

# Caractéristiques des utilisateurs des services hospitaliers

Kathryn Wilkins et Evelyn Park

## Résumé

### Objectifs

Cet article examine certains problèmes de santé des personnes ne vivant pas en établissement, ainsi que les caractéristiques personnelles associées à leur hospitalisation.

### Source des données

Les données recueillies à partir d'un échantillon de personnes de 15 ans et plus vivant dans 27 263 foyers situés dans les 10 provinces, sont extraites de la composante ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995.

### Techniques d'analyse

À partir d'analyses bidimensionnelles et de régressions multiples, on a déterminé les liens entre l'hospitalisation et les problèmes de santé chroniques, les caractéristiques démographiques, les comportements liés à la santé et la situation socio-économique.

### Résultats principaux

Le cancer et l'incapacité de longue durée sont fortement associés à l'hospitalisation tout au cours de l'âge adulte. Chez les femmes de moins de 65 ans, le rapport de cote exprimant le risque d'hospitalisation est plus élevé pour celles dont le revenu est inadéquat que pour celles dont le revenu est adéquat, même après avoir contrôlé les écarts par rapport à l'état de santé.

### Mots-clés

Hospitalisation, besoins en matière de services de santé, maladie chronique, situation socio-économique, enquêtes sur la santé.

### Auteurs

Kathryn Wilkins (613) 951-1769 et Evelyn Park (613) 951-5821 font partie de la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Ces dernières années, des restrictions financières à tous les paliers d'administration publique, conjuguées à des mesures de réforme de la santé, ont transformé la manière dont les soins de santé sont prodigués à la population canadienne. La réduction des budgets de soins de santé s'est traduite par une diminution constante du taux d'hospitalisation et par de plus courts séjours à l'hôpital<sup>1,2</sup>. Le secteur hospitalier continue néanmoins à absorber une proportion considérable des dépenses en matière de santé. En 1993, on a estimé les dépenses de soins hospitaliers à 26,1 milliards de dollars. Cela représentait 36 % de l'ensemble des coûts directs des soins de santé au cours de cette même année<sup>3</sup>.

D'après l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 (ENSP) 2,2 millions de Canadiens de 15 ans et plus (ne vivant pas en établissement) ont passé au moins une nuit dans un hôpital, une maison de soins infirmiers ou une maison de convalescence pendant la période de 12 mois qui a précédé l'ENSP. (On emploiera le terme «services hospitaliers» dans cet article lorsqu'on fera référence à l'ensemble des hôpitaux, maisons de soins infirmiers et maisons de convalescence.) Si on déterminait les

## Méthodologie

### Source des données

Les données utilisées dans cet article sont extraites de la composante ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995<sup>4</sup>. L'échantillon hors établissements de l'ENSP comprenait 27 263 ménages. Dans chaque ménage, une personne informée a donné des renseignements au sujet de la santé de chaque membre du ménage. En outre, un membre du ménage choisi au hasard a donné des renseignements détaillés sur sa propre santé. (La personne qui a donné ces derniers renseignements n'était pas forcément la même qui a donné des renseignements sur chaque membre du ménage.) Le taux de réponse à l'enquête (la proportion de ménages choisis ayant accepté de participer, y compris les ménages rejetés ultérieurement pour des motifs d'échantillonnage) était de 88,7 %. Chez les membres des ménages choisis au hasard, le taux de réponse était de 96,1 %.

Les données de l'ENSP sur l'hospitalisation ont été recueillies grâce à la question par oui ou non suivante : « Au cours des 12 derniers mois, ... a-t-il(elle) été un(e) patient(e) pour une nuit dans un hôpital, une maison de soins infirmiers ou une maison de convalescence? » On n'a pas demandé le motif de l'hospitalisation.

Conformément à la structure d'Andersen et de Newman, les variables choisies par rapport à l'hospitalisation comprenaient des indicateurs de la maladie, comme la perception personnelle de l'état de santé général, les maladies chroniques, l'incapacité de longue durée, la présence de blessures suffisamment graves pour restreindre les activités courantes et l'indice de masse corporelle. Les variables choisies considérées comme des facteurs de prédisposition des personnes à l'hospitalisation comprenaient l'âge, le sexe et l'état matrimonial. En outre, certains comportements spécifiques liés à la santé, notamment l'usage du tabac, la consommation d'alcool et l'activité physique pendant les loisirs, ont été considérés comme des facteurs de prédisposition. Les facteurs favorables choisis comprenaient le niveau de scolarité et le niveau de revenu (voir *Définitions*).

Selon Andersen et Newman, un revenu élevé favorise l'utilisation des services de santé. Cette perception du revenu en tant que facteur favorable relève davantage du contexte du système de santé des États-Unis que de celui du Canada. Quoi qu'il en soit, le revenu demeure fortement et inversement lié à l'état de santé des Canadiens, et les soins de santé sont un facteur déterminant de l'état de santé. Par conséquent, une question clé de cette analyse est le lien entre le revenu et l'hospitalisation – un aspect des soins de santé.

Au nom de tous les membres du ménage, la personne interrogée a donné des renseignements sur l'hospitalisation, les maladies chroniques, l'incapacité, la disposition du répondant dans le ménage, le niveau de scolarité et le revenu. Les données plus approfondies et liées à la santé en fonction de la présence de blessures invalidantes pendant la période de 12 mois qui a précédé l'enquête – état de santé général, activité physique pendant les loisirs, taille et poids, usage

du tabac et consommation d'alcool – étaient habituellement transmises au moyen d'une interview sans procuration d'un membre du ménage choisi au hasard seulement.

### Techniques d'analyse

On s'est servi de la régression logistique pour déterminer la direction et le degré d'association existant entre l'hospitalisation au cours des 12 derniers mois et les variables choisies. Certaines enquêtes préliminaires ont révélé que les variables associées à l'hospitalisation varient selon le sexe, et différents âges. Par conséquent, on a réalisé des analyses distinctes chez les hommes et chez les femmes, ainsi que dans les groupes d'âge de 15 à 39 ans, de 40 à 64 ans et de 65 ans et plus. Chaque régression a été pondérée au moyen des poids de l'enquête ajustés en fonction de la taille de l'échantillon.

Toutes les estimations de la prévalence étaient fondées sur les données pondérées selon la structure d'âge et de sexe de la population de 1994-1995.

### Limites

Dans cette étude, on a analysé des données transversales. Par conséquent, on ne peut pas déduire de causalité à partir des relations observées entre les variables.

Les données recueillies par auto-évaluation ou par interview avec procuration sont sujettes à des erreurs de déclaration. Afin de réduire au minimum ces erreurs dans les données liées aux affections chroniques, on a demandé aux personnes interrogées de ne déclarer que les affections qui ont été « diagnostiquées par un professionnel de la santé ».

Les données de l'ENSP utilisées dans cette analyse ont été recueillies auprès de personnes vivant dans la communauté. Même si le pourcentage de personnes vivant dans des établissements, comme les établissements de soins de longue durée, est très faible (1 % dans l'ensemble et 5 % des personnes de 65 ans et plus)<sup>5</sup>, les caractéristiques de la population en établissement peuvent s'écarter de celles de la population vivant dans la communauté, de telle sorte qu'elles influeraient sur les résultats de l'analyse si on les y incluait. Par conséquent, les constatations ne peuvent être étendues qu'aux personnes vivant dans la communauté.

Les résultats mentionnés dans cet article sont quelque peu limités par le biais de sélection. Par exemple, les renseignements au sujet de certains utilisateurs des services hospitaliers n'ont pas été recueillis parce qu'ils vivent seuls et étaient hospitalisés au moment de l'enquête. D'autres avaient été hospitalisés pendant les 12 mois précédents, mais ils étaient décédés depuis. Dans la mesure où les caractéristiques liées à l'hospitalisation sont différentes entre les personnes ayant participé à l'enquête et la totalité de la population des utilisateurs des services hospitaliers, les résultats des analyses de régression seront biaisés.

caractéristiques des personnes risquant davantage d'être hospitalisées, les programmes qui tentent de réduire les besoins en services d'hospitalisation pourraient être orientés de façon rationnelle vers ces personnes. Cet article étudiera donc les problèmes de santé et les caractéristiques personnelles qui sont associées à l'hospitalisation.

Pour déterminer ces caractéristiques, certaines recherches antérieures ont mis l'accent sur l'influence de problèmes de santé spécifiques, comme les céphalées ou les troubles musculosquelettiques<sup>6,7</sup>. D'autres chercheurs ont étudié les effets indépendants de l'âge et de la gravité de la maladie sur l'admission à l'hôpital<sup>8</sup>.

La façon d'aborder les facteurs déterminants de l'hospitalisation est fondée dans cet article sur une structure précisée par Andersen et Newman<sup>9</sup>. Ce cadre comprend des dimensions sociétale, systémique (concernant l'organisation des soins de santé) et individuelle. La dimension individuelle, le domaine de recherche de cet article, est divisée en trois groupes de facteurs déterminants : la maladie, les facteurs de prédisposition (p. ex. l'âge) et les facteurs favorables (p. ex. la scolarité).

À l'aide de données de l'ENSP de 1994-1995, on examine la contribution de facteurs de maladie spécifiques, y compris des maladies chroniques et d'autres problèmes de santé, ainsi que la mesure dans laquelle certains facteurs prédisposants et favorables, en particulier la situation socio-économique, sont associés à l'hospitalisation, après avoir tenu compte des écarts sur le plan de l'état de santé (voir *Méthodologie*).

En plus de l'ENSP, on peut obtenir des renseignements sur l'utilisation des services hospitaliers à partir d'autres bases de données montées et mises à jour par Statistique Canada (voir *Données administratives*). La recherche fondée sur ces sources a été publiée antérieurement dans les *Rapports sur la santé*. Par exemple, les données administratives ont servi à examiner les radiations (incluant sortie ou décès) attribuées à des diagnostics spécifiques.<sup>10</sup> Des données personnalisées - des ensembles d'enregistrements administratifs appariés par patient - ont servi à étudier un certain nombre de personnes hospitalisées selon le diagnostic.<sup>11</sup>

## Données administratives

Les statistiques sur les radiations extraites de la Base de données sur la morbidité hospitalière de Statistique Canada brossent un tableau de l'utilisation des services hospitaliers différent de celui qui est présenté dans cet article. Par exemple, selon les données de l'ENSP, parmi la sélection d'affections chroniques autodéclarées, les cancéreux présentaient le rapport de cote d'hospitalisation antérieure le plus élevé par rapport aux personnes qui ne sont pas atteintes de cancer. Cependant, selon les données administratives, les néoplasmes (cancer) venaient au cinquième rang des principaux diagnostics responsables de séjours à l'hôpital chez les hommes et les femmes (voir le tableau ci-dessous). Une telle différence s'explique en partie par la nature des données administratives, qui englobent des statistiques sur toutes les affections (maladies aiguës et chroniques) ayant nécessité une hospitalisation.

Bien que l'ENSP et la Base de données sur la morbidité hospitalière comportent toutes deux des renseignements sur l'utilisation des services hospitaliers, elles présentent des différences appréciables. Par exemple, chaque enregistrement extrait de la base de données administratives correspond à une radiation, cependant que chacun des enregistrements de l'ENSP se rapporte à une personne. Les enregistrements de radiations incluent également le diagnostic responsable du séjour à l'hôpital, alors que ce renseignement n'a pas été recueilli dans le cadre de l'ENSP. Les renseignements recueillis sur la santé des répondants à l'ENSP comprennent la présence de certaines affections chroniques et blessures, mais on ignore si ces affections étaient directement associées à l'hospitalisation déclarée. On estime que la Base de données sur la morbidité hospitalière est complète, alors que les données de l'ENSP ont été recueillies auprès de ménages choisis au hasard. En outre, les données extraites d'enregistrements administratifs comportent des renseignements au sujet de toutes les personnes hospitalisées, quel que soit leur lieu de résidence. Une telle différence s'explique en partie par la nature des données administratives, qui englobent des statistiques sur toutes les affections (maladies aiguës et chroniques) ayant nécessité une hospitalisation.

### Radiations, selon le sexe et le diagnostic responsable, population de 15 ans et plus, Canada, 1994

<b>Hommes - tous les diagnostics</b>	<b>1 242 404</b>
Maladies de l'appareil circulatoire	259 805
Maladies de l'appareil digestif	172 763
Blessure et empoisonnement	126 633
Maladies de l'appareil respiratoire	109 326
Néoplasmes	106 701
Troubles mentaux	78 222
Tous les autres diagnostics	388 954
<b>Femmes - tous les diagnostics</b>	<b>1 855 969</b>
Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches	500 074
Maladies de l'appareil circulatoire	205 324
Maladies de l'appareil digestif	185 856
Maladies de l'appareil génito-urinaire	138 088
Néoplasmes	127 991
Blessure et empoisonnement	114 385
Tous les autres diagnostics	584 251

**Source des données :** Base de données sur la morbidité hospitalière

**Nota :** Les catégories diagnostiques employées correspondent aux chapitres de la CIM-9.

Un des avantages de ces bases de données administratives est leur exhaustivité, mais elles procurent peu de renseignements au sujet des particularités de chaque patient. L'ENSP comprend toutefois des données générales sur les caractéristiques des répondants et a donc rendu possible la recherche présentée dans cet article.

### **Liens importants avec le cancer**

Comme l'on pouvait s'y attendre, dans tous les groupes d'âge, que ce soit chez les hommes ou les femmes, un lien significatif existe entre le fait d'être en bonne ou en mauvaise santé (selon l'auto-évaluation de l'ENSP) et l'hospitalisation. Ce résultat confirme non seulement l'importance de cette simple question d'auto-évaluation en tant que moyen efficace et efficient d'évaluer la santé, mais il correspond aussi aux constatations d'autres études, qui ont révélé que l'auto-évaluation de la santé est associée à diverses mesures de l'état de santé<sup>12,13</sup>.

Parmi les facteurs de maladie choisis, on constate une forte relation entre l'hospitalisation et le cancer. Près de 4 personnes sur 10 se déclarant atteintes du cancer ont passé au moins une nuit à l'hôpital pendant les 12 mois qui ont précédé l'ENSP (tableau 1). Lorsqu'on les compare à celles qui n'en sont pas atteintes, le rapport de cote d'avoir été hospitalisées (après que l'on ait contrôlé les effets d'autres variables) reste toujours élevé chez les hommes et les femmes et dans tous les groupes d'âge, à l'exception des jeunes hommes (tableau 2).

Chez les hommes de 15 à 39 ans, le rapport de cote le plus élevé se présente chez ceux qui ont déclaré être diabétiques par comparaison avec ceux qui ne l'ont pas signalé. Chez les jeunes hommes diabétiques, le rapport de cote exprimant le risque d'être hospitalisé était six fois supérieurs à ceux de jeunes hommes ne souffrant pas de ce trouble, une constatation qui tient peut-être à la difficulté de maîtriser le diabète chez ce groupe d'âge.

Un pourcentage relativement élevé de personnes atteintes de cardiopathie ont été hospitalisées : 24 % des hommes et 33 % des femmes de 15 ans et plus. Tout en permettant de contrôler d'autres facteurs, l'analyse multidimensionnelle a révélé un rapport de cote exprimant un risque d'hospitalisation

manifestement élevé chez les hommes âgés de 40 à 64 ans atteints de cardiopathie ou d'hypertension, par comparaison avec leurs homologues qui ne sont pas touchés par ces maladies. Chez les femmes de 65 ans et plus, on a également observé un rapport de cote élevé de cardiopathie et d'hypertension.

Les allergies s'associent clairement à l'hospitalisation dans le seul cas des jeunes adultes (de 15 à 39 ans). Pour ce qui est des allergies alimentaires le rapport de cote exprimant le risque d'hospitalisation est environ deux fois plus élevé chez eux que chez les personnes de ce groupe d'âge n'étant pas atteintes d'allergie alimentaire. Les allergies non alimentaires s'associent statistiquement à l'hospitalisation seulement chez les femmes.

Les suites d'accidents vasculaires cérébraux et l'incontinence urinaire ont entraîné l'hospitalisation d'une part importante des personnes touchées. Étant donné le petit nombre de personnes touchées vivant encore dans la communauté, on n'a réussi à établir des estimations fiables des proportions de personnes hospitalisées atteintes de ces affections que chez les femmes de 15 ans et plus. En ce qui concerne l'incontinence urinaire, le rapport de cote était élevé chez les hommes de 40 à 64 ans. Pour ce qui est des effets d'un accident vasculaire cérébral, le rapport de cote était significativement élevé chez les hommes de 65 ans et plus.

De même, des estimations fiables des proportions d'épileptiques hospitalisés n'ont pu être établies en raison de leur petit nombre. L'analyse multidimensionnelle révèle toutefois que le rapport de cote exprimant le risque d'hospitalisation était trois fois plus élevé chez les femmes de 15 à 39 ans et de 40 à 64 ans qui ont déclaré une épilepsie, que chez celles qui n'avaient pas cette affection.

De nombreuses études ont pesé la responsabilité de l'arthrite et du rhumatisme en tant que principales causes d'incapacité, de douleurs, de restriction des activités, de dépendance, de diminution de la qualité de vie et de consultations médicales<sup>6,14,15</sup>. Malgré son influence sur d'autres secteurs des services de santé, l'arthrite est généralement pas associée à l'hospitalisation. Comme l'on s'y attendait, les proportions de personnes hospitalisées souffrant d'arthrite et de rhumatisme étaient plus faibles que

Tableau 1  
**Pourcentage de personnes hospitalisées au cours des 12 derniers mois, selon le groupe d'âge, le sexe et certaines caractéristiques, provinces, 1994-1995**

	Groupe d'âge							
	Total 15 ans et plus		15-39 ans		40-64 ans		65 ans et plus	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	%							
<b>Total</b>	<b>7,4</b>	<b>12,1</b>	<b>5,0</b>	<b>14,0</b>	<b>7,3</b>	<b>7,6</b>	<b>16,8</b>	<b>16,9</b>
<b>Facteurs de maladie</b>								
État de santé général								
Excellent, très bon ou bon	5,9	10,3	4,6	13,1	5,7	5,4	13,0	12,5
Passable, mauvais	21,7	25,8	16,2	27,7	19,4	21,8	28,0	28,8
Maladie chronique								
Maladie d'Alzheimer, autres démences	--	--	--	--	--	--	--	--
Arthrite et rhumatisme	13,9	16,5	--	20,3	11,3	11,0	19,6	21,0
Asthme	11,2	17,5	--	18,6	--	13,5	--	--
Maux de dos à l'exclusion de l'arthrite	12,3	17,5	11,0	20,1	11,6	12,1	18,0	23,5
Cancer	39,4	37,0	--	--	--	--	--	38,4
Cataractes	--	25,4	--	--	--	--	--	27,4
Bronchite chronique, emphysème	16,4	22,3	--	24,1	--	--	--	29,6
Diabète	20,8	21,0	--	--	--	--	24,5	24,6
Effets d'un accident vasculaire cérébral	--	35,0	--	--	--	--	--	--
Épilepsie	--	--	--	--	--	--	--	--
Allergies alimentaires	10,7	17,9	--	21,1	--	12,7	--	--
Glaucome	--	--	--	--	--	--	--	--
Cardiopathie	24,0	32,6	--	--	25,8	29,6	22,1	35,3
Hypertension	15,8	18,3	--	--	16,4	11,2	16,9	23,3
Migraines	8,9	16,2	--	19,2	--	11,6	--	--
Allergies non alimentaires	8,0	15,2	6,4	17,7	8,8	9,1	--	21,2
Ulcères de l'estomac et de l'intestin	19,9	23,6	--	--	--	20,3	--	28,3
Incontinence urinaire	--	25,2	--	--	--	--	--	--
Autres problèmes de santé								
Blessure restreignant l'activité physique	11,8	14,3	10,1	13,1	13,7	10,9	--	30,5
Incapacité de longue durée	18,8	23,8	14,1	24,8	18,9	19,3	24,6	28,9
Indice de masse corporelle								
Approprié	6,8	11,7	4,8	14,3	6,5	7,1	17,0	14,0
Insuffisante pondérale	8,4	11,7	--	10,5	--	--	--	26,8
Obésité	8,3	13,6	5,8	17,3	8,0	8,5	17,0	18,7
Inconnu	--	--	--	--	--	--	--	--
<b>Facteurs de prédisposition</b>								
Disposition de vie du répondant								
Avec partenaire	7,8	12,5	4,8	17,7	7,2	6,8	17,3	14,9
Sans partenaire	6,5	11,6	5,3	9,7	7,7	9,9	15,2	18,6
Niveau d'activité physique								
Actif	7,1	9,1	7,2	11,3	6,6	5,2	8,0	9,7
Moyen	8,5	10,3	6,4	11,6	9,5	7,2	14,8	14,1
Inactif	7,3	13,3	3,8	15,4	7,3	8,1	20,7	18,3
Inconnu	--	--	--	--	--	--	--	--
Consommation d'alcool								
≥ 1 verre/semaine	6,4	9,2	4,5	10,4	6,6	6,3	14,9	15,0
Un peu, mais < 1 verre/semaine	6,8	12,0	4,5	14,6	6,9	6,2	17,6	15,7
Aucune	11,2	15,3	8,1	16,2	10,5	11,6	18,5	18,5
Usage du tabac								
Jamais	5,7	10,3	4,3	11,5	4,8	6,7	21,0	14,3
Ancien fumeur/fumeur occasionnel	8,7	13,2	4,5	14,7	8,6	7,9	16,1	20,8
Fumeur	7,5	14,1	6,5	16,7	7,6	8,9	14,4	17,9
<b>Facteurs favorables</b>								
Revenu du ménage								
Adéquat	6,8	10,6	4,6	12,8	6,7	6,0	16,7	15,0
Inadéquat	10,9	17,7	7,6	18,0	13,0	14,9	18,0	20,2
Inconnu	--	--	--	--	--	--	--	--
Scolarité								
Secondaire terminé	6,3	11,7	5,0	14,1	6,4	7,0	14,8	16,3
Secondaire non terminé	9,8	13,2	5,1	13,4	9,8	9,2	18,7	17,4

Source des données : Enquête nationale de la population, composante ménages (répondants choisis au hasard)

-- Nombre infimes.

Tableau 2

**Rapports de cote liant certains facteurs à l'hospitalisation au cours des 12 derniers mois, population de 15 ans et plus, selon le groupe d'âge et le sexe, provinces, 1994-1995**

	Groupe d'âge					
	15-39 ans		40-64 ans		65 ans et plus	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<b>Taille de l'échantillon</b>	3 649	4 236	2 813	3 116	1 230	1 897
<b>Facteurs de maladie</b>						
État de santé général						
Excellent, très bon ou bon	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
Passable, mauvais	2,55**	1,73**	1,65*	2,23**	1,87**	1,50*
<b>Maladie chronique<sup>†</sup></b>						
Arthrite et rhumatisme	0,37	0,94	0,79	0,92	1,00	1,05
Asthme	1,74 *	0,96	0,46	1,12	1,02	0,68
Maux de dos à l'exclusion de l'arthrite	1,57 *	1,25	1,15	1,03	0,98	1,06
Cancer	2,15	3,04**	4,80**	6,98**	4,54**	3,18**
Cataractes	--	--	0,04**	1,15	1,00	1,54*
Bronchite chronique, emphysème	0,37	1,41	0,51	0,93	1,26	1,34
Diabète	5,73**	1,23	0,96	1,13	1,22	1,06
Effets d'un accident vasculaire cérébral	2,01	0,56	0,97	1,26	1,96*	1,61
Epilepsie	2,56	2,93**	0,75	3,66*	--	0,77
Allergies alimentaires	2,22**	1,66**	0,91	1,07	0,50	0,92
Glaucome	--	--	5,29**	0,55	1,00	0,95
Cardiopathie	3,18	1,11	2,20**	1,90*	1,13	2,41**
Hypertension	0,92	1,61	2,39**	0,94	0,87	1,64**
Migraines	0,95	1,05	0,44	1,25	1,48	0,64
Allergies non alimentaires	1,06	1,29*	1,25	1,06	1,05	1,25
Ulcères de l'estomac et de l'intestin	1,98	1,49	2,80**	2,35**	0,97	1,06
Incontinence urinaire	--	--	5,41*	0,81	1,78	1,43
<b>Autres problèmes de santé<sup>†</sup></b>						
Blessure restreignant l'activité physique	3,00**	0,87	2,26**	1,54*	1,71	2,03**
Incapacité de longue durée	2,45**	1,54**	2,99**	2,43**	1,26	1,75**
<b>Indice de masse corporelle</b>						
Approprié	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
Insuffisante pondérale	0,99	0,74*	2,26*	0,97	0,80	1,95**
Obésité	1,33	1,03	0,87	0,87	0,93	1,28
Inconnu	0,42	0,63	--	0,65	0,13	0,31
<b>Facteurs de prédisposition</b>						
<b>Disposition de vie du répondant</b>						
Avec partenaire	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
Sans partenaire	0,98	0,45**	0,84	0,96	0,82	1,03
<b>Niveau d'activité physique</b>						
Actif	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
Modéré	0,98	0,89	1,53	1,34	2,13*	1,27
Inactif	0,49**	1,18	1,15	1,39	2,38**	1,20
Inconnu	0,27**	1,73*	0,51	1,44	1,39	1,49
<b>Consommation d'alcool</b>						
≥1 verre/semaine	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
Un peu, mais <1 verre/semaine	1,14	1,41**	0,86	0,86	1,02	0,98
Aucune	2,15**	1,78**	1,46	1,36	0,90	1,02
<b>Usage du tabac</b>						
Jamais	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
Ancien fumeur/fumeur occasionnel	0,98	1,35**	1,70*	1,09	0,52**	1,61**
Fumeur	1,46	1,46**	1,20	0,91	0,41**	1,41
<b>Facteurs favorables</b>						
<b>Revenu du ménage</b>						
Adéquat	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
Inadéquat	1,46	1,62**	1,57	1,92**	0,96	1,34
Inconnu	1,25	1,49	0,49	1,67	0,99	1,50
<b>Scolarité</b>						
Secondaire terminé	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
Secondaire non terminé	0,78	0,93	1,28	0,81	1,25	0,92

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, composante ménages (répondants choisis au hasard)

**Nota :** Les rapports de cote des catégories de référence sont entre parenthèses. Comme les calculs des erreurs types ne tenaient pas compte des effets du plan, les rapports de cote n'ont été jugés significatifs que si leurs intervalles de confiance ne débordaient pas les valeurs de 0,955 et 1,055, pour les valeurs de cote respectivement inférieures et supérieures à un.

<sup>†</sup> La catégorie de référence constitue l'absence de l'affection.

\*  $0.01 \leq p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

-- Exclu de la régression en raison d'une faible prévalence.



celles des personnes atteintes de nombreuses autres maladies chroniques. Les analyses multidimensionnelles ont révélé que l'arthrite et le rhumatisme ne sont pas associés de façon significative à l'hospitalisation une fois que l'on a contrôlé les effets d'autres variables.

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus qui vivent dans des maisons de soins infirmiers ou des hôpitaux de soins de longue durée, l'arthrite et le rhumatisme sont légèrement *moins* courants que chez les personnes du même âge vivant dans la communauté<sup>5</sup>. Il semble que les besoins des arthritiques en matière de santé soient assurés par des systèmes de soins ambulatoires et officieux, au point où ces personnes peuvent souvent continuer

de vivre dans la communauté et évitent l'hospitalisation.

L'hospitalisation est liée de façon positive et significative aux blessures restreignant l'activité ainsi qu'à l'incapacité de longue durée chez les hommes et les femmes de la plupart des groupes d'âge. Cependant, malgré une certaine collinéarité entre les variables dichotomes (incapacité de longue durée, arthrite et rhumatisme), l'exclusion de l'incapacité de longue durée de l'analyse de régression n'a produit qu'une faible hausse du rapport de cote pour l'arthrite et le rhumatisme mais sans atteindre un niveau significatif.

Lorsque l'indice de masse corporelle (IMC) est associé à l'hospitalisation, il varie selon le sexe et le groupe d'âge (voir *Définitions*). Chez les hommes de 40 à 64 ans et les femmes de 65 ans et plus, un IMC faible est lié de façon positive à un séjour d'une nuit à l'hôpital. Cela peut refléter les effets d'une maladie ou d'un mauvais état nutritionnel provoquant une perte de poids. De même, chez les femmes âgées, les rapports de cote exprimant le risque d'hospitalisation peuvent être plus élevés si elles présentent une insuffisance pondérale en raison du risque accru de fracture osseuse causé par l'ostéoporose<sup>16</sup>.

## Définitions

Indice de masse corporelle : poids corporel (en kilogrammes) divisé par le carré de la taille (en mètres)

Approprié : 20 to 27  
 Insuffisante pondérale : < 20  
 Obésité : > 27

Niveau d'activité physique pendant les loisirs : dépense d'énergie (en kilocalories) divisée par le poids corporel (en kilogrammes) par jour

Actif : > 2,9  
 Moyen : 1,5 to 2,9  
 Inactif : < 1,5

Niveau de revenu : mesure fondée sur le revenu et la taille du ménage (tableaux 1 et 2)

### Niveau de revenu

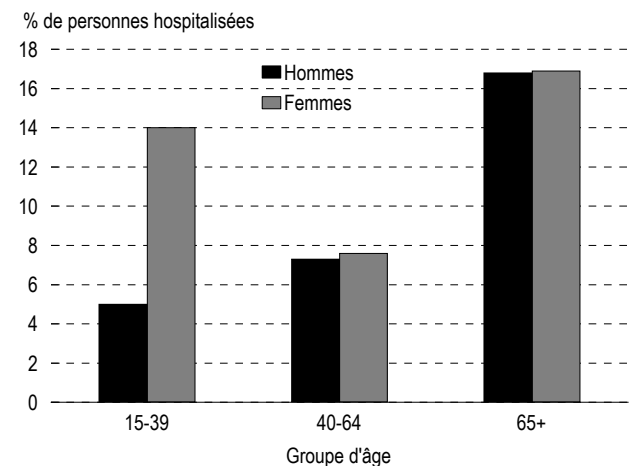
Taille du ménage	Inadéquat	Adéquat
1 ou 2 personnes	< 15 000 \$	≥ 15 000 \$
3 ou 4 personnes	< 20 000 \$	≥ 20 000 \$
5 personnes ou plus	< 30 000 \$	≥ 30 000 \$

Tranches de revenu utilisées dans l'analyse unidimensionnelle (graphique 2 seulement)

### Tranche de revenu

Taille du ménage	Tranche de revenu				
	Faible	Moyen-inférieur	Moyen	Moyen-supérieur	Élevé
1 ou 2 personnes	< 10 000 \$	10 000-14 999 \$	15 000-29 999 \$	30 000-59 999 \$	> 60 000 \$
3 ou 4 personnes	< 10 000 \$	10 000-19 999 \$	20 000-39 999 \$	40 000-79 999 \$	> 80 000 \$
5 personnes ou plus	< 15 000 \$	15 000-29 999 \$	30 000-59 999 \$	60 000-79 999 \$	> 80 000 \$

Graphique 1  
 Pourcentage de personnes hospitalisées au cours des 12 derniers mois, selon le groupe d'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, provinces, 1994-1995



**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, composante ménages (répondants choisis au hasard)

**Nota :** Tous les patients qui ont séjourné une nuit dans un hôpital, une maison de soins infirmiers ou une maison de convalescence sont considérés comme ayant été hospitalisés.

L'étude du lien entre l'hospitalisation et certains facteurs de prédisposition, notamment le sexe, la disposition de vie du répondant et le tabagisme, révèle, étonnamment, très peu de tendances. Sauf dans les groupes de personnes en âge de procréer (15 à 39 ans), les pourcentages de femmes et d'hommes hospitalisés étaient les mêmes (graphique 1)<sup>a</sup>. Puisque la prévalence de nombreuses maladies chroniques est plus élevée chez les femmes que les hommes, on ne s'attendait pas à cette constatation<sup>12,15</sup>.

Selon l'arrangement de vie du répondant (c'est-à-dire vivant ou non avec un partenaire), on n'a observé des écarts importants concernant le taux d'hospitalisation que chez les femmes de 15 à 39 ans. Parmi celles qui vivaient avec un partenaire, 18 % ont été hospitalisées, alors que 10 % de celles qui ne vivaient pas avec un partenaire l'ont été. De même, le rapport de cote d'hospitalisation des femmes ne vivant pas avec un partenaire est significativement faible, sans doute en raison de la fréquence accrue des séjours à l'hôpital liés à la procréation chez les femmes vivant avec un conjoint ou un partenaire.

Aucun lien cohérent ne s'est dégagé pour ce qui est du tabagisme, sauf chez les jeunes de la fin de l'adolescence et les jeunes adultes. Dans le groupe d'âge de 15 à 39 ans, les fumeurs ont été hospitalisés dans des proportions supérieures à celles des non-fumeurs ou des anciens fumeurs et des fumeurs occasionnels. Chez les personnes de 40 ans et plus, on n'a toutefois observé aucun lien entre l'hospitalisation et les habitudes relatives au tabagisme. Une analyse multidimensionnelle a révélé des liens tout aussi contradictoires, selon l'âge et le sexe, entre l'hospitalisation et l'usage du tabac. Par exemple, chez les femmes de 15 à 39 ans, le fait de fumer, (au moins une cigarette par jour) d'avoir fumé ou de fumer occasionnellement, par comparaison avec le fait de ne pas fumer, était associé de façon positive et significative à l'hospitalisation. Cependant, chez les hommes de 65 ans et plus, les fumeurs et les anciens fumeurs ou les fumeurs occasionnels étaient associés de façon négative à

l'hospitalisation. Puisque l'on sait maintenant que l'usage du tabac cause des problèmes respiratoires chroniques, sans compter de très nombreux cancers, cette relation apparemment «protectrice» avec l'hospitalisation chez les hommes plus âgés a de quoi intriguer.

Pour certaines variables, le petit nombre de personnes dans quelques catégories d'âge et de sexe peut expliquer en partie ces résultats imprévus. Par exemple, les catégories «ancien fumeur ou fumeur occasionnel» et «fumeur» étaient associées de façon à la fois négative et positive à l'hospitalisation (dans des catégories d'âge et de sexe distinctes). Cependant, dans une analyse de régression réunissant toutes les données combinées (c'est-à-dire, tous les âges et les deux sexes) on a obtenu le rapport de cote de 1,24 et de 1,19 (tous deux significatifs au niveau de  $p < 0,05$ ) respectivement pour les anciens fumeurs ou les fumeurs occasionnels et pour les fumeurs (données non présentées).

Pour d'autres facteurs de prédisposition, notamment l'âge, le niveau d'activité physique pendant les loisirs et la consommation d'alcool, des tendances nettes sont apparues concernant l'hospitalisation. L'hospitalisation est naturellement plus fréquente chez les personnes âgées. Une personne de 65 ans sur six a signalé avoir passé au moins une nuit à l'hôpital, un résultat presque identique à celui qui a été calculé à la suite de l'Enquête sociale générale de 1991 réalisée par Statistique Canada<sup>17</sup>.

En général, les personnes dont le niveau d'activité physique pendant les loisirs a été jugé «actif» sont hospitalisées moins fréquemment que celles dont l'activité est moindre. Chez les hommes de 15 à 39 ans, on a toutefois observé la tendance contraire; le pourcentage d'hospitalisation est le plus faible chez ceux qu'on a classés parmi les «inactifs». Malgré le contrôle de toutes les autres variables, le rapport de cote de ce groupe d'hommes inactifs est de 0,49 (tableau 2). Cependant, le rapport de cote élevé pour les hommes inactifs âgés de 65 ans et plus, laisse croire qu'on peut repousser les effets nocifs de l'inactivité jusqu'à un âge avancé.

<sup>a</sup> Sept pour cent (7 %) des femmes de 15 à 39 ans ont accouché pendant l'année précédant l'enquête, et la très grande majorité d'entre elles ont alors été hospitalisées.

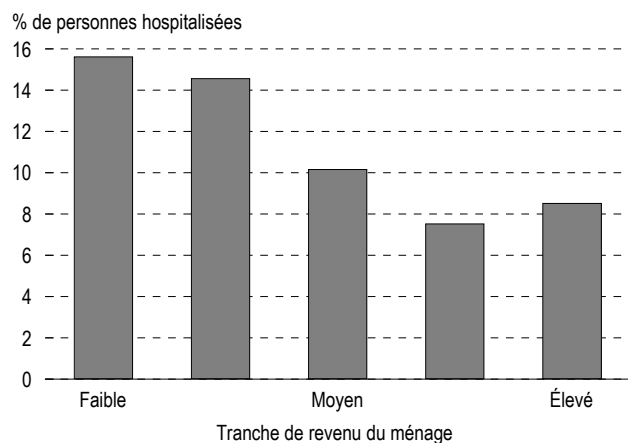


En ce qui concerne la consommation d'alcool, la proportion des personnes hospitalisées est plus élevée chez celles qui disent ne jamais boire et plus faible chez celles qui mentionnent boire au moins un verre par semaine. Cette tendance, plutôt stable chez les hommes et les femmes et dans tous les groupes d'âge, pourrait indiquer chez les personnes qui ne consomment pas d'alcool des problèmes de santé préalable, dont l'étude ne tenait pas compte<sup>17</sup>. D'après l'analyse multidimensionnelle, le rapport de cote des personnes n'ayant jamais bu n'est élevé de façon significative que dans le groupe d'âge de 15 à 39 ans.

### Lien entre la faiblesse du revenu et l'hospitalisation

En général, la proportion des personnes hospitalisées est inversement liée au niveau de revenu (tableau 1 et graphique 2). Après avoir corrigé en fonction des écarts d'autres variables liées à la santé, les rapports de cote d'hospitalisation des femmes de 15 à 39 ans et de 40 à 64 ans, qui vivent dans des ménages dont le revenu est inadéquat, sont significativement élevés par rapport à celles dont le

Graphique 2  
Pourcentage de personnes hospitalisées au cours des 12 derniers mois, par tranche de revenu adéquat du ménage, population de 15 ans et plus, provinces, 1994-1995



**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, composante ménages (répondants choisis au hasard)

**Nota :** Tous les patients qui ont séjourné une nuit dans un hôpital, une maison de soins infirmiers ou une maison de convalescence sont considérés comme ayant été hospitalisés.

revenu est adéquat<sup>b</sup>. Plusieurs études menées antérieurement sur l'utilisation des services de santé au Canada montrent que la faiblesse du revenu est un facteur déterminant presque aussi important que la maladie<sup>18-20</sup>.

Le lien entre un revenu inadéquat et l'hospitalisation corrobore aussi les résultats d'une récente étude où l'on comparait la façon d'utiliser les services hospitaliers chez les résidents de l'Ontario et chez ceux des États-Unis. Cette étude a révélé qu'en Ontario, au contraire des États-Unis, le taux d'admission chez les personnes en mauvais état de santé est presque deux fois plus élevé chez les personnes pauvres que chez celles qui ne le sont pas<sup>21</sup>. Les résultats de l'ENSP complètent aussi les résultats de l'Enquête sociale générale menée par Statistique Canada en 1991, qui a révélé une fréquence accrue d'hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus dont le revenu était inadéquat par rapport à celles dont le revenu était adéquat<sup>17</sup>.

En analysant les données de l'enquête de 1978-1979 on constate toutefois que même si le volume d'utilisation des hôpitaux (duré du séjour, en jours) était plus élevé chez les personnes à faible revenu que chez celles qui ont un revenu élevé, le revenu familial n'était pas lié à la fréquence de l'hospitalisation<sup>20</sup>. Il se peut que l'utilisation du revenu familial, au lieu de la mesure plus évoluée du revenu adéquat utilisée pour les analyses réalisées dans le cadre des enquêtes subséquentes, explique l'absence de lien entre le revenu et l'hospitalisation dans l'enquête de 1978-1979. Par contre, les résultats opposés reflètent peut-être une modification dans le temps du lien entre le revenu et l'hospitalisation.

### Composer avec les restrictions imposées aux hôpitaux

Pour réduire les services hospitaliers sans porter atteinte à la santé des personnes, il faudra notamment marquer des progrès dans le domaine de la prévention ou soulager la gravité des affections

<sup>b</sup> Bien que les rapports de cote exprimant le risque de revenu inadéquat soit élevés chez les hommes de 15 à 39 ans et chez les femmes de 65 ans et plus, ils sont plus ou moins significatifs, les valeurs p de ces deux groupes étant de 0,07, sans doute à cause du petit nombre d'observations dans cette cellule.

particulières associées à l'hospitalisation. Un lien important existe entre l'hospitalisation et le cancer, dont on peut prévenir certains types. Le cancer du poumon, qui devance toutes les autres causes de décès, est presque complètement évitable tout comme de très nombreux cancers causés par l'usage du tabac.

En ce qui concerne d'autres maladies, comme par exemple le cancer du sein, le cancer de la prostate et certains types de cardiopathie, on sait peu de choses au sujet de la prévention. L'intervention chirurgicale – qui requiert inévitablement l'hospitalisation – constitue peut-être le meilleur espoir. Dans ces cas, il ne semble pas souhaitable de déplacer le fardeau des soins postopératoires ou palliatifs vers les services de soins ambulatoires ou communautaires sans mettre en place des soutiens officiels appropriés.

Pour ce qui est des affections comme les blessures, il semble que les possibilités de prévention plus immédiate et donc de réduction des besoins en matière d'hospitalisation soient plus grandes. La prévention des blessures liées aux accidents de véhicules à moteur, par exemple, est un domaine de la santé publique qui a été favorisé par les campagnes et les lois visant à empêcher la conduite avec facultés affaiblies, ainsi que par les progrès en matière de techniques de l'automobile et de conception des routes. On a alloué moins de ressources à d'autres problèmes, comme les chutes chez les personnes âgées, une cause fréquente de blessure et d'hospitalisation<sup>22</sup>.

Même si, au Canada, l'universalité des soins médicaux a éliminé les obstacles financiers immédiats aux services prodigués par les médecins et aux soins hospitaliers<sup>c</sup>, certains écarts demeurent en ce qui concerne la disponibilité des conditions sociales et instrumentales favorisant la santé. Les personnes dont le revenu est inadéquat disposent manifestement d'un accès réduit aux conditions de logement, aux services préventifs, à l'alimentation et à d'autres facteurs moins tangibles qui contribuent à une bonne santé. Les constatations de cette étude

rèvent que les personnes dont les moyens de subsistance sont inadéquats sont proportionnellement plus nombreuses à utiliser les services hospitaliers; cela témoigne peut-être du succès de l'universalité des soins aux malades, mais tout aussi bien de l'échec flagrant d'une distribution équitable du mieux-être<sup>23-29</sup>.

## Références

1. J. Randhawa et R. Riley, «Tendances en matière d'hospitalisation de 1982-1983 à 1992-1993», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1993, p. 45-54, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
2. P. Tully et É. Saint-Pierre, «La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995», *Rapports sur la santé*, 8(4), 1997, p. 33-39 (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
3. R. Moore Y. Mao, J. Zhang et al., «Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993», *Maladies chroniques au Canada*, 18(2), 1997, p. 106-107.
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. 33-41, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
5. P. Tully et C. Mohl, «Résidents âgés des établissements de santé», *Rapports sur la santé*, 7(3), 1995, p. 27-31, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
6. E.M. Badley, I. Rasooly et G.K. Webster, «Relative importance of musculoskeletal disorders as a cause of chronic health problems, disability, and health care utilization : Findings from the 1990 Ontario Health Survey», *Journal of Rheumatology*, 21, 1994, p. 505-514.
7. P.E. Stang, J.T. Osterhaus et D.D. Celentano, «Migraine : Patterns of healthcare use», *Neurology*, 44(Suppl 4), 1994, p. S47-55.
8. W.E. Dunlop, L. Rosenblood, L. Lawrason et al., «Effects of age and severity of illness on outcome and length of stay in geriatric surgical patients», *The American Journal of Surgery*, 165, 1993, p. 577-580.
9. R. Andersen et J. Newman, «Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 1973, p. 95-124.
10. W.J. Millar, C.W. Cole et G.B. Hill, «Tendances de la mortalité et de la morbidité hospitalière dues aux anévrismes de l'aorte abdominale», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 19-27, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
11. H. Johansen, C. Nair et J. Bond, «Qui va à l'hôpital? Étude des gros consommateurs de soins hospitaliers», *Rapports sur la santé*, 6(2), 1995, p. 19-27, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
12. G. Kaplan et T. Camacho, «Perceived health and mortality : A nine-year follow up of the human population laboratory cohort», *American Journal of Epidemiology*, 117, 1983, p. 292.

<sup>c</sup> Chez les personnes dont le revenu est inadéquat, l'absence de moyen de transport, la difficulté à obtenir des services de garderie, etc. peuvent encore nuire à l'accès aux services de soins de santé.

13. E. Idler, S. Kasl et J. Lemke, «Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut and Iowa and Washington counties, Iowa, 1982-1986», *American Journal of Epidemiology*, 131, 1990, p. 91.
14. K. Wilkins et E. Park, «Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité», *Rapports sur la santé*, 8(3), 1996, p. 7-17, (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
15. G.I.J.M. Kempen, J. Ormal, E.L. Brilman et al., «Adaptive responses among Dutch elderly : The impact of eight chronic medical conditions on health-related quality of life», *American Journal of Public Health*, 87(1), 1997, p. 38-44.
16. M. Gordon et J. Huang, «Série de monographies sur les maladies liées au vieillissement : VI. Ostéoporose», *Maladies chroniques au Canada*, 16(1), 1995, p. 1-27.
17. Statistique Canada, *L'état de santé des canadiens : rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, (n° 11-612F au catalogue) Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, Ottawa, 1994.
18. E.M. Brown et V. Goel, «Factors related to emergency department use : Results from the Ontario Health Survey 1990», *Annals of Emergency Medicine*, 24(6), 1994, p. 1083-1091.
19. F. Béland, L. Philibert, J-P. Thouez et al., «Socio-spatial perspectives on the utilization of emergency hospital services in two urban territories in Quebec», *Social Sciences in Medicine*, 30(1), 1990, p. 53-66.
20. P. Manga, R. Broyles et D. Angus, «The determinants of hospital utilization under a universal public insurance programme in Canada», *Medical Care*, 25, 1987, p. 658-670.
21. 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», *Canadian Journal of Public Health*, 87(4), 1996, p. 253-256.
22. J. Stokes et J. Lindsay, «Principales causes de décès et d'hospitalisation chez les aînés canadiens», *Maladies chroniques au Canada*, 17(2), 1996, p. 67-78.
23. C.C. Campbell et S.E. Horton, «Apparent nutrient intakes of Canadians : Continuing nutritional challenges for public health professionals», *Canadian Journal of Public Health*, 82(6), 1991, p. 374-380.
24. W.F. Forbes, L.M. Hayward et N. Agwani, «Factors associated with the prevalence of various self-reported impairments among older people residing in the community», *Canadian Journal of Public Health*, 82(4), 1991, p. 240-244.
25. C.A. Mustard et N. Frolich, «Socioeconomic status and the health of the population», *Medical Care*, 33(12 Suppl), 1995, p. DS43-54.
26. D.T. Wigle, «Canada's health status : a public health perspective», *Risk Analysis*, 15(6), 1995, p. 693-698.
27. B.A. Reeder, L. Liu et L. Horlick, «Sociodemographic variation in the prevalence of cardiovascular disease», *Canadian Journal of Cardiology*, 12(3), 1996, p. 271-277.
28. E.M. Badley et D. Ibanez, «Socioeconomic risk factors and musculoskeletal disability», *Journal of Rheumatology*, 21(3), 1994, p. 515-522.
29. S.J. Katz et T.P. Hofer, «Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage. Breast and cervical cancer screening in Ontario and the United States», *American Medical Association Journal*, 272(7), 1994, p. 530-534.