considérées comme étant dépendantes à l'égard des AVQ.

En 2003, seulement 6 % des hommes et 7 % des femmes âgés vivant à domicile ont déclaré avoir besoin d'aide pour accomplir l'une de ces activités courantes de la vie quotidienne (tableau 1). La dépendance à l'endroit des AVQ augmente avec l'âge (graphique 1). Cependant, même à 85 ans et plus, la majorité des personnes âgées à domicile étaient en mesure de s'acquitter des AVQ sans l'aide d'une autre personne. Juste 20 % des hommes et 23 % des femmes dans cette fourchette d'âge étaient dépendants sur le plan des AVQ. En revanche, en 1996-1997 (les dernières estimations disponibles), la majorité des personnes âgées vivant en établissement ont déclaré être dépendantes à l'égard des AVQ (80 % des femmes et 76 % des hommes — composante des établissements de santé, Enquête nationale sur la santé de la population).

Graphique 1
Prévalence de la dépendance à l'égard des AVQ et des AIVQ, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Dans chaque catégorie, les taux pour les groupes d'âge sont significativement différents les uns des autres.

† Activités de la vie quotidienne (p. ex., prendre un bain, prendre des médicaments).

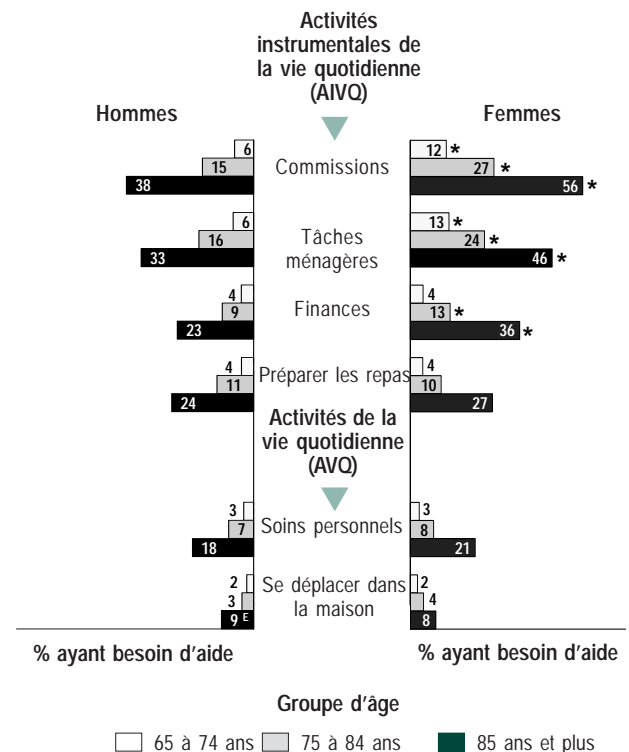
‡ Activités instrumentales de la vie quotidienne (p. ex., faire des commissions, préparer les repas).

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes (p < 0,05).

Préparer les repas, accomplir les tâches ménagères quotidiennes, se rendre à des rendez-vous, faire des commissions comme l'épicerie, faire des transactions bancaires et des paiements de factures représentent les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) établies pour les besoins de l'ESCC. Les personnes ayant besoin d'aide pour s'acquitter de l'une de ces tâches étaient considérées comme étant dépendantes sur le plan des AIVQ. Alors que presque toutes les personnes qui sont dépendantes à l'égard des AVQ le sont également à l'endroit des AIVQ (92 %; données non présentées), bon nombre de celles qui ont besoin d'aide pour les AIVQ n'en ont pas besoin pour les AVQ. Le besoin d'aide pour les AIVQ risque beaucoup moins d'empêcher une personne de demeurer autonome.

En 2003, 15 % des hommes et 29 % des femmes âgés vivant à domicile étaient dépendants sur le plan des AIVQ (tableau 1). Les proportions augmentent

Graphique 2
Pourcentage de personnes dépendantes à l'égard des AVQ ou des AIVQ, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Dans chaque catégorie, les taux pour les groupes d'âge sont significativement différents les uns des autres.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes (p < 0,05). E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

fortement avec l'âge. À 85 ans et plus, 46 % des hommes et 65 % des femmes vivant toujours à domicile devaient compter sur l'appui d'autrui dans l'exécution des AIVQ.

Les tâches pour lesquelles les personnes âgées vivant à domicile ont le plus souvent déclaré avoir besoin d'aide étaient faire des commissions et accomplir les tâches ménagères, toutes deux des AIVQ (graphique 2). Le besoin d'aide pour des AIVQ et des AVQ augmente sensiblement avec l'âge chez les hommes et chez les femmes. Ainsi, dans chaque groupe d'âge successif, la proportion de personnes âgées auxquelles on doit venir en aide pour accomplir l'une des AVQ ou des AIVQ passe presque du simple au double. Même si de nombreux facteurs peuvent entrer en cause dans cette augmentation de la dépendance, la présence de problèmes de santé chroniques joue un rôle important.

Tableau 2
Prévalence des problèmes de santé chroniques, selon le groupe d'âge, population à domicile de 30 ans et plus, Canada, 2003

	65 et plus %	30 à 64 ans %
Arthrite/rhumatisme	47,3*	16,6
Cataracte/glaucome	24,7*	2,4
Maux de dos	24,1*	22,7
Maladie cardiaque	19,8*	3,5
Diabète	13,5*	4,4
Problème de la thyroïde	12,9*	5,9
Incontinence urinaire	10,7*	2,3
Asthme	7,6	7,3
Bronchite/emphysème/bronchopneumopathie chronique obstructive	7,4*	3,1
Maladie mentale	6,1	8,8*
Cancer	5,5*	1,4
Migraine	5,4	11,9*
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	4,5*	0,6
Ulcères à l'intestin ou à l'estomac	4,4*	3,2
Troubles intestinaux/maladie de Crohn/colite	3,9*	2,6
Sensibilités aux agresseurs chimiques	2,9	2,9
Maladie d'Alzheimer/autre forme de démence	2,0*	0,1 ^F
Fibromyalgie	1,9	1,9
Syndrome de fatigue chronique	1,9	1,6
Épilepsie	0,6	0,6

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Fondé sur les problèmes de santé autodéclarés à partir d'une liste de problèmes de santé diagnostiqués.

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour l'autre groupe d'âge (p < 0,05).

E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % (valeur supprimée en raison de la très grande variabilité d'échantillonnage).

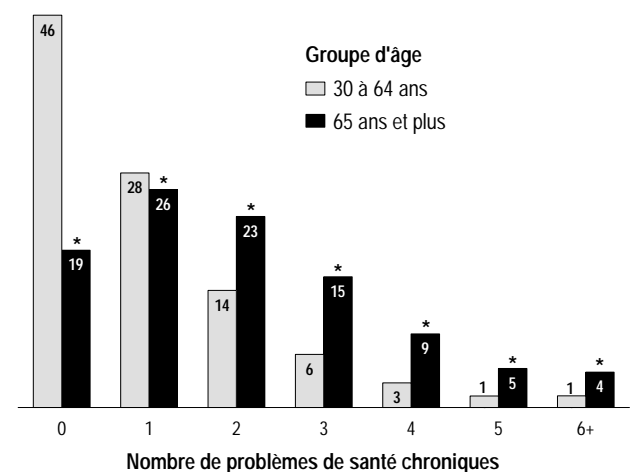
Problèmes de santé chroniques

La prévalence de la plupart des problèmes de santé chroniques parmi la population à domicile est généralement plus forte chez les personnes âgées que chez les adultes plus jeunes. Parmi les 20 problèmes de santé sur lesquels porte la présente analyse (voir Définitions), 13 sont plus courants chez les personnes de 65 ans et plus que chez celles âgées de 30 à 64 ans (tableau 2). Cependant, une plus forte proportion d'adultes plus jeunes sont atteints de troubles mentaux et de migraine.

En 2003, au moins un problème de santé chronique avait été diagnostiqué chez la majorité (81 %) des personnes âgées vivant à domicile (graphique 3) et chez environ la moitié (54 %) des personnes de 30 à 64 ans.

Comme de nombreux problèmes de santé chroniques sont associés au vieillissement, il n'est pas étonnant que la comorbidité soit également plus courante chez les personnes âgées. Par exemple, 33 % des personnes âgées ont trois problèmes de santé chroniques ou plus, comparativement à 12 % des adultes plus jeunes. En outre, le nombre moyen des problèmes de santé augmente chez les personnes plus âgées, passant de 1,9 pour les personnes de 65 à 74 ans à 2,5 pour les personnes de 75 ans et plus (p < 0,05; données non présentées).

Graphique 3
Répartition en pourcentage de la population à domicile de 30 ans et plus, selon le nombre de problèmes de santé chroniques et le groupe d'âge, Canada, 2003



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Fondé sur les problèmes de santé autodéclarés à partir d'une liste de problèmes de santé diagnostiqués.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe des 30 à 64 ans (p < 0,05).

L'arthrite ou le rhumatisme est le problème de santé chronique déclaré par la plus forte proportion de personnes âgées (47 %) (tableau 2). Près de 25 % ont mentionné être atteintes de cataracte ou de glaucome et de maux de dos, et 20 % ont fait état d'un diagnostic de maladie cardiaque. Le diabète, un problème de la thyroïde et l'incontinence urinaire étaient également relativement courants, chacun de ces problèmes étant déclaré par moins d'une personne âgée sur dix.

La prévalence de problèmes de santé chroniques particuliers varie selon le sexe (tableau 3), comme en témoignent les résultats d'autres études⁹. Par exemple, parmi les personnes âgées, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être atteintes d'arthrite ou de rhumatisme, ou encore de cataracte ou de glaucome et de maux de dos. Cependant, la prévalence de la maladie cardiaque, du diabète, du cancer, des séquelles d'un accident vasculaire cérébral et de la maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence est plus forte chez les hommes âgés.

Tableau 3
Prévalence des problèmes de santé chroniques selon le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

	Hommes	Femmes
	%	%
Arthrite/rhumatisme	37.7	54.7*
Cataracte/glaucome	19.6	28.7*
Maux de dos	21.6	26.1*
Maladie cardiaque	21.8*	18.1
Diabète	15.6*	11.9
Problème de la thyroïde	5.3	18.7*
Incontinence urinaire	8.9	12.0*
Asthme	6.9	8.1*
Bronchite/emphysème/bronchopneumopathie chronique obstructive	7.6	7.3
Maladie mentale	4.4	7.5*
Cancer	7.1*	4.2
Migraine	3.6	6.8*
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	5.2*	3.9
Ulcères à l'intestin ou à l'estomac	4.2	4.5
Troubles intestinaux/maladie de Crohn/colite	2.8	4.9*
Sensibilités aux agresseurs chimiques	1.5	4.0*
Maladie d'Alzheimer/autre forme de démence	2.4*	1.7
Fibromyalgie	1.1 ^E	2.6*
Syndrome de fatigue chronique	1.3	2.3*
Épilepsie	0.7 ^E	0.6 ^E

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Fondé sur les problèmes de santé autodéclarés à partir d'une liste de problèmes de santé diagnostiqués.

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour l'autre sexe ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

Liens avec la dépendance

Il semble y avoir un lien évident entre la dépendance et la prévalence relativement forte des problèmes de santé chroniques aux âges plus avancés ainsi que les effets débilissants de bon nombre de ces problèmes de santé chroniques. Cependant, la dépendance tient à de nombreux facteurs autres que la maladie chronique. Pour tenir compte des facteurs éventuellement confusionnels, les associations entre les problèmes de santé chroniques et la dépendance à l'égard des AVQ et des AIVQ ont été examinées au moyen de modèles multivariés (voir *Méthodologie*). L'âge, les modalités de logement, la principale source de revenu, entre autres caractéristiques sociodémographiques et économiques, ont été pris en compte. L'analyse a également pris en compte le mode de vie et les facteurs de risque liés au comportement comme l'usage du tabac, la consommation d'alcool, l'indice de masse corporelle et le niveau d'activité physique (tableau 4, tableaux A et B en annexe).

La dépendance en ce qui a trait aux AVQ a, bien entendu, un effet plus dévastateur que la dépendance liée aux AIVQ, puisque ces tâches se rapportent aux soins personnels de base et que l'incapacité de les exécuter entraîne souvent le placement en établissement de soins de longue durée¹⁰. Même lorsque les caractéristiques sociodémographiques et économiques ainsi que le mode de vie sont pris en compte (tableau 4), la dépendance à l'endroit des AVQ chez les hommes et chez les femmes est liée à la présence d'arthrite ou de rhumatisme, de diabète, d'incontinence urinaire, de bronchite/d'emphysème/de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), des séquelles d'un accident vasculaire cérébral et de la maladie d'Alzheimer. Dans le cas des hommes, les maux de dos, le cancer et les troubles intestinaux sont importants également et, chez les femmes, la maladie mentale.

La plupart des personnes qui ont une dépendance à l'égard des AVQ ont aussi une dépendance à l'endroit des AIVQ; par conséquent, les problèmes de santé physiques liés à la dépendance sur le plan des AVQ ont tendance à être associés à la dépendance concernant les AIVQ. En outre, la dépendance en ce qui a trait aux AIVQ est liée à la maladie cardiaque chez les hommes et chez les femmes, à la maladie mentale et à la migraine chez les hommes et à la cataracte ou au glaucome, aux maux de dos, à l'asthme, au cancer, au syndrome de fatigue chronique et à la fibromyalgie chez les femmes.

Comme l'on pourrait s'y attendre, la présence de plus d'un problème de santé chronique augmente la probabilité de dépendance. L'effet de la comorbidité sur

Tableau 4

Rapports de cotes corrigés reliant certains problèmes de santé chroniques à la dépendance à l'égard des AVQ et des AIVQ, avec et sans prise en compte de la douleur chronique, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

Problèmes de santé chroniques [†]	Hommes				Femmes			
	Dépendance à l'égard des AVQ		Dépendance à l'égard des AIVQ		Dépendance à l'égard des AVQ		Dépendance à l'égard des AIVQ	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
	Rapport de cotes corrigé	Rapport de cotes corrigé	Rapport de cotes corrigé	Rapport de cotes corrigé	Rapport de cotes corrigé	Rapport de cotes corrigé	Rapport de cotes corrigé	Rapport de cotes corrigé
Arthrite/rhumatisme	1,50*	1,09	1,56*	1,15	1,69*	1,06	1,62*	1,33*
Cataracte/glaucome	1,02	1,00	0,99	0,69	0,93	0,87	1,17*	1,29*
Maux de dos	1,41*	1,19	1,46*	1,44*	1,21	1,06	1,77*	1,40*
Maladie cardiaque	1,16	1,43	1,62*	1,88*	1,11	1,03	1,55*	1,54*
Diabète	1,52*	1,01	1,34*	1,12	1,35*	0,88	1,64*	1,17
Problème de la thyroïde	1,25	0,72	1,01	0,74	1,04	0,92	0,96	0,91
Incontinence urinaire	1,81*	1,72	1,81*	2,00*	1,65*	1,13	1,70*	1,36*
Asthme	0,91	0,68	1,15	0,90	1,30	1,55	1,70*	1,49
Bronchite/emphysème/bronchopneumopathie chronique obstructive	2,22*	2,34*	2,06*	2,38*	1,51*	1,58	1,34*	1,28
Maladie mentale	1,56	1,20	3,16*	2,16*	1,78*	2,09*	2,05*	2,58*
Cancer	1,97*	2,39	1,75*	2,15*	1,25	1,28	1,50*	0,97
Migraine	1,25	0,74	1,73*	1,76	1,34	1,10	1,15	0,91
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	3,49*	4,38*	3,59*	4,69*	3,04*	2,08*	3,21*	3,38*
Ulcères à l'intestin ou à l'estomac	1,23	1,03	1,22	0,65	1,02	0,64	1,33	1,18
Troubles intestinaux/maladie de Crohn/colite	1,82*	0,56	1,01	1,91	1,28	1,54	1,17	1,31
Sensibilités aux agresseurs chimiques	...	...	1,20	0,37	0,67	1,63	1,11	1,06
Maladie d'Alzheimer/autre forme de démence	5,25*	5,88*	6,29*	17,64*	5,45*	6,02*	4,08*	5,23*
Fibromyalgie	0,44	0,17	0,51	0,75	1,65	0,96	1,93*	1,66
Syndrome de fatigue chronique	...	...	1,10	1,07	1,74	0,95	2,86*	1,18
Douleur chronique								
Aucune [†]	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00
Faible	...	3,27*	...	1,62	...	4,15*	...	1,65*
Moyenne	...	2,01*	...	3,75*	...	3,68*	...	3,46*
Fort	...	3,54*	...	4,49*	...	6,68*	...	4,64*

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Des variables de contrôle ont été incluses dans les deux modèles de régression pour tenir compte de l'âge, du niveau de scolarité, de la principale source de revenu, des modalités de logement, de la résidence en région urbaine ou rurale, de l'usage du tabac, de la consommation d'alcool, de l'indice de masse corporelle et de l'activité physique durant les loisirs (les résultats complets sont présentés aux tableaux A et B en annexe). En outre, on a inclus dans le modèle 2 une variable de contrôle permettant de tenir compte de la douleur chronique. L'épilepsie a été exclue à cause de la petite taille des échantillons.

† Catégorie de référence (pour les problèmes de santé chroniques, la catégorie de référence est l'absence du problème).

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

la dépendance a été examiné au moyen d'un modèle multivarié tenant compte des caractéristiques sociodémographiques, du mode de vie et des facteurs de risque liés au comportement. Selon les résultats, la cote exprimant le risque de dépendance à l'égard des AVQ et des AIVQ chez les personnes âgées augmente sensiblement avec chaque problème de santé chronique additionnel (données non présentées).

Certains problèmes de santé qui sont fortement associés à la dépendance, notamment la maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence et les séquelles d'un accident vasculaire cérébral, sont relativement rares chez les personnes âgées vivant encore dans la collectivité. De nouveau, ce résultat reflète la forte proportion de personnes atteintes de ces problèmes de santé qui ont besoin de soins en

établissement. Ainsi, bien que ces problèmes de santé aient des conséquences considérables sur les personnes concernées, ils touchent un petit pourcentage de personnes âgées vivant à domicile (tableau 2). En revanche, plusieurs autres problèmes de santé systématiquement associés à la dépendance sont au nombre des problèmes les plus prévalents chez les personnes âgées vivant à domicile : l'arthrite ou le rhumatisme, le diabète, l'incontinence urinaire et la bronchite/l'emphysème/la BPCO, par exemple.

Douleur chronique et dépendance

De nombreux problèmes de santé chroniques associés à un risque élevé de dépendance s'accompagnent de douleur chronique. D'ailleurs, en 2003, la douleur chronique elle-même était associée

de façon significative à la dépendance en ce qui a trait aux AVQ et aux AIVQ, indépendamment des problèmes de santé chroniques (tableau 4). Chez les personnes âgées, même une douleur faible fait augmenter la cote exprimant le risque de dépendance.

Le fait de tenir compte des effets de la douleur chronique atténue l'association entre la dépendance à l'endroit des AVQ et l'arthrite ou le rhumatisme, le diabète et l'incontinence urinaire, tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, c'est également le cas pour les maux de dos, le cancer et les troubles intestinaux, et chez les femmes, pour la bronchite/l'emphysème/la BPCO. Selon ces résultats, pour certaines maladies, la douleur chronique est la caractéristique la plus importante de leur association à la dépendance à l'égard des AVQ.

La nature des AIVQ (par exemple, faire des commissions, gérer ses finances) diffère fortement de celle des AVQ. Par conséquent, qu'elles éprouvent ou non de la douleur, de nombreuses personnes âgées à domicile peuvent néanmoins avoir besoin d'aide dans l'exécution des AIVQ. En fait, même lorsque l'effet de la douleur est pris en compte, plusieurs problèmes de santé chroniques qui ne sont plus associés à la dépendance à l'égard des AVQ le demeurent cependant à l'endroit de la dépendance liée aux AIVQ. Par exemple, en l'absence de douleur, la cote exprimant le risque de dépendance sur le plan des AVQ n'est pas significativement élevée pour les hommes qui ont des maux de dos ou qui sont atteints de cancer, mais la cote exprimant le risque de dépendance en ce qui a trait aux AIVQ demeure élevée pour eux. Il en est de même pour les femmes atteintes d'arthrite ou de rhumatisme et pour les hommes et les femmes atteints d'incontinence urinaire.

Néanmoins, lorsque les effets de la douleur sont pris en compte, l'association entre plusieurs problèmes de santé chroniques et la dépendance à l'égard des AIVQ n'est plus statistiquement significative. Chez les hommes, c'est le cas pour l'arthrite ou le rhumatisme, le diabète et la migraine. Chez les femmes, l'association disparaît dans le cas du diabète, de l'asthme, de la bronchite/l'emphysème/la bronchopneumopathie chronique obstructive, le cancer, le syndrome de fatigue chronique et la fibromyalgie.

Au-delà de la douleur

Dans le cas des problèmes de santé extrêmement débilissants, la douleur peut être un facteur moins important, et le lien avec la dépendance persiste lorsqu'il est tenu compte de la douleur chronique (tableau 4). Indépendamment de la présence de douleur, la cote

exprimant le risque d'avoir besoin d'aide pour les AVQ est élevée chez les hommes et les femmes atteints de la maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence, ou ayant des séquelles d'un accident vasculaire cérébral. Toutefois, même si ces problèmes de santé compromettent gravement l'autonomie d'une personne, ils ne touchent qu'une proportion relativement faible de la population de personnes âgées vivant à domicile. La cote exprimant le risque de dépendance à l'égard des AVQ est également élevée pour les femmes, mais non pour les hommes, atteintes de maladie mentale, de même que pour les hommes atteints de bronchite/d'emphysème/de BPCO.

Les effets de la maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence, d'un accident vasculaire cérébral et de la maladie mentale sont également manifestes en ce qui a trait à la dépendance sur le plan des AIVQ chez les hommes et chez les femmes, même après prise en compte de la douleur. De même, tant chez les hommes que chez les femmes, les maux de dos, la maladie cardiaque et l'incontinence urinaire demeurent associés à la dépendance à l'égard des AIVQ. En outre, la cote exprimant le risque de dépendance à l'endroit des AIVQ est élevée pour les femmes atteintes de cataracte/de glaucome ou d'arthrite ou de rhumatisme, comme pour les hommes atteints d'un cancer ou de bronchite/d'emphysème/de BPCO.

Mot de la fin

La plupart des personnes âgées dépendent de l'aide d'autres personnes pour des activités telles qu'accomplir les tâches ménagères, préparer les repas et gérer leurs finances et, dans des situations plus graves, pour des activités de base comme les soins personnels et se déplacer dans la maison. Cette dépendance risque de les empêcher de vivre de façon autonome dans la collectivité.

La présente étude montre qu'un nombre important de problèmes de santé chroniques sont associés à la dépendance chez les personnes âgées au Canada. Dans certains cas, la dépendance est liée à la douleur associée à un problème de santé et non au problème de santé lui-même. Autrement dit, des relations statistiquement significatives entre de nombreux problèmes de santé chroniques et la dépendance disparaissent lorsque la douleur chronique est prise en compte. Les résultats de cette analyse donnent à penser qu'une gestion efficace de la douleur peut réduire la dépendance associée aux problèmes de santé chroniques chez les personnes âgées et, ultérieurement, accroître leur capacité de vivre dans la collectivité. ■

Références

1. A.L. Strauss, « Chronic Illness », *Where Medicine Fails*, publié sous la direction de C.L. Weiner et A.L. Strauss, New Brunswick, Transaction, 1997.
2. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
3. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
4. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
5. L.M. Verbrugge et L. Juarez, « Profile of arthritis disability », *Public Health Reports*, 116 (Supplement 1), 2001, p. 157-179.
6. Statistique Canada, *Décès, 2002*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2004 (Statistique Canada, n° 84F0211XIF au catalogue).
7. Statistique Canada, *Dictionnaire du recensement de 1996*, Ottawa, ministre de l'Industrie (Statistique Canada, n° 92-351 au catalogue).
8. Santé Canada, *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, Santé Canada, 2003 (n° H49-179/2003F au catalogue).
9. E. Valderrama-Gama, J. Damian, A. Ruigomez *et al.*, « Chronic disease, functional status, and self-ascribed causes of disabilities among noninstitutionalized older people in Spain », *Journal of Gerontology*, 57A(11), 2002, p. M716-M721.
10. H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, « Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il ? », *Rapports sur la santé*, 11(4), 2000, p. 55-68 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Tableau A

Rapports de cotes corrigés reliant certains problèmes de santé chroniques à la dépendance à l'égard des AVQ ou des AIVQ, avec et sans prise en compte de la douleur chronique, population à domicile masculine de 65 ans et plus, Canada, 2003

	Dépendance à l'égard des AVQ		Dépendance à l'égard des AVQ avec prise en compte de la douleur chronique				Dépendance à l'égard des AIVQ avec prise en compte de la douleur chronique			
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Problèmes de santé chroniques[†]										
Arthrite/rhumatisme	1,5*	1,1- 2,0	1,1	0,6- 1,9	1,6*	1,3- 1,9	1,1	0,8- 1,6		
Cataracte/glaucome	1,0	0,7- 1,4	1,0	0,6- 1,6	1,0	0,8- 1,3	0,7	0,5- 1,0		
Maux de dos	1,4*	1,0- 1,9	1,2	0,7- 2,1	1,5*	1,2- 1,8	1,4*	1,1- 2,0		
Maladie cardiaque	1,2	0,9- 1,6	1,4	0,9- 2,3	1,6*	1,3- 2,0	1,9*	1,4- 2,5		
Diabète	1,5*	1,0- 2,3	1,0	0,5- 1,9	1,3*	1,0- 1,7	1,1	0,8- 1,7		
Problème de la thyroïde	1,3	0,8- 2,0	0,7	0,4- 1,4	1,0	0,7- 1,4	0,7	0,5- 1,2		
Incontinence urinaire	1,8*	1,3- 2,5	1,7	0,9- 3,2	1,8*	1,4- 2,4	2,0*	1,3- 3,0		
Asthme	0,9	0,6- 1,5	0,7	0,3- 1,6	1,2	0,8- 1,6	0,9	0,6- 1,5		
Bronchite/emphysème/bronchopneumopathie chronique obstructive	2,2*	1,5- 3,2	2,3*	1,2- 4,5	2,1*	1,6- 2,6	2,4*	1,6- 3,6		
Maladie mentale	1,6	1,0- 2,6	1,2	0,5- 3,0	3,2*	2,3- 4,4	2,2*	1,2- 4,0		
Cancer	2,0*	1,3- 3,0	2,4	0,8- 7,2	1,8*	1,3- 2,4	2,1*	1,1- 4,3		
Migraine	1,3	0,6- 2,5	0,7	0,2- 2,4	1,7*	1,1- 2,8	1,8	0,9- 3,5		
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	3,5*	2,3- 5,3	4,4*	2,3- 8,3	3,6*	2,6- 4,9	4,7*	2,7- 8,0		
Ulcères à l'intestin ou à l'estomac	1,2	0,7- 2,1	1,0	0,5- 2,0	1,2	0,8- 1,9	0,6	0,3- 1,2		
Troubles intestinaux/maladie de Crohn/colite	1,8*	1,1- 3,2	0,6	0,1- 2,2	1,0	0,6- 1,7	1,9	1,0- 3,7		
Sensibilités aux agresseurs chimiques	...	...	...	...	1,2	0,7- 2,2	0,4	0,1- 1,4		
Maladie d'Alzheimer/autre forme de démence	5,3*	2,9- 9,4	5,9*	2,5-13,7	6,3*	3,5-11,2	17,6*	7,9-39,4		
Fibromyalgie	0,4	0,1- 1,8	0,2	0,0- 6,7	0,5	0,1- 1,8	0,8	0,2- 2,8		
Syndrome de fatigue chronique	...	...	...	...	1,1	0,6- 2,2	1,1	0,2- 4,6		
Douleur chronique										
Aucune [‡]	1,0	...	...	...	1,0	...		
Faible	...	...	3,3*	1,5- 7,0	...	...	1,6	1,0- 2,7		
Moyenne	...	...	2,0*	1,1- 3,8	...	...	3,8*	2,5- 5,7		
Forte	...	...	3,5*	1,3- 9,7	...	...	4,5*	2,2- 9,3		
Âge (variable continue)	1,0*	1,0- 1,1	1,0	1,0- 1,1	1,1*	1,1- 1,1	1,1*	1,1- 1,1		
Niveau de scolarité[‡]										
Pas de diplôme d'études secondaires	1,3	0,9- 1,8	1,4	0,8- 2,6	1,2	1,0- 1,5	1,4	0,9- 2,0		
Diplôme d'études secondaires	1,4	1,0- 2,1	3,0*	1,4- 6,6	1,2	0,9- 1,6	1,4	0,9- 2,4		
Études postsecondaires partielles	0,9	0,5- 1,6	0,3	0,1- 1,5	1,0	0,7- 1,5	0,4	0,2- 1,1		
Diplôme d'études postsecondaires [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...		
Principale source de revenu										
Emploi/placements	1,1	0,7- 1,7	1,3	0,5- 3,1	1,0	0,7- 1,3	1,5	0,9- 2,7		
Transferts du gouvernement, régimes publics de pension, régimes publics d'assurance	1,2	0,8- 1,7	1,1	0,6- 2,1	1,5*	1,2- 1,8	1,7*	1,2- 2,5		
Régimes privés de pension [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...		
Autre/aucun	0,8	0,3- 2,1	0,4	0,1- 2,3	1,7	0,9- 3,2	3,0*	1,3- 6,9		
Modalités de vie										
Vit seul	0,8	0,6- 1,2	1,1	0,7- 1,8	1,6*	1,3- 1,9	2,1*	1,6- 3,0		
Vit avec conjoint/partenaire [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...		
Vit avec d'autres personnes	1,7*	1,2- 2,3	2,8*	1,5- 5,1	1,7*	1,3- 2,1	1,5	1,0- 2,4		
Résidence										
Région urbaine	1,4*	1,0- 1,9	0,8	0,5- 1,5	1,2*	1,0- 1,5	1,1	0,8- 1,6		
Région rurale [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...		
Usage du tabac[‡]										
Jamais [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...		
Quotidien/occasionnel	0,9	0,6- 1,4	1,5	0,8- 2,9	1,4*	1,0- 1,9	2,1*	1,3- 3,6		
A cessé de fumer < 10 ans	0,9	0,5- 1,7	0,9	0,4- 2,2	1,5*	1,1- 2,2	2,1*	1,1- 3,9		
A cessé de fumer ≥ 10 ans	1,2	0,8- 1,7	1,4	0,8- 2,5	1,4*	1,1- 1,7	2,0*	1,3- 3,0		
Consommation d'alcool[‡]										
Jamais, au cours de la vie	1,7	0,9- 3,4	3,8*	1,3-11,8	2,3*	1,4- 3,9	3,2*	1,6- 6,4		
Jamais, au cours des 12 derniers mois	1,4	1,0- 2,1	2,2*	1,1- 4,6	1,6*	1,3- 2,1	1,8*	1,1- 2,8		
Consommation occasionnelle	1,1	0,7- 1,6	1,6	0,7- 3,7	1,4*	1,1- 1,9	1,6*	1,0- 2,5		
Consommation hebdomadaire [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...		
Forte consommation	0,9	0,4- 2,0	0,4	0,1- 1,5	1,0	0,7- 1,5	0,8	0,4- 1,5		
Indice de masse corporelle (IMC)[‡]										
Poids insuffisant (< 18,5)	3,9*	2,1- 7,4	5,4*	1,9-15,3	1,8*	1,1- 3,0	1,8	0,7- 4,4		
Poids normal (18,5 à 24,9) [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...		
Embonpoint (25,0 à 29,9)	0,9	0,7- 1,2	2,4*	1,3- 4,5	0,8	0,7- 1,0	1,3	0,9- 1,9		
Obèse (≥ 30,0)	1,0	0,6- 1,5	1,5	0,7- 3,2	1,1	0,8- 1,5	1,3	0,8- 1,9		
Activité physique pendant les loisirs										
Actif [‡]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...		
Inactif	6,1*	4,1- 9,1	5,4*	2,8-10,2	2,8*	2,2- 3,6	2,0*	1,3- 2,9		

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Analyse basée sur 11 072 hommes pour le modèle de la dépendance à l'égard des AVQ; 11 042 hommes pour le modèle de la dépendance à l'égard des AIVQ. Aux fins de la prise en compte de la douleur chronique, l'analyse est fondée sur 5 487 hommes pour le modèle AVQ; 5 482 hommes pour le modèle AIVQ. 340 participants ont été supprimés du modèle AVQ à cause de valeurs manquantes; 370 ont été supprimés du modèle AIVQ; 154 ont été supprimés du modèle AVQ incluant des variables de contrôle pour tenir compte de la douleur chronique; 159 ont été supprimés du modèle AIVQ incluant des variables de contrôle pour tenir compte de la douleur chronique.

† Catégorie de référence (pour les problèmes de santé chroniques, la catégorie de référence est l'absence du problème).

‡ Une catégorie « Données manquantes » a été intégrée à chaque modèle afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau B

Rapports de cotes corrigés reliant certains problèmes de santé chroniques à la dépendance à l'égard des AVQ ou des AIVQ, avec et sans prise en compte de la douleur chronique, population à domicile féminine de 65 ans et plus, Canada, 2003

	Dépendance à l'égard des AVQ		Dépendance à l'égard des AVQ avec prise en compte de la douleur chronique		Dépendance à l'égard des AIVQ		Dépendance à l'égard des AIVQ avec prise en compte de la douleur chronique	
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Problèmes de santé chroniques[†]								
Arthrite/rhumatisme	1,7*	1,3- 2,2	1,1	0,7- 1,6	1,6*	1,4- 1,9	1,3*	1,1- 1,7
Cataracte/glaucome	0,9	0,7- 1,2	0,9	0,6- 1,3	1,2*	1,0- 1,4	1,3*	1,0- 1,7
Maux de dos	1,2	1,0- 1,5	1,1	0,7- 1,6	1,8*	1,5- 2,0	1,4*	1,1- 1,8
Maladie cardiaque	1,1	0,9- 1,4	1,0	0,7- 1,5	1,6*	1,3- 1,8	1,5*	1,2- 2,0
Diabète	1,4*	1,0- 1,7	0,9	0,5- 1,5	1,6*	1,4- 2,0	1,2	0,8- 1,7
Problème de la thyroïde	1,0	0,8- 1,4	0,9	0,6- 1,4	1,0	0,8- 1,1	0,9	0,7- 1,2
Incontinence urinaire	1,7*	1,3- 2,1	1,1	0,8- 1,7	1,7*	1,4- 2,0	1,4*	1,0- 1,8
Asthme	1,3	0,9- 1,9	1,5	0,9- 2,8	1,7*	1,4- 2,1	1,5	1,0- 2,3
Bronchite/emphysème/bronchopneumopathie chronique obstructive	1,5*	1,1- 2,0	1,6	0,9- 2,6	1,3*	1,1- 1,7	1,3	0,9- 1,8
Maladie mentale	1,8*	1,3- 2,4	2,1*	1,1- 3,8	2,1*	1,7- 2,5	2,6*	1,8- 3,7
Cancer	1,3	0,8- 2,0	1,3	0,6- 2,7	1,5*	1,1- 2,0	1,0	0,6- 1,7
Migraine	1,3	0,9- 2,0	1,1	0,5- 2,4	1,2	0,9- 1,5	0,9	0,6- 1,4
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	3,0*	2,2- 4,1	2,1*	1,0- 4,1	3,2*	2,3- 4,4	3,4*	2,1- 5,5
Ulcères à l'intestin ou à l'estomac	1,0	0,7- 1,5	0,6	0,3- 1,2	1,3	1,0- 1,8	1,2	0,8- 1,8
Troubles intestinaux/maladie de Crohn/colite	1,3	0,9- 1,7	1,5	0,9- 2,7	1,2	0,9- 1,5	1,3	0,8- 2,1
Sensibilités aux agresseurs chimiques	0,7	0,4- 1,1	1,6	0,7- 4,0	1,1	0,8- 1,5	1,1	0,7- 1,7
Maladie d'Alzheimer/autre forme de démence	5,5*	3,0- 9,8	6,0*	2,5-14,5	4,1*	2,0- 8,3	5,2*	1,9-14,3
Fibromyalgie	1,7	0,8- 3,5	1,0	0,4- 2,4	1,9*	1,3- 3,0	1,7	0,8- 3,6
Syndrome de fatigue chronique	1,7	0,9- 3,4	0,9	0,3- 2,8	2,9*	1,6- 5,3	1,2	0,5- 2,6
Douleur chronique								
Aucune [†]	1,0	...	...	...	1,0	...
Faible	...	...	4,2*	2,5- 7,0	...	...	1,7*	1,2- 2,4
Moyenne	...	...	3,7*	2,3- 5,8	...	...	3,5*	2,5- 4,8
Forté	...	...	6,7*	3,7-12,2	...	...	4,6*	3,0- 7,1
Âge (variable continue)	1,1*	1,1- 1,1	1,1*	1,1- 1,1	1,1*	1,1- 1,1	1,1*	1,1- 1,1
Niveau de scolarité[†]								
Pas de diplôme d'études secondaires	1,0	0,8- 1,3	1,2	0,7- 1,9	0,9	0,7- 1,0	0,9	0,7- 1,2
Diplôme d'études secondaires	1,0	0,7- 1,3	1,2	0,6- 2,1	0,8*	0,7- 0,9	0,7*	0,5- 1,0
Études postsecondaires partielles	1,4	0,9- 2,2	0,9	0,4- 2,1	1,0	0,8- 1,3	0,9	0,4- 2,1
Diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Principale source de revenu								
Emploi/placements	1,3	0,9- 1,9	0,6	0,3- 1,1	1,1	0,9- 1,4	1,1	0,7- 1,7
Transferts du gouvernement, régimes publics de pension, régimes publics d'assurance	1,0	0,7- 1,3	0,5*	0,3- 0,7	1,0	0,9- 1,2	0,8	0,6- 1,0
Régimes privés de pension [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Autre/aucun	0,6	0,2- 2,6	1,3	0,4- 4,0	1,3	0,7- 2,3	1,5	0,6- 3,5
Modalités de vie								
Vit seul	0,9	0,7- 1,2	1,1	0,7- 1,7	1,0	0,9- 1,2	1,1	0,8- 1,4
Vit avec conjoint/partenaire [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Vit avec d'autres personnes	1,1	0,8- 1,5	1,1	0,7- 1,8	1,4*	1,2- 1,7	1,2	0,9- 1,7
Résidence								
Région urbaine	1,0	0,8- 1,3	1,2	0,8- 1,7	1,1	1,0- 1,3	1,1	0,9- 1,5
Région rurale [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Usage du tabac[†]								
Jamais [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Quotidien/occasionnel	0,8	0,5- 1,2	0,9	0,5- 1,6	1,4*	1,1- 1,8	1,1	0,8- 1,6
A cessé de fumer < 10 ans	1,3	0,9- 1,9	1,4	0,7- 2,8	1,6*	1,2- 2,0	1,8*	1,2- 2,6
A cessé de fumer ≥ 10 ans	0,8	0,7- 1,1	0,7	0,4- 1,0	1,1	0,9- 1,2	1,1	0,9- 1,5
Consommation d'alcool[†]								
Jamais, au cours de la vie	1,6*	1,1- 2,5	3,4*	1,9- 6,1	1,7*	1,3- 2,1	1,5*	1,0- 2,3
Jamais, au cours des 12 derniers mois	1,7*	1,2- 2,4	4,5*	2,7- 7,6	1,8*	1,5- 2,2	1,9*	1,3- 2,7
Consommation occasionnelle	1,1	0,8- 1,5	1,5	0,9- 2,4	1,2*	1,0- 1,4	1,2	0,8- 1,7
Consommation hebdomadaire [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Forté consommation	1,4	0,5- 4,1	0,0	0,0- 0,0	1,1	0,6- 2,0	1,2	0,3- 4,6
Indice de masse corporelle (IMC)[†]								
Poids insuffisant (< 18,5)	1,2	0,8- 1,9	1,8	0,9- 3,5	1,5*	1,0- 2,2	1,1	0,7- 1,7
Poids normal (18,5 à 24,9) [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Embonpoint (25,0 à 29,9)	1,0	0,8- 1,3	0,9	0,6- 1,4	1,0	0,8- 1,1	0,8*	0,6- 1,0
Obèse (≥ 30,0)	1,6*	1,2- 2,2	1,8*	1,1- 3,0	1,5*	1,2- 1,8	1,4	1,0- 2,0
Activité physique pendant les loisirs								
Actif [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Inactif	2,1*	1,5- 2,8	1,8*	1,1- 3,0	2,1*	1,8- 2,4	2,4*	1,8- 3,3

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Analyse basée sur 16 651 femmes pour le modèle de la dépendance à l'égard des AVQ; 16 638 femmes pour le modèle de dépendance à l'égard des AIVQ. Aux fins de prise en compte de la douleur chronique, l'analyse est fondée sur 8 510 femmes pour le modèle AVQ; 8 496 femmes pour le modèle AIVQ; 554 participantes ont été supprimées du modèle AVQ à cause de valeurs manquantes; 594 ont été supprimées du modèle AIVQ; 259 ont été supprimées du modèle AVQ incluant des variables de contrôle pour tenir compte de la douleur chronique; 252 ont été supprimées du modèle AIVQ incluant des variables de contrôle pour tenir compte de la douleur chronique.

† Catégorie de référence (pour les problèmes de santé chroniques, la catégorie de référence est l'absence du problème).

‡ Une catégorie « Données manquantes » a été intégrée à chaque modèle afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées

- Au cours d'une année, près de 90 % des personnes âgées consultent un omnipraticien ou un médecin de famille, 14 % sont hospitalisées et 15 % reçoivent des soins à domicile. En outre, 92 % déclarent avoir pris au moins un type de médicament le mois précédent.
- Le nombre de problèmes de santé chroniques est le déterminant le plus important de la fréquence à laquelle les personnes âgées utilisent les soins de santé.
- Si l'on tient compte de l'effet de l'état de santé et de facteurs tels que l'âge et les comportements qui influent sur la santé, les différences de niveaux de scolarité et de sources de revenu n'influencent généralement pas la fréquence à laquelle les personnes âgées utilisent les soins de santé.

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit l'utilisation des soins de santé par les personnes âgées au Canada, à savoir la consultation de certains professionnels de la santé, la consommation de médicaments, l'hospitalisation et l'obtention de soins à domicile.

Sources des données

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 et de la Base de données sur la morbidité hospitalière de 2002-2003.

Techniques d'analyse

Les proportions de personnes âgées ayant consulté des professionnels de la santé, pris des médicaments, été hospitalisées et reçu des soins à domicile ont été estimées par totalisations croisées. Les associations entre l'état de santé et le nombre de consultations avec un médecin l'année précédente, le nombre de médicaments consommés le mois précédent, ainsi que l'hospitalisation et l'obtention de soins à domicile l'année précédente ont été étudiées à l'aide de modèles de régression logistique linéaire et multivariée.

Principaux résultats

En 2003, près de 90 % des personnes âgées ont déclaré qu'elles avaient consulté un médecin ou un omnipraticien l'année précédente, 92 % ont dit avoir pris au moins un type de médicaments le mois précédent, 14 % avaient été hospitalisées l'année précédente et 15 % avaient reçu des soins à domicile l'année précédente. Les problèmes de santé chroniques, un mauvais état de santé et les blessures graves sont fortement associés à l'utilisation des soins de santé. Dans les analyses multivariées, le statut socioéconomique n'est généralement pas corrélé à l'utilisation des services de santé par les personnes âgées.

Mots-clés

Consultations avec les médecins, consommation de médicaments, hospitalisation, soins à domicile.

Auteure

Michelle Rotermann (613-951-3166; Michelle.Rotermann@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé, à Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Michelle Rotermann

De nos jours, les personnes âgées sont souvent en meilleure santé que ne l'étaient celles des générations précédentes, mais elles demeurent néanmoins plus susceptibles que les jeunes de souffrir de problèmes de santé chroniques et d'être en mauvaise santé¹. Il n'est donc pas étonnant qu'elles requièrent et utilisent aussi plus fréquemment des services de santé²⁻⁴.

Une foule de travaux ont déjà examiné la question des déterminants de l'utilisation des services de santé. Les premières études portaient de l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de ces services dépend simultanément du besoin de soins, de la prédisposition à essayer d'obtenir des soins et de facteurs extrinsèques qui facilitent ou restreignent l'utilisation des services⁵⁻¹³. Les études plus récentes ont toutefois montré

Méthodologie

Sources des données

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003, cycle 2.1, réalisée par Statistique Canada et de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) de 2002-2003.

L'ESCC a pour champ d'observation la population à domicile de 12 ans et plus des provinces et des territoires, sauf les personnes vivant en établissement, les membres réguliers des Forces canadiennes, et les résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. En 2003, le taux global de réponse était de 80,6 % et la taille totale de l'échantillon était de 135 573. La collecte des données a débuté en janvier 2003 et s'est terminée en décembre de cette année-là. La plupart des entrevues ont été réalisées par téléphone. La description de la méthodologie de l'ESCC peut être consultée dans un article paru antérieurement¹⁴.

L'échantillon de l'ESCC utilisé pour la plupart des analyses présentées dans l'article comprend 11 441 hommes et 17 231 femmes de 65 ans et plus. Les comparaisons avec les personnes de 12 à 64 ans sont fondées sur des données recueillies auprès de 50 759 hommes et de 56 142 femmes.

Le choix des variables de contrôle a été orienté par les données de la littérature spécialisée et celles disponibles dans le cadre de l'ESCC. Les variables sélectionnées pour les analyses multivariées des facteurs liés aux consultations avec un médecin ou un omnipraticien, à la consommation de médicaments, à l'hospitalisation et à l'obtention de soins à domicile sont le nombre de maladies chroniques, l'autoévaluation de la santé, les blessures limitant les activités, l'âge, le niveau de scolarité, la source principale de revenu, l'indice de masse corporelle, l'activité physique durant les loisirs, l'usage du tabac, la résidence en région rurale ou urbaine ainsi que la province ou le territoire de résidence (voir *Définitions*). Les variables indépendantes n'ont pas toutes été utilisées dans chaque modèle.

En 2003, l'information sur la consommation de médicaments a été recueillie à titre de module sous-échantillon de l'ESCC, c'est-à-dire que les questions ont été posées à un sous-ensemble de 135 753 participants à l'ESCC sélectionné aléatoirement. La Colombie-Britannique a choisi de poser les questions de ce module à tous les participants à l'enquête dans cette province. En tout, les réponses fournies par 10 353 personnes de 65 ans et plus ont été utilisées pour analyser la consommation de médicaments.

Les renseignements concernant le nombre de congés des hôpitaux de soins de courte durée, le nombre de jours d'hospitalisation et la durée moyenne de l'hospitalisation en

2002-2003 proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière. La BDMH contient des données administratives, cliniques et démographiques à l'égard des congés de l'hôpital (sorties et décès des personnes hospitalisées) provenant de tous les établissements de soins de courte durée, et de certains établissements de soins de longue durée et de réadaptation du Canada, mais ne contient que des renseignements limités sur les caractéristiques personnelles et les antécédents médicaux des patients. Durant l'exercice 2002-2003, les hôpitaux de soins de courte durée ont produit 3 099 250 dossiers de congé de l'hôpital ayant trait aux hospitalisations survenues dans la province de résidence du patient; le tiers de ces dossiers (1 014 666) concernaient l'hospitalisation de personnes âgées. Moins de 2 % des enregistrements de la BDMH ont été rejetés parce qu'ils se rapportaient à des hospitalisations survenues dans d'autres établissements que des hôpitaux de soins de courte durée ou hors de la province de résidence du patient. Des renseignements plus détaillés sur la BDMH figurent dans un article publié antérieurement¹⁵.

Techniques d'analyse

Les fréquences pondérées et des totalisations croisées ont été utilisées pour estimer la proportion de personnes qui ont déclaré qu'elles avaient consulté (en personne ou par téléphone) certaines catégories de prestataires de soins de santé, avaient un médecin de famille, prenaient des médicaments, avaient été hospitalisées ou recevaient des soins à domicile. Les moyennes ont été calculées pour le nombre de consultations avec certains prestataires de soins de santé, le nombre de médicaments consommés et la durée de l'hospitalisation.

Des modèles de régression linéaire multivariée ont été ajustés pour chaque sexe pour évaluer les associations entre l'état de santé et le logarithme du nombre de consultations avec un médecin ou un omnipraticien l'année précédente et le logarithme du nombre de médicaments consommés le mois précédent, en tenant compte de l'effet des facteurs sociodémographiques et des comportements qui influent sur la santé. L'exponentielle $\exp(B)$, c'est-à-dire l'inverse du logarithme naturel, est la valeur décrite dans l'analyse. La transformation logarithmique a pour but de corriger la distribution non normale¹⁶. En outre, les coefficients de régression normalisés (β) ont été utilisés pour déterminer l'importance relative des variables indépendantes en ce qui concerne le nombre de consultations avec un médecin et le nombre de médicaments consommés. Une transformation logarithmique a été appliquée au nombre de consultations avec un médecin ou un omnipraticien et au nombre de médicaments consommés afin d'obtenir les logarithmes

Méthodologie - fin

naturels. Des modèles de régression logistique multivariée ont été ajustés pour chaque sexe afin d'évaluer les associations entre la santé et l'hospitalisation, ainsi que l'obtention de soins à domicile, en tenant compte de l'effet des facteurs sociodémographiques et des comportements qui influent sur la santé. Le seuil de signification des tests statistiques a été fixé à $p < 0,05$. Afin de tenir compte des effets du plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés selon la méthode du *bootstrap*¹⁷⁻¹⁹.

Pour calculer la proportion de personnes âgées en fonction du nombre d'hospitalisations, les dossiers de congé de l'hôpital pour lesquels un appariement était possible ont été triés d'après le numéro d'assurance-maladie valide, puis dénombrés pour indiquer le nombre de sorties de l'hôpital par patient. La proportion de personnes hospitalisées a été calculée en divisant le nombre de personnes ayant été hospitalisées par le nombre de personnes appartenant au groupe d'âge correspondant dans la population.

Limites

Les analyses sont fondées sur des données transversales, qui permettent d'observer les associations entre variables à un point particulier dans le temps, mais non de faire des inférences quant aux relations de cause à effet ou à la séquence temporelle d'événements. Les données ont été autodéclarées ou recueillies par procuration et sont sujettes à l'erreur de déclaration. Pour réduire au minimum cette erreur dans les données sur les problèmes de santé chroniques, on a demandé aux participants à l'enquête de

ne déclarer que les problèmes de santé qui avaient été « diagnostiqués par un professionnel de la santé ». Cependant, aucune source indépendante n'était disponible pour vérifier si les personnes qui ont dit avoir un problème de santé chronique souffraient bel et bien de ce problème de santé. En outre, aucun renseignement n'était disponible sur la gravité des problèmes de santé chroniques déclarés.

L'ESCC ne recueille pas de renseignements sur les raisons pour lesquelles les participants ont consulté des professionnels de la santé, de sorte qu'il est impossible, par exemple, de faire la distinction entre les visites pour recevoir un traitement, les visites préventives, et celles pour obtenir le renouvellement d'une ordonnance.

L'autodéclaration de la consommation de médicaments demande une remémoration exacte. Or, certaines personnes pourraient avoir de la difficulté à se souvenir. Comme la question posée portait sur des classes de médicaments (p. ex., analgésiques), aucune information n'est disponible au sujet des divers médicaments dans une classe particulière, et on n'a pas demandé non plus aux participants à l'enquête de préciser s'il s'agissait de médicaments prescrits ou non. Enfin, on ne connaît pas la fréquence à laquelle les médicaments sont pris.

Il n'a pas été demandé aux participants à l'ESCC la raison pour laquelle ils avaient été hospitalisés ni combien de fois.

Enfin, l'ESCC ne fournit pas de données sur la fréquence ni la durée de l'obtention de soins à domicile.

que l'utilisation des soins de santé par les personnes âgées est davantage associée à la maladie^{3,20-25}. Enfin, les résultats d'études sur la contribution et l'importance relatives d'autres variables telles que le statut socioéconomique et les comportements qui influent sur la santé ne concordent pas^{7,9,20,21,26-31}.

Le présent article est fondé sur des données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH). Il examine le lien entre les indicateurs de la santé et l'utilisation par les personnes âgées de divers types de soins, à savoir les consultations avec les professionnels de la santé, la consommation de médicaments, l'hospitalisation et les soins à domicile (voir *Méthodologie*). L'analyse explore aussi de possibles associations avec deux variables socioéconomiques,

c'est-à-dire le niveau de scolarité et la source principale de revenu. Cette vérification est faite en tenant compte de l'effet d'autres facteurs de risque qui ont une influence sur l'utilisation des soins de santé, à savoir l'indice de masse corporelle, l'activité physique et l'usage du tabac. Cette information revêt d'autant plus d'importance dans le contexte d'un régime de santé universel dont le but est d'assurer l'accès aux soins en fonction de l'état de santé plutôt qu'en fonction des moyens financiers.

Consultation des professionnels de la santé

D'après les résultats de l'ESCC, en 2003, presque toutes les personnes âgées (96 %) avaient un médecin de famille (données non présentées) et la plupart (88 %) avaient consulté un médecin ou un omnipraticien au moins une fois l'année précédente (tableau 1). Ce chiffre

Tableau 1
Pourcentage de personnes ayant consulté certains professionnels de la santé l'année précédente, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2003

	65 ans et plus			12 à 64 ans		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
	%	%	%	%	%	%
Médecin/omnipraticien	88,1*	86,8*	89,2*†	75,5	69,3	81,7
Autre médecin ou spécialiste	33,4*	34,0*	32,9	25,7	19,6	31,8
Spécialiste de la vue	56,7*	54,0*	58,8*†	36,2	32,5	39,9
Infirmière	11,1	10,9*	11,3*	10,9	8,4	13,3
Chiropraticien	8,2*	7,6*	8,6*†	11,8	11,5	12,2
Physiothérapeute	8,3	6,9*	9,4†	8,6	7,9	9,3
Intervenant en médecine douce	6,1*	4,2*	7,6*†	13,4	9,3	17,6
Travailleur(euse) social(e)/conseiller	2,7*	2,2*	3,1*†	5,0	4,1	5,9
Orthophoniste/audiologiste/ergothérapeute	2,6*	3,0*	2,4*	1,4	1,5	1,4
Psychologue	0,8*	0,6* ^E	1,0*	3,3	2,7	3,9

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : La signification statistique des différences entre les hommes et les femmes n'a pas été vérifiée pour les personnes de 12 à 64 ans.

† Valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes de 65 ans et plus ($p < 0,05$).

* Valeur significativement différente de l'estimation correspondante pour les personnes de 12 à 64 ans ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

est significativement plus élevé que ne l'est celui observé à l'endroit des personnes de 12 à 64 ans, parmi lesquelles 76 % avaient consulté un médecin durant la même période. Les personnes âgées étaient également plus susceptibles que les personnes plus jeunes d'avoir consulté d'autres professionnels de la santé, un spécialiste de la vue, un orthophoniste, un audiologiste ou un ergothérapeute. Des proportions comparativement faibles de personnes âgées avaient consulté un travailleur social ou un conseiller, un psychologue, un chiropraticien ou un intervenant en médecine douce.

La maladie constitue depuis longtemps le déterminant le plus important des visites des personnes âgées chez le médecin^{7,9,20,22,23,32-34}. À cet égard, trois mesures de l'état de santé tirées de l'ESCC, à savoir l'existence de problèmes de santé chroniques, une blessure récente limitant les activités et l'autoévaluation de la santé, sont en effet associées à la fréquence à laquelle les personnes âgées vivant à domicile consultent le médecin (les personnes vivant

en établissement ne font pas partie du champ d'observation de l'ESCC).

Le nombre de consultations d'un médecin ou d'un omnipraticien que déclarent les personnes âgées est d'autant plus élevé que le nombre de problèmes de santé chroniques dont elles souffrent est grand. Les personnes âgées présentant au moins cinq problèmes de santé chroniques avaient consulté un médecin, en moyenne, plus de sept fois l'année précédente; par contre, pour celles n'ayant pas de problème de santé chronique, la moyenne était de deux (tableau 2).

Les blessures jouent aussi bien entendu un rôle dans la nécessité qu'ont les personnes âgées de consulter un médecin^{35,36}. Ainsi, les personnes âgées qui ont éprouvé des limitations des activités attribuables à une blessure ont, en moyenne, consulté un médecin ou un omnipraticien nettement plus souvent que les personnes exemptes de blessures.

L'autoévaluation de la santé est une mesure très répandue qui reflète non seulement l'état de santé physique, mais aussi le sentiment de bien-être général d'une personne^{5,37-39}. Les personnes âgées qui percevaient leur santé comme étant « passable » ou « mauvaise » avaient consulté un professionnel de la santé près de sept fois, en moyenne, comparativement à moins de trois fois pour celles qui jugeaient leur santé « très bonne » ou « excellente ».

À première vue, le niveau de scolarité et la source principale de revenu semblent être reliés à la fréquence à laquelle les personnes âgées consultent un médecin. Le nombre moyen de consultations était plus élevé pour celles qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires que pour celles qui étaient titulaires d'au moins un diplôme d'études secondaires. Le nombre de consultations était aussi plus élevé chez les hommes âgés dont le revenu provenait principalement de l'aide sociale ou de la Sécurité de la vieillesse ou du Supplément de revenu garanti que pour ceux qui bénéficiaient d'autres sources de revenu.

Néanmoins, le mauvais état de santé et les caractéristiques socioéconomiques ne sont pas indépendants les uns des autres, car il existe un lien entre le statut socioéconomique et la santé. Pourtant, même en tenant compte des effets de l'âge, du niveau de scolarité, de la source principale de revenu, du poids, de l'activité physique, de la situation quant à l'usage du tabac et de l'emplacement géographique dans les analyses multivariées, les problèmes de santé chroniques, les blessures et l'autoévaluation de la santé sont des facteurs qui sont, chacun, associés indépendamment à la fréquence des consultations d'un médecin (tableau 2). En revanche, les différences de statut socioéconomique ne demeurent pas statistiquement significatives, ce qui étaye l'hypothèse

Tableau 2

Nombre moyen de consultations avec un médecin ou un omnipraticien l'année précédente et coefficients de régression linéaire multiple reliant certaines caractéristiques au nombre de consultations, selon le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

	Hommes					Femmes				
	Nombre moyen	Régression linéaire multiple				Nombre moyen	Régression linéaire multiple			
		b	exp(b)	é.-t.	bêta		b	exp(b)	é.-t.	bêta
Nombre de problèmes de santé chroniques										
Aucun [†]	1,9	...	...	...	...	2,2	...	...	...	...
1	3,1*	0,29*	1,34	0,030	0,16	3,0*	0,26*	1,30	0,036	0,13
2	4,5*	0,49*	1,63	0,033	0,26	4,0*	0,40*	1,49	0,037	0,21
3	5,3*	0,61*	1,84	0,036	0,28	4,9*	0,51*	1,66	0,038	0,26
4	6,7*	0,74*	2,10	0,045	0,27	5,8*	0,63*	1,87	0,041	0,28
5 et plus	7,6*	0,82*	2,28	0,048	0,29	7,0*	0,71*	2,03	0,042	0,33
Blessure limitant les activités										
Non [†]	4,3	...	...	...	...	4,5	...	...	...	...
Oui	5,1*	0,12*	1,13	0,038	0,04	5,5*	0,08*	1,08	0,027	0,03
Autoévaluation de la santé										
Passable/mauvaise	6,8*	0,26*	1,29	0,031	0,14	6,9*	0,38*	1,46	0,025	0,21
Bonne	4,3*	0,16*	1,17	0,023	0,10	4,3*	0,15*	1,16	0,021	0,10
Très bonne/excellente [†]	2,8	...	...	...	...	3,1	...	...	...	...
Groupe d'âge										
65 à 74 ans [†]	3,9	...	...	...	...	4,2	...	...	...	...
75 à 84 ans	4,9*	0,08*	1,09	0,022	0,05	4,9*	0,02	1,02	0,018	0,01
85 ans et plus	5,9*	0,21*	1,23	0,046	0,06	5,1*	0,04	1,04	0,032	0,01
Niveau de scolarité										
Diplôme d'études secondaires ou plus [†]	3,9	...	...	...	...	4,3	...	...	...	...
Pas de diplôme d'études secondaires	4,7*	-0,01	0,99	0,021	-0,01	4,7*	-0,03	0,97	0,018	-0,02
Source principale de revenu										
Aide sociale ou Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti	5,1*	0,04	1,04	0,030	0,02	4,8	0,00	1,00	0,020	0,00
Autre [†]	4,2	...	...	...	...	4,5	...	...	...	...
Indice de masse corporelle (IMC)										
Poids insuffisant (< 18,5)	6,9*	0,19	1,21	0,110	0,03	4,9*	0,05	1,05	0,045	0,01
Poids normal (18,5 à 24,9) [†]	4,0	...	...	...	...	4,3	...	...	...	...
Embonpoint (25,0 à 29,9)	4,3	0,03	1,03	0,022	0,02	4,6*	0,03	1,03	0,021	0,02
Obésité classe I (30,0 à 34,9)	5,0*	0,10*	1,10	0,037	0,04	5,1*	0,02	1,02	0,029	0,01
Obésité classe II ou III (≥ 35,0)	5,6*	0,12	1,13	0,068	0,02	5,8*	0,06	1,07	0,051	0,01
Activité physique pendant les loisirs										
Actif [†]	3,7	...	...	...	...	3,8	...	...	...	...
Inactif	4,6*	0,05*	1,05	0,022	0,03	4,7*	0,05*	1,06	0,018	0,03
Usage du tabac										
N'a jamais fumé tous les jours [†]	4,2	...	...	...	...	4,5	...	...	...	...
Ancien fumeur quotidien (10 ans et plus)	4,5	-0,01	0,99	0,026	-0,01	4,6	0,01	1,01	0,021	0,01
Ancien fumeur quotidien (moins de 10 ans)	4,5	-0,02	0,98	0,035	-0,01	4,8	-0,01	0,99	0,030	0,00
Fume tous les jours	4,1	-0,11*	0,90	0,037	-0,04	4,2	-0,09*	0,92	0,036	-0,03
Province/territoire										
Terre-Neuve-et-Labrador	5,4*	0,19*	1,21	0,053	0,02	5,4*	0,23*	1,26	0,038	0,03
Île-du-Prince-Édouard	4,6	0,09	1,09	0,063	0,01	4,1	0,01	1,01	0,046	0,00
Nouvelle-Écosse	5,9*	0,19*	1,21	0,045	0,03	5,3*	0,14*	1,14	0,030	0,02
Nouveau-Brunswick	5,9 ^E	0,00	1,00	0,056	0,00	4,6	0,04	1,04	0,039	0,01
Québec	2,8*	-0,25*	0,78	0,018	-0,10	3,4*	-0,21*	0,81	0,016	-0,09
Ontario	4,8*	0,07*	1,08	0,014	0,04	5,0*	0,07*	1,07	0,011	0,03
Manitoba	3,8*	-0,08*	1,03	0,035	-0,01	4,5	-0,02	0,98	0,037	0,00
Saskatchewan	4,6	0,03	1,07	0,030	0,00	4,9	0,06*	1,06	0,026	0,01
Alberta	5,4*	0,06	1,07	0,037	0,02	4,3	0,02	1,02	0,026	0,01
Colombie-Britannique	4,6	0,12*	1,13	0,020	0,04	5,1*	0,10*	1,11	0,021	0,03
Yukon, Nunavut, Territoires du Nord-Ouest	3,4*	-0,20	0,82	0,126	-0,01	4,2 ^E	-0,17	0,85	0,134	0,00
Coordonnée à l'origine										
		0,69					0,77			
Données sur le modèle										
r^2		0,21					0,18			
Taille de l'échantillon		10 968					16 439			
Cas rejetés à cause de valeurs manquantes		473					792			

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Une catégorie « Données manquantes » a été incluse dans les modèles pour le niveau de scolarité, la source principale de revenu, l'IMC, l'activité physique et l'usage du tabac afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les coefficients ne sont pas présentés.

[†] Catégorie de référence; pour Province/territoire, la catégorie de référence est le Canada (le nombre moyen de consultations était de 4,4 pour les hommes et de 4,5 pour les femmes).

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

^E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Définitions

On a demandé aux participants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) des renseignements sur leurs contacts avec les *professionnels de la santé* au cours des douze derniers mois : « Sans compter les séjours dans un établissement de santé, au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone, pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux : un médecin ou un omnipraticien, un spécialiste de la vue, un autre médecin ou spécialiste, comme un chirurgien, allergologue, orthopédiste, gynécologue ou psychiatre, une infirmière ou un infirmier pour recevoir des soins ou des conseils, un chiropraticien, un physiothérapeute, un travailleur ou une travailleuse social ou un conseiller, un psychologue ou un orthophoniste, un audiologiste ou un ergothérapeute? »

On leur a aussi demandé s'ils avaient « un médecin de famille ». Puis, on leur a demandé de donner des renseignements sur leur consommation des types de *médicaments* suivants le mois qui a précédé l'entrevue : analgésiques (non narcotiques); tranquillisants; pilules pour maigrir; antidépresseurs; codéine, Demerol ou morphine (narcotiques); médicaments contre les allergies; médicaments contre l'asthme; remèdes contre la toux ou le rhume; pénicilline ou autres antibiotiques; médicaments pour le cœur; médicaments pour la tension artérielle; médicaments pour la thyroïde; diurétiques ou pilules contre la rétention d'eau; stéroïdes; insuline; pilules pour contrôler le diabète; somnifères; médicaments contre les maux d'estomac; laxatifs; hormones pour le traitement de la ménopause ou des symptômes du vieillissement; tout autre médicament prescrit ou en vente libre. On ne leur a pas demandé d'indiquer si les médicaments qu'ils prenaient étaient prescrits ou non. Pour les analyses bivariées et multivariées, le nombre de types de médicaments utilisés a été traité comme une variable continue.

Les données de l'ESCC sur l'*hospitalisation* ont été recueillies au moyen de la question suivante à réponse oui/non : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous passé la nuit comme patient(e) à l'hôpital, dans un foyer de soins infirmiers ou dans une maison de convalescence? » Par souci de simplicité, dans la présente analyse, les hôpitaux, les maisons de soins infirmiers et les maisons de convalescence sont repris collectivement sous le vocable « hôpitaux »; cependant, il est impossible de déterminer de quel genre d'établissement il a effectivement été question. En outre, les données de l'ESCC sur l'hospitalisation ont servi aux totalisations bivariées et aux modèles multivariés.

La Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) a été utilisée pour calculer la proportion de personnes hospitalisées. De

plus, la *durée moyenne de l'hospitalisation* a été calculée d'après les données de la BDMH. Le nombre de jours d'hospitalisation a été divisé par le nombre d'enregistrements de patient pour chaque groupe d'âge.

Les questions qui suivent ont été posées aux participants à l'ESCC au sujet des *soins à domicile* : « Est-ce que vous avez reçu des services à domicile au cours des douze derniers mois dont le coût a été assumé, entièrement ou en partie, par le gouvernement? » et « Avez-vous reçu des ou d'autres services à domicile au cours des douze derniers mois dont le coût n'était pas couvert par le gouvernement (p. ex., soins fournis par le (la) conjoint(e) ou les amis)? » Trois sources de soins à domicile ont été définies, à savoir non officielle, officielle et mixte (combinaison des deux). L'aide non officielle est fournie par les membres de la famille, les amis et les voisins. L'aide officielle est fournie par les employés d'organismes à but lucratif ou non lucratif, par le gouvernement et par des bénévoles. Les personnes âgées recevant les deux types d'aide ont été considérées comme bénéficiant d'une aide « mixte ». Une catégorie « autre » a été créée pour 1 % des cas, qui ne pouvaient être classés ailleurs.

Pour déterminer l'existence de *problèmes de santé chroniques*, on a demandé aux participants à l'enquête s'ils avaient des « problèmes de santé de longue durée », c'est-à-dire des problèmes durant ou devant durer six mois ou plus ayant été diagnostiqués par un professionnel de la santé. La liste de problèmes de santé suivante leur a été lue : maladie d'Alzheimer ou autre démence, arthrite ou rhumatisme, maux de dos (sauf l'arthrite), troubles intestinaux, cancer, cataracte, sensibilité aux agresseurs chimiques, diabète, fibromyalgie, maladie cardiaque, hypertension, migraine, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou emphysème, asthme, bronchite chronique, séquelles d'un accident vasculaire cérébral, ulcères à l'estomac ou à l'intestin, troubles thyroïdiens et incontinence urinaire. Pour étudier le lien entre le nombre de problèmes de santé chroniques existants et la consultation des médecins, la consommation de médicaments, l'hospitalisation et l'obtention de soins à domicile, on a classé les participants comme ayant 0, 1, 2, 3, 4 ou au moins 5 de ces problèmes de santé.

Pour déterminer l'occurrence de *blessures limitant les activités*, on a posé la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi des blessures suffisamment graves pour limiter vos activités normales? »

Définitions - fin

L'*autoévaluation de l'état de santé* est fondée sur la question « En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? » Les cinq catégories de réponse ont été regroupées pour en former trois : très bonne/excellente, bonne et passable/mauvaise.

Pour les besoins de l'analyse, les personnes âgées ont été réparties en trois *groupes d'âge*, à savoir 65 à 74 ans, 75 à 84 ans et 85 ans et plus. Les tranches d'âge pour les personnes plus jeunes sont 12 à 64 ans pour les données de l'ESCC et 0 à 64 ans pour celles de la Base de données sur la morbidité hospitalière.

Les participants à l'enquête ont été groupés en deux catégories de *niveau de scolarité* d'après le plus haut niveau d'études atteint : pas de diplôme d'études secondaires et diplôme d'études secondaires ou plus. Une catégorie « Données manquantes » a été créée pour les analyses multivariées afin de retenir un aussi grand nombre de cas que possible.

Chez les personnes âgées, dont beaucoup sont retraitées, le revenu courant n'est pas nécessairement un indicateur fiable du statut socioéconomique. Pour repérer les personnes dont les moyens étaient limités, on a demandé aux participants à l'enquête quelle était la source principale de leur revenu : salaire et traitement; revenu d'un travail autonome, dividendes et intérêts (p. ex. sur obligations, épargnes), prestations d'assurance-emploi, indemnités d'accident du travail, prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, prestations d'un régime de retraite, rentes, Sécurité de la vieillesse ou Supplément de revenu garanti, crédit d'impôt pour enfants, allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être, pension alimentaire aux enfants, pension alimentaire au conjoint, autre (p. ex. loyer, bourse d'études), ou aucune. Les personnes qui ont mentionné la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti ou les allocations provinciales ou municipales d'aide sociale ou de bien-être ont été regroupées et comparées à une catégorie « Autre » contenant les personnes comptant sur d'autres sources de revenu.

Les *modalités de vie* ont été définies de façon à refléter deux situations : vit seul(e) ou vit avec d'autres personnes, y compris un(e) conjoint(e).

L'*indice de masse corporelle* (IMC), qui est calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres, a été

ventilé en six catégories : poids insuffisant (IMC < 18,5), poids normal (IMC 18,5 à 24,9), embonpoint (IMC 25,0 à 29,9), obésité classe I (IMC 30,0 à 34,9), obésité classes II et III combinées (IMC ≥ 35), et données manquantes. La catégorie « Données manquantes » a dû être créée pour garder un aussi grand nombre de cas que possible dans l'analyse multivariée.

Par *activité physique*, on entend l'activité durant les loisirs. Les participants à l'enquête ont été classés en trois groupes d'après leur dépense totale d'énergie durant leurs loisirs : actif (dépense quotidienne moyenne d'énergie d'au moins 1,5 kilocalorie/kilogramme/jour), inactif (moins de 1,5 kcal/kg/jour) et données manquantes. De nouveau, la création d'une catégorie « Données manquantes » a été nécessaire pour garder un aussi grand nombre de cas que possibles pour l'analyse multivariée. La dépense totale d'énergie durant les loisirs a été calculée d'après la fréquence et la durée déclarées de toutes les activités physiques d'un participant durant ses loisirs pendant les trois mois qui ont précédé l'entrevue de l'ESCC de 2003 et la demande d'énergie métabolique de chaque activité, qui a été établie de façon indépendante⁴⁰.

L'*usage du tabac* a été déterminé d'après les réponses aux questions suivantes : « Avez-vous déjà fumé une cigarette entière? », « Avez-vous fumé une centaine de cigarettes ou plus durant votre vie (environ quatre paquets)? », « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? » et « À quel âge avez-vous cessé de fumer (des cigarettes) tous les jours? » Pour les besoins de l'analyse, les participants ont été répartis en cinq catégories : fume tous les jours, ancien fumeur quotidien ayant cessé il y a au moins 10 ans, ancien fumeur quotidien ayant cessé il y a moins de 10 ans, n'a jamais fumé tous les jours et données manquantes.

La *région de résidence* a été définie comme étant rurale ou urbaine. Les régions urbaines sont des zones bâties dont la concentration de population est égale ou supérieure à 1 000 habitants et la densité de population, à 400 habitants par kilomètre carré, d'après les données du Recensement de la population de 2001.

Province/territoire correspond à une variable distincte pour chaque province et à une variable combinée représentant la résidence dans l'un des trois territoires.

selon laquelle le nombre plus élevé de consultations d'un médecin déclaré par les personnes dont le niveau de scolarité et le revenu sont plus faibles reflète un moins bon état de santé.

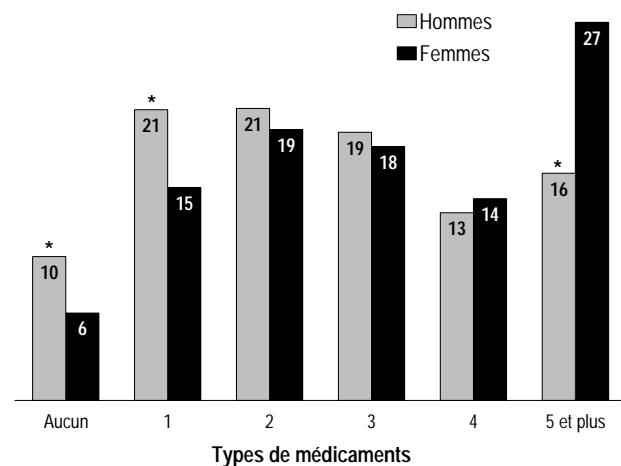
Consommation de médicaments

En 2003, 9 personnes âgées sur 10 ne vivant pas en établissement ont déclaré qu'elles avaient pris au moins un type de médicament le mois précédent (graphique 1). En moyenne, elles en avaient consommé trois types (données non présentées).

Les femmes âgées ont tendance à prendre une plus grande variété de médicaments que leurs homologues masculins. Pas moins de 27 % des femmes âgées, comparativement à 16 % des hommes âgés, ont déclaré avoir utilisé au moins cinq types de médicaments.

Les médicaments consommés fréquemment par les personnes âgées sont les analgésiques non narcotiques, les médicaments contre l'hypertension, les médicaments pour le coeur, les diurétiques et les remèdes contre les maux d'estomac (tableau 3). La probabilité d'avoir consommé des médicaments est généralement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, quoique les médicaments pour le coeur et ceux pour contrôler le diabète soient utilisés par de plus grandes proportions d'hommes, ce qui témoigne de la prévalence plus élevée de ces maladies chez ces derniers (données non présentées).

Graphique 1
Répartition en pourcentage des personnes âgées, selon le nombre de types de médicaments consommés le mois précédent et selon le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003
 Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.
 * Valeur significativement différente de l'estimation pour les femmes ($p < 0,05$).

Tableau 3
Pourcentage de personnes âgées ayant pris des médicaments le mois précédent, selon le type de médicaments et le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

	Les deux sexes	Hommes	Femmes
	%	%	%
Analgésiques (non narcotiques)	66,7	62,3	70,1*
Médicaments pour la tension artérielle	46,3	41,8	49,9*
Médicaments pour le coeur	22,1	25,1	19,8*
Diurétiques	19,5	16,5	21,8*
Remèdes contre les maux d'estomac	18,8	15,6	21,3*
Médicaments pour la thyroïde	12,8	5,1	18,8*
Remèdes contre la toux/le rhume	11,6	11,9	11,3
Laxatifs	10,6	8,1	12,6*
Somnifères	9,1	7,9	10,1*
Pilules pour contrôler le diabète	9,1	11,0	7,7*
Médicaments contre l'asthme	7,8	8,2	7,6
Tranquillisants	7,2	4,2	9,6*
Pénicilline/antibiotiques	7,1	6,8	7,4
Antidépresseurs	5,9	5,3	6,3
Médicaments contre les allergies	5,3	3,5	6,8*
Codéine/morphine/Demerol (narcotiques)	4,5	4,3	4,7
Insuline	2,1	2,6 ^E	1,7
Séroïdes	1,7	1,4 ^E	1,9
Hormonothérapie substitutive (femmes)	...	...	10,8

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003
 * Valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ($p < 0,05$).
 E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).
 ... N'ayant pas lieu de figurer.

La gamme de médicaments consommés est, naturellement, fortement corrélée à la maladie (tableau 4). Les personnes âgées souffrant d'au moins cinq problèmes de santé chroniques ont déclaré avoir pris, en moyenne, cinq types de médicaments le mois précédent, alors que celles ne souffrant pas de tels problèmes n'en ont déclaré qu'un, en moyenne. De même, celles qui considéraient leur santé comme « passable », « mauvaise » ou « bonne » prenaient une plus grande variété de médicaments que celles qui se jugeaient en « très bonne » ou en « excellente » santé. En outre, les femmes âgées ayant subi l'année précédente une blessure limitant leurs activités avaient pris plus de médicaments différents que celles qui n'avaient pas eu ce genre de blessure. Si l'on neutralise les effets des caractéristiques démographiques et socioéconomiques, ainsi que des facteurs de risque liés à la santé, le nombre de médicaments différents pris par les personnes âgées demeure fortement associé à l'existence ou non de problèmes de santé chroniques et à l'autoévaluation de la santé. Toutefois,

Tableau 4

Nombre moyen de types de médicaments pris le mois précédent et coefficients de régression linéaire multiple reliant certaines caractéristiques au nombre de types de médicaments pris, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

	Hommes					Femmes				
	Nombre moyen	Régression linéaire multiple				Nombre moyen	Régression linéaire multiple			
		b	exp(b)	é.-t.	bêta		b	exp(b)	é.-t.	bêta
Nombre de problèmes de santé chroniques										
Aucun [†]	1,3	...	...	...	...	1,3	...	...	...	...
1	1,9*	0,24*	1,28	0,055	0,19	2,2*	0,34*	1,40	0,053	0,25
2	2,6*	0,44*	1,56	0,055	0,34	2,8*	0,49*	1,63	0,052	0,38
3	3,3*	0,61*	1,84	0,061	0,40	3,5*	0,64*	1,90	0,051	0,45
4	3,6*	0,71*	2,03	0,062	0,38	4,4*	0,81*	2,25	0,054	0,50
5 et plus	4,8*	0,86*	2,37	0,061	0,44	5,3*	0,95*	2,59	0,054	0,63
Blessure limitant les activités										
Oui	2,8	-0,04	0,96	0,045	-0,02	3,9*	0,05	1,05	0,040	0,03
Non [†]	2,7	...	...	...	...	3,2	...	...	...	...
Autoévaluation de la santé										
Passable/mauvaise	3,6*	0,17*	1,19	0,037	0,14	4,5*	0,17*	1,19	0,033	0,14
Bonne	2,7*	0,07	1,07	0,037	0,06	3,3*	0,07*	1,07	0,031	0,06
Très bonne/excellente [†]	2,0	...	...	...	...	2,5	...	...	...	...
Groupe d'âge										
65 à 74 ans [†]	2,5	...	...	...	...	3,1	...	...	...	...
75 à 84 ans	2,9*	0,04	1,04	0,029	0,04	3,5*	0,01	1,01	0,025	0,01
85 ans et plus	3,1*	0,00	1,00	0,057	0,00	3,5*	-0,02	0,98	0,032	-0,01
Niveau de scolarité										
Diplôme d'études secondaires ou plus [†]	2,7	...	...	...	...	3,1	...	...	...	...
Pas de diplôme d'études secondaires	2,7	-0,12*	0,89	0,029	-0,11	3,4	-0,01	0,99	0,026	-0,01
Source principale de revenu										
Aide sociale ou Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti	2,8	-0,01	0,99	0,035	-0,01	3,6*	0,03	1,03	0,023	0,02
Autre [†]	2,7	...	...	...	...	3,2	...	...	...	...
Indice de masse corporelle (IMC)										
Poids insuffisant (< 18,5)	2,8 ^E	0,02	1,02	0,151	0,00	3,3	-0,03	0,97	0,058	-0,01
Poids normal (18,5 à 24,9) [†]	2,5	...	...	...	...	3,0	...	...	...	...
Embonpoint (25,0 à 29,9)	2,7	0,00	1,00	0,031	0,00	3,3*	0,05	1,05	0,028	0,04
Obésité classe I (30,0 à 34,9)	3,0*	0,07	1,07	0,046	0,04	4,2*	0,12*	1,13	0,031	0,07
Obésité classe II ou III (≥ 35,0)	3,6*	0,12*	1,13	0,056	0,03	4,2*	0,06	1,06	0,067	0,02
Activité physique pendant les loisirs										
Actif [†]	2,4	...	...	...	...	2,8	...	...	...	...
Inactif	2,9*	0,06*	1,06	0,029	0,05	3,5*	0,02	1,02	0,025	0,02
Usage du tabac										
N'a jamais fumé tous les jours [†]	2,4	...	...	...	...	3,1	...	...	...	...
Ancien fumeur quotidien (10 ans et plus)	2,9*	0,06	1,06	0,032	0,05	3,7*	0,08*	1,08	0,023	0,06
Ancien fumeur quotidien (moins de 10 ans)	3,0*	0,03	1,03	0,043	0,02	3,7*	0,06	1,06	0,036	0,03
Fume tous les jours	2,3	-0,10	0,90	0,062	-0,05	3,2	-0,02	0,98	0,043	-0,01
Province/territoire										
Terre-Neuve-et-Labrador	2,5	-0,03	0,97	0,049	0,00	3,3	0,02	1,02	0,051	0,00
Île-du-Prince-Édouard	2,7	0,00	1,00	0,055	0,00	3,2	0,05	1,05	0,038	0,00
Nouvelle-Écosse	2,9	0,00	1,00	0,045	0,00	3,6*	0,02	1,02	0,032	0,00
Nouveau-Brunswick	3,0	0,12*	1,13	0,039	0,02	3,4	0,06	1,06	0,038	0,01
Québec	2,5	-0,02	0,98	0,026	-0,01	3,2	-0,02	0,98	0,020	-0,01
Ontario	2,8	0,02	1,02	0,017	0,01	3,4	0,02	1,02	0,016	0,01
Manitoba	2,4	-0,07	0,93	0,049	-0,02	3,0*	-0,08*	0,92	0,037	-0,02
Saskatchewan	2,6	-0,02	0,98	0,046	0,00	3,2	-0,02	0,98	0,034	-0,01
Alberta	2,6	-0,04	0,96	0,037	-0,01	3,0*	0,00	1,00	0,031	0,00
Colombie-Britannique	2,6	0,01	1,01	0,019	0,00	3,2	0,00	1,00	0,017	0,00
Yukon, Nunavut, Territoires du Nord-Ouest	2,7	0,07	1,07	0,063	0,00	2,8*	-0,10	0,90	0,063	0,00
Coordonnée à l'origine										
		0,68					0,64			
Données sur le modèle										
r^2		0,32					0,37			
Taille de l'échantillon		3 857					5 794			
Cas rejetés à cause de valeurs manquantes		282					420			

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Une catégorie « Données manquantes » a été incluse dans les modèles pour le niveau de scolarité, la source principale de revenu, l'IMC, l'activité physique et l'usage du tabac afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les coefficients ne sont pas présentés.

[†] Catégorie de référence; pour Province/territoire, la catégorie de référence est le Canada (le nombre moyen de types de médicaments pris était de 2,7 pour les hommes et de 3,3 pour les femmes).

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

l'association entre les blessures et la consommation de médicaments ne demeure pas significative, quel que soit le sexe.

Le nombre de médicaments différents que disent prendre les personnes âgées n'est généralement pas lié à leur niveau de scolarité ni à leur source de revenu, nonobstant le fait que l'analyse multivariée révèle que les hommes n'ayant pas terminé leurs études secondaires consommaient un nombre nettement moindre de médicaments que ceux dont le niveau de scolarité était plus élevé.

Hospitalisation

Alors que les personnes âgées représentent à peine 13 % de la population canadienne, le tiers des hospitalisations en établissement de soins de courte durée et près de la moitié du nombre total de jours d'hospitalisation leur sont imputables (graphique 2).

D'après les renseignements tirés de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), en 2002-2003, le taux d'hospitalisation chez les personnes âgées s'approchaient de 16 500 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus, comparativement à environ 5 000 pour 100 000 chez les personnes de moins de 65 ans (graphique 3). Chez les personnes âgées, la probabilité d'une hospitalisation augmentait avec l'âge, pour passer de 12 000 pour 100 000 chez celles de 65 à 74 ans à environ 28 000 pour 100 000 parmi le groupe des 85 ans et plus.

Les hospitalisations répétées sont également plus fréquentes chez les personnes âgées que parmi la population plus jeune. Environ le tiers des hommes et des femmes âgés qui avaient été hospitalisés en 2002-2003 l'avaient été plus d'une fois cette année-là : près de 20 % avaient été admis à l'hôpital deux fois et 12 %, au moins trois fois (données non présentées).

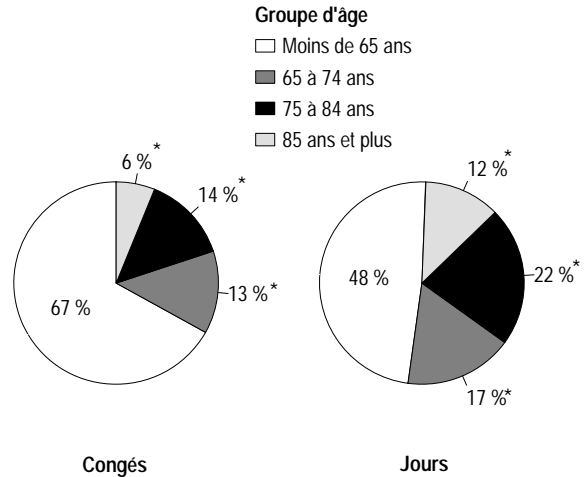
Quand elles sont admises à l'hôpital, les personnes âgées y séjournent généralement plus longtemps que les personnes plus jeunes. En 2002-2003, la durée moyenne de l'hospitalisation des personnes âgées était de près de 11 jours, comparativement à cinq jours pour les patients de moins de 65 ans (données non présentées). En outre, le séjour à l'hôpital était d'autant plus long que la personne était âgée : chez les 65 à 74 ans, la durée moyenne du séjour était d'environ neuf jours, tandis que chez les 85 ans et plus, elle était d'environ deux semaines (données non présentées).

La BDMH ne contient pas de renseignements détaillés sur l'état de santé, les caractéristiques socioéconomiques ni les facteurs de risque liés à la santé associés à l'hospitalisation. Par contre, de telles données sont recueillies dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC),

mais elles n'ont toutefois trait qu'aux personnes âgées vivant à domicile, celles vivant en établissement ne faisant pas partie du champ de l'enquête.

Comme il faut s'y attendre, les données de l'ESCC montrent que la probabilité qu'une personne âgée soit

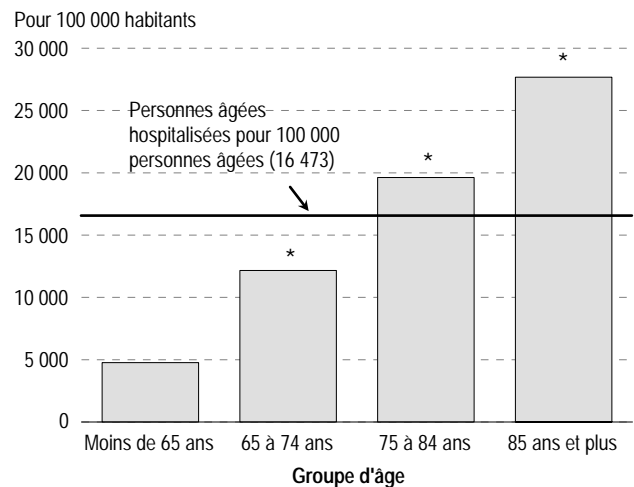
Graphique 2
Répartition en pourcentage des congés de l'hôpital et des jours d'hospitalisation, selon le groupe d'âge, Canada, 2002-2003



Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002-2003

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe des moins de 65 ans ($p < 0,05$).

Graphique 3
Proportion de personnes hospitalisées, selon le groupe d'âge, Canada, 2002-2003



Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002-2003

Nota : Fondée sur les enregistrements couplables pour 1 962 409 patients identifiés de façon unique.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe des moins de 65 ans ($p < 0,05$).

Tableau 5

Pourcentages et rapports de cotes corrigés pour l'hospitalisation l'année précédente, selon le sexe et certaines caractéristiques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

	Hommes			Femmes		
	Rapport de cotes corrigé %	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de cotes corrigé %	Intervalle de confiance de 95 %	
Nombre de problèmes de santé chroniques						
Aucun [†]	6,8	1,0	...	5,1 ^E	1,0	...
1	9,9*	1,3	0,9- 1,9	8,9*	1,7*	1,1- 2,5
2	13,9*	1,6*	1,2- 2,3	10,9*	1,8*	1,2- 2,6
3	18,4*	2,1*	1,5- 2,9	14,1*	2,1*	1,4- 3,1
4	23,2*	2,6*	1,8- 3,7	17,3*	2,3*	1,6- 3,4
5 et plus	30,7*	3,2*	2,3- 4,6	25,7*	3,2*	2,1- 4,9
Blessure limitant les activités						
Non [†]	14,3	1,0	...	12,6	1,0	...
Oui	24,3*	1,8*	1,3- 2,3	25,9*	2,1*	1,7- 2,5
Autoévaluation de la santé						
Passable/mauvaise	27,1*	2,4*	1,9- 3,0	24,2*	2,3*	1,9- 2,8
Bonne	13,7*	1,5*	1,2- 1,8	12,2*	1,3*	1,1- 1,6
Très bonne/excellente [†]	8,2	1,0	...	7,7	1,0	...
A un médecin de famille						
Oui [†]	15,3	1,0	...	14,0	1,0	...
Non	9,2* ^E	0,6*	0,4- 0,9	10,4*	0,8	0,6- 1,1
Groupe d'âge						
65 à 74 ans [†]	13,6	1,0	...	10,8	1,0	...
75 à 84 ans	16,5*	1,0	0,8- 1,2	17,1*	1,4*	1,2- 1,6
85 ans et plus	23,3*	1,3	0,9- 1,8	18,9*	1,4*	1,1- 1,7
Niveau de scolarité						
Diplôme d'études secondaires ou plus [†]	13,8	1,0	...	12,5	1,0	...
Pas de diplôme d'études secondaires	16,0*	0,9	0,8- 1,1	15,0*	1,0	0,8- 1,1
Source principale de revenu						
Aide sociale ou Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti	18,9*	1,2	1,0- 1,5	15,5*	1,1	1,0- 1,3
Autre [†]	14,1	1,0	...	12,9	1,0	...
Modalités de vie						
Vit seul(e)	16,9*	1,2*	1,0- 1,4	15,1*	1,1	1,0- 1,3
Vit avec d'autres [†]	14,7	1,0	...	13,1	1,0	...
Indice de masse corporelle (IMC)						
Poids insuffisant (< 18,5)	30,3* ^E	1,5	0,9- 2,8	22,0*	1,3	0,9- 1,8
Poids normal (18,5 à 24,9) [†]	15,5	1,0	...	12,8	1,0	...
Embonpoint (25,0 à 29,9)	14,0	0,9	0,7- 1,1	13,0	1,0	0,8- 1,1
Obésité (classe I) (30,0 à 34,9)	15,0	0,8	0,6- 1,0	16,7*	1,1	0,9- 1,4
Obésité (classe II ou III) (≥ 35,0)	18,4	0,9	0,6- 1,3	19,4*	1,5*	1,0- 2,2
Niveau d'activité physique pendant les loisirs						
Actif [†]	10,5	1,0	...	9,3	1,0	...
Inactif	17,5*	1,5*	1,2- 1,8	14,8*	1,2*	1,0- 1,5
Usage du tabac						
N'a jamais fumé tous les jours [†]	13,2	1,0	...	12,8	1,0	...
Ancien fumeur quotidien (10 ans et plus)	14,8	1,0	0,8- 1,3	14,4	1,1	0,9- 1,3
Ancien fumeur quotidien (moins de 10 ans)	21,0*	1,4*	1,1- 1,9	20,3*	1,6*	1,3- 2,1
Fume tous les jours	14,8	0,9	0,7- 1,2	12,5	1,0	0,7- 1,3
Région de résidence						
Urbaine [†]	15,0	1,0	...	13,9	1,0	...
Rurale	15,4	1,0	0,8- 1,2	13,6	1,0	0,8- 1,1
Province/territoire						
Terre-Neuve-et-Labrador	17,5	1,2	0,8- 1,7	14,2	1,0	0,7- 1,6
Île-du-Prince-Édouard	19,6 ^E	1,3	0,8- 2,1	14,3 ^E	1,0	0,7- 1,6
Nouvelle-Écosse	15,3	0,9	0,6- 1,2	14,6	1,0	0,8- 1,3
Nouveau-Brunswick	22,8*	1,4*	1,1- 1,9	18,6*	1,5*	1,2- 2,0
Québec	15,8	1,1	1,0- 1,3	15,4*	1,2*	1,0- 1,3
Ontario	14,0	0,9*	0,8- 1,0	12,3*	0,9*	0,8- 0,9
Manitoba	15,8	1,0	0,8- 1,4	13,7	1,0	0,8- 1,3
Saskatchewan	15,9	1,0	0,8- 1,3	17,4*	1,2*	1,0- 1,5
Alberta	15,6	1,1	0,8- 1,4	12,8	1,0	0,8- 1,3
Colombie-Britannique	14,1	0,9	0,8- 1,1	13,9	1,0	0,8- 1,2
Yukon, Nunavut, Territoires du Nord-Ouest	27,3 ^E	2,2*	1,1- 4,7	F	1,2	0,4- 3,2

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Fondés sur 10 990 hommes et 16 563 femmes qui ont répondu; 451 hommes et 668 femmes ont été exclus des analyses à cause de données manquantes. Une catégorie « Données manquantes » a été incluse dans les modèles pour le niveau de scolarité, la source principale de revenu, l'IMC, l'activité physique et l'usage du tabac, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés. Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont la borne supérieure ou inférieure de l'intervalle de confiance est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs.

† Catégorie de référence; la catégorie de référence pour Province/territoire est le Canada (15,0 % des hommes et 13,9 % des femmes ont été hospitalisés).

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

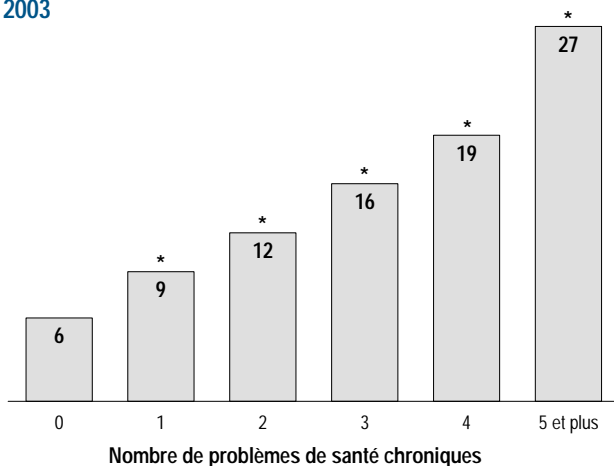
E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % (valeur supprimée à cause de la très grande variabilité d'échantillonnage).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Graphique 4

Pourcentage de personnes âgées hospitalisées l'année précédente, selon le nombre de problèmes de santé chroniques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour la catégorie précédente ($p < 0,05$).

hospitalisée est étroitement liée à l'existence de problèmes de santé chroniques, aux blessures et à l'autoévaluation de la santé. En 2003, 27 % des personnes âgées vivant à domicile et souffrant d'au moins cinq problèmes de santé chroniques ont dit qu'elles avaient été hospitalisées l'année précédente, alors que la proportion était de 6 % pour celles n'ayant pas de problème de santé (graphique 4). En outre, environ 25 % des personnes âgées qui avaient subi une blessure limitant leurs activités l'année précédente avaient été admises à l'hôpital, comparativement à environ 13 % de celles qui n'avaient pas été blessées. Enfin, environ 25 % des personnes âgées qui ont déclaré que leur santé était « passable » ou « mauvaise » avaient été hospitalisées, comparativement à 8 % de celles qui se sont dites en « très bonne » ou en « excellente » santé. Même si l'on neutralise les effets d'autres variables éventuellement influentes, les problèmes de santé chroniques, les blessures et l'autoévaluation de l'état de santé demeurent fortement corrélés à la probabilité que les personnes âgées soient hospitalisées (tableau 5).

Des pourcentages relativement élevés de personnes âgées n'ayant pas terminé leurs études secondaires ou ayant déclaré que leur source principale de revenu était l'aide sociale ou la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti avaient été hospitalisées. Cependant, lorsque ces facteurs, de même que les variables reflétant l'état de santé, sont pris en considération dans les modèles multivariés, ni le niveau

de scolarité ni la source de revenu ne sont corrélés significativement à l'hospitalisation. Ce résultat laisse entendre que la probabilité d'hospitalisation plus élevée chez les personnes âgées dont le niveau de scolarité ou les ressources financières sont plus faibles reflète la plus forte prévalence chez celles-ci de problèmes de santé nécessitant des soins.

Soins à domicile

En 2003, 15 % des personnes âgées ne vivant pas en établissement, ce qui représente 566 500 personnes, ont déclaré recevoir des soins à domicile (tableau 6). Les services à domicile comprennent les soins infirmiers, les autres services de soins de santé, les soins d'hygiène personnelle, les travaux ménagers quotidiens, la préparation ou la livraison des repas, le magasinage et les services de relève. Les soins sont donnés par des prestataires officiels, comme des infirmières ou des aides familiales, et/ou par des prestataires non officiels, comme des bénévoles, des membres de la famille, des amis ou des voisins.

Le pourcentage de personnes âgées recevant des soins à domicile passe de 8 % pour le groupe des 65 à 74 ans à 42 % pour celui des 85 ans et plus (graphique 5). Quel que soit l'âge, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de recevoir ce genre de soins. Les facteurs associés au sexe féminin, comme les modalités de logement et le besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne, expliquent vraisemblablement en grande partie cette différence^{41,42}. Par exemple, tant chez les hommes que chez les

Tableau 6

Nombre et pourcentage de personnes âgées ayant reçu des soins à domicile l'année précédente, selon le sexe et la source des soins, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

Source des soins	Total		Hommes		Femmes	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Total	566,5	15,0	193,5	11,7*	373,0	17,6
Officielle uniquement	321,7	8,5	114,6	6,9*	207,2	9,8
Non officielle uniquement	155,8	4,1	51,9	3,1*	103,9	4,9
Mixte	84,7	2,2	26,5	1,6*	58,2	2,7
Autre	4,3	0,1 ^E	F	F	3,6 ^E	0,2 ^E

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

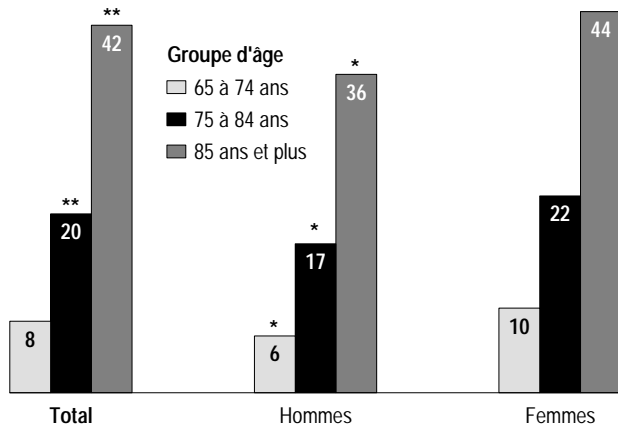
* Valeur significativement différente de l'estimation pour les femmes ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

^F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % (valeur supprimée à cause de la très grande variabilité d'échantillonnage).

Graphique 5

Pourcentage de personnes âgées ayant reçu des soins à domicile l'année précédente, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

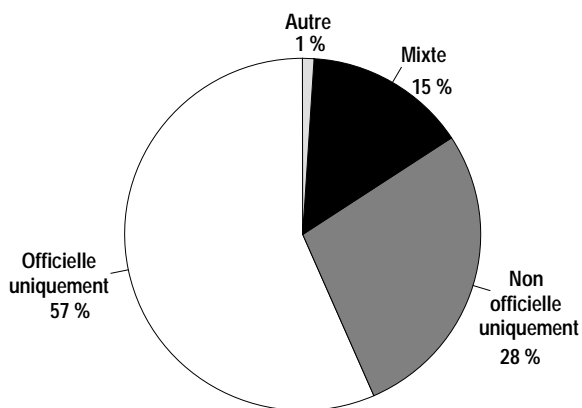
Nota : Les différences entre les groupes d'âge n'ont pas été testées pour chaque sexe.

** Valeur significativement différente de l'estimation pour les femmes ($p < 0,05$).*

*** Valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe des 65 à 74 ans ($p < 0,05$).*

Graphique 6

Répartition en pourcentage des sources de soins déclarées par les personnes âgées recevant des soins à domicile, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2002-2003



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Les données ayant été arrondies, la somme des pourcentages peut ne pas équivaloir à 100 %.

femmes, une proportion plus élevée de personnes vivant seules que de personnes vivant avec d'autres ont reçu des soins à domicile, et les femmes âgées étaient plus susceptibles que leurs homologues masculins de vivre seules (données non présentées).

Plus de la moitié des personnes âgées qui ont déclaré recevoir des soins à domicile (57 %) obtenaient ces soins exclusivement de source officielle (graphique 6). En outre, 28 % comptaient sur des membres de la famille, des amis et des voisins, tandis que 15 % recevaient les deux types d'aide. Néanmoins, il est possible que certains soins non officiels, prodigués par un conjoint par exemple, n'aient pas été déclarés, parce qu'ils sont perçus comme faisant partie du soutien habituel qu'on offre aux membres de la famille.

D'autres études portant sur la quantité de soins fournis par chaque catégorie de prestataires montrent que plus de la moitié du nombre total d'heures d'aide provient de source non officielle⁴³. Les personnes âgées qui dépendaient exclusivement d'une source officielle ont déclaré un nombre d'heures de soins par semaine plus faible que celles obtenant l'aide requise d'une source non officielle uniquement ou des deux types de source.

La mauvaise santé est bien entendu un déterminant important de l'obtention de soins à domicile. Environ le quart des hommes âgés (27 %) et le tiers des femmes âgées (34 %) souffrant d'au moins cinq problèmes de santé chroniques avaient reçu des soins à domicile l'année précédente, comparativement à environ 5 % de ceux n'ayant déclaré aucun problème de santé (tableau 7). L'obtention de soins à domicile était également plus susceptible d'être déclarée par des personnes âgées ayant subi une blessure limitant leurs activités que par celles qui n'avaient pas été blessées, et par celles qualifiant leur santé de « passable », « mauvaise » ou « bonne » que par celles se jugeant en meilleure santé. Si l'on tient compte des effets d'autres variables dans le modèle à variables multiples, la cote exprimant la possibilité d'obtenir des soins à domicile est significativement plus élevée pour les personnes âgées qui souffrent de plusieurs problèmes de santé chroniques, celles qui ont subi une blessure grave (chez les femmes) ou celles qui jugent leur santé passable, mauvaise ou bonne.

Des proportions relativement élevées de personnes âgées ayant un faible niveau de scolarité (13 % des hommes et 19 % des femmes) et un faible revenu (17 % des hommes et 21 % des femmes) recevaient des soins à domicile. Cependant, lorsque l'analyse tient compte des effets d'autres variables, le niveau de scolarité et la source principale de revenu ne demeurent pas associés significativement à l'obtention de soins à domicile.

Tableau 7

Pourcentages et rapports de cotes corrigés pour l'obtention de soins à domicile l'année précédente, selon le sexe et certaines caractéristiques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

	Hommes			Femmes		
	%	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	%	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Nombre de problèmes de santé chroniques						
Aucun [†]	4,7	1,0	...	5,6	1,0	...
1	7,6*	1,4	0,9- 2,1	9,2*	1,5*	1,0- 2,1
2	9,2*	1,2	0,8- 1,9	14,3*	2,0*	1,4- 2,9
3	14,3*	1,6*	1,1- 2,5	17,8*	2,2*	1,6- 3,1
4	19,1*	2,0*	1,3- 3,1	21,9*	2,1*	1,5- 3,0
5 et plus	26,6*	2,3*	1,5- 3,7	33,8*	3,1*	2,2- 4,4
Blessure limitant les activités						
Oui	17,4*	1,3	1,0- 1,8	30,4*	1,6*	1,3- 2,0
Non [†]	11,2	1,0	...	16,3	1,0	...
Autoévaluation de la santé						
Passable/mauvaise	23,7*	2,0*	1,5- 2,7	33,5*	2,6*	2,1- 3,1
Bonne	9,5*	1,3*	1,0- 1,8	14,2*	1,2*	1,0- 1,5
Très bonne/excellente [†]	5,5	1,0	...	9,0	1,0	...
Hospitalisation l'année précédente						
Oui	36,4*	5,5*	4,3- 7,1	46,1*	4,0*	3,4- 4,7
Non [†]	7,3	1,0	...	13,0	1,0	...
Groupe d'âge						
65 à 74 ans [†]	6,5	1,0	...	9,7	1,0	...
75 à 84 ans	17,5*	2,7*	2,2- 3,4	22,5*	2,1*	1,8- 2,4
85 ans et plus	36,4*	6,1*	4,2- 8,7	44,5*	5,7*	4,5- 7,1
Niveau de scolarité						
Diplôme d'études secondaires ou plus [†]	9,5	1,0	...	15,2	1,0	...
Pas de diplôme d'études secondaires	13,4*	1,1	0,9- 1,4	19,4*	0,9	0,8- 1,1
Source principale de revenu						
Aide sociale ou Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti	17,0*	1,2	0,9- 1,6	20,9*	1,1	0,9- 1,3
Autre [†]	10,6	1,0	...	16,0	1,0	...
Modalités de vie						
Vit seul(e)	16,9*	1,8*	1,4- 2,2	21,8*	1,5*	1,3- 1,7
Vit avec d'autres [†]	10,8	1,0	...	14,9	1,0	...
Indice de masse corporelle (IMC)						
Poids insuffisant (< 18,5)	40,3*	3,4*	1,8- 6,4	29,5*	1,1	0,8- 1,6
Poids normal (18,5 à 24,9) [†]	12,1	1,0	...	16,4	1,0	...
Embonpoint (25,0 à 29,9)	10,1*	1,0	0,8- 1,2	15,8	1,0	0,8- 1,1
Obésité classe I (30,0 à 34,9)	11,9	1,1	0,8- 1,5	19,7*	1,1	0,9- 1,4
Obésité classe II ou III (≥ 35,0)	13,7 ^E	1,3	0,8- 2,1	24,9*	1,6*	1,1- 2,3
Activité physique pendant les loisirs						
Actif [†]	5,3	1,0	...	7,9	1,0	...
Inactif	13,8*	2,0*	1,6- 2,6	20,3*	1,9*	1,6- 2,3
Usage du tabac						
N'a jamais fumé tous les jours [†]	10,2	1,0	...	17,5	1,0	...
Ancien fumeur quotidien (10 ans et plus)	12,2	1,0	0,8- 1,4	17,4	1,0	0,8- 1,2
Ancien fumeur quotidien (moins de 10 ans)	13,2	0,9	0,6- 1,3	20,5*	1,2	0,9- 1,6
Fume tous les jours	11,3	0,9	0,6- 1,3	15,3	1,0	0,8- 1,2
Région de résidence						
Urbaine [†]	12,1	1,0	...	17,6	1,0	...
Rurale	10,4	0,8*	0,6- 1,0	17,6	1,1	0,9- 1,3
Province/territoire						
Terre-Neuve-et-Labrador	11,5 ^E	0,9	0,5- 1,4	15,6	0,8	0,6- 1,3
Île-du-Prince-Édouard	11,9 ^E	0,6	0,3- 1,2	20,4	1,1	0,8- 1,7
Nouvelle-Écosse	17,7*	1,6*	1,1- 2,3	22,9*	1,2	0,9- 1,5
Nouveau-Brunswick	20,0*	1,4	1,0- 2,0	21,4	1,1	0,9- 1,5
Québec	11,4	1,0	0,8- 1,2	16,7	0,9	0,8- 1,1
Ontario	11,4	1,0	0,9- 1,2	17,2	1,0	0,9- 1,1
Manitoba	9,7	0,6*	0,4- 0,9	17,8	0,9	0,7- 1,2
Saskatchewan	11,7	0,8	0,6- 1,2	18,4	0,9	0,7- 1,1
Alberta	11,4	0,9	0,7- 1,3	15,9	0,9	0,8- 1,1
Colombie-Britannique	10,8	1,0	0,8- 1,2	19,1	1,1	1,0- 1,3
Yukon, Nunavut, Territoires du Nord-Ouest	26,7 ^E *	3,0*	1,3- 7,3	31,6 ^E *	3,5*	1,9- 6,6

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Fondés sur 10 983 hommes et 16 545 femmes qui ont répondu; 458 hommes et 686 femmes ont été exclus des analyses à cause de données manquantes. Une catégorie « Données manquantes » a été incluse dans les modèles pour le niveau de scolarité, la source principale de revenu, l'IMC, l'activité physique et l'usage du tabac, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés. Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont la borne supérieure ou inférieure de l'intervalle de confiance est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs.

† Catégorie de référence: la catégorie de référence pour Province/territoire est le Canada (11,7 % des hommes et 17,6 % des femmes ont reçu des soins à domicile).

E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

Mot de la fin

Compte tenu de la part de la population qu'elles représentent, les personnes âgées sont de considérables utilisateurs de services de santé, ce qui reflète en grande partie le déclin de la santé qui accompagne le vieillissement.

Évidemment, le nombre de problèmes de santé chroniques est le déterminant le plus important de la fréquence à laquelle les personnes âgées consultent les médecins et consomment des médicaments. Souffrir de problèmes de santé chroniques accroît aussi la probabilité d'être hospitalisé et de recevoir des soins à domicile. En outre, subir une blessure et considérer sa santé comme passable ou mauvaise sont des facteurs qui contribuent considérablement à l'utilisation des soins de santé.

Lorsque sont pris en compte les effets des indicateurs de la santé et des autres variables, les différences de niveau de scolarité et de source principale de revenu des personnes âgées ne sont généralement plus associées de façon significative à leur utilisation des services de santé. Ainsi, la mesure dans laquelle les personnes âgées font appel aux services des médecins, consomment des médicaments ou ont recours aux services hospitaliers ou aux soins à domicile tient avant tout à leur état de santé et non pas à leur niveau de scolarité ou à leurs moyens financiers. ■

Références

1. Statistique Canada, « L'état de santé des personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 11(3) (supplément), 1999, p. 53-69 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
2. F.D. Wolinsky, R.R. Mosely et R.M. Coe, « A cohort analysis of the use of health services by elderly Americans », *Journal of Health and Social Behavior*, 27(3), 1986, p. 209-219.
3. J. Rapoport, P. Jacobs, N.R. Bell *et al.*, « Refining the measurement of the economic burden of chronic diseases in Canada », *Maladies chroniques au Canada*, 25(1), 2004, p. 13-21.
4. L.M. Verbrugge et D.L. Patrick, « Seven chronic conditions: Their impact on US adults' activity levels and use of medical services », *American Journal of Public Health*, 85(2), 1995, p. 173-182.
5. R.M. Andersen, « Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? », *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1995, p. 1-10.
6. R. Andersen, *A Behavioral Model of Families' Use of Health Services*, Chicago, Center for Health Administration Studies, 1968.
7. F.D. Wolinsky, « Assessing the effects of predisposing, enabling, and illness-morbidity characteristics on health service utilization », *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 1978, p. 384-396.
8. R. Andersen et J.F. Newman, « Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States », *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 1973, p. 95-124.
9. K. Davis et R. Reynolds, « Medicare and the utilization of health care services by the elderly », *The Journal of Human Resources*, 10(3), 1975, p. 61-77.
10. F.D. Wolinsky, R.M. Coe, D.K. Miller *et al.*, « Health services utilization among the noninstitutionalized elderly », *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 1983, p. 325-337.
11. T.T.H. Wan et S.J. Soifer, « Determinants of physician utilization: A causal analysis », *Journal of Health and Social Behavior*, 15(2), 1974, p. 100-108.
12. J.G. Anderson, « Demographic factors affecting health services utilization: A causal model », *Medical Care*, 11(2), 1973, p. 104-120.
13. J.G. Anderson et D.E. Bartkus, « Choice of medical care: A behavioral model of health and illness behaviour », *Journal of Health and Social Behavior*, 14, 1973, p. 348-362.
14. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 13(3), 2002, p. 9-16.
15. Institut canadien d'information sur la santé, Qualité des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) 2002-2003, avril 2005, disponible à : http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/2002-03_HMDB_DQ_Assessment_External_Report_April_2005_FR.pdf, site consulté le 8 juillet 2005.
16. W.G. Hopkins, *A New View of Statistics*, disponible à : <http://www.sportsci.org/resource/stats/logtrans.html>, site consulté le 27 juillet 2005.
17. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
18. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
19. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, Baltimore, Maryland, août 1999.
20. C. Coulton et A.K. Frost, « Use of social and health services by the elderly », *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 1982, p. 330-339.
21. K. Wilkins et E. Park, « Caractéristiques des utilisateurs des services hospitaliers », *Rapports sur la santé*, 9(3), 1997, p. 29-39 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
22. N.P. Roos et B. Havens, « Predictors of successful aging: A twelve-year study of Manitoba elderly », *American Journal of Public Health*, 81(1), 1991 p. 63-68.
23. M.M. Finkelstein, « Do factors other than need determine utilization of physicians' services in Ontario? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 165(5), 2001, p. 565-570.
24. P. Magna, R.W. Broyles et D.E. Angus, « The determinants of hospital utilization under a universal public insurance program in Canada », *Medical Care*, 25(7), 1987, p. 658-670.
25. N.P. Roos, E. Forget, R. Walld *et al.*, « Does universal comprehensive insurance encourage unnecessary use? Evidence from Manitoba says "no." », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 170(2), 2004, p. 209-214.
26. C.R. Link, S.H. Long et R.F. Settle, « Equity and the utilization of health care services by the medicare elderly », *The Journal of Human Resources*, 17(2), 1982, p. 195-212.

27. G. Carrière, « Consultation des médecins et des infirmières », *Rapports sur la santé*, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 16(4), 2005, p. 49-52.
28. K. Wilkins et M.P. Beaudet, « Soutien social aux aînés et soins à domicile », *Rapports sur la santé*, 11(4), 2000, p. 43-53 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
29. S.J. Katz et T.P. Hofer, « Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage », *JAMA*, 272(7), 1994, p. 530-534.
30. S.J. Katz, T.P. Hofer et W.G. Manning, « Hospital utilization in Ontario and the United States: The impact of socioeconomic status and health status », *La revue canadienne de santé publique*, 87(4), 1996, p. 253-256.
31. L.L. Roos, R. Walld, J. Uhanova *et al.*, « Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: Ambulatory care sensitive conditions in a Canadian setting », *Health Research and Educational Trust*, 40(4), 2005, p. 1167-1185.
32. P.D. Cleary, D. Mechanic et J.R. Greenley, « Sex differences in medical care utilization: An empirical investigation », *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 1982, p. 106-119.
33. K.S. Iron, D.G. Manuel et J. Williams, « Using a linked data set to determine the factors associated with utilization and costs of family physician services in Ontario: effects of self-reported chronic conditions », *Journal of Chronic Diseases*, 24(4), 2003, p. 124-132.
34. P.J. Veugelers, A.M. Yip et F. Burge, « Les inégalités en santé et dans la prestation des services de santé : Étude multiniveau des soins primaire et du contrôle de l'hypertension », *Maladies chroniques au Canada*, 25(3/4), 2004, disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/25-3/b_f.html, site consulté le 18 mai 2005.
35. K. Wilkins, « Chutes, gens âgés et recours aux services de santé », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 47-57 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
36. J. Stokes et J. Lindsay, « Principales causes de décès et d'hospitalisation chez les aînés canadiens », *Maladies chroniques au Canada*, 17(2), 1997, disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/17-2/c_f.html, site consulté le 18 mai 2005.
37. D. Mechanic, « Correlates of physician utilization: Why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects? », *Journal of Health and Social Behavior*, 20(4), 1979, p. 387-396.
38. M. Shields et S. Shooshtari, « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, 13(1), 2001, p. 39-63 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
39. G.L. Maddox et E.B. Douglass, « Self-assessment of health: A longitudinal study of elderly subjects », *Journal of Health and Social Behavior*, 14(1), 1973, p. 87-93.
40. T. Stephens, C.I. Craig et B.F. Ferris, « Adult physical activity in Canada: findings from the Canada Fitness Survey », *La revue canadienne de santé publique*, 77(4), 1986, p. 285-290.
41. 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).
42. K. Cranswick et D. Thomas, « Les soins aux aînés et la complexité des réseaux sociaux », *Tendances sociales canadiennes*, été (77), 2005, p. 11-17 (Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue).
43. S.A. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel *et al.*, « Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide », *Rapports sur la santé*, 14(4), 2003, p. 33-43 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Bien vieillir en établissement de santé

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

Résumé

Objectifs

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

Source des données

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

Techniques d'analyse

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

Principaux résultats

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

Mots-clés

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

Auteure

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

Pamela L. Ramage-Morin

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

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

Méthodologie

Source des données

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

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

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

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

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

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

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

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

Techniques d'analyse

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

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

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

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

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

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

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

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

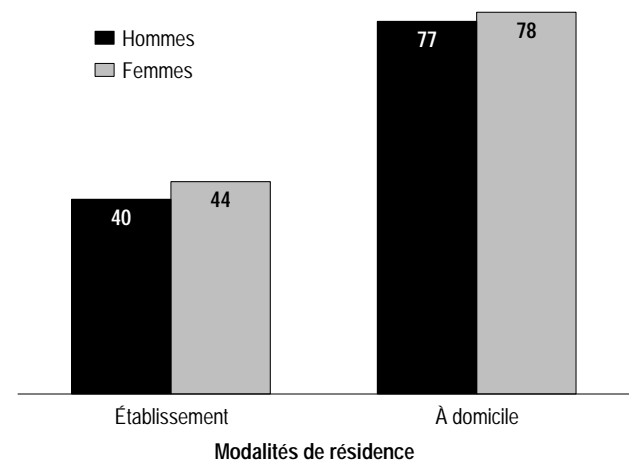
que celle adoptée aux fins d'autres recherches⁹ et, dans la présente étude, les perceptions qu'ont les personnes âgées de leur propre santé générale servent à mesurer le processus qui consiste à vieillir bien.

Signe d'une vieillesse sereine

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

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

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



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

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

Les personnes plus âgées sont les plus positives

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

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

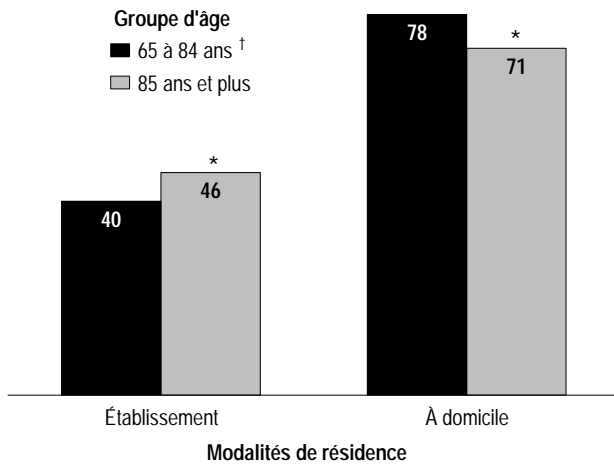
Tableau 1
Prévalence et rapports de cotes corrigés en ce qui a trait à l'autoévaluation positive de l'état de santé selon certaines caractéristiques, population de 65 ans et plus vivant en établissement, Canada, territoires non compris, 1996-1997

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

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

Graphique 2

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



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

Tableau 2

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

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

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

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

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

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

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

Autoévaluation de l'état de santé et mortalité

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

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

Définitions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

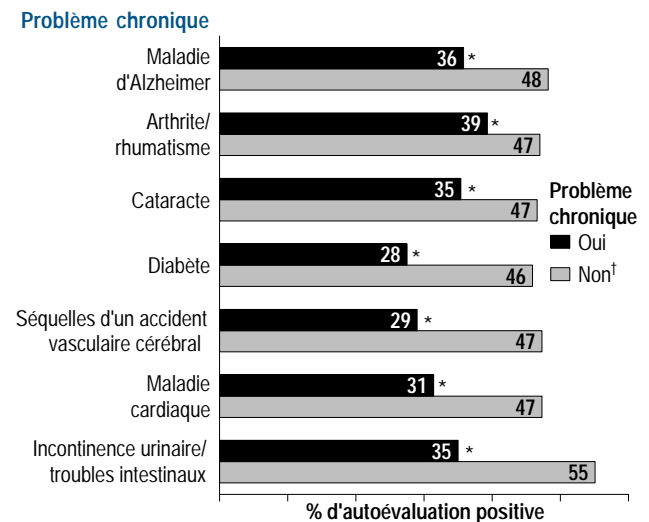
Dans la présente analyse, les facteurs associés à l'autoévaluation de l'état de santé entrent dans l'une des trois catégories suivantes : ceux qui ne peuvent pas être modifiés, ceux qui peuvent l'être, et ceux qui présentent des caractéristiques des deux. Les facteurs non modifiables sont les problèmes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

Problèmes de santé physique

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

Graphique 3

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



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

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

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

Réseau social et participation aux activités sociales

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

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

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

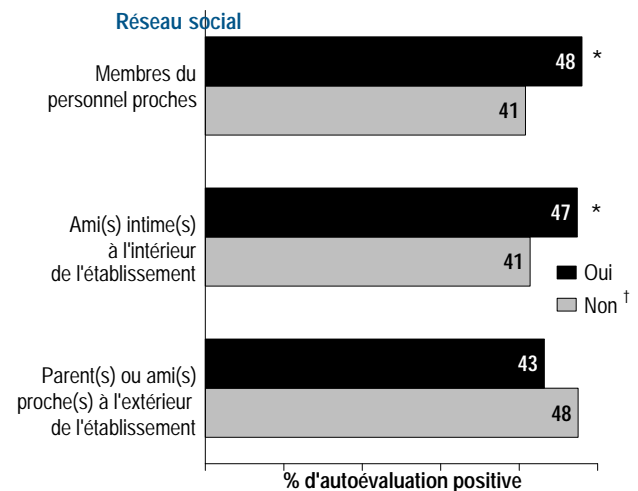
Réponse par personne interposée

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

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

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

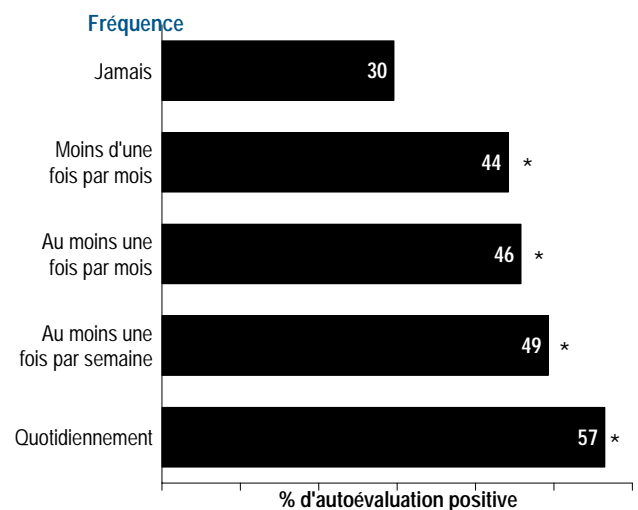
Graphique 4
Pourcentage de personnes dont l'autoévaluation de l'état de santé est positive, selon la disponibilité du réseau social, population de 65 ans et plus vivant en établissement, Canada, territoires non compris, 1996-1997



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

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

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



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

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

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

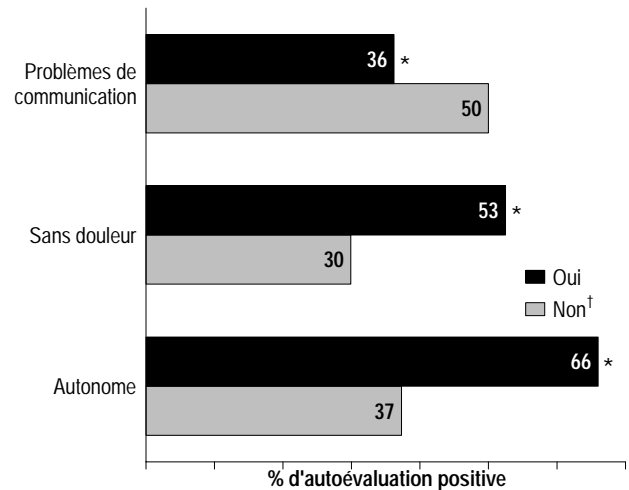
L'établissement de relations proches avec des membres du personnel et la participation aux activités sociales vont généralement de pair. Les membres du personnel qui sont proches des résidents peuvent encourager davantage ces derniers à participer à des activités sociales et de loisirs, tandis qu'un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

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

Sans douleur, autonome, capable de communiquer

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

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



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

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

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

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

Limites

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

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

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

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

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

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

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

Mot de la fin

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

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

Remerciements

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

Références

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

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Prédicteurs du décès chez les personnes âgées

- Les maladies chroniques, notamment les maladies cardiaques et le cancer, sont les causes principales de décès chez les personnes âgées.
- Les femmes âgées dont le niveau de détresse psychologique était élevé en 1994-1995 étaient plus susceptibles d'être décédées en 2002-2003 que celles n'éprouvant pas ce genre de problèmes.
- Chez les hommes âgés, un faible niveau de scolarité et le veuvage étaient associés à une plus grande probabilité de mourir au cours de l'intervalle de huit ans étudié.

Résumé

Objectifs

Le présent article fournit des renseignements à jour sur les principales causes de décès chez les personnes de 65 ans et plus. Il examine chez ces dernières les facteurs associés au décès au cours d'une période de huit années. L'analyse se concentre sur la relation entre les facteurs psychosociaux — détresse psychologique, stress financier et familial — et la mortalité.

Sources des données

Les données proviennent de la Base canadienne de données sur la mortalité et de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), cycles de 1994-1995 à 2002-2003, fichier longitudinal. L'échantillon de l'ENSP analysé contient les enregistrements concernant 955 hommes et 1 445 femmes.

Techniques d'analyse

Le calcul des taux de mortalité et le classement des causes de décès ont été faits d'après les renseignements figurant sur les certificats de décès pour 2002 et selon les estimations démographiques du recensement. Des totalisations croisées des données de l'ENSP ont permis d'examiner certaines caractéristiques déclarées en 1994-1995 en fonction du statut vital (décédé(e) ou en vie) en 2002-2003. La régression de Cox a été utilisée dans le calcul des rapports de risques pour la détresse psychologique, le stress financier et le stress familial par rapport à la mortalité subséquente, en tenant compte des effets de l'âge, des maladies chroniques et d'autres facteurs confusionnels éventuels.

Principaux résultats

Chez les femmes âgées, la détresse psychologique en 1994-1995 était associée positivement à la mortalité au cours des huit années suivantes, même après avoir tenu compte des effets d'autres variables. La signification statistique de cette relation chez les hommes âgés disparaît dès que sont pris en compte les problèmes de santé chroniques.

Mots-clés

Âgé(e), mortalité, stress psychologique, facteurs de risque, études prospectives, enquête sur la santé.

Auteure

Kathryn Wilkins (613-951-1769; Kathryn.Wilkins@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Kathryn Wilkins

Au Canada, comme dans toutes les sociétés industrialisées, la plupart des décès surviennent chez les personnes âgées. Toutefois, il n'en était pas ainsi pour les générations précédentes. En 1926, première année pour laquelle des statistiques de l'état civil ont été recueillies centralement pour toutes les provinces, un décès seulement sur six (17 %) est survenu chez les personnes de 65 ans et plus. En 2002, près des quatre cinquièmes des personnes qui sont décédées (78 %) appartenaient à ce groupe d'âge (graphique 1).

Les causes de décès ont changé de façon fondamentale au cours du siècle dernier, tout comme, par conséquent, l'âge moyen au décès. En 1926, le cancer et les maladies de l'appareil circulatoire, y compris l'accident vasculaire cérébral, ne représentaient que le quart de l'ensemble des décès survenus au Canada; en 2002, près des deux tiers des décès ont été causés par ces problèmes de santé^{1,2}. En 1926, la

Méthodologie

Sources des données

Les données sur les décès pour 1926 sont tirées de *Statistiques vitales 1926*. Les données pour 2002 (année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles pour chaque province et territoire) proviennent de la Base canadienne de données sur la mortalité. Les enregistrements de décès sont compilés d'après des renseignements extraits des certificats de décès et sont transmis à Statistique Canada par les bureaux provinciaux et territoriaux de l'état civil.

L'analyse longitudinale est fondée sur des données provenant du fichier longitudinal des cycles 1 à 5 (1994-1995 à 2002-2003) de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Cette enquête couvre la population à domicile et les résidents des établissements de toutes les provinces et des territoires, sauf les membres à temps plein des Forces canadiennes et les habitants des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées.

En 1994-1995, 20 095 personnes ont été sélectionnées pour faire partie du panel longitudinal; le taux de réponse était de 86,0 %, soit 17 276 personnes qui ont été réinterviewées tous les deux ans. Les taux de réponse aux cycles subséquents, basés sur ces 17 276 personnes, étaient de 92,8 % pour le cycle 2 (1996-1997), de 88,2 % pour le cycle 3 (1998-1999), de 84,8 % pour le cycle 4 (2000-2001) et de 80,6 % pour le cycle 5 (2002-2003). Une description plus détaillée du plan de sondage, de l'échantillon et des méthodes d'entrevue de l'ENSP figure dans des articles parus antérieurement^{3,4}.

La présente analyse est fondée sur des données provenant du fichier maître « carré » longitudinal du cycle 5 de l'ENSP réalisée en 2002-2003. Ce fichier contient des enregistrements pour chacun des 17 276 participants au panel original, que l'information les concernant ait été fournie ou non lors des cinq cycles consécutifs. L'analyse longitudinale porte sur les données recueillies à l'égard des personnes qui étaient âgées de 65 ans et plus lors du cycle 1 (1994-1995), qui ont participé à l'entrevue du cycle 1 et dont le statut vital au cycle 5 (2002-2003) était connu. Le nombre de personnes de 65 ans et plus qui, au cycle 1, ont fourni des renseignements complets était de 2 685; de celles-ci, 285 ont été éliminées de l'analyse parce que leur statut vital au cycle 5 était inconnu. L'information sur le statut vital manquait pour diverses raisons, dont l'impossibilité de prendre contact avec le ménage, le fait de ne pas savoir où se trouvait la personne et le déménagement de la personne à l'étranger. L'échantillon final comprenait 2 400 personnes âgées, soit 955 hommes et 1 445 femmes.

Techniques d'analyse

Pour comparer la distribution des décès selon le groupe d'âge en 1926 et en 2002, les groupes d'âge suivants ont été utilisés : 0 à 4 ans, 5 à 64 ans et 65 ans et plus. Pour présenter les données de 2002 selon la cause du décès, on a totalisé les décès survenus parmi le groupe des 65 ans et plus séparément pour les hommes et pour les femmes selon la cause initiale du décès, en combinant les causes de décès en 113 groupes standards tirés de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10)*^{5,6}.

Des totalisations bivariées ont été produites pour examiner le statut vital au cycle 5 en fonction de la distribution des variables indépendantes au cycle 1.

Des modèles à risques proportionnels de Cox ont été utilisés pour évaluer l'association entre la détresse psychologique au cycle 1 et la durée de la survie, en tenant compte des effets d'autres caractéristiques des participants. Les coefficients des rapports de risques proportionnels estiment l'effet de chaque covariable introduite dans le modèle sur la durée de la survie. Pour les personnes décédées durant la période de suivi, la durée de la survie a été définie comme étant le nombre de jours écoulés à partir de la date de

l'entrevue du cycle 1 jusqu'à la date du décès. Pour les personnes qui ont participé à l'entrevue du cycle 5 (ou que l'on savait être en vie à ce moment-là), la durée de la survie a été définie comme étant le nombre de jours écoulés entre les entrevues des cycles 1 et 5. La durée de la survie a été censurée après l'entrevue du cycle 5.

De l'échantillon d'analyse de 2 400 personnes dont le statut vital au cycle 5 était connu, 912 sont décédées au cours de la période de suivi de huit ans, et 1 488 sont restées en vie. On ignorait la date du décès de 56 (6 %) des personnes décédées, parce que le couplage aux enregistrements de la Base canadienne de données sur la mortalité effectué systématiquement pour les enregistrements de tous les participants à l'ENSP déclarés décédés n'a pu être effectué. Pour 23 de ces cas, le dernier contact avec un intervieweur de l'ENSP avait eu lieu au cycle 4, et le décès a été déclaré au cycle 5 (2002-2003). Le couplage a été impossible pour ces 23 cas parce que les enregistrements de décès n'étaient pas encore inclus dans la Base de données sur la mortalité. Pour les 33 autres personnes dont le décès était survenu plus tôt, l'échec du couplage aux enregistrements de la Base de données sur la mortalité a été causé par des incohérences entre les données; par exemple, différence de date de naissance, absence du nom de jeune fille et/ou délais dans la transmission de l'enregistrement du décès à Statistique Canada.

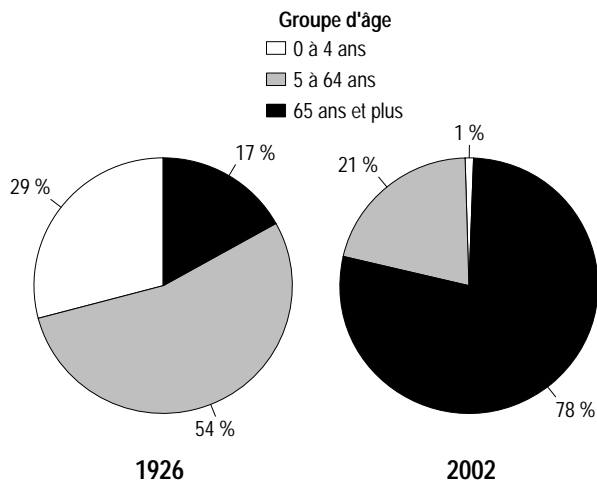
Pour les 56 personnes déclarées décédées, mais pour lesquelles l'information sur la date du décès ne figurait pas dans les données de l'ENSP, une date a été générée afin qu'elles puissent être incluses dans l'analyse. L'année du décès a été définie comme étant l'année la plus récente pour laquelle un statut vital « en vie » avait été déclaré par un intervieweur de l'ENSP, plus une année. Par exemple, à une personne rejointe en 2000 qui a été déclarée décédée au cycle 5 (2002-2003), on a assigné 2001 comme année du décès. Le jour et le mois du décès ont été fixés au 1^{er} janvier.

L'analyse a été réalisée séparément pour les hommes et pour les femmes. La sélection des variables utilisées dans les modèles à risques proportionnels a été faite d'après les données de la littérature, ainsi que selon la disponibilité des données de l'ENSP. Des groupes de variables ont été ajoutés séquentiellement aux modèles successifs. Le modèle de base (modèle 1) contenait l'âge, la détresse psychologique, le stress financier et le stress familial. Le niveau de scolarité et l'état matrimonial ont été ajoutés au modèle 2, les problèmes de santé chroniques et la limitation fonctionnelle, au modèle 3, et les facteurs de risque comportementaux (activité physique durant les loisirs, usage du tabac, consommation d'alcool et indice de masse corporelle), au modèle 4. Une variable indiquant la source principale de revenu a été utilisée dans les totalisations bivariées à titre de mesure supplémentaire du statut socioéconomique. Pour éviter la multicollinéarité, la variable de source principale de revenu n'a pas été incluse dans les modèles à risques proportionnels.

Des modèles à risques proportionnels provisoires ont été produits pour examiner la relation entre l'âge et la survie, en utilisant un terme d'âge quadratique. Comme le rapport de risques pour ce terme n'était pas significatif, ce dernier a été supprimé des modèles subséquents. De même, une variable de soutien social a été examinée lors de l'analyse préliminaire, mais abandonnée pour les analyses finales. Pour explorer la relation négative entre le stress financier et la mortalité observée chez les hommes, des termes d'interaction entre le stress financier et le niveau de revenu ont été inclus dans les modèles à risques proportionnels, mais se sont avérés non significatifs.

Les données ont été pondérées de façon à ce qu'elles soient représentatives de la structure par âge et sexe de la population à domicile de 65 ans et plus en 1994. Afin de tenir compte des effets du plan de sondage, la variance des estimations de proportions, des écarts entre les proportions et des rapports de risques a été estimée selon la méthode du *bootstrap*^{7,9}.

Graphique 1
Distribution en pourcentage des décès, selon le groupe d'âge, Canada, 1926 et 2002



Sources des données : Référence n° 1 et Base canadienne de données sur la mortalité, 2002

probabilité d'être emporté par la tuberculose était un peu plus élevée que celle de mourir du cancer, chacune de ces maladies représentant 7 % de l'ensemble des décès. L'enfance était particulièrement périlleuse à cette époque; 29 % des décès enregistrés en 1926 sont survenus chez des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans, comparativement à moins de 1 % en 2002.

Bien que les systèmes de classification utilisés internationalement ne permettent d'attribuer les décès qu'à une seule maladie ou un seul traumatisme^{5,6}, on accorde aujourd'hui une importance croissante aux facteurs sociaux et psychologiques dans l'étude de la mortalité. Au cours des dernières décennies, le champ des travaux de recherche s'est étendu au-delà de l'étude des maladies diagnostiquées par un médecin, afin d'inclure les conditions socioéconomiques et les facteurs de stress sociaux et affectifs susceptibles de contribuer au mauvais état de santé ou au décès¹⁰⁻¹⁶. Les travaux de recherche récents se sont concentrés sur les voies et les mécanismes psychologiques suivant lesquels les facteurs psychosociaux et socioéconomiques peuvent influencer sur l'évolution de la santé. Les premiers résultats donnent à penser que des changements biologiques se produisent en réaction au stress, ce qui réduit la réponse immunitaire et accroît par conséquent le risque de mortalité^{17,18}.

La présente analyse repose sur l'information fournie par des personnes de 65 ans et plus qui ont été suivies pendant huit années pour étudier certaines caractéristiques par rapport au décès. L'analyse se

concentre surtout sur une mesure de la santé émotionnelle (voir *Définitions*). Des données longitudinales provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) réalisée par Statistique Canada complètent l'information provenant de sources administratives (voir *Méthodologie*). En plus des renseignements sur la santé physique, l'ENSP est conçue pour recueillir des données sur un large éventail d'autres facteurs personnels et sociaux qui influent sur la santé.

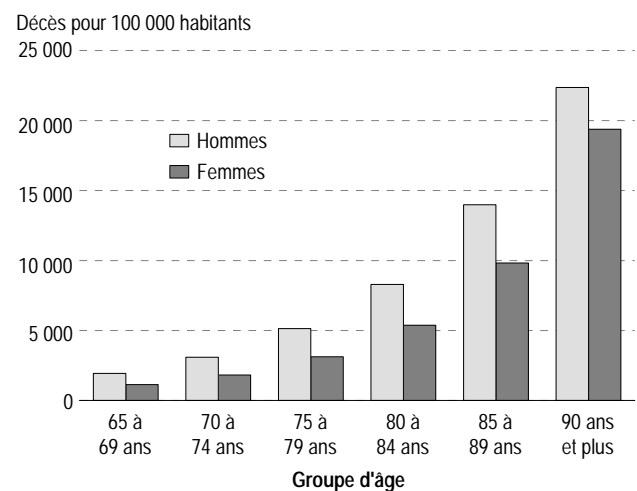
Le présent article fournit des renseignements à jour sur les causes principales de décès chez les personnes âgées et examine la relation entre la détresse psychologique et la mortalité.

La plupart meurent d'une maladie cardiaque ou du cancer

En 2002, 173 971 Canadiens de 65 ans et plus sont décédés : 82 613 hommes et 91 358 femmes (tableau 1). Bien que le nombre total de décès chez les femmes âgées dépasse considérablement celui observé chez leurs homologues masculins, le taux de mortalité pour chaque groupe d'âge, c'est-à-dire le nombre de décès par rapport à la population survivante, était plus élevé pour les hommes (graphique 2).

Les renseignements extraits des certificats de décès indiquent que les causes principales de décès chez les personnes âgées étaient le cancer et la maladie cardiaque, suivis par l'accident vasculaire cérébral et

Graphique 2
Taux de mortalité selon le groupe d'âge et le sexe chez les personnes de 65 ans et plus, Canada, 2002



Source de données : Base canadienne de données sur la mortalité, 2002

Tableau 1
Causes principales de décès des personnes de 65 ans et plus, selon le sexe, Canada, 2002

	Hommes			Femmes		
	Nombre	%	Rang	Nombre	%	Rang
Toutes causes confondues	82 613	100,0		91 358	100,0	
Tumeurs malignes	25 024	30,3	1	21 645	23,7	2
Cancer du poumon	7 294	8,8		4 760	5,2	
Cancer de la prostate (hommes) cancer du sein (femmes)	3 397	4,1		2 999	3,3	
Cancer du côlon et du rectum	2 737	3,3		2 566	2,8	
Maladies cardiaques	21 950	26,6	2	24 064	26,3	1
Maladies cérébrovasculaires (accident vasculaire cérébral)	5 632	6,8	3	8 466	9,3	3
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	5 012	6,1	4	4 096	4,5	4
Diabète sucré	3 080	3,7	5	3 466	3,8	6
Grippe et pneumonie	1 858	2,2	6	2 505	2,7	7
Accidents	1 850	2,2	7	2 249	2,5	8
Chutes	646	0,8		761	0,8	
Maladie d'Alzheimer	1 647	2,0	8	3 791	4,1	5
Maladies hépatiques chroniques et cirrhose	707	0,9	9	436	0,5	10
Septicémie	556	0,7	10	672	0,7	9
Autre	15 297	18,5		19 968	21,9	

Source des données : Base canadienne de données sur la mortalité, 2002

Nota : Causes de décès définies selon la référence n° 6.

les maladies respiratoires (tableau 1). La maladie d'Alzheimer et les maladies vasculaires cérébrales étaient la cause de proportions plus fortes de décès chez les femmes, tandis que le cancer du poumon jouait un rôle plus important chez les hommes. Cependant, chez les deux sexes, le cancer du poumon a été la cause de plus de décès que n'importe quelle autre forme de cancer. Seulement 1 % des décès survenus chez les personnes âgées étaient attribuables aux maladies classées comme étant infectieuses (données non présentées).

Détresse psychologique et stress

De l'échantillon de 2 400 participants à l'ENSP utilisé pour la présente analyse, 912 sont décédés entre 1994-1995 et 2002-2003. Selon le sexe, les proportions pondérées étaient de 43 % pour les hommes et de 31 % pour les femmes. En moyenne, les hommes ont survécu 2 338 jours, et les femmes, 2 526 jours (tableau A en annexe).

D'après l'analyse des données de l'ENSP, la détresse psychologique est fortement associée au décès (tableau 2). La cote moyenne sur l'échelle de détresse psychologique était significativement plus élevée pour les personnes décédées que pour les autres (tableau B en annexe). Parmi les personnes qui ont déclaré un haut niveau de détresse psychologique en 1994-1995, 62 % des hommes et 44 % des femmes sont décédés, comparativement à 37 % et 25 %, respectivement, pour les personnes ayant déclaré un

niveau plus faible de détresse. Ces résultats sont à l'image de certaines études antérieures qui ont également montré que la détresse psychologique est prédictive de la mortalité^{19,20}.

Les femmes qui éprouvaient un stress financier élevé en 1994-1995, c'est-à-dire celles qui ont déclaré ne pas avoir suffisamment d'argent pour subvenir aux nécessités de la vie, étaient plus susceptibles d'être décédées en 2002-2003 que ne l'étaient celles qui ont déclaré avoir des moyens suffisants. Curieusement, la relation était inverse chez les hommes : 33 % de ceux ayant déclaré un stress financier élevé en 1994-1995 étaient décédés en 2002-2003, pourcentage significativement plus faible que les 44 % d'hommes dont le stress financier était faible. Ce résultat est inattendu, car il va à l'encontre des multiples constats selon lesquels le dénuement matériel est fortement corrélé à un mauvais état de santé. Des calculs supplémentaires ont révélé que l'existence d'un stress financier élevé est de toute évidence plus probable pour les niveaux plus faibles de revenu et que la probabilité de décès est également plus élevée aux niveaux plus faibles de revenu (données non présentées). Cependant, il est clair que le stress financier et le niveau de revenu reflètent des caractéristiques distinctes.

Aucun écart significatif, tant chez les hommes que chez les femmes, n'a toutefois été observé entre la probabilité de décès et le niveau d'inquiétude concernant l'état de santé d'un membre de la famille.

Tableau 2

Pourcentage de personnes qui étaient décédées en 2002-2003, selon le sexe et certaines caractéristiques en 1994-1995, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris

	Hommes	Femmes
	%	
Total	43,1	31,1
Groupe d'âge		
65 à 69 ans	26,6*	17,1*
70 à 79 ans	43,9*	26,5*
80 ans et plus†	75,4	61,8
Niveau de scolarité		
Pas de diplôme d'études secondaires	49,1*	34,7*
Diplôme d'études secondaires ou plus†	35,4	26,9
Source principale de revenu est l'aide sociale		
Oui†	52,8*	33,9
Non†	36,0	27,7
État matrimonial		
Marié(e)/vit avec une autre personne†	38,6	23,6
Célibataire/divorcé(e)/séparé(e)	47,9	28,5 ^E
Veuf ou veuve	64,0*	39,4*
Niveau d'activité physique pendant les loisirs		
Moyennement actif(ve)/actif(ve)†	32,7	17,7
Inactif(ve)	49,1*	36,2*
Indice de masse corporelle (IMC)		
Poids insuffisant (< 18,5)	87,2*	61,8*
Poids normal (18,5 à 24,9)†	45,7	32,4
Embonpoint (25,0 à 29,9)	35,9	25,2
Obésité (≥ 30,0)	51,1	27,3
Consommation d'alcool le mois précédent		
Oui†	34,7	24,5
Non	52,1*	34,2*
Usage du tabac		
N'a jamais fumé/ancien(ne) fumeur(se) ayant cessé ≥ 10 ans†	39,4	28,9
Fumeur(se)/ancien(ne), ayant cessé < 10 ans	52,9*	40,7*
Maladie chronique en 1994-1995		
Cancer	75,5*	47,1*
Pas de cancer†	41,3	30,2
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	90,5*	55,7*
Pas de séquelles d'un accident vasculaire cérébral†	40,9	30,2
Hypertension	52,0*	32,8
Pas d'hypertension†	40,4	30,3
Maladie cardiaque	63,6*	47,8*
Pas de maladie cardiaque†	37,9	28,0
Diabète	53,3	52,7*
Pas de diabète	41,5	28,9
Maladie respiratoire	65,5*	53,0*
Pas de maladie respiratoire†	40,9	29,7
Limitation fonctionnelle (IES3)		
Grave	67,1*	49,3*
Aucune/modérée†	35,9	25,1
Santé mentale, stress		
Forte détresse psychologique	61,6*	43,9*
Faible détresse psychologique†	37,4	24,6
Inquiétude au sujet de la situation financière (forte)	33,0*	38,3*
Inquiétude au sujet de la situation financière (faible)†	44,1	28,1
Inquiétude au sujet de la santé d'un membre de la famille (forte)	44,2	27,5
Inquiétude au sujet d'un membre de la famille (faible)	41,5	30,0

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal, 1994-1995 à 2002-2003

Nota : Les estimations du total pour les hommes et pour les femmes diffèrent significativement.

† Catégorie de référence.

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

^E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

Rôle protecteur du niveau de scolarité

Chez les deux sexes, la probabilité de mourir était plus élevée chez les personnes âgées qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires que chez celles qui l'avaient fait. Chez les hommes, mais non chez les femmes, la source de revenu était également un prédicteur du décès. Plus de la moitié (53 %) des hommes dont la source principale de revenu en 1994-1995 était le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec, la Sécurité de la vieillesse, le Supplément de revenu garanti ou des prestations d'aide sociale ou de bien-être provinciales/municipales étaient décédés en 2002-2003, comparativement à 36 % de ceux qui bénéficiaient d'autres sources de revenu. Ces résultats ne sont pas étonnants et concordent avec ceux d'une étude antérieure²¹.

Les personnes âgées veuves étaient plus susceptibles de mourir que celles qui étaient mariées ou qui vivaient avec un ou une compagne. Naturellement, une proportion considérablement plus élevée de personnes âgées d'âge moins avancé étaient mariées que ne l'étaient leurs homologues plus vieilles (données non présentées), si bien que la relation n'est pas étonnante.

Facteurs de risque comportementaux

Plusieurs comportements influant sur la santé sont associés à la probabilité de mourir. Les personnes âgées qui étaient inactives en 1994-1995 étaient plus susceptibles d'être décédées en 2002-2003 que celles ayant déclaré au moins une activité physique modérée durant leurs loisirs. En outre, celles qui consommaient de l'alcool au moins une fois par mois étaient moins susceptibles de mourir que celles qui buvaient moins fréquemment ou qui s'abstenaient de boire. Ces résultats étaient bien sûr prévisibles puisque le modèle ne tient pas compte des effets de l'âge.

Tant pour les hommes que pour les femmes, les antécédents d'usage du tabac sont liés à la probabilité de mourir. Les personnes âgées qui, en 1994-1995, fumaient ou avaient renoncé au tabac depuis moins de 10 ans couraient un risque significativement plus élevé d'être décédées en 2002-2003 que celles qui n'avaient jamais fumé.

Avoir un poids insuffisant à l'origine en 1994-1995, ce qui pourrait être un indicateur d'un mauvais état de santé ou d'un âge avancé, est fortement associé à la probabilité de mourir. Pas moins de 87 % des hommes et 62 % des femmes dans cette catégorie de poids sont décédés, comparativement à 46 % et 32 %, respectivement, dont l'indice de masse corporelle (IMC) se situait dans la fourchette normale. Ces résultats

concordent avec ceux d'autres études prospectives; la relation négative entre l'IMC et la mortalité toutes causes confondues a été attribuée à la tendance qu'ont les maladies graves de causer un amaigrissement avant le décès^{22,23}.

Les personnes âgées présentant des limitations fonctionnelles strictes et qui sont atteintes de la plupart des maladies chroniques examinées ici sont sans contredit plus susceptibles de mourir. Ainsi, une proportion sensiblement élevée d'hommes souffrant des séquelles d'un accident vasculaire cérébral (91 %) ou d'un cancer (76 %) sont depuis décédés. Chez les femmes, le décès était le plus susceptible chez celles auxquelles on associait des séquelles d'un accident vasculaire cérébral (56 %), du diabète (53 %) ou une maladie respiratoire (53 %).

Les effets de la détresse persistent chez les femmes

Des modèles multivariés ont été utilisés pour déterminer dans quelle mesure d'autres variables pouvaient expliquer l'association entre la détresse psychologique et le décès.

Chez les hommes, si on neutralise les effets de l'âge, du stress financier ou familial, du niveau de scolarité et de l'état matrimonial, la détresse psychologique demeure positivement associée à la mortalité. Cependant, l'ajout des maladies chroniques atténue légèrement le rapport de risques, de sorte qu'il n'est plus statistiquement significatif (tableau 3, modèle 3). De même, l'effet du stress financier diminue lorsque l'effet des maladies chroniques est pris en compte. De tels résultats à l'égard des hommes viennent étayer les constats d'études antérieures qui révélaient un affaiblissement du lien entre la détresse psychologique et la mortalité lorsqu'on tient compte de la morbidité qui prévalait au début de l'étude^{24,25}.

Par contre, chez les femmes, une forte association positive persiste entre la détresse psychologique et le décès, et ce, même en tenant compte des effets des maladies chroniques et des comportements influant sur la santé (tableau 4). Le risque d'être décédée en 2002-2003 était 60 % plus élevé chez les femmes ayant indiqué un haut niveau de détresse psychologique en 1994-1995 que chez celles dont le niveau était plus faible (tableau 4, modèle 4). Le maintien du lien entre

la détresse et la mortalité subséquente chez les femmes a aussi été observé dans des études antérieures²⁵.

Un faible niveau de scolarité et le veuvage posent un risque chez les hommes

À l'instar d'autres travaux de recherche²⁶, un faible niveau de scolarité chez les hommes reste associé de façon significative à la mortalité dans l'analyse faite selon le modèle qui tient compte de toutes les variables (tableau 3).

En outre, comparativement aux hommes mariés ou vivant avec une compagne, les veufs avaient une probabilité considérablement plus élevée de mourir. Les effets protecteurs du mariage — un indicateur de soutien social et d'intégration sociale — en ce qui concerne la mortalité ont été observés fréquemment chez les hommes^{10,16,27,28}.

Parmi les problèmes de santé chroniques étudiés, le cancer, les séquelles d'un accident vasculaire cérébral, la maladie cardiaque et la maladie respiratoire demeurent significativement corrélés à la mortalité chez les hommes lorsqu'on neutralise les effets de l'âge, des facteurs psychosociaux, du niveau de scolarité et de l'état matrimonial. Les associations s'atténuent quelque peu lorsqu'on prend en considération les comportements qui influent sur la santé, mais elles demeurent toutefois significatives.

L'incapacité fonctionnelle s'avère un prédicteur significatif de décès si les problèmes de santé chroniques sont pris en compte, mais son effet est atténué au point d'être non significatif ($p = 0,06$) si on ajoute au modèle les facteurs comportementaux qui influent sur la santé (tableau 3, modèle 4). Cela porte à croire que, chez les hommes, les symptômes de dysfonctionnement physique ou cognitif ou de douleur ont sur le risque de mortalité un effet qui est indépendant des problèmes de santé diagnostiqués cliniquement, bien que cet effet ne soit que faiblement associé aux comportements qui influent sur la santé.

La forte association entre l'insuffisance pondérale et la mortalité persiste chez les hommes, et ce, en dépit de la prise en compte de l'effet des problèmes de santé chroniques et de l'incapacité fonctionnelle. Pour les catégories d'IMC plus élevées, aucune association ne se dégage avec la mortalité.

Tableau 3

Rapports de risques proportionnels corrigés reliant certaines caractéristiques en 1994-1995 au décès en 2002-2003, population à domicile masculine de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4	
	Rapport de risques	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de risques	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de risques	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de risques	Intervalle de confiance de 95 %
Âge (variable continue)	1,1*	1,1- 1,1	1,1*	1,1- 1,1	1,1*	1,0- 1,1	1,1*	1,0- 1,1
Détresse psychologique/stress								
Détresse psychologique	2,4*	1,8- 3,3	2,4*	1,7- 3,3	1,5	1,0- 2,1	1,2	0,8- 1,9
Stress financier	0,6*	0,4- 0,9	0,6*	0,4- 0,9	0,7	0,5- 1,0	0,7	0,5- 1,0
Stress lié à la santé familiale	0,9	0,6- 1,3	0,9	0,6- 1,4	1,0	0,7- 1,4	1,0	0,7- 1,4
Caractéristiques socioéconomiques								
Pas de diplôme d'études secondaires			1,3	1,0- 1,8	1,5*	1,1- 2,1	1,5*	1,1- 2,0
Diplôme d'études secondaires ou plus [†]			1,0	...	1,0	...	1,0	...
Marié/vit avec une autre personne [†]			1,0	...	1,0	...	1,0	...
Célibataire/séparé/divorcé			1,4	1,0- 2,0	1,3	0,9- 1,9	1,3	0,9- 1,9
Veuf			1,7*	1,2- 2,4	1,9*	1,3- 2,7	1,7*	1,2- 2,5
Problèmes de santé chroniques/état de santé								
Cancer					2,3*	1,3- 4,2	2,2*	1,2- 4,2
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral					2,8*	1,6- 4,8	2,5*	1,4- 4,5
Maladie cardiaque					1,5*	1,1- 2,0	1,5*	1,1- 2,0
Diabète					1,1	0,7- 1,7	1,1	0,7- 1,7
Hypertension					1,3	0,9- 1,7	1,3	1,0- 1,8
Maladie respiratoire					1,8*	1,2- 2,7	1,6*	1,0- 2,6
État de santé fonctionnel (IES3) (variable continue)					0,5*	0,3- 0,9	0,6	0,3- 1,0
Indice de masse corporelle (IMC)								
Poids insuffisant (< 18,5)							2,5*	1,2- 4,9
Poids normal (18,5 à 24,9) [†]							1,0	...
Embonpoint (25,0 à 29,9)							0,9	0,7- 1,2
Obésité (≥ 30,0)							1,0	0,6- 1,7
Comportements influant sur la santé								
Niveau d'activité physique pendant les loisirs								
Moyennement actif/actif							0,8	0,6- 1,1
Inactif [†]							1,0	...
Usage du tabac								
N'a jamais fumé/ayant cessé ≥ 10 ans [†]							1,0	...
Fumeur/ayant cessé < 10 ans							1,3	0,9- 1,8
Consommation d'alcool								
Au moins 1 verre le mois dernier							0,8	0,6- 1,1
Aucun/< 1 verre le mois dernier [†]							1,0	...

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal, 1994-1995 à 2002-2003

Nota : Les modèles 1, 2, 3 et 4 sont fondés sur les enregistrements obtenus pour 868, 863, 854 et 852 hommes, respectivement. Les données ayant été arrondies, certains rapports de risques dont la borne supérieure ou inférieure de l'intervalle de confiance est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs.

[†] Catégorie de référence. Si elle n'est pas indiquée, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour le cancer est l'absence de déclaration d'un diagnostic de cancer.

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

Le stress financier est nuisible chez les femmes

Chez les femmes, le niveau de scolarité n'est pas relié à la mortalité, mais le stress financier demeure un prédicteur significatif du décès, même dans le modèle contenant toutes les variables de contrôle. La persistance de l'association entre le stress financier et

le risque de décès, même si l'on introduit la détresse psychologique dans le modèle, est remarquable, parce qu'elle indique que chacun de ces facteurs exerce un effet indépendant.

Chez les femmes, neutraliser les effets des comportements qui influent sur la santé réduit les effets mortels des maladies chroniques dans une plus grande

Tableau 4

Rapports de risques proportionnels corrigés reliant certaines caractéristiques en 1994-1995 au décès en 2002-2003, population à domicile féminine de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4	
	Rapport de risques	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de risques	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de risques	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de risques	Intervalle de confiance de 95 %
Âge (variable continue)	1,1*	1,1- 1,1	1,1*	1,1- 1,1	1,1*	1,1- 1,1	1,1*	1,1- 1,1
Détresse psychologique/stress								
Détresse psychologique	2,2*	1,6- 2,9	2,2*	1,6- 2,9	1,7*	1,2- 2,3	1,6*	1,1- 2,3
Stress financier	1,4*	1,0- 1,9	1,4*	1,0- 1,9	1,5*	1,0- 2,0	1,4*	1,0- 2,0
Stress lié à la santé familiale	1,0	0,6- 1,4	1,0	0,6- 1,4	0,9	0,6- 1,4	0,9	0,6- 1,4
Caractéristiques socioéconomiques								
Pas de diplôme d'études secondaires			1,0	0,8- 1,3	1,0	0,8- 1,4	1,0	0,8- 1,4
Diplôme d'études secondaires ou plus [†]			1,0	...	1,0	...	1,0	...
Mariée/vit avec une autre personne [†]			1,0	...	1,0	...	1,0	...
Célibataire/séparée/divorcée			1,1	0,7- 1,8	1,1	0,6- 1,8	0,8	0,5- 1,4
Veuve			1,1	0,8- 1,5	1,1	0,8- 1,5	1,0	0,7- 1,3
Problèmes de santé chroniques/état de santé								
Cancer					2,1*	1,3- 3,3	2,2*	1,4- 3,6
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral					1,3	0,8- 2,4	1,3	0,7- 2,3
Maladie cardiaque					1,4*	1,0- 1,9	1,3	1,0- 1,8
Diabète					1,7*	1,2- 2,5	1,9*	1,3- 2,8
Hypertension					0,8	0,6- 1,1	0,9	0,7- 1,2
Maladie respiratoire					1,7*	1,1- 2,8	1,4	0,9- 2,2
État de santé fonctionnel (IES3) (variable continue)					0,5*	0,3- 0,8	0,5*	0,3- 0,9
Indice de masse corporelle (IMC)								
Poids insuffisant (< 18,5)							2,3*	1,5- 3,6
Poids normal (18,5 à 24,9) [†]							1,0	...
Embonpoint (25,0 à 29,9)							0,8	0,6- 1,2
Obésité (≥ 30,0)							1,0	0,7- 1,5
Comportements influant sur la santé								
Niveau d'activité physique pendant les loisirs								
Moyennement active/active							0,7	0,5- 1,1
Inactive [†]							1,0	...
Usage du tabac								
N'a jamais fumé/ayant cessé ≥ 10 ans [†]							1,0	...
Fumeuse/ayant cessé < 10 ans							1,6*	1,1- 2,2
Consommation d'alcool								
Au moins 1 verre le mois dernier							1,1	0,8- 1,5
Aucun/< 1 verre le mois dernier [†]							1,0	...

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal, 1994-1995 à 2002-2003

Nota : Les modèles 1, 2, 3 et 4 sont fondés sur les enregistrements obtenus pour 1 385, 1 385, 1 372 et 1 368 femmes, respectivement. Les données ayant été arrondies, certains rapports de risques dont la borne supérieure ou inférieure de l'intervalle de confiance est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs.

[†] Catégorie de référence. Si elle n'est pas indiquée, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour le cancer est l'absence de déclaration d'un diagnostic de cancer.

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

mesure que chez les hommes. Avant de tenir compte des effets de l'IMC, de l'usage du tabac, de l'activité physique et de la consommation d'alcool, le cancer, la maladie cardiaque, le diabète et la maladie respiratoire étaient associés au décès (tableau 4). Par contre, dans le modèle qui tient compte de l'ensemble des variables, seul le cancer et le diabète demeurent des prédicteurs significatifs de la mortalité.

Une autre différence entre les hommes et les femmes se dégage de la relation entre l'incapacité fonctionnelle et la mortalité subséquente. Chez les femmes, le rapport de risques pour l'incapacité fonctionnelle demeure significatif dans le modèle où toutes les variables sont prises en compte (tableau 4, modèle 4), suggérant la contribution indépendante au risque de mortalité des symptômes infracliniques, de la douleur et du dysfonctionnement que reflète l'indice de l'état de santé (IES3).

Définitions

L'âge a été déterminé en demandant aux participants à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) quel âge ils avaient au cycle 1. Les groupes d'âge suivants ont été utilisés dans l'analyse bivariée : 65 à 69 ans, 70 à 79 ans et 80 ans et plus. Dans les modèles à risques proportionnels, l'âge a été utilisé comme une variable continue.

L'évaluation de la *détresse psychologique* repose sur les réponses aux questions qui suivent : « Au cours du dernier mois, c'est-à-dire de (date un mois auparavant) à aujourd'hui, combien de fois vous êtes-vous senti(e) :

- si triste que plus rien ne pouvait vous faire sourire? »
- nerveux(se)? »
- agité(e) ou ne tenant pas en place? »
- désespéré(e)? »
- bon(ne) à rien? »
- avez-vous senti que tout était un effort? »

Les réponses possibles étaient : « tout le temps », « la plupart du temps », « parfois », « pas souvent » et « jamais ». Les réponses à chaque question ont été cotées au moyen d'une échelle allant de 0 (jamais) à 4 (tout le temps); la cote globale maximale possible était de 24. La variable a été dichotomisée en une catégorie « détresse faible » (cote de 0 à 4) et une catégorie « détresse élevée » (cote de 5 à 24); la catégorie de détresse élevée contenait le quintile supérieur de la population dans la distribution pondérée de la variable de détresse psychologique. Les six questions utilisées pour mesurer la détresse psychologique (appelées les « K6 ») sont un sous-ensemble de questions du *Composite International Diagnostic Interview*²⁹.

L'évaluation du *stress financier* est fondée sur la réponse à la question à réponse vrai-faux « Vous n'avez pas assez d'argent pour acheter les choses dont vous avez besoin. » Une réponse « Vrai » a été définie comme représentant un stress financier élevé; 18 % de la distribution pondérée rentraient dans cette catégorie.

L'évaluation du *stress lié à la santé de la famille* est fondée sur les réponses aux questions à réponse vrai-faux « Un de vos parents, un de vos enfants ou votre conjoint(e) est en très mauvaise santé et pourrait mourir » et « Quelqu'un dans votre famille a un problème d'alcool ou de drogue ». En donnant la valeur 0 aux réponses « Faux » et la valeur 1 aux réponses « Vrai », la cote combinée possible pour ces questions variait de 0 à 2. Une réponse « Vrai » à l'une ou l'autre de ces questions, ou aux deux, a été définie comme représentant un stress élevé concernant la santé de la famille; 15 % de la distribution pondérée rentraient dans cette catégorie.

Deux catégories de *niveau de scolarité* ont été définies, à savoir pas de diplôme d'études secondaires et diplôme d'études secondaires ou plus.

On a demandé aux participants à l'enquête quelle était leur *source principale de revenu*, les personnes qui ont indiqué le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec, la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti, ou les prestations d'aide sociale ou de bien-être provinciales ou municipales ont été considérées comme ayant « l'aide sociale » pour source principale de revenu.

L'*état matrimonial* a été regroupé en trois catégories : marié(e) ou vit avec une autre personne; célibataire/divorcé(e)/séparé(e) et veuf ou veuve.

Le niveau d'*activité physique durant les loisirs* est fondé sur des calculs qui tiennent compte de la fréquence et de la durée déclarée des activités physiques durant les loisirs de la personne au cours des trois mois qui ont précédé l'enquête, ainsi que sur la demande énergétique métabolique estimée

de chaque activité^{30,31}. L'activité physique durant les loisirs a été classée en deux catégories, soit « personne active ou moyennement active » (1,5 kilocalorie ou plus par kilogramme par jour), ou « personne inactive » (dépense énergétique inférieure à 1,5 kcal/kg/jour).

La *consommation d'alcool* est définie comme étant la consommation d'au moins une boisson alcoolisée (un verre de vin, une bière ou 1,5 once de spiritueux) au cours du mois qui a précédé l'entrevue du cycle 1.

La situation quant à l'*usage du tabac* a été dichotomisée pour donner : n'a jamais fumé ou a cessé de fumer il y a 10 ans ou plus, et fumeur(se) ou a cessé de fumer il y a moins de 10 ans. L'établissement de ces catégories s'inspire de travaux de recherche antérieurs selon lesquels le risque de mortalité pour les anciens fumeurs retombe au niveau observé pour un non-fumeur après 10 à 15 années d'abstinence³².

L'*indice de masse corporelle (IMC)* est une mesure du poids corrigée pour la taille, qui est définie comme étant le poids (en kilogrammes) divisé par le carré de la taille (en mètres). Les catégories d'IMC sont définies conformément aux normes de l'Organisation mondiale de la Santé adoptées aujourd'hui par Santé Canada³³, comme suit :

- poids insuffisant : IMC < 18,5
- poids normal : IMC 18,5 à 24,9
- embonpoint : IMC 25,0 à 29,9
- obésité classe I : IMC 30,0 à 34,9
- obésité classe II : IMC 35,0 à 39,9
- obésité classe III : IMC ≥ 40,0

Pour les besoins de l'analyse, les trois catégories d'obésité ont été regroupées en une catégorie unique. Le poids et la taille ont été autodéclarés par les participants à l'ESCC et à l'ENSP.

L'existence d'un *problème de santé chronique* a été établie en demandant aux participants à l'enquête si un médecin leur avait dit qu'ils souffraient d'une maladie chronique qui avait duré, ou qui devait durer, au moins six mois. On leur a lu une liste de problèmes de santé, sur laquelle figuraient le cancer, la maladie respiratoire, l'hypertension, la maladie cardiaque, les séquelles d'un accident vasculaire cérébral et le diabète.

L'*indice de l'état de santé, version 3 (IES3)* est une mesure sommaire qui intègre l'état de santé fonctionnel et les préférences sociétales concernant les états de santé^{34,35}. D'après les réponses à 30 questions au sujet de huit aspects de la santé fonctionnelle (vue, ouïe, élocution, mobilité, dextérité, émotion, cognition, ainsi que douleur et gêne) conjuguées à une composante d'évaluation, un score global, ou indice, est calculé pour chaque personne. Une santé parfaite correspond à un indice de 1,000, et la mort, à un indice de 0,000; les scores négatifs reflètent des états de santé jugés pires que la mort. Les valeurs possibles de l'IES3 varient de -0,360 à 1,000. Pour l'analyse bivariée, on a considéré les scores de l'IES3 situés dans le quartile inférieur de la distribution pondérée selon le sexe (de -0,324 à 0,686 pour les hommes et de -0,312 à 0,632 pour les femmes) comme représentant une limitation fonctionnelle grave, et les scores pour les hommes et pour les femmes supérieurs à 0,686 et 0,632, respectivement, comme indiquant une limitation modérée à nulle. Dans l'analyse multivariée, les scores de l'IES3 ont été utilisés comme une variable continue.

Limites

Le fichier de données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) utilisé pour l'analyse contient les réponses complètes à l'entrevue du cycle 1 et le statut vital pour les mêmes répondants au cycle 5. Pour s'assurer que tous les décès survenus après l'entrevue du cycle 1 soient inclus dans l'analyse, les variables indépendantes sont basées uniquement sur les données déclarées au cycle 1. Par conséquent, elles ne reflètent pas les changements survenus par après. Par exemple, un faible stress financier au cycle 1 peut s'être intensifié pour atteindre un niveau plus élevé lors d'un cycle ultérieur, mais l'analyse ne refléterait pas ce changement. Par conséquent, les associations observées avec le décès pourraient être plus faibles qu'elles ne l'auraient été si l'on avait tenu compte des transitions dans les variables indépendantes.

De l'échantillon initial de 2 740 personnes de 65 ans et plus au cycle 1 de l'ENSP, 55 (2 %) ont été éliminées de l'analyse parce que les renseignements qu'elles avaient fournis au cycle 1 étaient incomplets. De plus, 285 personnes (10 %) ont été exclues parce que l'on ne connaissait pas leur statut vital au cycle 5, principalement à cause d'un refus de participer ou de l'impossibilité de les recontacter lors du suivi pour d'autres raisons. Un biais de sélection pourrait avoir eu lieu si les personnes éliminées différaient systématiquement de celles retenues dans l'échantillon. Pour évaluer les effets de la non-réponse sur la composition par âge de l'échantillon, on a comparé l'âge moyen des 2 740 personnes qui composaient l'échantillon initial à celui des 2 400 personnes comprises dans l'échantillon retenu pour l'analyse. L'âge moyen au cycle 1 des personnes incluses dans l'analyse est de 73,7 ans, valeur significativement plus élevée que l'âge moyen (73,4 ans) des personnes de l'échantillon initial total. Bien que significative sur le plan statistique, cette différence est si faible qu'elle n'a vraisemblablement que peu d'impact sur le lien observé entre les facteurs psychosociaux et la mortalité.

La distribution des scores sur l'échelle de mesure de la détresse psychologique est très asymétrique vers la gauche, ce qui signifie que peu de personnes âgées ont déclaré un niveau élevé de détresse. Par conséquent, une variable binaire plutôt qu'une variable continue a été utilisée pour la détresse psychologique dans l'analyse des risques proportionnels.

Bien que les données longitudinales de l'ENSP établissent la séquence chronologique entre les variables indépendantes mesurées au cycle 1 et le résultat (décès), la causalité ne peut être inférée. Les associations observées pourraient être dues à des facteurs non inclus dans l'analyse.

L'existence de problèmes de santé chroniques a été déterminée en demandant aux participants à l'enquête de fournir des renseignements sur les problèmes de santé diagnostiqués par un professionnel de la santé et qui avaient duré, ou devaient durer, au moins six mois. Aucune validation clinique de ces problèmes de santé autodéclarés n'a eu lieu.

De même, toutes les autres variables indépendantes utilisées dans l'analyse sont basées sur des autodéclarations et non pas été validées en fonction de critères objectifs ou par observation directe. La variation de facteurs subjectifs non mesurés, comme la volonté d'admettre que l'on s'inquiète de sa situation financière ou que l'on se sent stressé, peut expliquer certains des écarts observés entre les réponses.

Enfin, aucun renseignement n'était disponible au sujet de nombreuses mesures objectives importantes de la santé (par exemple, pression artérielle, chimie sanguine, gravité de la maladie ou régime alimentaire) susceptibles d'influencer la survie, ni au sujet de nombreux autres facteurs (par exemple, personnels et génétiques) qui pourraient modifier la résistance à la maladie et au décès. De même, l'analyse ne tient pas compte des influences de la collectivité qui pourraient influencer les voies suivant lesquelles les facteurs psychosociaux ont des répercussions sur la santé.

Comme chez les hommes, l'association entre l'insuffisance pondérale et le décès persiste chez les femmes, même après prise en compte des effets des autres facteurs.

L'usage du tabac demeure un prédicteur indépendant du décès chez les femmes. Le risque de mourir était 60 % plus élevé chez celles qui fumaient ou qui avaient cessé de fumer depuis moins de 10 ans que chez celles qui étaient des non-fumeuses ou qui avaient renoncé au tabac depuis 10 ans ou plus. Cet effet significatif de l'usage du tabac chez la femme, mais non chez l'homme, dans le modèle qui tient compte de toutes

les variables a été observé auparavant. Dans une étude antérieure, les chercheurs ont conclu que les femmes pourraient être plus sensibles à certains effets nuisibles de l'usage du tabac³⁶.

Mot de la fin

De nos jours, au Canada, la plupart des gens meurent dans la vieillesse. Chez les personnes de 65 ans et plus, le cancer est la principale cause médicale de décès chez les hommes, tandis que la maladie cardiaque vient en tête chez les femmes. Outre ces problèmes de santé physique, les résultats de la

présente analyse d'un échantillon nationalement représentatif de personnes âgées suivies pendant une période de huit ans donnent à penser que la santé émotionnelle, surtout la détresse psychologique, peut avoir une influence sur la survie.

La détresse psychologique s'avère un prédicteur important du décès chez les femmes, même en tenant compte de l'effet de l'âge, du stress familial et financier, du niveau de scolarité, des principaux problèmes de santé chroniques, de l'usage du tabac, de l'IMC et de la consommation d'alcool. Ce résultat s'apparente à ceux d'études antérieures indiquant que les facteurs psychosociaux contribuent indépendamment à la mortalité.

Bien que la relation entre la détresse psychologique et le décès chez les hommes soit, au départ, semblable à celle observée chez les femmes, la force de l'association diminue lorsqu'on neutralise l'effet des maladies chroniques. L'effet relativement plus prononcé des facteurs psychologiques (détresse et stress

financier) chez les femmes pourrait être une conséquence de leur niveau élevé chez ces dernières. Il pourrait aussi témoigner de la plus grande vulnérabilité des hommes aux effets des maladies chroniques dégénératives, comme le cancer, l'accident vasculaire cérébral, la maladie cardiaque et la maladie respiratoire, qui annulent les effets des facteurs psychologiques.

Le résultat principal de la présente analyse est l'importance de la détresse psychologique en tant que prédicteur de la mortalité chez les femmes. À l'heure actuelle, les mécanismes reliant ce facteur au risque de décès demeurent mal compris. Un mauvais état de santé émotionnelle pourrait être relié indirectement au décès si la résistance est affaiblie par la négligence des besoins physiques. Ou bien, la relation pourrait être plus directe, par la voie d'altérations de la réponse immunitaire et d'autres systèmes de défense physiologiques. La force de l'association qui se dégage de la présente analyse souligne la nécessité de poursuivre l'étude. ■

Références

1. Bureau fédéral de la statistique, *Statistiques vitales 1926*, Sixième Rapport Annuel, Ottawa, ministre du Commerce, 1929.
2. Statistique Canada, Base canadienne de données sur la mortalité, 2002.
3. 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).
4. 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).
5. National Center for Health Statistics, *Instruction Manual, part 9. ICD-10 Cause-of-death Lists for Tabulating Mortality Statistics, Effective 1999*, Centers for Disease Control and Prevention, United States Department of Health and Human Services, juillet 1999.
6. Organisation mondiale de la Santé, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993.
7. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
8. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
9. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, Baltimore, Maryland, août 1999.
10. L.F. Berkman et S.L. Syme, « Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents », *American Journal of Epidemiology*, 109, 1979, p. 186-204.
11. M.G. Marmot, M.J. Shipley et G. Rose, « Inequalities in death—specific explanations of a general pattern? », *The Lancet*, i, 1984, p. 1003-1006.
12. V.J. Schoenbach, B.H. Kaplan, L. Fredman *et al.*, « Social ties and mortality in Evans County, Georgia », *American Journal of Epidemiology*, 123, 1986, p. 577-591.
13. J.M. Murphy, R.R. Monson, D.C. Olivier *et al.*, « Affective disorders and mortality », *Archives of General Psychiatry*, 44, 1987, p. 473-480.
14. D.C. Greenwood, K.R. Muir, C.J. Packham *et al.*, « Coronary heart disease: a review of the role of psychosocial stress and social support », *Journal of Public Health Medicine*, 18(2), 1996, p. 221-231.
15. F.A. Huppert et J.E. Whittington, « Symptoms of psychological distress predict 7-year mortality », *Psychological Medicine*, 25, 1995, p. 1073-1086.
16. T.E. Seeman, « Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults », *American Journal of Health Promotion*, 14(6), 2000, p. 362-370.
17. J.K. Kiecolt-Glaser, L. McGuire, T.F. Robles *et al.*, « Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 2002, p. 537-547.
18. T.E. Seeman, E. Crimmins et M.-H. Huang, « Cumulative biological risk and socio-economic differences in mortality: MacArthur Studies of Successful Aging », *Social Science & Medicine*, 58, 2004, p. 1985-1997.
19. P.D. Somervell, B.H. Kaplan, G. Heiss *et al.*, « Psychological distress as a predictor of mortality », *American Journal of Epidemiology*, 130, 1989, p. 1013-1023.
20. K.L. Robinson, J. McBeth et G.J. MacFarlane, « Psychological distress and premature mortality in the general population: A prospective study », *Annals of Epidemiology*, 14, 2004, p. 467-472.

21. J. Feldman, D.M. Makuc, J.C. Kleinman *et al.*, « National trends in educational differences in mortality », *American Journal of Epidemiology*, 129(5), 1989, p. 919-933.
22. H. Ellekjær, J. Holmen et L. Vatten, « Blood pressure, smoking and body mass in relation to mortality from stroke and coronary heart disease in the elderly. A 10-year follow-up in Norway », *Blood Pressure*, 10, 2001, p. 156-163.
23. L.P. Fried, R.A. Kronmal, A.B. Newman *et al.*, « Risk factors for 5-year mortality in older adults. The Cardiovascular Health Study », *JAMA*, 279, 1998, p. 585-592.
24. M. May, P. McCaron, S. Stansfeld *et al.*, « Does psychological distress predict the risk of ischemic stroke and transient ischemic attack? The Caerphilly Study », *Stroke*, 33, 2002, p. 7-12.
25. J. Gardner et A. Oswald, « How is mortality affected by money, marriage, and stress? », *Journal of Health Economics*, 23, 2004, p. 1181-1207.
26. K. Fiscella et P. Franks, « Does psychological distress contribute to racial and socioeconomic disparities in mortality? », *Social Science & Medicine*, 45(12), 1997, p. 1805-1809.
27. M. Wolfson, G. Rowe, J.F. Gentleman *et al.*, « Career earnings and death: a longitudinal analysis of older Canadian men », *Journal of Gerontology*, 48(4), 1993, p. 167-179.
28. Y. Ben-Shlomo, G. Davey Smith, M. Shipley *et al.*, « Magnitude and causes of mortality differences between married and unmarried men », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47(3), 1993, p. 200-205.
29. R.C. Kessler, G. Andrews, L.F. Colpe *et al.*, « Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress », *Psychological Medicine*, 32, 2002, p. 959-976.
30. Statistique Canada, Annexe F : Variables dérivées, Enquête nationale sur la santé de la population, *Fichiers de microdonnées à grande diffusion*, 1994-1995 (n° 82F0001XCB au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 1995, p. 17-20.
31. T. Stephens, C.I. Craig et B.F. Ferris, « Adult physical activity in Canada: findings from the Canada Fitness Survey », *La revue canadienne de santé publique*, 77(4), 1986, p. 285-290.
32. US Department of Health and Human Services. *The Health Benefits of Smoking Cessation*. DHHC publication no. (CDC) 90-8416. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health, 1990.
33. Santé Canada, *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, 2003 (Santé Canada, n° H49-179/2003F au catalogue).
34. W.J. Furlong, D.H. Feeny et G.W. Torrance, « Health Utilities Index (HUI): Algorithm for determining HUI Mark 2 (HUI2)/ Mark 3 (HUI3) health status classification levels, health states, health-related quality of life utility scores and single-attribute utility score from 40-item interviewer-administered health status questionnaires », Dundas, Ontario, Health Utilities Inc., février 1999.
35. W.J. Furlong, D.H. Feeny et G.W. Torrance *et al.*, « Multiplicative multi-attribute utility function for the Health Utilities Index Mark 3 (HUI3) system: a technical report », Hamilton, Ontario: McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis Working Paper 98-11, décembre 1998.
36. E. Prescott, M. Hippe, P. Schnohr *et al.*, « Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study », *British Medical Journal*, 316, 1998, p. 1043-1047.

Annexe

Tableau A
Valeur moyenne de certaines variables, selon le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	Hommes	Femmes
Âge en 1994-1995	73,2	74,1*
Durée de la survie (jours)	2 338	2 526

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal, 1994-1995 à 2002-2003

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ($p < 0,05$).

Tableau B
Valeur moyenne de certaines variables en 1994-1995, selon le statut vital en 2002-2003 et le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	Hommes	Femmes
Détresse psychologique (0 à 24[†])		
En vie [‡]	1,74	2,70
Décédé(e)	2,80*	4,19*
Âge (années)		
En vie [‡]	71,35	72,45
Décédé(e)	75,70*	77,86*
État de santé (IES3) (-0,360 à 1,000[‡])		
En vie [‡]	0,84	0,80
Décédé(e)	0,70*	0,61*

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal, 1994-1995 à 2002-2003

[†] Catégorie de référence.

[‡] Fourchette de scores possibles pour l'échelle utilisée pour mesurer la variable.

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