

# Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle

Jiajian Chen et Russell Wilkins

## Résumé

### Objectifs

Le présent article porte sur les différences sociales et économiques quant à la prévalence des besoins satisfaits et insatisfaits d'aide personnelle en raison de l'état de santé de la population vivant à domicile âgés de 65 ans et plus, et précise les sources dont proviennent le soutien fourni.

### Source des données

Les données sont tirées de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA).

### Techniques d'analyse

Tous les calculs sont basés sur des données pondérées. Les pourcentages de personnes ayant des besoins et des besoins insatisfaits en matière d'aide personnelle, corrigés pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population, ont été calculés selon le sexe, l'état matrimonial, les modalités de vie, le niveau de scolarité et le revenu du ménage.

### Principaux résultats

En 1991, 30 % des personnes âgées vivant à domicile ont besoin d'une certaine forme d'aide personnelle en raison de leur état de santé. Les trois quarts d'entre elles n'ont besoin d'aide que pour les activités instrumentales de la vie quotidienne : les autres ayant besoin d'aide pour les activités élémentaires de la vie quotidienne. La prévalence des besoins et des besoins insatisfaits était plus grande chez les femmes que chez les hommes, et était inversement liée au revenu du ménage et à la scolarité, et était relativement élevée chez les personnes âgées qui ont déjà été mariées et chez celles vivant seules. Les personnes âgées vivant à domicile sont plus susceptibles de recevoir de l'aide personnelle de sources officieuses que de sources officielles, même si cela varie selon les caractéristiques socio-économiques et le type d'aide qu'elles ont reçu.

### Mots-clés

Activités de la vie quotidienne, activités instrumentales de la vie quotidienne, aide officielle, aide officieuse, aide reçue, besoins insatisfaits

### Auteurs

Jiajian Chen (613) 951-5059 et Russell Wilkins (613) 951-5305 travaillent à la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, Ottawa K1A 0T6.

À u Canada comme dans d'autres pays industrialisés, à cause de la plus longue espérance de vie et de l'augmentation croissante du nombre de personnes âgées, on se préoccupe davantage de la prestation de soins de longue durée ou «continus»<sup>1-11</sup>. On entend par ces termes les services de soins de santé prolongés, y compris les soins à domicile et en clinique, en plus des soins en établissement pour des besoins non aigus, particulièrement les besoins d'aide personnelle chez les personnes qui sont limitées dans leurs activités<sup>1,3,12-14</sup>. On estime que les soins continus représentent « la troisième composante en importance des dépenses gouvernementales pour le système de soins de santé au Canada, après les hôpitaux et les services médicaux »<sup>15</sup>. Pour planifier l'avenir des soins prolongés, on doit d'abord évaluer les besoins actuels ainsi que la portée des soins reçus aujourd'hui.

Cette analyse utilise les données de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1991 en vue d'examiner les différences économiques et sociales des besoins d'aide personnelle liés à l'état de santé chez les personnes âgées vivant à domicile (voir *Méthodologie, Aide personnelle en raison de l'état de santé, et Définitions*). Il évalue en outre l'ampleur des besoins insatisfaits ainsi que les sources de l'aide reçue par les personnes âgées.

La présente analyse montre qu'en 1991, environ 2 millions de Canadiens âgés de 15 ans et plus vivant à domicile ont besoin d'une certaine forme d'aide personnelle en raison de leur état de santé. Les personnes âgées représentent une part disproportionnée de ce groupe — 45 % — même si elles ne constituent que 14 % de la population vivant à domicile.

En dispensant des soins à domicile à une personne âgée, on peut empêcher ou retarder son placement en établissement. Toutefois, seulement la moitié environ des personnes âgées ayant besoin d'aide personnelle voient leurs besoins entièrement

satisfaits. La prévalence des besoins insatisfaits est plus grande chez les personnes vivant à domicile dont le revenu est inférieur et chez celles qui sont relativement peu scolarisées. L'ampleur de l'aide reçue par les personnes âgées dépend des sources de soutien à leur disposition, ces dernières étant quant à elles fonction de l'état matrimonial et des modalités de vie. En fait, même si nombre de ces personnes reçoivent de l'aide de sources officielles, la majorité dépendent toujours de l'aide officieuse, par exemple, celle fournie par le conjoint, le partenaire ou les enfants.

## Méthodologie

### Source des données

Les données sont tirées de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) postcensitaire de 1991<sup>16</sup>. (Une autre ESLA avait été effectuée en 1986-1987.) On a analysé la population âgée de 15 ans et plus vivant à domicile (ménages privés) et dans des établissements. Pour la population totale, la taille de l'échantillon était de 101 330, et pour la population des ménages, de 91 360. Dans le cas de la population des ménages, on s'est servi des questions du recensement sur les limitations d'activités et les incapacités afin de sélectionner un échantillon enrichi comportant une proportion beaucoup plus élevée de personnes ayant une incapacité que cela n'aurait été possible si ce n'avait été de ces questions. Certaines publications fournissent des renseignements supplémentaires<sup>16</sup>.

### Techniques d'analyse

La majeure partie de l'analyse comprise dans cet article concerne la population vivant à domicile. À partir du fichier principal de l'ESLA, on a recalculé les poids pour les hommes et les femmes âgées de 65 à 74 ans, de 75 à 84 ans et de 85 ans ou plus. On a procédé ainsi pour les données sur les ménages au niveau du Canada, en fonction des répartitions de la population selon l'âge et le sexe au moment du Recensement de 1991. Tous les résultats reposent sur des données pondérées.

Les pourcentages de personnes ayant des besoins et des besoins insatisfaits en matière d'aide personnelle en raison de leur état de santé ont été calculés pour l'ensemble de la population selon le sexe, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu et les modalités de vie. Ces pourcentages ont été corrigés pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population, selon la méthode directe, en fonction des estimations de la population totale de l'ESLA de 1991.

On a examiné cinq sources d'aide personnelle : conjoints, enfants, autres parents, amis ou voisins, et services officiels. Les pourcentages de personnes âgées recevant de l'aide de chacune de ces sources se répartissent entre catégories qui se chevauchent et sont calculés selon le sexe et l'état matrimonial. Le caractère officiel ou officieux du soutien reçu a par la suite été examiné à partir de catégories s'excluant mutuellement : aide officieuse seulement, aide officielle seulement et une combinaison des deux. Pour toutes les personnes âgées recevant de l'aide, les pourcentages dans ces catégories ont été calculés selon le sexe, l'état matrimonial, la modalité de vie, le revenu et le niveau de scolarité (voir *Définitions*).

### Limites

Les données de l'ESLA analysées ici sont celles de 1991. L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 et l'Enquête sociale générale de 1996 fournissent des données plus récentes, mais les échantillons sont beaucoup plus restreints et ne permettraient pas le niveau d'analyse présentée ici. Ainsi, il est fort probable que les résultats pour 1991 soient encore pertinents, puisque les variables examinées ne sont pas sujettes à des changements rapides ou majeurs. Une comparaison de ces données avec celles de l'ESLA de 1986-1987 a montré que les besoins d'aide en raison de leur état de santé et de leur niveau de satisfaction étaient assez similaires (données non présentées).

Même si cet article met principalement l'accent sur la population vivant à domicile, il est important de souligner que la population vivant en établissement représente une proportion substantielle de l'ensemble des besoins d'aide personnelle en raison de leur état de santé (voir *Une partie du tableau*).

## Aide personnelle en raison de l'état de santé

Dans cette analyse, on entend par *aide personnelle en raison de l'état de santé* l'aide requise ou reçue pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) ou les activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ). Par AIVQ, on entend : l'achat d'épicerie, la préparation des repas, les gros travaux ménagers ou les tâches ménagères quotidiennes ainsi que les petites sorties. Les AVQ comprennent les soins personnels (manger, se laver, s'habiller) ou les déplacements dans la maison. Étant donné la nature de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA), les personnes ayant besoin d'une telle aide doivent avoir au moins une certaine incapacité ou encore, avoir besoin d'aide ou en avoir reçu pour des raisons de santé.

À peu près toutes les personnes ayant des limitations dans leurs AVQ en ont aussi dans les AIVQ. Toutefois, de nombreuses personnes étant limitées pour les activités instrumentales ne le sont pas pour les activités élémentaires. La priorité a donc été accordée aux besoins d'aide liés aux AVQ. Les besoins ont été regroupés hiérarchiquement en quatre catégories (seule la première catégorie applicable a été attribuée) :

- Besoins insatisfaits liés aux AVQ. Personnes ayant besoin d'aide dans leurs AVQ, ne recevant pas cette aide ou ayant besoin d'une aide additionnelle pour au moins une AVQ.
- Tous les besoins liés aux AVQ sont satisfaits. Les autres personnes recevant de l'aide liée aux AVQ. (Cette catégorie peut comprendre les personnes dont certains besoins liés aux AIVQ sont insatisfaits.)
- Seuls les besoins liés aux AIVQ sont insatisfaits. Les personnes ayant besoin d'aide dans leurs AIVQ, mais ne recevant pas cette aide ou ayant besoin d'aide additionnelle dans au moins une AIVQ. (Cette catégorie exclut les personnes ayant des besoins liés aux AVQ.)
- Tous les besoins liés aux AIVQ sont satisfaits. Les autres personnes recevant de l'aide dans leurs AIVQ. (Cette catégorie exclut les personnes ayant des besoins liés aux AVQ.)

La somme de ces quatre catégories équivaut au total de la population ayant besoin d'aide.

Lorsque la priorité est accordée aux besoins liés aux AVQ, on ne considère pas que les personnes dont les besoins liés aux AVQ sont satisfaits, mais qui ont d'autres besoins insatisfaits d'aide pour ce qui est des AIVQ, ont des besoins insatisfaits. Par conséquent,

la population a aussi été regroupée selon les besoins satisfaits ou insatisfaits, y compris les besoins liés aux AVQ et aux AIVQ, de la façon suivante :

- Les besoins liés aux AVQ ou aux AIVQ sont insatisfaits. Les personnes ayant besoin d'aide dans leurs AVQ ou leurs AIVQ, mais ne recevant pas cette aide ou ayant besoin d'aide additionnelle dans au moins une AVQ ou AIVQ.
  - Tous les besoins d'aide liés aux AVQ et aux AIVQ sont satisfaits. Les autres personnes recevant de l'aide dans leurs AVQ ou AIVQ.
- La somme de ces deux catégories est aussi égale à l'ensemble de la population ayant besoin d'aide.

Plusieurs questions de l'ESLA de 1991 ont été utilisées pour déterminer dans quelle mesure les besoins d'aide personnelle en raison de leur état de santé étaient satisfaits. Par exemple, en ce qui a trait aux soins personnels, pour la catégorie des besoins insatisfaits liés aux AVQ, les personnes interrogées devaient avoir soit répondu «non» à la question «À cause de votre affection, recevez-vous de l'aide pour vos soins personnels, par exemple pour vous laver, faire votre toilette, vous habiller et manger?» et «oui» à la question «En raison de votre affection, avez-vous besoin d'aide pour vos soins personnels?», ou «oui» à la première question, et «oui» à la question «En raison de votre affection, avez-vous besoin d'aide ADDITIONNELLE pour vos soins personnels?».<sup>17</sup> On a considéré que les besoins de soins personnels de ceux qui ont répondu avoir reçu de l'aide et n'avoir pas besoin d'aide additionnelle étaient entièrement satisfaits.

Pour la catégorie des besoins insatisfaits liés aux AIVQ, dans le cas des travaux ménagers légers, par exemple, les personnes interrogées devaient avoir soit répondu «vous seul» à la question «Qui s'occupe habituellement de vos travaux ménagers courants?» et «oui» à la question «À cause de votre affection, avez-vous besoin d'aide pour faire vos travaux ménagers courants?», ou «vous-même et quelqu'un d'autre» ou «quelqu'un d'autre» à la première question, et «oui» à la question «Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?» et «oui» à la question «À cause de votre affection, avez-vous besoin d'aide ADDITIONNELLE pour faire vos travaux ménagers courants?»<sup>17</sup> On a considéré que les besoins en matière de travaux ménagers légers de ceux qui ont reçu de l'aide et n'ont pas eu besoin d'aide additionnelle étaient entièrement satisfaits.

### Une partie du tableau

Les besoins de la population vivant à domicile ne représentent qu'une partie des besoins d'aide personnelle liés à l'état de santé, particulièrement chez les personnes les plus âgées et chez celles ayant besoin d'aide pour leurs activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ). En 1991, les personnes vivant à domicile représentaient 79 % de la population âgée de 65 ans ou plus qui avait besoin d'aide dans leurs AVQ et AIVQ, et 53 % de la population âgée de 85 ans ou plus ayant de tels besoins. Les pourcentages sont beaucoup plus faibles lorsque l'on ne tient compte que des personnes qui ont besoin d'aide dans leurs AVQ, étant donné que c'est le cas de la plupart des personnes résidant en établissement. La population vivant à domicile représentait 53 % de toutes les personnes âgées de 65 ans et plus ayant besoin d'aide dans leurs AVQ, et 36 % seulement chez les personnes âgées de 85 ans ou plus.

Par ailleurs, l'exclusion des personnes vivant en établissement modifie relativement peu la taille de la population ayant besoin d'aide dans leurs AIVQ seulement (données non fournies), puisque ces personnes n'ont généralement pas besoin de soins aussi nombreux et importants que ceux fournis dans les établissements.

D'ici 2031, la population âgée de 85 ans ou plus devrait avoir plus que triplé<sup>18</sup>. Cela signifie des augmentations considérables du nombre de personnes ayant besoin d'une aide personnelle, particulièrement dans leurs AVQ. Ainsi, pour obtenir un tableau complet des besoins prévus et des besoins insatisfaits, on doit tenir compte des personnes vivant en établissement.

La prévalence des besoins d'aide personnelle chez la population totale augmente rapidement avec l'âge pour les deux sexes, et il

### La prévalence des besoins d'aide personnelle de la population, 65 ans et plus, Canada, 1991

	Population totale ayant des besoins <sup>†</sup>		Population à domicile ayant des besoins <sup>‡</sup>		Différence en points de pourcentage	Population à domicile par rapport à la population ayant des besoins
	en milliers	%	en milliers	%		
<b>Besoins liés aux AVQ ou aux AIVQ</b>						
Total 65+ <sup>§</sup>	1 062	34	839	30	4	79
65-74	454	24	418	23	1	92
75-84	399	41	311	35	6	78
85+	209	75	110	61	14	53
<b>Besoins liés aux AVQ</b>						
Total 65+ <sup>§</sup>	338	11	179	7	4	53
65-74	83	5	60	3	2	72
75-84	134	14	75	8	6	56
85+	121	43	44	24	19	36

**Source des données :** Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

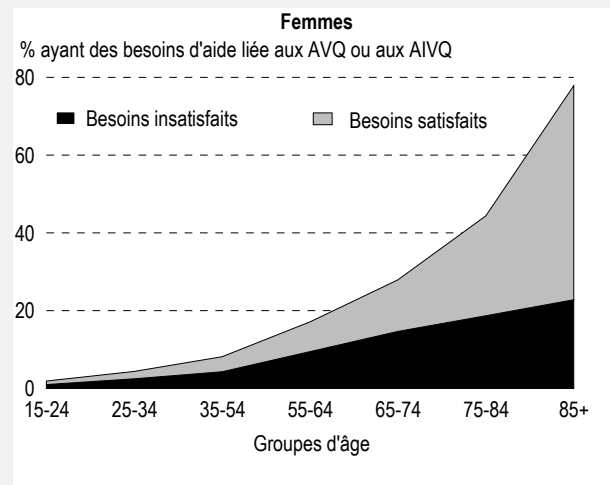
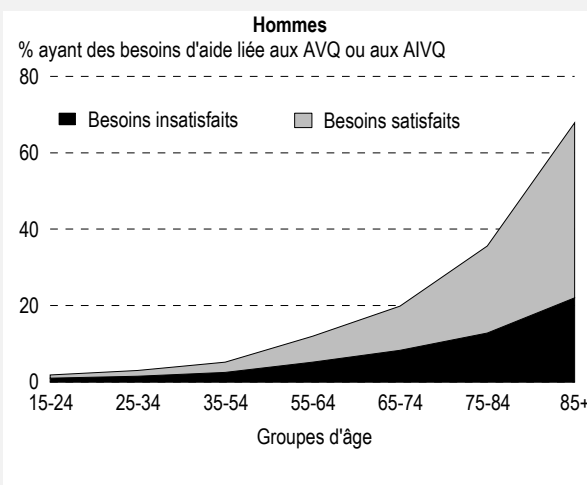
<sup>†</sup> Pourcentage de la population totale

<sup>‡</sup> Pourcentage de la population vivant à domicile

<sup>§</sup> Corrigé pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population

en va de même de la prévalence des besoins insatisfaits, mais dans une moins large mesure. Toutefois, dans tous les groupes d'âge, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir besoin d'aide et d'avoir des besoins insatisfaits.

### Prévalence des besoins satisfaits et insatisfaits d'aide personnelle en raison de l'état de santé, selon le sexe et le groupe d'âge, population totale 15 ans et plus, Canada, 1991



**Source des données :** Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

## Les besoins augmentent avec l'âge

Selon l'ESLA de 1991, 9 % de la population âgée de 15 ans ou plus et vivant à domicile, soit environ 1,9 million de personnes, ont indiqué avoir besoin d'aide personnelle en raison de leur état de santé (tableau 1). La prévalence des besoins augmente considérablement avec l'âge, passant de 2 % chez les 15 à 24 ans, à 61 % chez les 85 ans ou plus.

En 1991, environ le tiers de la population âgée de 65 ans et plus et vivant à domicile, soit au total 839 000 personnes, avait besoin d'aide personnelle

Tableau 1  
Prévalence des besoins et des besoins insatisfaits d'aide personnelle liés à l'état de santé, selon la catégorie de besoin, le sexe et l'âge, population à domicile, 15 ans et plus, 1991

	Population	Besoins liés au AIVQ ou aux AVQ		Besoins liés aux AIVQ seulement		Besoins liés aux AVQ	
		Total	Besoins insatisfaits	Total	Besoins insatisfaits	Total	Besoins insatisfaits
	en milliers	%					
<b>Les deux sexes</b>							
15+†	21 063	9	5	7	4	2	1
15-24	3 766	2	1	1	1	1	-
25-34	4 778	3	2	3	2	1	-
35-54	7 247	6	3	5	3	1	1
55-64	2 365	14	7	12	6	2	1
65-74	1 838	23	12	19	9	3	2
75-84	889	35	18	27	13	8	4
85+	180	61	35	37	19	24	10
65+†	2 907	30	16	23	11	7	3
<b>Hommes 15+†</b>	<b>10 294</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
15-24	1 910	2	1	1	-	1	-
25-34	2 369	3	2	2	1	1	-
35-54	3 608	5	2	4	2	1	1
55-64	1 159	11	5	9	4	2	1
65-74	828	18	8	16	6	3	2
75-84	358	31	14	25	11	6	2
85+	62	56	30	34	14	22	9
65+†	1 248	26	12	20	8	5	2
<b>Femmes 15+†</b>	<b>10 769</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
15-24	1 856	2	1	1	1	-	-
25-34	2 410	4	3	4	2	1	0
35-54	3 639	8	4	7	4	1	1
55-64	1 206	16	10	14	8	2	1
65-74	1 010	26	15	23	12	4	3
75-84	530	38	21	28	14	10	5
85+	118	64	38	38	22	26	10
65+†	1 659	33	19	26	13	8	4

Source des données : Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

† Corrigé pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population  
- Néant ou zéro

en raison de son état de santé. La plupart de ces personnes (661 000) ont besoin d'aide uniquement pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), par exemple, l'achat d'épicerie, la préparation des repas et les travaux ménagers. Un nombre beaucoup plus petit de personnes âgées vivant à domicile (179 000) ont besoin qu'on les aide pour les activités élémentaires de leur vie quotidienne (AVQ), par exemple, manger et se laver, parce qu'un grand nombre de ces personnes vivent dans des établissements de soins de santé (voir *Une partie du tableau*).

Le vieillissement est aussi lié à l'augmentation des besoins d'aide insatisfaits. La prévalence des besoins insatisfaits pour les AVQ et les AIVQ augmente, passant de 1 % chez les 15 à 24 ans à 12 % chez les 65 à 74 ans, et à 35 % chez les 85 ans ou plus.

Parmi les personnes âgées, la prévalence des besoins et des besoins insatisfaits est plus forte pour les femmes que pour les hommes.

## Les besoins varient selon les caractéristiques socioéconomiques

Pour les personnes âgées des deux sexes, la prévalence des besoins d'aide personnelle dans leurs AVQ et AIVQ, corrigée pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population, est plus grande chez celles ayant un statut socioéconomique moins élevé (tableau 2 et graphique 1). Environ le tiers (32 %) des personnes âgées appartenant à des ménages au revenu inférieur ont de tels besoins, comparativement à 25 % de celles vivant dans des ménages ayant un revenu supérieur. La prévalence des besoins est aussi plus grande chez les personnes âgées n'ayant pas fait d'études secondaires (32 %), comparativement à celles qui ont au moins un diplôme d'études secondaires (26 %).

Les personnes âgées qui n'ont jamais été mariées ou qui ont déjà été mariées (et qui sont pour la majorité veuves), ainsi que celles qui vivent seules, ont en général une prévalence relativement élevée de besoins d'aide personnelle. Tandis que 34 % des personnes âgées qui ont déjà été mariées ou qui vivaient seules ont besoin d'une telle aide, ce chiffre passe de 27 % à 28 % pour celles qui sont mariées ou qui vivent avec d'autres personnes

Tableau 2

**Prévalence chez les personnes âgées des besoins et des besoins insatisfaits d'aide personnelle liés à l'état de santé, selon le type de besoin, le sexe et certaines caractéristiques, population à domicile, Canada, 1991**

Sexe et certaines caractéristiques	Population	Besoins liés aux AIVQ ou aux AVQ		Besoins liés aux AIVQ seulement		Besoins liés aux AVQ	
		Total	Besoins insatisfaits	Total	Besoins insatisfaits	Total	Besoins insatisfaits
	en milliers	% corrigé pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population					
<b>Les deux sexes†</b>	<b>2 907</b>	<b>30</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>3</b>
<b>Revenu du ménage</b>							
Inférieur	1 673	32	19	24	13	7	4
Supérieur	1 159	25	11	21	9	4	2
<b>Niveau de scolarité</b>							
Études primaires ou moins	1 151	32	17	25	12	7	3
Études secondaires partielles	708	30	15	23	10	7	4
Diplôme d'études secondaires	1 048	26	14	20	11	5	2
<b>État matrimonial</b>							
Déjà marié(e)	972	34	20	26	14	8	4
Jamais marié(e)	246	30	10	24	8	6	1
Avec conjoint(e) ou partenaire	1 688	27	14	21	10	5	3
<b>Modalités de vie</b>							
Vit seul(e)	764	34	21	27	16	6	4
Vit avec d'autres	2 069	28	14	22	10	6	3
<b>Hommes†</b>	<b>1 248</b>	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>2</b>
<b>Revenu du ménage</b>							
Inférieur	701	27	13	21	9	6	2
Supérieur	530	21	10	18	8	3	2
<b>Niveau de scolarité</b>							
Études primaires ou moins	472	26	11	21	8	5	2
Études secondaires partielles	319	25	13	19	7	6	4
Diplôme d'études secondaires	458	23	11	19	9	4	2
<b>État matrimonial</b>							
Déjà marié	183	27	13	21	8	7	4
Jamais marié	88	29	17	23	15	6	1
Avec conjoint(e) ou partenaire	977	24	11	20	8	5	2
<b>Modalités de vie</b>							
Vit seul	167	27	16	22	13	5	3
Vit avec d'autres	1 064	24	11	19	8	5	2
<b>Femmes†</b>	<b>1 659</b>	<b>33</b>	<b>19</b>	<b>26</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>4</b>
<b>Revenu du ménage</b>							
Inférieur	972	35	23	26	16	9	5
Supérieur	629	29	13	25	10	4	2
<b>Niveau de scolarité</b>							
Études primaires ou moins	680	36	21	28	14	8	5
Études secondaires partielles	388	35	17	27	12	8	4
Diplôme d'études secondaires	591	28	17	22	13	6	3
<b>État matrimonial</b>							
Déjà mariée	789	35	21	27	15	8	4
Jamais mariée	159	34	9	28	6	6	2
Avec conjoint(e) ou partenaire	711	31	18	24	13	7	4
<b>Modalités de vie</b>							
Vit seule	598	36	22	29	17	7	4
Vit avec d'autres	1 004	31	17	24	12	7	4

Source des données : Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

† Comprend les personnes dont on ne connaît que certaines caractéristiques.

respectivement. On observe la même tendance pour les femmes et pour les hommes, même si la prévalence des besoins est toujours plus élevée pour les femmes.

Les besoins d'aide dans les AVQ, qui sont davantage élémentaires, sont plus répandus chez les personnes ayant un statut socioéconomique plus faible. Dans l'ensemble, 7 % des personnes âgées des ménages de revenu inférieur ont besoin d'aide dans leurs AVQ, comparativement à 4 % des personnes âgées vivant dans des ménages au revenu supérieur. Les personnes âgées qui ont déjà été mariées ont une prévalence plus élevée de besoins liés aux AVQ (8 %) que celles qui sont encore mariées ou qui n'ont jamais été mariées (5 % et 6 %).

Toutefois, chez les personnes âgées de la population à domicile, la prévalence des besoins d'aide dans les AVQ ne varie pas beaucoup selon les modalités de vie (tableau 2). Cela tient peut-être au fait que nombre des personnes âgées qui ont des besoins liés aux AVQ, particulièrement celles qui n'obtiennent pas un soutien approprié dans leur milieu vivent dans des établissements de soins de santé.

### Définitions

Les sources *officieuses* d'aide comprennent le conjoint, les enfants, d'autres parents, les amis et les voisins. Les sources *officielles* englobent les organisations bénévoles, les organismes gouvernementaux, les organisations privées et les personnes embauchées pour fournir de l'aide. Parmi les services d'aide officiels figurent les services de repas à domicile, les services de préposés aux soins, les services de soins à domicile, les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada et les services de visites amicales<sup>17</sup>.

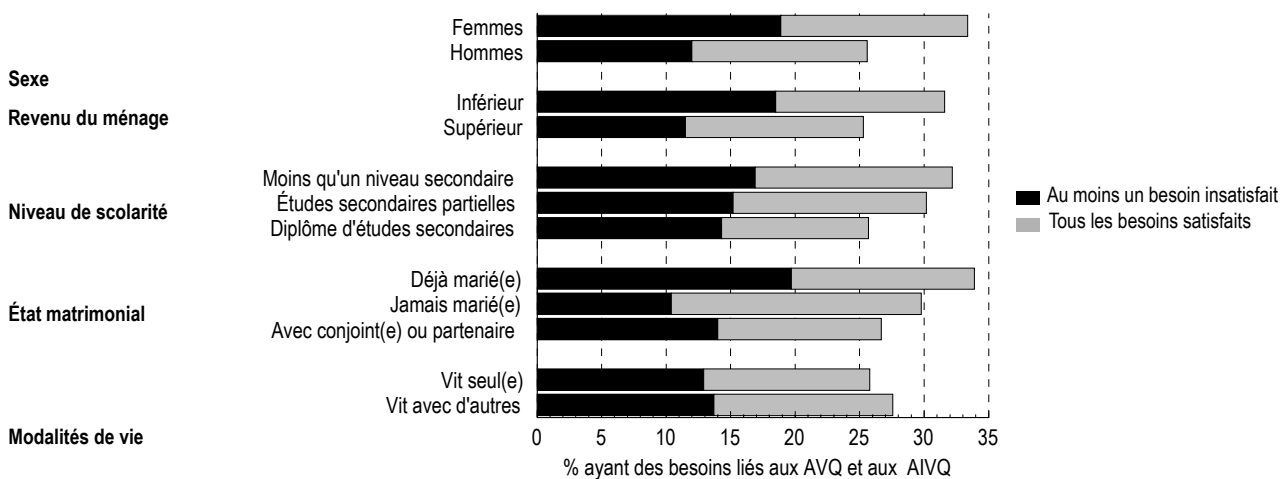
L'*état matrimonial* est défini comme suit : célibataire (jamais marié(e)); marié(e) (vivant avec un(e) conjoint(e)); et déjà marié(e) (veuf(ve), divorcé(e) ou séparé(e)).

Le *niveau de scolarité* est défini : selon le niveau de scolarité le plus élevé atteint. Pour l'analyse des besoins liés à la santé, le niveau de scolarité a été divisé en trois catégories : études primaires ou moins; études secondaires partielles; diplôme d'études secondaires (avec ou sans scolarité postsecondaire).

Les personnes de tous les âges ont été réparties selon cinq *groupes de revenu* de taille à peu près égale (quintiles), selon le rapport du revenu de la famille économique et des seuils de faible revenu de Statistique Canada en fonction de la taille des familles et de l'agglomération. Les mêmes seuils de revenu ont été utilisés pour tous les groupes d'âges. Les quintiles ont par la suite été regroupés en revenu inférieur (quintiles 1 et 2) et supérieur (quintiles 3, 4 et 5).

Les *modalités de vie* ont été réparties en deux catégories : les personnes qui vivent seules et les personnes qui vivent avec d'autres.

Graphique 1  
Prévalence des besoins et des besoins insatisfaits d'aide personnelle liés à l'état de santé chez les personnes âgées, certaines caractéristiques, population à domicile, Canada, 1991



Source des données : Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

Nota : Corrigé pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population

### Même modèle pour les besoins insatisfaits

Pour les deux sexes, la prévalence d'au moins un besoin insatisfait d'aide personnelle, corrigée pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population, est aussi plus élevée chez les personnes âgées de statut socioéconomique plus faible. Tandis que 19 % des personnes des ménages au revenu inférieur ont des besoins insatisfaits, seulement 11 % de celles vivant dans des ménages au revenu supérieur sont dans ce cas. De même, 17 % des personnes âgées n'ayant pas fait d'études secondaires ont des besoins insatisfaits, comparativement à 14 % de celles ayant au moins un diplôme d'études secondaires.

L'inégalité socioéconomique pour les personnes âgées ayant des besoins insatisfaits est principalement attribuable aux différences notées chez les femmes. La prévalence des besoins insatisfaits, corrigée pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population, est de 23 % chez les femmes des ménages au revenu inférieur, comparativement à 13 % chez les femmes des ménages au revenu supérieur. Tandis que 21 % des femmes âgées n'ayant pas fait d'études secondaires ont des besoins insatisfaits, la proportion est de 17 % chez celles qui ont fait des études secondaires partielles. Par contre, pour les hommes, la prévalence des besoins insatisfaits varie peu selon le statut socioéconomique et est plus faible que pour les femmes dans chaque catégorie, ce qui montre que les besoins des hommes âgés sont généralement davantage satisfaits.

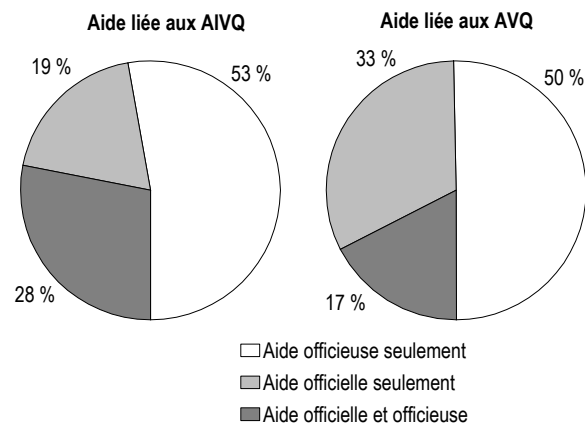
Les personnes âgées des deux sexes qui ont déjà été mariées ont une prévalence plus élevée de besoins insatisfaits que celles qui sont encore mariées. Toutefois, les besoins insatisfaits ont tendance à être plus répandus chez les femmes mariées que chez les hommes mariés. À vrai dire, le niveau généralement plus élevé de besoins insatisfaits, chez les femmes âgées s'explique par le fait que le mari est souvent plus âgé et donc plus susceptible d'avoir une santé fragile et moins en mesure de fournir du soutien<sup>19</sup>. De plus les femmes ont tendance à vivre plus longtemps que les hommes, et elles sont donc plus susceptibles de devenir veuves et de vivre seules.

En effet, la prévalence des besoins insatisfaits est beaucoup plus élevée chez les personnes âgées vivant seules (21 %) que chez celles vivant avec d'autres personnes (14 %). Il s'agit principalement de besoins insatisfaits d'aide dans leurs AIVQ. En fait, la prévalence de besoins insatisfaits d'aide dans leurs AVQ varie peu selon les modalités de vie. Encore une fois, cela peut venir, au moins partiellement, du fait que nombre de personnes âgées ayant des besoins liés aux AVQ ne font plus partie de la population à domicile.

### Sources d'aide variées

Des études précédentes ont montré que chez les personnes âgées vivant à domicile qui reçoivent de l'aide, la majorité de cette aide provient de sources officielles<sup>20-24</sup>. Selon l'ESLA de 1991, au moins la moitié des personnes âgées recevant de l'aide l'obtiennent uniquement de sources officielles, tandis que 28 % pour les AIVQ et 17 % pour les AVQ reçoivent de l'aide à la fois de sources officielles et officielles (graphique 2). Toutefois, cela veut dire que pour environ la moitié de toutes les personnes âgées recevant de l'aide, cette aide provient au moins en partie de sources officielles.

Graphique 2  
Caractère officiel ou officieux de l'aide personnelle liée à l'état de santé reçue par les personnes âgées, selon le type d'aide, population à domicile, Canada, 1991



Source des données : Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991



Les personnes âgées qui ont besoin d'aide personnelle en raison de leur état de santé ont tendance à se constituer un réseau de soutien. Ce réseau comprend des sources officielles, ainsi que le conjoint ou le partenaire, les enfants, d'autres parents ainsi que les amis et voisins (graphique 3). Toutefois, les composantes particulières de ce réseau varient selon les sources de soutien qui sont à la disposition des personnes âgées, cet élément étant influencé par les caractéristiques socioéconomiques de ces dernières.

### Sources de soutien différentes

Le lien entre le revenu du ménage et les sources de soutien varie selon le sexe et le genre de besoin (tableau 3). Que ce soit pour de l'aide dans leurs AVQ ou leurs AIVQ, plus de la moitié des hommes âgés dépendent exclusivement de sources officielles, peu importe le revenu du ménage. Toutefois, parmi les hommes recevant de l'aide dans leurs AVQ, ceux qui appartiennent à des ménages au revenu inférieur dépendent davantage des sources officielles seulement (27 %) que ceux des ménages au revenu

supérieur (7 %). Les femmes des ménages au revenu inférieur, particulièrement celles recevant de l'aide dans leurs AVQ, ont aussi tendance à dépendre de sources officielles ou d'une association d'aide officielle et officieuse. Ces éléments font ressortir l'importance des sources officielles pour la prestation de soutien aux personnes âgées financièrement défavorisées et qui ont besoin d'aide pour leurs activités élémentaires.

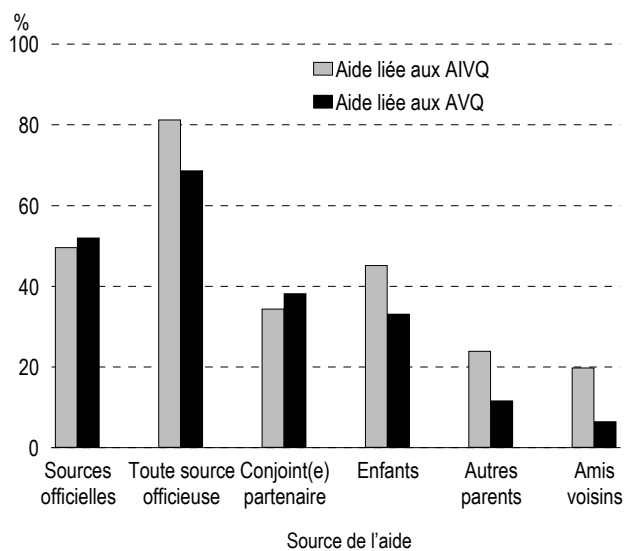
Le lien entre le niveau de scolarité et les sources d'aide différait de celui entre ces dernières et le revenu. Hommes et femmes ayant un faible niveau de scolarité ont tendance à dépendre davantage d'un soutien officieux pour l'aide personnelle liée à l'état de santé. Pour les personnes ayant des niveaux plus élevés de scolarité, les sources officielles, isolément ou combinées à des sources officieuses, représentent des proportions plus importantes de l'aide reçue. Il est possible que les personnes âgées ayant peu de scolarité, ne savent pas quels services officiels sont à leur disposition et quels frais sont pris en charge, ce qui limite leur accès à ces services. En outre, ces personnes peuvent être plus réticentes à demander de l'aide à des inconnus.

Les personnes âgées n'ayant pas de conjoint ni de partenaire sont plus susceptibles que les autres de dépendre exclusivement de sources officielles, particulièrement pour l'aide dans leurs AVQ. Environ la moitié des personnes qui n'ont pas de conjoint ni de partenaire et qui ont besoin d'aide dans leurs AVQ dépendent uniquement des sources officielles. Par contre, que ce soit pour de l'aide dans les AVQ ou les AIVQ, environ une personne âgée sur dix ayant un conjoint ou un partenaire dépend exclusivement de sources officielles.

Dans une large mesure, ces écarts selon l'état matrimonial quant aux sources de soutien rendent compte des modalités de vie des personnes âgées. Celles qui vivent seules dépendent davantage de sources de soutien officielles. Environ trois quarts (73 %) des femmes qui vivent seules et reçoivent de l'aide dans leurs AVQ dépendent de sources officielles; seulement 16 % recevant de l'aide uniquement de sources officieuses. (On ne connaît pas les données parallèles pour les hommes âgés

Graphique 3

**Source de l'aide personnelle liée à l'état de santé reçue par les personnes âgées, selon le type d'aide, population à domicile, Canada, 1991**



**Source des données :** Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

**Nota :** Comme l'aide fournie peut provenir de plus d'une source, le pourcentage total des personnes recevant de l'aide des diverses sources est supérieur à 100 %.

vivant seuls et qui ont déclaré recevoir de l'aide dans leurs AVQ, et ce, parce que la taille de l'échantillon est trop restreinte pour fournir des estimations fiables.) Tant pour les hommes que pour les femmes qui vivent seules et qui reçoivent de l'aide dans leurs AIVQ, les sources officielles, isolément ou combinées à de l'aide officieuses, prédominent toujours, même si les sources officieuses jouent un rôle un peu plus important.

Par contre, comme on l'a déjà relevé, la majorité des personnes âgées qui vivent avec d'autres

personnes et reçoivent de l'aide dans leurs AIVQ ou AVQ, dépendent seulement de sources officieuses. Parmi les personnes âgées mariées, lorsque les sources de soutien sont réparties en fonction de catégories plus détaillées, mais comportant des chevauchements, c'est le soutien officieux, particulièrement d'un conjoint ou d'un partenaire, qui prédomine. Cela est vrai pour les deux sexes et autant pour l'aide dans les AVQ que pour celle dans les AIVQ (tableau 4). En outre, autant d'hommes que de femmes mariés reçoivent

Tableau 3

**Caractère officiel ou officieux de l'aide personnelle liée à l'état de santé reçue par les personnes âgées vivant à domicile, selon le sexe, le type de besoin et certaines caractéristiques, Canada, 1991**

Source d'aide et certaines caractéristiques	Total des personnes recevant de l'aide		Sources de l'aide					
			Aide officieuse seulement		Aide officielle seulement		Aide officielle et officieuse	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	en milliers		%					
<b>Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)</b>								
<b>Total†</b>	<b>290</b>	<b>537</b>	<b>55</b>	<b>51</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>30</b>
<b>Revenu du ménage</b>								
Inférieur	187	341	59	43	15	24	26	33
Supérieur	100	168	50	68	26	8	24	24
<b>Niveau de scolarité</b>								
Études primaires ou moins	125	250	64	59	9	17	27	23
Études secondaires partielles	165	287	48	44	28	20	24	35
<b>État matrimonial</b>								
Sans conjoint(e) ni partenaire	70	342	46	45	26	24	28	31
Avec conjoint(e) ou partenaire	220	195	58	61	18	11	24	28
<b>Modalités de vie</b>								
Vit seul(e)	44	216	35	29	35	33	30	38
Vit avec d'autres	242	294	59	68	16	8	24	24
<b>Activités de la vie quotidienne (AVQ)</b>								
<b>Total†</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>47</b>	<b>20</b>	<b>38</b>	<b>24</b>	<b>14</b>
<b>Revenu du ménage</b>								
Inférieur	31	69	56	43	27	41	17	16
Supérieur	19	21	57	69	7	20	37	11
<b>Niveau de scolarité</b>								
Études primaires ou moins	21	46	81	55	10	23	10	22
Études secondaires partielles	31	54	34	40	29	54	37	6
<b>État matrimonial</b>								
Sans conjoint(e) ni partenaire	12	67	52	37	43	53	6	11
Avec conjoint(e) ou partenaire	40	33	57	68	12	12	31	20
<b>Modalités de vie</b>								
Vit seul(e)	--	33	--	16	--	73	--	11
Vit avec d'autres	46	56	57	69	17	14	26	17

**Source des données :** Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

**Nota :** Les pourcentages reposent sur les personnes qui reçoivent de l'aide d'une source connue.

† Comprend les personnes avec des données manquantes pour certaines caractéristiques.

-- Le nombre de personnes dans cette catégorie est trop petit pour fournir des estimations fiables.

au moins un peu d'aide d'un conjoint ou d'un partenaire dans leurs AIVQ. Cela ne signifie pas que la somme d'aide fournie est suffisante pour répondre aux besoins du conjoint. Comme il a été noté précédemment, les femmes mariées sont beaucoup plus susceptibles que les hommes mariés d'avoir des besoins insatisfaits.

Outre l'aide reçue d'un conjoint ou d'un partenaire dans les AVQ, les personnes âgées mariées reçoivent plus souvent cette aide de sources officielles que de leurs enfants. Ainsi, dans les AVQ, les personnes âgées mariées ont tendance à dépendre d'une aide officielle comme deuxième option, plutôt que de leurs enfants. Toutefois, pour leurs AIVQ, les personnes âgées mariées sont aussi susceptibles de recevoir de l'aide de leurs enfants que de sources officielles.

## Répercussions

Selon l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991, les personnes âgées qui ont déjà été mariées (et qui sont pour la majorité veuves) et celles qui vivent seules (souvent les mêmes personnes) sont les plus susceptibles d'avoir besoin d'une aide personnelle en raison de leur état de santé. Peut-être parce qu'elles n'ont pas accès facilement aux sources officielles d'aide (c'est-à-dire à l'intérieur du ménage), ces personnes ont aussi le niveau le plus élevé de besoins insatisfaits. De même, les personnes âgées dont les besoins sont satisfaits disposent en général, du fait de leur état matrimonial et de leurs modalités de vie, de sources d'aide officielles à proximité.

Donc, le veuvage a des conséquences graves pour les personnes âgées qui ont besoin d'une aide personnelle en raison de leur état de santé, puisqu'il crée généralement des ménages à une personne. Le fait de vivre seul, particulièrement pour les femmes, est lié non seulement à une dépendance relativement grande à l'égard des sources officielles de soutien, mais aussi à une probabilité relativement plus élevée que leurs besoins ne soient pas satisfaits. Il convient de souligner que les personnes âgées veuves sont à peu près aussi susceptibles, si ce n'est plus, de recevoir de l'aide de sources officielles que de leurs enfants.

Tableau 4

**Sources de l'aide personnelle liée à l'état de santé reçue par les personnes âgées vivant à domicile, selon l'état matrimonial, le sexe et le type de besoin, Canada, 1991**

Source de l'aide <sup>†</sup> et état matrimonial	Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)		Activités de la vie quotidienne (AVQ)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	en milliers			
<b>Total des personnes recevant ces services</b>	<b>290</b>	<b>537</b>	<b>52</b>	<b>100</b>
Sans conjoint(e) ni partenaire	70	342	12	67
Avec conjoint(e) ou partenaire	220	195	40	33
	%			
<b>Conjoint(e) ou partenaire</b>	<b>51</b>	<b>25</b>	<b>61</b>	<b>27</b>
Sans conjoint(e) ni partenaire	...	...	...	...
Avec conjoint(e) ou partenaire	63	63	79	74
<b>Enfants</b>	<b>41</b>	<b>48</b>	<b>27</b>	<b>36</b>
Sans conjoint(e) ni partenaire	35	51	12	40
Avec conjoint(e) ou partenaire	42	42	32	28
<b>Autres parents</b>	<b>17</b>	<b>28</b>	<b>12</b>	<b>11</b>
Sans conjoint(e) ni partenaire	39	32	31	13
Avec conjoint(e) ou partenaire	9	20	6	8
<b>Amis ou voisins</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>3</b>
Sans conjoint(e) ni partenaire	31	23	17	3
Avec conjoint(e) ou partenaire	18	12	12	4
<b>Services officiels</b>	<b>81</b>	<b>81</b>	<b>82</b>	<b>62</b>
Sans conjoint(e) ni partenaire	78	77	56	49
Avec conjoint(e) ou partenaire	82	89	90	89
<b>Services officiels</b>	<b>47</b>	<b>51</b>	<b>50</b>	<b>53</b>
Sans conjoint(e) ni partenaire	56	58	53	63
Avec conjoint(e) ou partenaire	44	40	49	33

**Source des données :** Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

<sup>†</sup> Étant donné que des personnes peuvent recevoir de l'aide de plus d'une source, le pourcentage total des personnes recevant de l'aide des diverses sources est supérieur à 100 %.

... Sans objet

Dans une certaine mesure, l'importance de l'apport conjoint d'aide officieuses et d'aide officielle peut avoir donné lieu à l'émergence d'une nouvelle norme dans les pays occidentaux, à savoir que « les personnes âgées ne veulent pas, en règle générale, avoir l'impression de dépendre de leurs enfants »<sup>10,25</sup>. Cette tendance à avoir recours aux services officiels plutôt qu'aux enfants est aussi ressortie au Canada<sup>26,27</sup>. Il se peut que la taille plus restreinte de la famille, la plus grande mobilité géographique et la participation plus grande des femmes au marché du travail aient entraîné une réduction du nombre des membres de la famille pouvant fournir une aide officieuse<sup>10,11,25,26,28-30</sup>.

Il convient de souligner que certains types de soins peuvent nécessiter davantage de compétences ou de force physique que celles que possèdent les personnes qui fournissent de l'aide officieuse, ce qui peut obliger le recours aux services officiels. Par ailleurs, outre les soins qu'elles prodiguent, les personnes qui fournissent de l'aide officieuse peuvent faciliter l'accès des personnes âgées aux services officiels, les aider à obtenir une aide additionnelle, augmentant ainsi la probabilité que l'aide soit fournie par un ensemble de sources officielles et officieuses.

L'importance de la combinaison du soutien officiel et officieux peut aussi découler, en partie, de l'accent accru qui est mis sur les services officiels dans le milieu, avec comme objectif de réduire le placement en établissement et le fardeau imposé aux familles<sup>6,28</sup>. La proportion substantielle de soins qui est fournie par une combinaison de sources officielles et officieuses indique que le soutien non officiel est largement utilisé en *complément* des sources officieuses, plutôt qu'en remplacement de celles-ci.

Les différences quant aux besoins insatisfaits selon l'état matrimonial et les modalités de vie reflètent la présence ou l'absence d'un soutien officieux. En l'absence d'aide du conjoint, des enfants, de parents et d'amis, ou si, pour une raison ou pour une autre, l'aide officieuse devient moins accessible, la demande en services de soins à domicile et en établissements de soins prolongés augmentera considérablement.

La prévalence des besoins et des besoins insatisfaits d'aide personnelle est plus grande chez

les personnes âgées ayant un revenu inférieur et un niveau moins élevé de scolarité. De plus, les personnes âgées ayant un revenu inférieur sont plus dépendantes des services officiels que celles ayant un revenu supérieur. Ainsi, en l'absence de soutien officiel, les disparités socioéconomiques quant aux besoins insatisfaits auraient été plus grandes, avec comme conséquence une détérioration de la santé des personnes ne recevant pas l'aide nécessaire.

Du fait du vieillissement de la population, le Canada pourrait connaître un accroissement de la demande de services de soutien officiel, que ces services soient fournis en établissement ou dans le milieu de vie, par des bénévoles, des sources privées ou des sources gouvernementales. Le financement de services officiels dans le milieu de vie a été proposé comme un moyen de réduire le coût des soins de longue durée associé au placement en établissement. Par conséquent, il devient de plus en plus important de comprendre le lien qui existe entre les soins officiels et les soins officieux<sup>24,28,30-32</sup>, car il s'agit d'un lien essentiel pour planifier les services de soins de santé et pour financer à long terme l'aide personnelle.

## Remerciements

Santé Canada a soutenu les premières étapes de ce travail. Des remerciements vont aussi à Jean-Pierre Morin, et Jenny Lynch (Division des méthodes d'enquêtes sociales), et Diane Stukel (Division des méthodes d'enquêtes-ménages) qui ont contribué à la nouvelle pondération des données de l'échantillon des ménages de l'ESLA pour les groupes les plus âgés.

## Références

1. Santé et Bien-être social Canada, Sous-comité fédéral provincial territorial des soins continus, *Les orientations futures dans le domaine des soins continus*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1992.
2. C. Rosenthal, (s. la dir. de), «La Réforme des soins de longue durée et les soins «familiaux» : une combinaison inquiétante», *La Revue canadienne du vieillissement*, 14(4), 1994, p. 423-427.

3. B. Havens, «Long-term care diversity within the care continuum», *La Revue canadienne du vieillissement*, 14(2), 1995, p. 245-262.
4. B. Havens et D. Bray, «International comparisons of long-term care: Canada, with specific reference to Manitoba», *La Revue canadienne du vieillissement*, 15, supplément n° 1, 1996, p. 31-45.
5. B. Havens, F. Béland et J. Van Nostrand, éditorial, «Les systèmes de soins de longue durée dans cinq pays», *La Revue canadienne du vieillissement*, 15, supplément n° 1, 1996, p. 5-8.
6. F. Béland et D. Arweiler, «Conceptual framework for development of long-term care policy», *La Revue canadienne de vieillissement*, 15(4), 1996, p. 649-697.
7. E.G. Moore, M. Rosenberg et D. McGuinness, *Vieillir au Canada: les aspects démographique et géographique du vieillissement*, série des monographies du recensement, Toronto, ITP Nelson, 1997.
8. Organisation de coopération de développement économiques, *Protéger les personnes âgées dépendantes: Nouvelles orientations*, études de politique sociale n° 14, Organisation de coopération de développement économiques (OCDE), Paris, 1994.
9. K.G. Manton, L. Corder et E. Stallard, «Changes in the use of personal assistance and special equipment from 1982 to 1989: Results from the 1982 and 1989 NLTCs», *The Gerontologist*, 33(2), 1993, p. 168-176.
10. S. O. Daatland, «Formal and informal care: New approaches», (s. la dir. de), G. Caselli et A.D. Lopez *Health and Mortality among Elderly Populations*, Oxford, Clarendon Press, 1996, p. 315-330.
11. A. Golini et R. Vivio, «Strategies for the provision of social and health care services for the elderly», (s. la dir. de), G. Caselli et A.D. Lopez, *Health and Mortality among Elderly Populations*, Oxford, Clarendon Press, 1996, p. 331-349.
12. Santé et Bien-être social Canada, Sous-comité fédéral, provincial et territorial des soins continus, *Système national de conversion pour la classification des soins et services de longue durée* (n° H39-187-1990F au catalogue), Direction générale des services et de la promotion de la santé, Ottawa, 1990.
13. Santé et Bien-être social Canada, Sous-comité fédéral, provincial et territorial des soins continus, *Description des services de soins prolongés dans les provinces et les territoires du Canada*, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Ottawa, 1993.
14. M.J. Hollander, «The continuum of care: An integrated system of service delivery», (s. la dir. de), E. Sawyer et M. Stephenson, *Continuing the Care: The Issues and Challenges for Long-term Care*, Ottawa, Les Presses de l'Association canadienne des hôpitaux, 1996, p. 97-113.
15. M.J. Hollander, *Rapport sur le projet d'étude de la nécessité et de la faisabilité d'une base de données nationale sur les soins continus* (n° 82F0012XPF au catalogue), Statistique Canada, Ottawa, 1994.
16. Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991 : guide de l'utilisateur* (n° 82-602SF au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services.
17. Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991 : manuel de l'interviewer* (n° 82-602SF au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, 1991.
18. B. Desjardins et J. Dumas, «Vieillesse de la population et les personnes âgées», (Statistique Canada n° 91-533F au catalogue), Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1993.
19. J.F. Gentleman et E. Park, «Différences d'âge dans les couples mariés et qui divorcent», *Rapports sur la Santé*, 6(2), 1994, p. 225-240 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
20. L.O. Stone, *Liens de famille et d'amitié chez les Canadiens âgés, Rapport préliminaire sur les résultats de l'Enquête sociale générale* (Statistique Canada, n° 89-508 au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, 1988.
21. J. Hagey, «Aide à domicile : le soutien aux canadiens âgés», *Tendances sociales Canadiennes*, 14(3), 1989, p. 22-24.
22. Santé et Bien-être social Canada, *Vieillesse et autonomie : Aperçu d'une enquête nationale*, n° H88-3/13-1993F, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1993.
23. R. Wilkins, M. Rochon et P. Lafontaine, Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé, (s. la dir. de) C. Bellerose, C. Lavallée, L. Chénard et al., «Et la santé, ça va en 1992-1993?», Rapport de l'Enquête sociale et de la santé 1992-1993, volume 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1995, p. 279-311.
24. N. Chappell, *Social Support and Aging*, Toronto, Butterworths Canada Ltd., 1992.
25. G. Sundström, «Les solidarités familiales : Tour d'horizon des tendances», *Protéger les personnes âgées dépendantes : nouvelles orientations*, études de politique sociale n° 14. Paris, OCDE, 1994, p. 15-58.
26. N. Kenny, R. Dickinson, M. D. Stout et al., (s. la dir. de), de Forum national sur santé, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, volume II - Rapports de synthèse et documents de référence, (n° H21-126/5/2-1997F au catalogue), Ottawa, Ministère des travaux publics et Services gouvernementaux, 1997.
27. N.L. McAllister et M.J. Hollander, «Le réseau de soins prolongés pour les aînés en Colombie-Britannique: Attitudes et opinions», *Rapports sur la santé*, 5(4), 1993, p. 409-418 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
28. J.G. Chipperfield, «The support source mix: A comparison of elderly men and women from two decades», *La Revue canadienne du vieillissement*, 13(4), 1994, p. 434-453.
29. S.L. Tennstedt, S.L. Crawford et J.B. McKinlay, «Is family care on the decline? A longitudinal investigation of the substitution of formal long-term care services for informal care», *The Milbank Quarterly*, 71(4), 1993, p. 601-624.
30. M. Silverstein et E. Litwak, «A task-specific typology of intergenerational family structure in later life», *The Gerontologist*, 33(2), 1993, p. 258-264.
31. N. Chappell et A. Blandford, «Informal and formal care: Exploring the complementarity», *Ageing and Society*, 10, 1991, p. 299-317.
32. J.P. Margaret et N. Chappell, «Self-care in relationship to informal and formal care», *Ageing and Society*, 10, 1990, p. 41-59.