

# 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

**A**u cours du XX<sup>e</sup> siècle, l'espérance de vie à la naissance au Canada a augmenté de façon spectaculaire, passant de moins de 50 ans au début du siècle<sup>1</sup> à près de 80 ans à la fin de ce dernier<sup>2</sup>. 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 santé<sup>3-10</sup>.

## 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 antérieurement<sup>11</sup>.

*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<sup>12,13</sup>.

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 fiable<sup>14-16</sup>, 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 âgées<sup>17</sup>.

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 maladie<sup>18</sup>.

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 précédente<sup>19</sup>. 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<sup>5, 9, 20-24</sup>. 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.

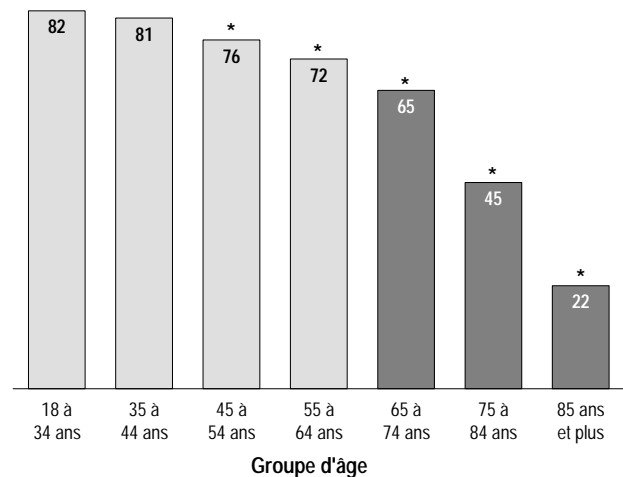
Dans la présente analyse, la personne âgée doit satisfaire à quatre critères pour être considérée comme en « bonne santé » : avoir une bonne santé fonctionnelle, être autonome dans les activités de la vie quotidienne, avoir une perception positive de sa santé générale ainsi qu'une perception positive 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 »<sup>25</sup>.

### 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

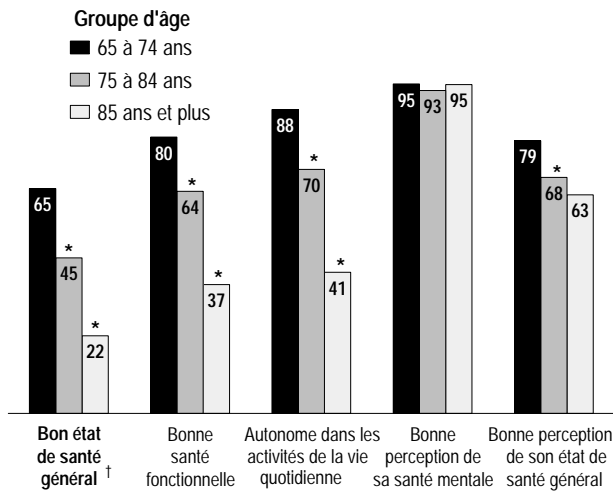
	Tous les aînés	Sexe		Groupe d'âge		
		Hommes	Femmes	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
Bon état de santé général†	55	59	52*	65	45*	22*
Bonne santé fonctionnelle	71	76	68*	80	64*	37*
Aucune incapacité ou incapacité corrigée pour :						
La vue	96	97	95*	98	95*	86*
L'ouïe	96	96	97*	98	95*	90*
L'élocution	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<sup>5,7,20-23,26,27</sup>, 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<sup>7,27</sup>.

La forte consommation d'alcool est bien sûr reconnue comme étant nuisible pour la santé, mais une consommation modérée peut avoir certains effets bénéfiques<sup>28-30</sup>. Boire modérément semble avoir un effet favorable sur la production des lipides, ce qui réduit le risque de cardiopathie<sup>31-35</sup>. 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 bilan<sup>36</sup>. 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 cardiopathie<sup>37</sup>. 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*)<sup>17</sup>.

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<sup>26,38</sup>. 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 %
<b>Total</b>	<b>54,9</b>						
<b>Nombre de problèmes de santé chroniques</b>				<b>Facteurs psychosociaux</b>			
Aucun <sup>†</sup>	80,3	1,0	...	<b>Stress de la vie</b>			
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 <sup>†</sup>	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	<b>Sentiment d'appartenance à la collectivité</b>			
<b>Facteurs de risque liés au comportement</b>				Très/assez fort	61,6*	1,5*	1,2- 1,8
<b>Activité physique pendant les loisirs</b>				Assez/très faible <sup>†</sup>	48,9	1,0	...
Fréquente (au moins 3 fois/semaine)	66,9*	2,2*	1,8- 2,6	<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>			
Occasionnelle (1 à 2 fois/semaine)	63,0*	2,1*	1,6- 2,7	<b>Sexe</b>			
Rare <sup>†</sup> (<1 fois/semaine)	36,2	1,0	...	Hommes	58,9*	1,0	0,8- 1,1
<b>Consommation d'alcool</b>				Femmes <sup>†</sup>	51,8		
Forte consommation hebdomadaire	42,6*	0,3*	0,2- 0,5	<b>Âge (variable continue)</b>		0,94*	0,92-0,95
Consommation hebdomadaire ou occasionnelle <sup>†</sup>	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 <sup>†</sup>	22,4	...	...
Abstinence à vie	43,8*	0,6*	0,5- 0,8	<b>Modalités de vie</b>			
<b>Indice de masse corporelle (IMC)</b>				Avec conjoint <sup>†</sup>	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 <sup>†</sup> (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	<b>Résidence</b>			
Obésité (≥ 30)	46,4*	0,8*	0,6- 1,0	Région rurale	54,3	1,2	1,0- 1,4
<b>Consommation quotidienne de fruits et de légumes (fois par jour)</b>				Région urbaine <sup>†</sup>	57,6	1,0	...
Moins de 3	51,6*	0,8	0,7- 1,0	<b>Niveau de scolarité</b>			
De 3 à 5	56,4*	0,9	0,7- 1,0	Pas de diplôme d'études secondaires <sup>†</sup>	46,8	1,0	...
5 et plus <sup>†</sup>	61,8	1,0	...	Diplôme d'études secondaires ou plus	62,8*	1,5*	1,2- 1,7
<b>Usage du tabac</b>				<b>Revenu du ménage</b>			
Fume quotidiennement	55,0	1,0	0,8- 1,2	Inférieur/moyen-inférieur <sup>†</sup>	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 <sup>†</sup>	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 élevé<sup>39</sup>, 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 chronique<sup>40</sup>, c'est-à-dire qu'ils changent leur comportement après avoir perdu la santé.

### Facteurs psychosociaux

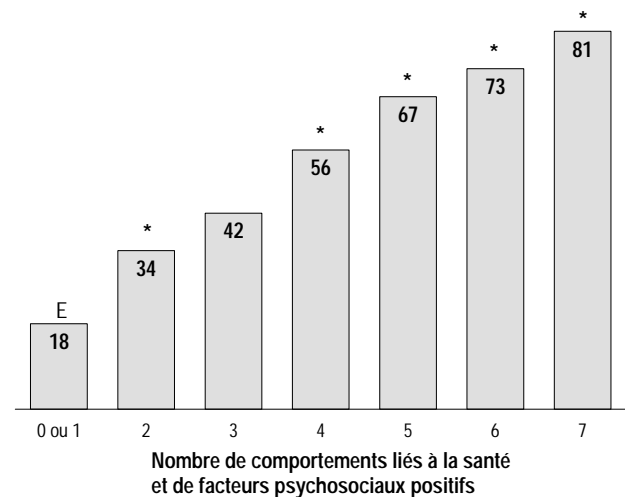
Les aînés qui percevaient la vie comme peu stressante étaient environ deux fois plus susceptibles d'être en bonne santé que ceux qui avaient beaucoup de stress (62 % contre 32 %). En outre, les aînés qui ont déclaré avoir un profond sentiment d'appartenance à leur collectivité étaient plus susceptibles 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 mentale<sup>41</sup>. 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<sup>41,42</sup>.

### 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<sup>6,38</sup>. 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<sup>†</sup> 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 <sup>‡</sup>	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

<sup>†</sup> Corrigés pour tenir compte des facteurs sociodémographiques et du nombre de problèmes de santé chroniques.

<sup>‡</sup> 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 stressants<sup>43</sup>. 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)
<b>Total</b> 4 557	<b>891</b>

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*<sup>44-46</sup>. 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<sup>17,47</sup>, 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 fumé<sup>49</sup>).

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 vie<sup>48</sup>. 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 aînés<sup>49</sup> 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

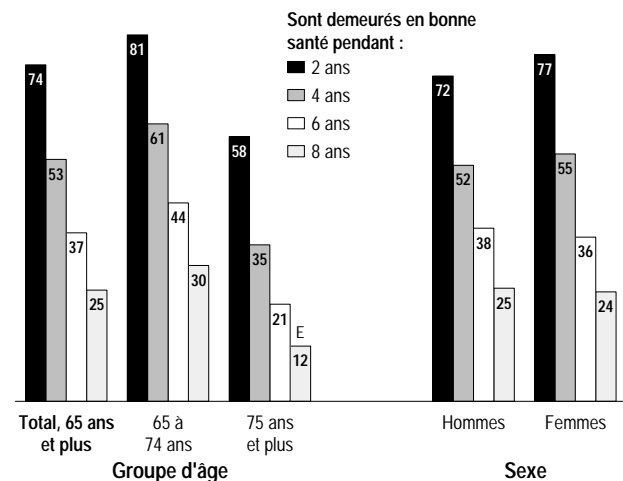
Pour l'analyse des données de l'ENSP, le revenu n'a pas été pris en compte dans les modèles à plusieurs variables. On a toutefois inclus le stress financier, qui est en forte corrélation avec le revenu et qui est considéré comme plus pertinent pour classer le statut socioéconomique des aînés.

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 %
<b>Facteurs de risque liés au comportement</b>		
<b>Activité physique pendant les loisirs</b>		
Fréquente/occasionnelle	1,5*	1,1- 1,9
Rare†	1,0	...
<b>Consommation d'alcool</b>		
Consommation hebdomadaire/occasionnelle	1,4*	1,1- 1,8
Aucune consommation†	1,0	...
<b>Indice de masse corporelle</b>		
Poids normal	1,3*	1,0- 1,6
Poids insuffisant/embonpoint/obésité†	1,0	...
<b>Usage du tabac</b>		
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	...
<b>Facteurs psychosociaux</b>		
<b>Fort sentiment de cohésion</b>		
Oui	1,4*	1,1- 1,8
Non†	1,0	...
<b>Stress financier</b>		
Oui	0,8	0,6- 1,0
Non†	1,0	...
<b>Stress lié à la santé de la famille</b>		
Oui	1,2	0,8- 1,6
Non†	1,0	...
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>		
<b>Sexe</b>		
Hommes	1,0	0,8- 1,3
Femmes†	1,0	...
<b>Âge (variable continue)</b>		
Modalités de vie	0,92*	0,90-0,94
<b>Modalités de vie</b>		
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
<b>Résidence</b>		
Région rurale	1,1	0,8- 1,4
Région urbaine†	1,0	...
<b>Niveau de scolarité</b>		
Pas de diplôme d'études secondaires†	1,0	...
Diplôme d'études secondaires ou plus	1,3*	1,0- 1,6
<b>Nombre de problèmes de santé chroniques</b>		
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 santé<sup>50</sup>. 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.

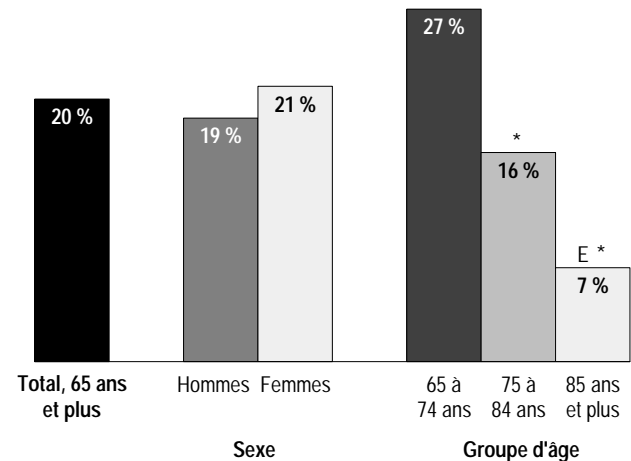
### Rétablissement

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 bon<sup>51</sup>. 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 %
<b>Facteurs de risque liés au comportement</b>		
<b>Activité physique pendant les loisirs</b>		
Fréquente/occasionnelle	1,9*	1,5- 2,4
Rare†	1,0	...
<b>Consommation d'alcool</b>		
Consommation hebdomadaire/occasionnelle	1,4*	1,1- 1,8
Aucune consommation†	1,0	...
<b>Indice de masse corporelle</b>		
Poids normal	1,3*	1,0- 1,6
Poids insuffisant/embonpoint/obésité†	1,0	...
<b>Usage du tabac</b>		
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	...
<b>Facteurs psychosociaux</b>		
<b>Fort sentiment de cohésion</b>		
Oui	1,5*	1,2- 1,9
Non†	1,0	...
<b>Stress financier</b>		
Oui	0,6	0,4- 1,0
Non†	1,0	...
<b>Stress lié à la santé de la famille</b>		
Oui	0,8	0,5- 1,2
Non†	1,0	...
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>		
<b>Sexe</b>		
Hommes	0,8*	0,6- 1,0
Femmes†	1,0	...
<b>Âge (variable continue)</b>	0,92*	0,90-0,94
<b>Modalités de vie</b>		
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
<b>Résidence</b>		
Région rurale	1,1	0,8- 1,4
Région urbaine†	1,0	...
<b>Niveau de scolarité</b>		
Pas de diplôme d'études secondaires†	1,0	...
Diplôme d'études secondaires ou plus	1,0	0,8- 1,3
<b>Nombre de problèmes de santé chroniques</b>		
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
<b>Cycle de l'ENSP</b>		
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](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 Etats. 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](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).