

L'état de santé des personnes âgées

Faits saillants

- Au Canada, voir augmenter son espérance de vie ne signifie pas nécessairement vivre un plus grand nombre d'années en mauvaise santé. Aujourd'hui, les personnes âgées peuvent s'attendre à vivre plus longtemps et en se portant mieux qu'elles ne l'auraient fait il y a 20 ans.
- Le vieillissement ne s'accompagne pas nécessairement d'une détérioration continue de la santé. Au Canada, presque la moitié des personnes âgées qui ont jugé leur santé passable ou mauvaise en 1994-1995 ont déclaré qu'elle s'était améliorée en 1998-1999.
- La proportion de Canadiens de 65 ans et plus placés en établissement a diminué, passant de 16 % en 1981 à 14 % en 1996, malgré l'augmentation de l'espérance de vie.
- Le taux de personnes vivant à domicile qui présentent une limitation des activités a diminué depuis 1978 pour celles de 65 à 74 ans, mais il n'a pas varié pour celles de 75 ans et plus.
- Les tendances de nature socioéconomique observées pour les groupes d'âge plus jeunes s'observent aussi chez les personnes âgées, quoique de façon moins prononcée. Les personnes âgées qui ne possèdent pas de diplôme d'études secondaires courent le risque de mourir plus jeune que celles dont le niveau de scolarité est plus élevé; en outre, celles dont le revenu est faible courent un plus grand risque d'être placées en établissement.

Les Canadiens qui auront 65 ans en l'an 2000 peuvent s'attendre à célébrer passablement plus d'anniversaires que ceux qui ont fêté leurs 65 ans il y a un siècle. En 1900, un homme de 65 ans avait l'espérance de vivre jusqu'à l'âge de 76 ans, soit 11,0 années de plus et une femme de 65 ans, de vivre 12,0 années de plus. Au début des années 1980, l'espérance de vie des Canadiens de 65 ans avait augmenté et se chiffrait à 14,6 années supplémentaires pour les hommes et 19,0 pour les femmes¹. En 1996, elle avait augmenté encore davantage, les hommes de 65 ans pouvant s'attendre à vivre 16,1 années de plus et leurs homologues féminins, 20,0 années de plus.

Si l'augmentation de l'espérance de vie des personnes âgées donne lieu de se réjouir, la qualité de leur vie mérite tout autant d'attention. En effet, les Canadiens âgés sont plus susceptibles que leurs compatriotes plus jeunes de souffrir de problèmes de santé chroniques, d'être limités dans leurs activités et de dépendre d'autrui pour vaquer aux activités de la vie quotidienne. Cependant, la détérioration de l'état de santé qui s'en suit ne progresse pas au même rythme chez toutes les personnes âgées et nombre d'entre elles restent en bonne santé jusqu'à un âge très avancé. Il

Méthodologie

Source des données

Les données analysées dans le présent article proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) (voir *Annexe*), de l'Enquête santé Canada, de l'Enquête promotion santé et du Recensement de la population.

L'estimation de la prévalence des problèmes de santé chroniques en 1998-1999 se fonde sur les données du Fichier général transversal de l'ENSP de 1998-1999. Pour déterminer les tendances concernant la limitation des activités, on s'est servi des Fichiers santé transversaux des trois cycles de l'ENSP (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999). Enfin, pour analyser les transitions entre les états de santé, on s'est servi du fichier longitudinal couvrant la période de 1994-1995 à 1998-1999.

L'estimation de la prévalence des problèmes de santé chroniques en 1978-1979 se fonde sur les données de l'Enquête santé Canada (ESC) de 1978-1979. L'ESC a été réalisée par Statistique Canada et Santé et Bien-être social Canada de mai 1978 à mars 1979. Elle couvre la population à domicile, sauf les résidents des territoires, des réserves indiennes et des régions éloignées. L'échantillon compte 12 218 ménages. Un intervieweur a recueilli auprès d'un membre bien informé de chaque ménage des renseignements sur les problèmes de santé chroniques et la limitation des activités présentés par chaque membre du ménage. Pour cette composante, le taux de réponse des ménages a été de 86 %. On a en outre demandé à un sous-ensemble de membres de l'échantillon de participer à la composante des examens physiques. Cette composante comprenait la mesure de la tension artérielle.

On s'est fondé sur les données provenant des cycles de 1985 et de 1999 de l'Enquête promotion santé (EPS) pour déterminer les tendances concernant la limitation des activités. Cette enquête, réalisée par Statistique Canada pour le compte de Santé et Bien-être social Canada, visait à recueillir des renseignements sur les connaissances, les attitudes et les comportements des Canadiens en ce qui concerne certains facteurs ayant une influence sur la santé. Le plan de sondage de chaque enquête s'appuyait sur l'échantillonnage par composition aléatoire (CA), méthode qui consiste à produire par ordinateur une liste de numéros de téléphone, puis à composer chaque numéro ainsi obtenu. Pour chaque ménage dont le numéro de téléphone correspondait à un numéro ainsi composé, on a dressé la liste de tous les membres, puis on a sélectionné l'un de ceux ayant 15 ans ou plus pour participer à l'Enquête promotion santé. Pour l'EPS de 1985, le taux de réponse global pour les 10 provinces a été de 81 %, soit, en tout, 10 649 enregistrements; pour l'EPS de 1990, le taux de réponse a été de 78 %, soit, en tout, 13 792 enregistrements.

Enfin, on s'est servi des données des recensements de la population de 1981, 1986, 1991 et 1996 pour examiner les tendances en ce qui concerne la proportion de la population placée en établissement de soins de santé.

Techniques d'analyse

La présente étude vise à décrire les changements d'état de santé chez les personnes de 65 ans et plus. On s'est servi des données de la composante longitudinale de l'ENSP couvrant les 10 provinces pour estimer les changements survenus sur une période de quatre ans (de 1994-1995 à 1998-1999). Les indicateurs sélectionnés pour les analyses sont les variations de l'état fonctionnel, les variations

de l'autoévaluation de la santé, le placement en établissement et la mortalité (voir *Définitions*). On a recouru à la régression logistique multiple pour déceler les déterminants de la détérioration et de l'amélioration fonctionnelles, de la détérioration et de l'amélioration de l'autoévaluation de la santé, du placement en établissement et de la mortalité au cours de cette période de quatre ans. Lorsque l'on étudie la santé et les changements d'état de santé, il est important de ne pas perdre de vue l'interdépendance des facteurs physiques, sociaux et environnementaux susceptibles d'influer sur la santé. Par conséquent, on a introduit des variables correspondant aux caractéristiques socio-démographiques, aux comportements qui influent sur la santé, aux problèmes de santé chroniques, ainsi qu'aux indices du bien-être psychologique et du soutien social dans les modèles multivariés utilisés pour étudier les déterminants des changements (voir *Annexe*). Les variables utilisées dans les divers modèles ont été sélectionnées d'après le caractère approprié de chacune en regard du résultat particulier étudié. Dans quelques modèles de transition, on a dû exclure certaines variables parce que l'effectif de l'échantillon était trop faible. Sauf avis contraire, tous les déterminants sont évalués en prenant pour référence 1994-1995.

D'autres analyses ont été réalisées pour suivre l'évolution de la prévalence de divers indicateurs de la santé au fil du temps. Pour la prévalence des problèmes de santé chroniques, la comparaison porte sur les taux observés pour 1978-1979 (estimés d'après les données de l'Enquête promotion santé) et pour 1998-1999 (estimés d'après les données de la composante transversale des ménages du troisième cycle de l'ENSP). Pour la prévalence de la limitation des activités, les comparaisons portent sur les taux observés à six périodes, à savoir 1978-1979 (calculés d'après l'Enquête santé Canada), 1995 (calculés d'après l'Enquête promotion santé), 1990 (calculés d'après l'Enquête promotion santé), ainsi que 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 (calculés d'après les données transversales des trois premiers cycles de l'ENSP). Enfin, pour les proportions de personnes placées en établissement de soins de santé, les comparaisons portent sur les estimations calculées d'après les données du Recensement de la population pour 1981, 1986, 1991 et 1996.

Toutes les données d'enquête sont pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population étudiée. Dans le cas des estimations fondées sur les données de l'ENSP, on a estimé l'erreur d'échantillonnage, autrement dit, l'écart-type des taux de prévalence et les intervalles de confiance des rapports des cotes fournis par les modèles de régression logistique par la méthode bootstrap pondérée^{2,4}. Cette méthode tient pleinement compte des effets du plan de sondage de l'ENSP. Dans le cas de l'estimation des taux de prévalence d'après les données de l'ESC, on a calculé les écarts-types à l'aide du logiciel SUDAAN, qui s'appuie sur la méthode de linéarisation par série de Taylor pour tenir compte des effets du plan de sondage complexe de l'ESC⁵. Les écarts-types des taux calculés d'après les données de l'Enquête promotion santé (1985 et 1990) sont estimés d'après des tables de variabilité d'échantillonnage approximative. Pour produire ces tables, on se sert de la formule appliquée dans le cas de l'échantillonnage aléatoire simple à laquelle on intègre une estimation prudente de l'effet de plan en vue de tenir compte du plan de sondage complexe de ces enquêtes.

On considère comme significatif tout résultat pour lequel $p \leq 0,05$.

importe donc de comprendre ce qui aide les personnes âgées à demeurer en bonne santé et autonomes à mesure qu'elles vieillissent.

Le présent article décrit les tendances observées pour plusieurs indicateurs de l'état de santé chez les personnes âgées (personnes de 65 ans et plus), à savoir le placement en établissement, la limitation des activités et l'existence de problèmes de santé chroniques. Les analyses se fondent sur les données du Recensement de la population du Canada, de l'Enquête santé Canada (ESC) de 1978-1979, des cycles de 1985 et 1990 de l'Enquête promotion santé (EPS), ainsi que des cycles de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) (voir *Méthodologie, Définitions et Limites*).

L'analyse des données du fichier longitudinal de l'ENSP permet aussi de préciser quels sont les facteurs associés à la détérioration ou à l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées. Les indicateurs choisis pour l'analyse sont la mortalité, le placement en établissement, les variations de l'état fonctionnel et les variations de l'autoévaluation de l'état de santé.

Tendances concernant l'état de santé des personnes âgées

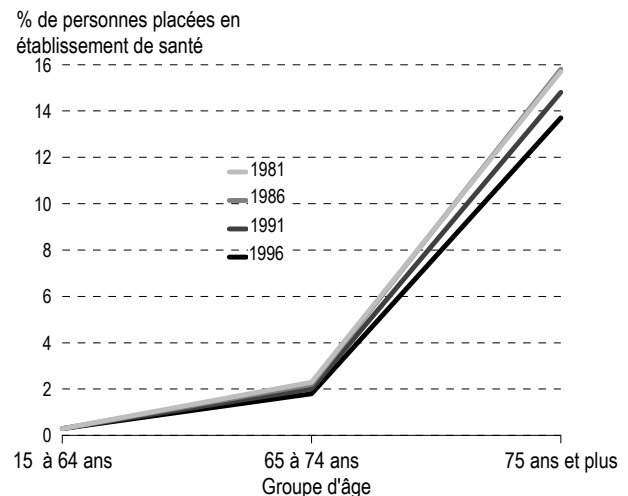
Certaines tendances se dégagent de l'examen de trois aspects de l'état de santé — le placement en établissement, la limitation des activités et les problèmes de santé chroniques — au cours des 20 dernières années. Dans l'ensemble, la proportion de personnes de 75 ans et plus placées en établissement de santé a diminué. La prévalence de la limitation des activités a baissé pour le groupe des 65 à 74 ans et demeure stable pour le groupe des 75 ans et plus, tandis que la prévalence de la plupart des problèmes de santé chroniques chez les personnes de 65 ans et plus qui font partie de la population à domicile n'a pas varié de façon significative.

Placement en établissement

Le taux de placement en établissement est plus élevé pour les Canadiens de 65 ans et plus que pour leurs compatriotes plus jeunes. Cependant, d'après les

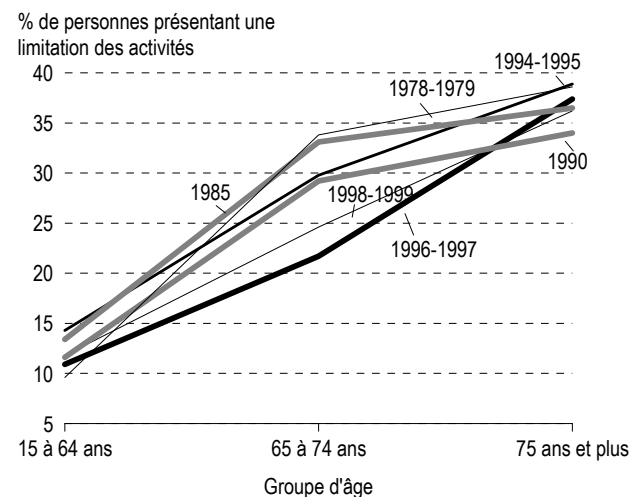
données de recensement, le taux observé pour les personnes de 75 ans et plus a fléchi de 1986 à 1996 (graphique 1). En 1981 et en 1986, presque 16 % de Canadiens de 75 ans et plus étaient placés en établissement de santé. En 1996, le taux n'était plus que de 14 % environ.

Graphique 1
Proportion de la population de 15 ans et plus placée en établissement de santé, Canada, 1981, 1986, 1991 et 1996



Source des données : Recensement du Canada, 1981, 1986, 1991 et 1996

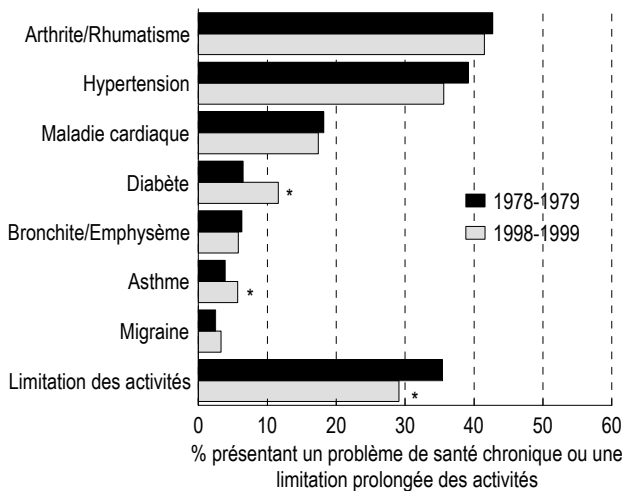
Graphique 2
Prévalence de la limitation prolongée des activités, selon le groupe d'âge, population à domicile de 15 ans et plus, certaines années, de 1978-1979 à 1998-1999



Source des données : Enquête santé Canada de 1978-1979; cycles de 1985 et 1990 de l'Enquête promotion santé; cycles de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 de l'Enquête nationale sur la santé de la population

Graphique 3

Prévalence de certains problèmes de santé chroniques ou de la limitation prolongée des activités, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1978-1979 et 1998-1999

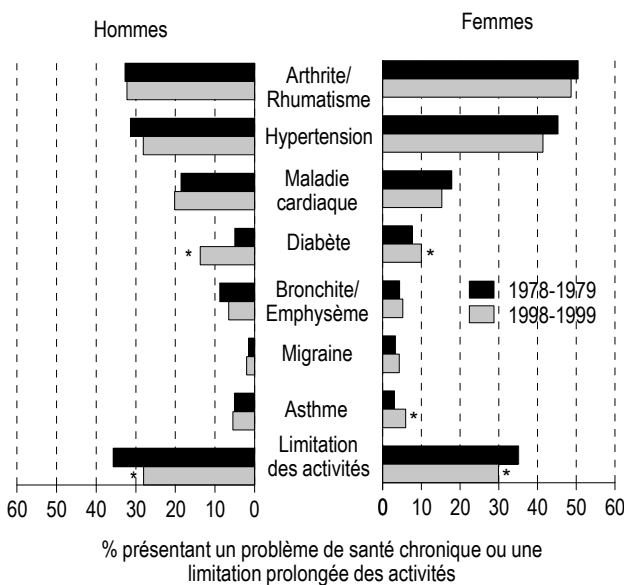


Source des données : Enquête santé Canada de 1978-1979; Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, échantillon transversal, Fichier général

* Valeur significativement différente de celle observée pour 1978-1979, $p < 0,05$

Graphique 4

Prévalence de certains problèmes de santé chroniques ou de la limitation prolongée des activités, selon le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1978-1979 et 1998-1999



Source des données : Enquête santé Canada de 1978-1979; Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, échantillon transversal, Fichier général

* Valeur significativement différente de celle observée pour 1978-1979, $p < 0,05$

Limitation des activités

Les taux de personnes de 65 à 74 ans présentant une limitation des activités calculés d'après les données des cycles de 1996-1997 et de 1998-1999 de l'ENSP sont nettement plus faibles que ceux calculés d'après les données recueillies lors de l'ESC de 1978-1979 et de l'EPS de 1985 (graphique 2). Durant ces 20 années, le taux de personnes de 75 ans et plus limitées dans leurs activités n'a pas varié de façon significative.

Deux facteurs pourraient expliquer ce pourquoi la proportion de personnes de 75 ans et plus dont les activités sont limitées n'a pas diminué ces 20 dernières années. D'une part, comme l'espérance de vie des personnes âgées a augmenté depuis 1980, la durée moyenne de survie des personnes de 75 ans et plus a augmenté également. D'autre part, puisque la proportion de personnes de 65 ans et plus placées en établissement de santé a diminué depuis 1986, parmi celles qui font encore partie de la population à domicile, la proportion qui déclare une limitation des activités devrait, en principe, être plus forte ces dernières années qu'elle ne l'était en 1978-1979. Pourtant, cela n'est pas le cas.

Prévalence des problèmes de santé chroniques

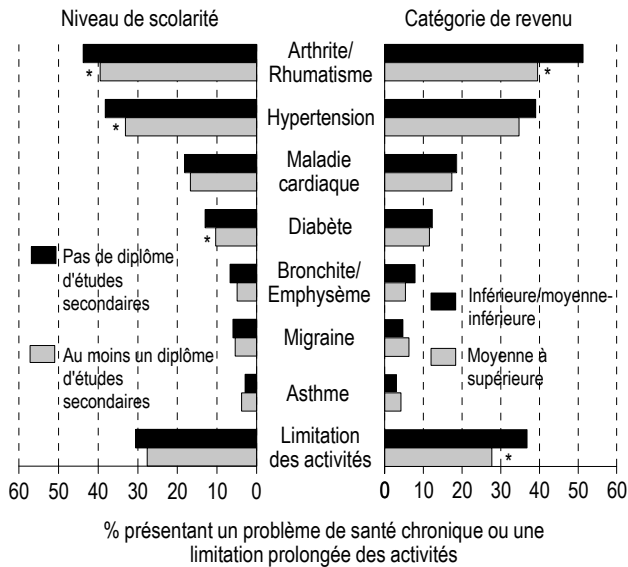
Les problèmes de santé chroniques sont plus courants chez les personnes âgées que chez celles de 45 à 64 ans (graphique 3; voir aussi le graphique 2 dans *L'état de santé à l'âge mur*, p. 45-46).

Entre l'ESC de 1978-1979 et l'ENSP de 1998-1999, la prévalence de la plupart des problèmes de santé chroniques n'a pas varié de façon significative chez les personnes de 65 ans et plus, sauf celle du diabète et de l'asthme (graphique 3). La prévalence du diabète a augmenté de façon significative aussi bien chez les hommes que chez les femmes (graphique 4), tandis que la prévalence de l'asthme a augmenté de façon significative chez les femmes âgées uniquement.

À l'heure actuelle, la prévalence de l'arthrite et du rhumatisme, de l'hypertension et de la migraine est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, tandis que la prévalence de la maladie cardiaque et du diabète est significativement

Graphique 5

Prévalence de certains problèmes de santé chroniques ou de la limitation prolongée des activités, selon le niveau de scolarité et le revenu du ménage, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, échantillon transversal, Fichier général

* Valeur significativement différente de celle observée pour les personnes ne possédant pas de diplôme d'études secondaires ou pour les personnes classées dans la catégorie inférieure/moyenne-inférieure de revenu, $p < 0,05$

plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Certains problèmes de santé chroniques sont plus courants chez les personnes âgées qui n'ont pas obtenu de diplôme d'études secondaires et qui appartiennent à l'une des catégories inférieures de revenu (graphique 5). Cependant, cette disparité socioéconomique n'est pas associée à un aussi grand nombre de problèmes de santé chroniques chez les personnes âgées que chez celles de 45 à 64 ans (voir le graphique 5 dans *L'état de santé à l'âge mûr*, p. 47).

La prévalence des problèmes de santé chroniques et de la limitation des activités chez les personnes de 65 ans et plus varie d'une région à l'autre (voir le tableau 3 dans *L'état de santé à l'âge mûr*, p. 47). En 1998-1999, la prévalence de l'hypertension dans la région Atlantique était significativement supérieure à la moyenne nationale et la prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme en Ontario était supérieure à la moyenne nationale. En 1998-1999, c'est au Québec que la prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme et de la limitation prolongée des activités était la plus faible. En 1978-1979, la prévalence de ces problèmes

de santé chroniques variait aussi d'une région à l'autre, mais en général les écarts n'étaient pas statistiquement significatifs.

Variations de l'état de santé

Le fichier de données longitudinales de l'ENSP permet d'examiner les variations de l'état de santé au cours de la période de quatre ans allant de 1994-1995 à 1997-1999. La détérioration de l'état de santé est plus fréquente chez les personnes âgées que chez les autres membres de la population, surtout chez les personnes d'âge très avancé (85 ans et plus). Néanmoins, certaines personnes âgées — même d'un âge avancé — voient leur état de santé s'améliorer⁶⁻⁸.

Lors de l'étude des variations de l'état de santé, il est important de tenir compte de l'interdépendance des facteurs physiques, sociaux et environnementaux qui influent sur la santé⁹. Ces facteurs incluent l'âge, le revenu, le niveau de scolarité, les comportements qui influent sur la santé, les problèmes de santé chroniques et autres affections, le bien-être psychologique et le soutien social. Pour préciser quels sont les déterminants des changements de l'état de santé, on recourt à la régression multivariée, qui permet de déterminer lesquels de ces facteurs sont associés de façon indépendante à quatre indicateurs importants de l'état de santé des personnes âgées, à savoir la mortalité, le placement en établissement, l'état fonctionnel et l'autoévaluation de l'état de santé.

Mortalité et placement en établissement

Parmi les personnes âgées faisant partie de la population à domicile qui ont participé à l'entrevue de l'ENSP de 1994-1995, 16 % étaient décédées en 1998-1999 et 3 % avaient été placées en établissement. Comme le laissent prévoir les chiffres courants d'espérance de vie, la cote exprimant le risque d'être décédées est plus forte pour les personnes de 75 ans et plus et pour les hommes (tableau 1). L'association entre l'âge et le placement en établissement n'est pas surprenante non plus. La cote exprimant la possibilité d'être placées en établissement en 1998-1999 est cinq fois plus élevée pour les personnes de 75 à 84 ans que pour celles

Tableau 1

Rapports corrigés de cotes reliant certaines caractéristiques au décès ou au placement en établissement entre 1994-1995 et 1998-1999, population à domicile de 65 ans et plus en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Décès		Placement en établissement	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe				
Hommes	1,9*	1,2 - 2,8	0,4	0,2 - 1,1
Femmes†	1,0	...	1,0	...
Âge				
65 à 74 ans†	1,0	...	1,0	...
75 à 84 ans	2,9*	1,9 - 4,2	5,0*	2,3 - 11,0
85 ans et plus	3,8*	2,1 - 6,9	10,1*	2,7 - 38,3
Niveau de scolarité				
Pas de diplôme d'études secondaires‡	1,5*	1,0 - 2,1	0,9	0,4 - 2,0
Revenu du ménage				
Inférieur/moyen-inférieur	1,1	0,7 - 1,6	2,2*	1,1 - 4,5
Moyen/moyen-supérieur/supérieur‡	1,0	...	1,0	...
Soutien social				
Vit seul(e)‡	1,0	0,7 - 1,5	1,2	0,5 - 3,1
Faible soutien émotionnel‡	1,1	0,7 - 1,6	1,3	0,6 - 2,7
Comportements qui influent sur la santé				
Usage quotidien du tabac‡	1,2	0,7 - 2,1	--	--
Exercice infrequent‡	1,3	0,7 - 1,9	--	--
État fonctionnel§				
Dépend d'autrui pour les activités	3,6*	2,2 - 5,7	0,9	0,4 - 2,0
Limitation des activités	1,8*	1,1 - 2,8		
Pas de limitation†	1,0	...	1,0	...
Autoévaluation de la santé				
Passable/mauvaise	1,4	1,0 - 2,0	2,6*	1,1 - 5,9
Excellente/très bonne/bonne†	1,0	...	1,0	...
Problèmes de santé chroniques et autres††				
Arthrite ou rhumatisme‡	0,8	0,6 - 1,1	0,9	0,4 - 2,1
Maux de dos‡	0,7	0,4 - 1,1	--	--
Diabète‡	1,3	0,8 - 2,2	--	--
Maladie cardiaque‡	1,4	0,9 - 2,1	0,8	0,3 - 1,9
Cancer‡	2,6*	1,4 - 4,7	--	--
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral‡	1,2	0,5 - 2,7	--	--
Incontinence urinaire‡	1,1	0,5 - 2,4	2,1	0,7 - 6,2
Déficience cognitive‡	1,6	0,7 - 3,6	3,2*	1,1 - 9,8
Trouble de la vue‡	1,3	0,7 - 2,3	3,0*	1,3 - 7,1

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal, de 1994-1995 à 1998-1999

Nota : Le modèle concernant le décès s'appuie sur 2 402 personnes qui avaient 65 ans et plus en 1994-1995; en 1998-1999, 402 d'entre elles étaient décédées; 31 enregistrements ont été exclus des analyses à cause de données manquantes. Le modèle du placement en établissement se fonde sur 1 986 personnes qui avaient 65 ans et plus en 1994-1995 et qui étaient toujours en vie en 1998-1999; en 1998-1999, 92 d'entre elles avaient été placées en établissement; 39 enregistrements ont été exclus des analyses à cause de données manquantes. Une catégorie « données manquantes » a été introduite dans le modèle pour le revenu, le soutien émotionnel et l'exercice afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports des cotes ne sont pas présentés.

† Catégorie de référence pour laquelle le rapport des cotes est toujours égal à 1,00.

‡ La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « vit seul(e) » est « vit avec d'autres ».

§ Pour le modèle du placement en établissement, on a regroupé les catégories « dépend d'autrui pour les activités » et « limitation des activités ». La catégorie de référence est l'absence de limitation.

†† Pour le modèle du placement en établissement, les problèmes de santé chroniques et autres englobent les problèmes de santé déclarés en 1994-1995 ou en 1996-1997.

-- Effectif de l'échantillon trop faible pour que la variable soit incluse dans le modèle

... N'ayant pas lieu de figurer

* $p \leq 0,05$

de 65 à 74 ans. En outre, elle est dix fois plus élevée pour les personnes de 85 ans et plus que pour celles de 65 à 74 ans.

Certaines études indiquent qu'il existe une corrélation entre l'état fonctionnel et l'autoévaluation de l'état de santé, d'une part, et la mortalité, d'autre part^{7,8,10-14}. Confirmant les résultats de ces études, l'analyse fondée sur les données de l'ENSP montre que la cote exprimant le risque d'être décédées en 1998-1999 est plus élevée pour les personnes qui ont dit dépendre d'autrui pour vaquer aux activités de la vie quotidienne en 1994-1995 (1^{er} cycle) (rapport de cotes=3,6), ainsi que pour celles qui ne dépendaient pas d'autrui mais qui étaient limitées dans leurs activités (rapport de cotes=1,8) que pour celles qui ne présentaient aucune limitation à l'époque. L'absence d'association significative entre la mortalité et l'autoévaluation de l'état de santé à la période de référence tient en partie à la corrélation de l'autoévaluation de l'état de santé et de l'état fonctionnel. En effet, si l'on exclut les variables d'état fonctionnel de l'analyse multivariée réalisée pour prédire la mortalité, la cote exprimant le risque d'être décédées en 1998-1999 est plus élevée pour les personnes qui ont jugé leur santé passable ou mauvaise en 1994-1995 que pour celles qui l'ont jugée excellente, très bonne ou bonne (données non présentées). Selon certaines études, l'autoévaluation de l'état de santé est un prédicteur de la mortalité indépendant de mesures plus objectives de l'état de santé¹¹. La période d'observation assez courte (quatre années) sur laquelle se fonde l'analyse pourrait être la cause de l'absence d'association entre la mortalité et l'autoévaluation de l'état de santé quand on tient compte de l'effet de l'état fonctionnel.

Il existe une association entre l'autoévaluation de l'état de santé et le placement en établissement. La cote exprimant la possibilité de vivre en établissement de santé en 1998-1999 est 2,5 fois plus élevée pour les personnes âgées qui ont jugé leur santé passable ou mauvaise en 1994-1995 que pour celles qui l'ont jugée excellente, très bonne ou bonne. L'état fonctionnel à la période de référence n'est pas lié au placement en établissement.

Certains facteurs socioéconomiques sont également associés à la mortalité et au placement

en établissement. Si l'on tient compte de l'effet d'autres variables incluses dans le modèle multivarié, la cote exprimant le risque d'être décédées quatre ans plus tard est plus forte pour les personnes âgées qui ne possèdent pas de diplôme d'études secondaires que pour celles dont le niveau de scolarité est plus élevé. On ne décèle aucun lien entre le revenu et la mortalité. Bien qu'il existe une corrélation positive entre le niveau de scolarité et le revenu. Si l'on exclut le niveau de scolarité de l'analyse multivariée réalisée pour prédire la mortalité, le revenu demeure un facteur non significatif chez les personnes âgées (données non présentées).

Corroborant les résultats de trois études fondées sur des données canadiennes¹⁵, on note une association entre la catégorie de revenu et le placement en établissement. La cote exprimant la possibilité d'être placées en établissement est plus de deux fois plus élevée pour les personnes âgées appartenant aux catégories inférieure et moyenne-inférieure de revenu que pour celles appartenant aux catégories moyenne à supérieure.

Le placement en établissement est lié à certains problèmes de santé. La cote exprimant la possibilité de vivre en établissement de santé en 1998-1999 est plus forte pour les personnes âgées qui ont fait état d'une déficience cognitive grave en 1994-1995 ou en 1996-1997 que pour les autres. Il en est de même de celles qui présentaient des troubles non corrigés de la vue.

Le cancer est le seul problème de santé pour lequel on observe un lien avec la mortalité quatre ans plus tard. La cote exprimant le risque d'être décédées en 1998-1999 est 2,5 fois plus élevée pour les personnes âgées qui souffraient d'un cancer en 1994-1995 que pour les autres.

Variations de l'état fonctionnel

La suite de l'article porte sur les changements d'état de santé des personnes âgées qui ont participé à l'enquête de 1994-1995 et qui étaient encore en vie et continuaient de faire partie de la population à domicile en 1998-1999 (81 %).

Bien que la majorité des personnes âgées ne présentaient aucune limitation des activités ni aucune dépendance à l'égard d'autrui en 1994-1995 (70 %)

ainsi qu'en 1998-1999 (63 %), une plus forte proportion dépendait d'autrui pour vaquer à leurs activités en 1998-1999 que quatre ans plus tôt (24 % en 1994-1995 contre 12 % en 1994-1995) (tableau 2). Ces observations confirment les résultats d'autres études selon lesquelles l'âge à la période de référence exerce un effet puissant sur l'état fonctionnel lors de périodes d'observation subséquentes⁷.

Des 1,8 million de personnes âgées qui, selon les données de 1994-1995, ne présentaient aucune limitation de leurs activités à ce moment-là, 15 % dépendaient d'autrui pour vaquer à leurs activités quatre ans plus tard et 8 % présentaient une limitation des activités sans dépendance à l'égard d'autrui, résultats qui témoignent d'une détérioration de l'état fonctionnel. Cependant, certaines personnes âgées ont vu leur état fonctionnel s'améliorer. Des 310 000 personnes âgées qui dépendaient d'autrui pour vaquer à leurs activités en 1994-1995, 13 % étaient limitées dans leurs activités mais ne dépendaient pas d'autrui en 1998-1999 et 19 % ne souffraient d'aucune limitation d'activité, résultats qui témoignent d'une amélioration de l'état fonctionnel.

Déterminants de la détérioration ou de l'amélioration fonctionnelle

Les personnes âgées ont été classées en deux catégories pour étudier les déterminants de l'amélioration et de la détérioration fonctionnelles. Celles qui ont mentionné une limitation des activités ou une dépendance à l'égard d'autrui pour vaquer à leurs activités en 1994-1995 ont été sélectionnées pour l'étude des facteurs associés à une amélioration de l'état de santé fonctionnel (amélioration jusqu'à l'absence de limitation quatre ans plus tard). Inversement, celles qui ont dit présenter une limitation de leurs activités ou ne présenter aucune limitation ni aucune dépendance à l'égard d'autrui pour vaquer à leurs activités en 1994-1995 ont été choisies pour l'étude des facteurs liés à une diminution de la dépendance à l'égard d'autrui en ce qui concerne les activités quatre ans plus tard.

À l'instar d'études antérieures^{7,8}, on note une association entre la détérioration de l'état fonctionnel et le fait de se juger en mauvaise santé. Les personnes âgées qui ont dit que leur santé était passable ou mauvaise en 1994-1995 obtiennent quatre ans plus tard une cote exprimant le risque de dépendre d'autrui pour vaquer à leurs activités plus

Tableau 2

Taux sur quatre ans des transitions entre états fonctionnels, population à domicile de 65 ans et plus en 1994-1995, Canada, territoires non compris

État fonctionnel en 1994-1995	État fonctionnel en 1998-1999									
	Total		Total	Dépend d'autrui pour les activités		Limitation des activités, mais pas de dépendance		Pas de limitation		Non déclaré
	milliers	%		milliers	%	milliers	%	milliers	%	
Total	2 590	100	100	620	24	330	13	1 640	63	--
Dépend d'autrui pour les activités	310	12	100	210	68 ^{†‡}	40	13 ^{††}	60	19 ^{††}	--
Limitation des activités, mais pas de dépendance	470	18	100	140	29 [‡]	140	30 [§]	190	41 [§]	--
Pas de limitation	1 810	70	100	270	15	140	8	1 390	77 [§]	--

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal, de 1994-1995 à 1998-1999

Nota : Fondé sur 1 923 membres de l'échantillon longitudinal qui avaient 65 ans et plus en 1994-1995 et qui faisaient encore partie de la population à domicile en 1998-1999.

† Valeur significativement plus élevée que celle observée pour la limitation des activités en 1994-1995

‡ Valeur significativement plus élevée que celle observée pour «pas de limitation» en 1994-1995

§ Valeur significativement plus élevée que celle observée pour la dépendance à l'égard d'autrui pour les activités en 1994-1995

†† Coefficient de variation compris 16,6 % et 25,0 %

-- Nombre infimes

Tableau 3

Rapports corrigés de cotes reliant certaines caractéristiques aux variations de l'état fonctionnel entre 1994-1995 et 1998-1999, population à domicile de 65 ans et plus en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Détérioration fonctionnelle (dépendance à l'égard d'autrui pour les activités en 1998-1999)		Amélioration fonctionnelle (aucune limitation en 1998-1999)	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe				
Hommes	0,6*	0,4 - 1,0	0,7	0,4 - 1,3
Femmes†	1,0	...	1,0	...
Âge				
65 à 74 ans†	1,0	...	1,0	...
75 à 84 ans	2,6*	1,7 - 4,0	1,0	0,5 - 1,8
85 ans et plus	9,0*	2,9 - 27,5		
Niveau de scolarité				
Pas de diplôme d'études secondaires‡	1,2	0,8 - 1,8	1,0	0,5 - 1,8
Revenu du ménage				
Inférieur/moyen-inférieur	0,9	0,6 - 1,4	1,1	0,6 - 2,2
Moyen/moyen-supérieur/supérieur‡	1,0	...	1,0	...
Soutien social				
Vit seul(e)‡	1,1	0,7 - 1,6	0,7	0,4 - 1,3
Faible soutien émotionnel‡	1,2	0,8 - 2,0	1,2	0,6 - 2,5
Comportements qui influent sur la santé				
Usage quotidien du tabac‡	1,3	0,7 - 2,4	1,0	0,4 - 2,5
Exercice infrequent‡	1,3	0,8 - 2,1	1,0	0,6 - 1,8
État fonctionnel§				
Dépend d'autrui pour les activités	0,4*	0,2 - 0,6
Limitation des activités	2,0*	1,3 - 3,2	1,0	...
Pas de limitation	1,0
Autoévaluation de la santé				
Passable/mauvaise	1,7*	1,0 - 2,9	0,5*	0,3 - 0,9
Excellent/très bonne/bonne†	1,0	...	1,0	...
Problèmes de santé chroniques et autres††				
Arthrite ou rhumatisme‡	1,2	0,8 - 1,9	0,9	0,5 - 1,7
Maux de dos‡	0,9	0,6 - 1,5	0,9	0,5 - 1,6
Diabète‡	1,2	0,7 - 2,3	1,5	0,6 - 3,4
Maladie cardiaque‡	1,2	0,8 - 1,9	0,8	0,4 - 1,5
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral‡	1,6	0,6 - 4,5	--	--
Déficiência cognitive‡	1,9*	1,0 - 3,6	--	--
Trouble de la vue‡	1,5	0,7 - 3,2	2,4	0,8 - 6,7

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal, de 1994-1995 à 1998-1999

Nota : Le modèle de la détérioration fonctionnelle se fonde sur 1 619 personnes de 65 ans et plus qui ne présentaient aucune dépendance ni limitation au regard des activités en 1994-1995 et qui faisaient encore partie de la population à domicile en 1998-1999; en 1998-1999, 284 d'entre elles ont dit dépendre d'autrui pour les activités; 38 enregistrements ont été exclus des analyses à cause de données manquantes. Le modèle de l'amélioration fonctionnelle se fonde sur 606 personnes de 65 ans et plus qui présentaient une dépendance au regard des activités ou une limitation des activités en 1994-1995 et qui faisaient encore partie de la population à domicile en 1998-1999; en 1998-1999, 191 d'entre elles ont dit ne présenter aucune limitation ni dépendance au regard des activités; 13 enregistrements ont été exclus des analyses à cause de données manquantes. Une catégorie « données manquantes » a été introduite dans le modèle pour le revenu, le soutien émotionnel et l'exercice afin de maximiser l'effectif de l'échantillon, mais les rapports des cotes ne sont pas présentés.

† Catégorie de référence pour laquelle le rapport des cotes est toujours égal à 1,00.

‡ La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « vit seul(e) » et « vit avec d'autres ».

§ La catégorie de référence pour l'état fonctionnel est « aucune limitation » pour le modèle de la détérioration fonctionnelle et « dépend d'autrui pour les activités » pour le modèle de l'amélioration fonctionnelle.

†† Pour le modèle de la détérioration fonctionnelle, les problèmes de santé chroniques et autres englobent les problèmes de santé qui existaient en 1994-1995 ou en 1996-1997.

-- Effectif de l'échantillon trop faible pour que la variable soit incluse dans le modèle

... N'ayant pas lieu de figurer

* $p \leq 0,05$

élevée que les autres (tableau 3). Inversement, la cote exprimant la possibilité de ne présenter aucune limitation des activités en 1998-1999 est plus faible pour les personnes âgées qui ont jugé leur santé passable ou mauvaise en 1994-1995 que pour les autres.

Sans surprise, on constate que l'âge est un facteur significatif de la déficience fonctionnelle. La cote exprimant le risque de devenir dépendantes d'autrui pour vaquer aux activités de la vie quotidienne est plus forte pour les personnes de 75 à 84 ans et 85 ans et plus que pour celles de 65 à 74 ans.

Les limitations fonctionnelles existantes jouent aussi un rôle significatif. La cote exprimant le risque de dépendre d'autrui pour vaquer à leurs activités en 1998-1999 est deux fois plus élevée pour les personnes âgées qui présentaient une limitation des activités en 1994-1995 que pour celles qui ne souffraient d'aucune limitation. Inversement, la cote exprimant la possibilité de ne présenter aucune limitation en 1998-1999 est plus faible pour celles qui dépendaient d'autrui pour vaquer à leurs activités en 1994-1995 que pour celles qui souffraient d'une limitation mais ne dépendaient pas d'autrui.

Définitions

L'*autoévaluation de l'état de santé* reflète l'évaluation globale que donne une personne de son état de santé général. On a demandé aux participants à l'enquête d'évaluer leur état de santé général au moyen de l'échelle à cinq points suivante : excellent (1), très bon, bon, passable ou mauvais (5).

Diverses études montrent que cette évaluation globale unique de l'état de santé est remarquablement stable au fil du temps¹⁶. D'après les données du fichier longitudinal de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), le coefficient de corrélation pour cette question est de 0,55 de 1994-1995 à 1996-1997, de 0,55 de 1996-1997 à 1998-1999 et de 0,49 de 1994-1995 à 1998-1999. Confirmant les résultats d'études antérieures, ces corrélations témoignent d'une stabilité considérable.

Aussi bien dans le cas de l'ENSP que de l'Enquête santé Canada (ESC), on se sert d'une liste de problèmes de santé pour déterminer l'existence de *problèmes de santé chroniques*. Dans le cas de l'ENSP, on demande : « Un spécialiste de la santé a-t-il diagnostiqué chez ... certains des problèmes de santé de longue durée suivants? Par problème de santé de longue durée, on entend un état qui persiste depuis six mois ou plus ou qui devrait persister pendant six mois ou plus. » À cause de différences dans les énoncés, seules les questions sur sept problèmes de santé chroniques sont relativement comparables et ce sont, par conséquent, ceux-là que l'on a sélectionnés pour l'analyse des taux de prévalence au fil du temps. Ces problèmes sont la maladie cardiaque, l'hypertension, le diabète, l'arthrite ou le rhumatisme, la bronchite ou l'emphysème, l'asthme et la migraine. Aux personnes qui ont participé à l'ESC, on a demandé si elles avaient des « problèmes de santé de longue durée ». L'ESC fournit aussi des données sur la tension artérielle obtenues par examen physique. Ici, ces données sont analysées dans le contexte des recommandations récentes concernant les

seuils à appliquer pour définir l'hypertension (tension artérielle systolique égale ou supérieure à 140 mm Hg; tension artérielle diastolique égale ou supérieure à 90 mm Hg)¹⁷.

Dans le cadre de l'ENSP et de l'EPS, la *limitation des activités* s'entend de toute incapacité physique ou mentale ou de tout problème de santé chronique qui persiste depuis six mois ou plus ou qui devrait persister pendant six mois ou plus et qui limite le genre ou le nombre d'activités qu'une personne peut exercer à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres circonstances. En ce qui concerne l'ESC, aux fins des analyses présentées ici, on classe les personnes qui ont déclaré une limitation des activités d'au moins six mois dans la catégorie des personnes présentant une limitation des activités.

Par *dépendance à l'égard d'autrui pour les activités*, on entend le besoin d'aide (pour des raisons de santé) pour vaquer aux activités élémentaires de la vie quotidienne, comme les soins personnels (se laver, s'habiller ou manger) ou les déplacements dans la maison. L'expression désigne aussi le besoin d'aide pour vaquer aux activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), comme la préparation des repas, l'achat d'épicerie et d'autres produits indispensables, ou les travaux ménagers quotidiens.

Les tendances concernant le *placement en établissement de santé*, établies d'après les données de recensement, couvrent les personnes placées dans les maisons de soins infirmiers, les hôpitaux de soins de longue durée, les foyers pour personnes âgées, les établissements psychiatriques, les hôpitaux généraux et les établissements de soins spéciaux pour personnes handicapées.

(Voir l'*Annexe* pour la définition des variables relatives aux caractéristiques socioéconomiques, au soutien social, aux comportements qui influent sur la santé et au bien-être psychologique).

Limites

Plusieurs études montrent que le recours à l'entrevue par personne interposée influe parfois sur les taux observés de prévalence des problèmes de santé chroniques. Certaines laissent entendre que l'interview par procuration produit une sous-estimation de la prévalence de certains problèmes de santé chroniques, tandis que d'autres indiquent que cette méthode de déclaration ne cause aucune sous-estimation¹⁸⁻²³. Par conséquent, certaines variations observées des taux de prévalence pourraient être imputables, en partie, à la déclaration par personne interposée. Les données de l'ENSP et de l'ESC sur lesquelles se fondent les estimations de la prévalence des problèmes de santé chroniques ont été recueillies, pour tous les membres de chaque ménage sélectionné dans l'échantillon, auprès d'un membre bien informé du ménage. Cependant, comme on ne peut déterminer le taux exact de réponses par procuration pour l'ESC, il est impossible d'évaluer l'effet éventuel de la déclaration par cette méthode.

Idéalement, l'étude de la santé des personnes âgées devrait couvrir les personnes placées en établissement de soins prolongés. Les données du Recensement de la population montrent que la proportion de personnes âgées placées dans ces établissements a diminué les vingt dernières années. Par conséquent, la tendance à la baisse de la prévalence de certains problèmes de santé chroniques et de la limitation des activités pourrait être sous-estimée.

Dans le cadre de l'ESC, on a demandé à tous les membres de chaque ménage s'ils faisaient de l'hypertension. En outre, certains membres des ménages échantillonnés ont participé à la composante des examens physiques de l'ESC. Toutes les personnes qui ont dit faire de l'hypertension sont classées dans la catégorie des hypertendus. Les personnes qui n'ont pas déclaré faire de l'hypertension mais dont la mesure de la tension artérielle était élevée sont également classées dans la catégorie des hypertendus. En revanche, pour l'ENSP, la prévalence de l'hypertension pourrait être sous-estimée, car toutes des données sur l'hypertension sont autodéclarées.

Le seul problème de santé chronique associé à la détérioration fonctionnelle est l'incontinence urinaire. La cote exprimant le risque de dépendre d'autrui pour vaquer aux activités de la vie quotidienne en 1998-1999 est deux fois plus forte pour les personnes âgées qui ont dit souffrir d'incontinence en 1994-1995 ou en 1996-1997 que pour les autres. Après correction du modèle multivarié pour tenir compte de l'effet d'autres facteurs, on n'observe aucun lien pour l'arthrite, les maux de dos, le diabète, la maladie cardiaque, les séquelles d'un accident vasculaire cérébral ni les troubles de la vue.

Variations de l'autoévaluation de l'état de santé

Les études axées sur les personnes âgées montrent qu'il existe un lien entre l'autoévaluation de l'état de santé et la mortalité, le placement en établissement et l'utilisation des services de santé^{7,8,11,13,24,25}. L'autoévaluation de l'état de santé ne peut certes pas remplacer le diagnostic épidémiologique, mais on a montré qu'elle concorde avec l'évaluation plus objective de la santé faite par les médecins d'après un examen médical ou psychiatrique¹⁶.

À peu près la même proportion de personnes âgées, soit un peu plus de 20 %, ont décrit leur santé comme étant passable ou mauvaise en 1994-1995 et en 1998-1999. Cependant, si le taux n'a pas varié dans l'ensemble, on observe des améliorations et des détériorations individuelles (tableau 4). Des deux millions de personnes âgées qui, selon l'enquête, étaient en excellente, très bonne ou bonne

Tableau 4
Taux sur quatre ans des transitions entre les autoévaluations de l'état de santé, population à domicile de 65 ans et plus en 1994-1995, Canada, territoires non compris

Autoévaluation de la santé en 1994-1995	Total		Autoévaluation de la santé en 1998-1999				
			Total	Excellente, très bonne ou bonne		Passable ou mauvaise	
	milliers	%	%	milliers	%	milliers	%
Total	2 590	100	100	1 990	77	600	23
Excellente, très bonne ou bonne	2 030	79	100	1 730	85 [†]	300	15
Passable ou mauvaise	560	21	100	260	46	300	54 [‡]

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal, de 1994-1995 à 1998-1999

Nota : Fondé sur 1 921 membres de l'échantillon longitudinal qui avaient 65 ans et plus en 1994-1995 et faisaient encore partie de la population à domicile en 1998-1999.

† Valeur significativement plus élevée que celle observée pour la catégorie « passable ou mauvaise » en 1994-1995.

‡ Valeur significativement plus élevée que celle observée pour la catégorie « excellente, très bonne ou bonne » en 1994-1995.

Tableau 5

Rapports corrigés de cotes reliant certaines caractéristiques aux variations de l'autoévaluation de la santé entre 1994-1995 et 1998-1999, population à domicile de 65 ans et plus en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Détérioration de l'autoévaluation de la santé		Amélioration de l'autoévaluation de la santé	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe				
Hommes	1,2	0,7 - 2,1	0,4*	0,2 - 0,9
Femmes†	1,0	...	1,0	...
Âge				
65 à 74 ans†	1,0	...	1,0	...
75 ans et plus	1,1	0,6 - 1,7	1,2	0,6 - 2,6
Niveau de scolarité				
Pas de diplôme d'études secondaires‡	1,6	0,9 - 2,8	0,6	0,3 - 1,6
Revenu du ménage				
Inférieur/moyen-inférieur	0,8	0,5 - 1,4	1,0	0,4 - 2,6
Moyen†	1,0	...	1,0	...
Moyen-supérieur/supérieur	0,7	0,3 - 1,2	2,0	0,6 - 7,0
Soutien social				
Vit seul(e)‡	0,7	0,4 - 1,1	0,8	0,3 - 2,2
Faible soutien émotionnel‡	1,2	0,7 - 2,2	0,8	0,3 - 1,8
Comportements qui influent sur la santé				
Usage quotidien du tabac‡	1,1	0,5 - 2,3	1,0	0,4 - 2,9
Exercice infrequent‡	1,1	0,6 - 1,9	1,3	0,6 - 2,9
Dépendance à l'égard d'autrui pour les activités‡§				
	1,9*	1,1 - 3,4	0,4*	0,2 - 0,9
Problèmes de santé chroniques et autres§				
Arthrite ou rhumatisme‡	1,3	0,8 - 2,1	0,9	0,4 - 2,1
Maux de dos‡	0,7	0,4 - 1,1	0,9	0,4 - 2,0
Hypertension‡	1,5	0,9 - 2,4	1,2	0,6 - 2,5
Diabète‡	1,2	0,5 - 2,6	0,9	0,3 - 2,9
Maladie cardiaque‡	2,2*	1,3 - 3,8	0,9	0,4 - 2,0
Cancer‡	0,9	0,3 - 2,6	--	--
Ulcères à l'estomac ou à l'intestin‡	1,4	0,5 - 4,0	1,2	0,4 - 3,8
Déficiência cognitive‡	1,8	0,7 - 4,5	--	--
Trouble de la vue‡	1,1	0,5 - 2,5	0,9	0,2 - 3,2
Bien-être psychologique				
Faible estime de soi‡	1,9	0,8 - 4,3	0,7	0,3 - 1,7
Stress chronique intense‡	1,4	0,7 - 2,9	0,8	0,4 - 1,9

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal, de 1994-1995 à 1998-1999

Nota : Le modèle de la détérioration de l'autoévaluation de la santé se fonde sur 1 408 personnes de 65 ans et plus en 1994-1995 qui ont déclaré à ce moment-là être en excellente, très bonne ou bonne santé et qui faisaient encore partie de la population à domicile en 1998-1999; en 1998-1999, 196 d'entre elles ont dit que leur santé était passable ou mauvaise; 90 enregistrements ont été exclus des analyses à cause de données manquantes. Le modèle de l'amélioration de l'autoévaluation de la santé se fonde sur 384 personnes de 65 ans et plus en 1994-1995 qui ont dit à ce moment-là que leur santé était passable ou mauvaise et qui faisaient encore partie de la population à domicile en 1998-1999; en 1998-1999, 163 d'entre elles se sont dites en excellente, très bonne ou bonne santé; 39 enregistrements ont été exclus des analyses à cause de données manquantes. Une catégorie « données manquantes » a été introduite dans le modèle pour le revenu afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais le rapport des cotes n'est pas présenté.

† Catégorie de référence pour laquelle le rapport des cotes est toujours égal à 1,00.

‡ La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « vit seul(e) » est « vit avec d'autres ».

§ Pour le modèle de la détérioration de l'autoévaluation de la santé, la dépendance à l'égard d'autrui pour les activités et les problèmes de santé chroniques et autres englobent les états qui existaient en 1994-1995 ou en 1996-1997.

-- Effectif de l'échantillon trop faible pour que la variable soit incluse dans le modèle

... N'ayant pas lieu de figurer

* $p \leq 0,05$

santé en 1994-1995, 15 % jugeaient que leur santé n'était plus que passable ou mauvaise en 1998-1999. Par ailleurs, parmi le petit groupe de personnes âgées (560 000) qui jugeaient leur santé passable ou mauvaise en 1994-1995, près de la moitié (46 %) se disaient en excellente, en très bonne ou en bonne santé en 1998-1999.

Déterminants des variations de l'autoévaluation de la santé

Pour étudier les déterminants de l'amélioration de l'autoévaluation de la santé, on a sélectionné le groupe de personnes âgées qui ont jugé leur santé passable ou mauvaise en 1994-1995 et on a déterminé les facteurs associés à la déclaration d'un état de santé excellent, très bon ou bon en 1998-1999. Inversement, pour étudier les déterminants de la détérioration de l'autoévaluation de la santé, on a sélectionné le groupe de personnes âgées qui ont dit en 1994-1995 que leur santé était excellente, très bonne ou bonne et on a déterminé les facteurs associés à la déclaration d'un état de santé passable ou mauvais en 1998-1999.

La dépendance à l'égard d'autrui pour vaquer aux activités de la vie quotidienne est associée à la détérioration de l'autoévaluation de l'état de santé. La cote exprimant le risque de se percevoir en moins bonne santé en 1998-1999 est deux fois plus élevée pour les personnes âgées qui dépendaient d'autrui pour vaquer à leurs activités en 1994-1995 ou qui étaient devenues dépendantes en 1996-1997 que pour les autres (tableau 5). Inversement, la cote exprimant la possibilité de se percevoir en meilleure santé (excellente, très bonne ou bonne) en 1998-1999 est plus de deux fois plus faible pour les personnes qui dépendaient d'autrui pour vaquer à leurs activités en 1994-1995 que pour les autres.

La maladie cardiaque est le seul problème de santé chronique associé à une détérioration de l'autoévaluation de l'état de santé. La cote exprimant le risque de se percevoir en moins bonne santé en 1998-1999 est deux fois plus élevée pour les personnes qui ont dit souffrir d'une maladie cardiaque en 1994-1995 ou en 1996-1997 que pour les autres. Par contre, on n'observe aucune association entre les autres problèmes de santé

chroniques étudiés (arthrite, maux de dos, hypertension, diabète, cancer, ulcères, incontinence urinaire et troubles de la vue) et la diminution de l'autoévaluation de l'état de santé.

Enfin, il faut souligner que la cote exprimant la possibilité de considérer que son état de santé s'est amélioré est deux fois plus faible pour les hommes que pour les femmes.

Mot de la fin

Les chercheurs ont proposé deux théories opposées pour prédire les perspectives des personnes âgées à la fin de leur vie, compte tenu de l'amélioration de l'espérance de vie. Selon la première, appelée la « compression de la morbidité », si l'âge auquel se manifestent les problèmes de santé chroniques invalidants augmente plus rapidement que l'espérance de vie, alors la période entre la manifestation de la maladie et la fin de la vie raccourcit, et le nombre d'années passées en bonne santé augmente^{26,27}. Selon la seconde, appelée « expansion de la morbidité », si l'âge au moment de la manifestation de problèmes de santé chroniques invalidants moins néfastes, comme l'arthrite ou la démence, demeure constant ou n'augmente pas proportionnellement à l'espérance de vie, alors les personnes âgées doivent s'attendre à être, durant les dernières années de leur vie, dans un moins bon état de santé, qui les rendra dépendantes d'autrui pour vaquer aux activités de la vie quotidienne^{28,29}. Les analyses présentées ici soutiennent la théorie de la compression de la morbidité et confirment les résultats d'études démographiques réalisées récemment par Statistique Canada¹. Au cours des vingt dernières années, la prévalence de la plupart des problèmes de santé chroniques chez les personnes de 65 ans et plus n'a pas varié de façon significative. La prévalence de la limitation des activités a diminué chez les personnes de 65 à 74 ans et est demeurée stable chez celles de 75 ans et plus. La proportion de personnes âgées de 75 ans et plus placées en établissement de santé a diminué. Ces tendances sont survenues alors même que l'âge moyen du groupe des 65 ans et plus a augmenté en raison de l'augmentation de l'espérance de vie.

Une perception positive de son état de santé, c'est-à-dire se considérer en excellente, très bonne ou bonne santé, est liée à une baisse de la cote exprimant le risque d'un placement en établissement ou d'une détérioration de l'état fonctionnel et à une hausse de la cote exprimant la possibilité d'une amélioration de l'état fonctionnel. Cette association persiste même après correction du modèle pour tenir compte de l'effet des évaluations plus objectives de l'état de santé et des comportements qui influent sur la santé. Ces résultats donnent à penser que l'autoévaluation de l'état de santé est une mesure valide de l'état de santé aussi bien au moment où est posée la question qu'en tant que prédicteur de problèmes de santé futurs. Cette association se prête à diverses interprétations. Les personnes âgées qui évaluent positivement leur état de santé pourraient être moins susceptibles que les autres de voir se détériorer leur santé. Par ailleurs, le fait de considérer sa santé passable ou mauvaise lors de l'entrevue de référence pourrait être une approximation de la gravité d'un problème de santé existant qui, à son tour, causera une détérioration de l'état de santé.

L'augmentation de la prévalence du diabète chez les hommes âgés, augmentation que l'on observe aussi chez les femmes de 45 à 64 ans, donne lieu de s'inquiéter, puisque cette maladie augmente le risque de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de cécité, de troubles rénaux, d'incapacité et de mortalité (voir *L'état de santé à l'âge mûr*, p. 39)³⁰⁻³². Dans la mesure où ils contribuent à la limitation des activités, à la dépendance à l'égard d'autrui pour vaquer aux activités de la vie quotidienne ou à l'altération des fonctions cognitives et de la vision, ces problèmes de santé augmentent le risque de détérioration fonctionnelle et de placement en établissement chez les personnes âgées.

Les tendances socioéconomiques observées parmi les groupes plus jeunes se manifestent aussi chez les personnes âgées, quoique de façon moins prononcée. La cote exprimant le risque de décès est plus forte pour les personnes âgées qui ne possèdent pas de diplôme d'études secondaires que pour les autres et celle exprimant le risque d'être placées en établissement est plus forte pour celles dont le revenu est faible que pour les autres. À cet

égard, il est intéressant de noter que la limitation des activités et la dépendance à l'égard d'autrui pour vaquer aux activités de la vie quotidienne sont des facteurs qui ne sont pas associés au placement en établissement. Il se pourrait que les personnes âgées dont le revenu est adéquat aient les moyens de s'offrir l'aide nécessaire à domicile, donc d'éviter ou de retarder le placement en établissement. Cette hypothèse laisse entendre que les services de soins à domicile permettraient de prévenir le placement en établissement des personnes âgées dont le revenu est limité. ●

Pour plus de renseignements, s'adresser à Margot Shields (613-951-4177; shiemar@statcan.ca) ou à Jiajian Chen (613-951-5059; chenjia@statcan.ca), Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada.

Références

1. L. Martel et A. Bélanger, « Une analyse de l'évolution de l'espérance de vie sans dépendance au Canada entre 1986 et 1996 », *Rapport sur l'état de la population du Canada, 1998-1999*, 1999, p. 164-186 (Statistique Canada, n° 91-209 au catalogue).
2. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
3. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys in using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 283-310.
4. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Survey Research Methods Section*. Baltimore, août 1999.
5. B.V. Shah, B.G. Barnwell et G.S. Bieler. « *SUDAAN User's Manual* », Release 7.5. Research Triangle Park, North Carolina: Research Triangle Institute, 1997.
6. E.M. Crimmins et Y. Saito, « Getting better and getting worse », *Journal of Aging and Health*, 5(1), 1993, p. 3-36.

7. L.G. Branch et K.U. Leighton, « Transitional probabilities to dependency, institutionalization and death among the elderly over a decade », *Journal of Aging and Death*, 1(3), 1989, p. 370-408.
8. V. Mor, V. Wilcox, W. Rakowski *et al.*, « Functional transitions among the elderly: patterns, predictors, and related hospital use », *American Journal of Public Health*, 84(8), 1994, p. 1274-1280.
9. R.G. Evans et G.L. Stoddart, « *Producing Health, Consuming Health Care* », (CHEPA working paper series #90-6), Hamilton, Ontario, McMaster University, 1990.
10. T. Harris, M.G. Kovar, R. Suzman *et al.*, « Longitudinal study of physical ability in the oldest-old », *American Journal of Public Health*, 79(6), 1989, p. 698-702.
11. J.M. Mossey et E. Shapiro, « Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly », *American Journal of Public Health*, 72, 1982, p. 800-808.
12. E.L. Idler et S. Kasl, « Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality? », *Journal of Gerontology*, 46, 1991, p. S55-S65.
13. L.T.J. Pijls, E.J.M. Feskens et D. Kromhout, « Self-rated health, mortality, and chronic diseases in elderly men: the Zutphen Study, 1985-1990 », *American Journal of Epidemiology*, 138, 1993, p. 840-848.
14. D.B. Reuben, L.V. Rubenstein, S.H. Hirsch *et al.*, « Value of functional status as a predictor of mortality: results of a prospective study », *American Journal of Medicine*, 93, 1992, p. 663-669.
15. C. Mustard, M. Finlayson, S. Derksens *et al.*, « What determines the need for nursing home admission in a universally insured population? », *Journal of Health Services Research and Policy*, 4, 1999, p. 197-203.
16. G.L. Maddox et E.B. Douglass, « Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects », *Journal of Health and Social Behavior*, 14, 1973, p. 87-93.
17. M.R. Joffres, P. Hamet, S.W. Rabkin *et al.* « Prevalence, control and awareness of high blood pressure among Canadian adults », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 146(11), 1992, p. 1997-2005.
18. D.A. Koons, « Quality control and measurement of nonsampling error in the Health Interview Survey », *Health and Vital Statistics*, 2(54), 1973, p. 1-24.
19. L.S. Corder, M.A. Woodbury et K.G. Manton, « Proxy response patterns among the aged: effects on estimates of health status and medical care utilization from the 1982-1984 long-term care surveys », *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(2), 1996, p. 173-182.
20. N.A. Mathiowetz et R.M. Groves, « The effects of respondent rules on health survey reports », *American Journal of Public Health*, 75(6), 1985, p. 639-644.
21. M.G. Kovar et R.A. Wright, « An experiment with alternate respondent rules in the National Health Interview Survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Social Statistics Section*, 1973, p. 311-316.
22. R.H. Lawrence, « The structure of physical health status. Comparing proxies and self-respondents », *Journal of Aging and Health*, 7(1), 1995, p. 79-98.
23. R.E. Miller, M.P. Massagli et B.R. Clarridge, « Quality of proxy reports vs. self-reports: evidence from a health survey with repeated measures », *American Statistical Association: Proceedings of the Section on Survey Research Methods*. Washington, DC: American Statistical Association, 1986, p. 546-551.
24. C. Evashwick, G. Rowe, P. Diehr *et al.*, « Factors explaining the use of health care services by the elderly », *Health Services Research*, 19, 1984, p. 357-382.
25. C.S. Blaum, J. Liang et X. Liu, « The relationship of chronic diseases and health status to the health services utilization of older Americans », *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 1994, p. 1087-1093.
26. J.F. Fries, « The compression of morbidity », *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 61(3), 1983, p. 397-419.
27. J.F. Fries, « The compression of morbidity: near or far? », *Milbank Quarterly*, 67(2), 1989, p. 208-232.
28. L.M. Verbrugge, « Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons », *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 62(3), 1984, p. 475-519.
29. S.J. Olshansky, M.A. Rudberg, B.A. Carnes *et al.* « Trading off longer life for worsening health », *Journal of Aging and Health*, 3(2), 1991, p. 194-216.
30. M.I. Harris, K.M. Flegal, C.C. Cowie *et al.*, « Prevalence of diabetes, improved fasting glucose, and impaired glucose tolerance in US adults », *Diabetes Care*, 21(4), 1998, p. 518-524.
31. American Diabetes Association. *Diabetes 1996: Vital Statistics*. Alexandria, Virginia: American Diabetes Association, 1996.
32. *Mortality and Morbidity Weekly Reports*. Trends in the prevalence and incidence of self-reported diabetes mellitus—United States, 1980-1994, novembre 1997; 46(43), p. 1027-1028.

Annexe

Caractéristiques socio-économiques, soutien social, comportements qui influent sur la santé et bien-être psychologique : définition des variables

On définit deux catégories de *niveau de scolarité* en se fondant sur le niveau le plus élevé atteint : pas de diplôme d'études secondaires et au moins un diplôme d'études secondaires.

Pour l'analyse des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), la *catégorie de revenu* est déterminée d'après le nombre de personnes qui composent le ménage et le revenu total du ménage provenant de toutes les sources au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue. On définit les catégories de revenus suivantes :

Catégorie de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieure	1 à 4	Moins de 10 000 \$
	5 ou plus	Moins de 15 000 \$
Moyenne-inférieure	1 ou 2	De 10 000 \$ à 14 999 \$
	3 ou 4	De 10 000 \$ à 19 999 \$
	5 ou plus	De 15 000 \$ à 29 999 \$
Moyenne	1 ou 2	De 15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	De 20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	De 30 000 \$ à 59 999 \$
Moyenne-supérieure	1 ou 2	De 30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	De 40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	De 60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieure	1 ou 2	60 000 \$ et plus
	3 ou plus	80 000 \$ et plus

Pour l'analyse des données de l'Enquête santé Canada, on a déterminé la catégorie de revenu en se servant d'une variable dérivée axée sur le quintile de revenu de la famille économique.

Les variables du soutien social incluent les modalités de logement et le soutien émotionnel. Les catégories de *modalités de logement* sont : vit seul(e) ou vit avec au moins une autre personne. On a posé aux participants à l'enquête quatre questions auxquelles il fallait répondre par « oui » ou par « non » pour évaluer le *soutien émotionnel*. On leur a demandé s'ils avaient quelqu'un à qui ils pouvaient se confier, quelqu'un sur qui ils pouvaient compter, quelqu'un pouvant leur donner des conseils et quelqu'un pouvant leur donner le sentiment d'être aimé(e). Les personnes qui ont répondu « non » à l'une des questions sont considérées comme ayant un faible soutien émotionnel.

Les comportements qui influent sur la santé observés sont l'usage du tabac et la fréquence de l'exercice. La *catégorie d'usage du tabac*

est une variable dichotomique correspondant à l'usage quotidien ou non quotidien de la cigarette. La *fréquence de l'exercice* est une variable dichotomique basée sur le nombre de fois que la personne s'est adonnée à des activités physiques de loisirs durant au moins 15 minutes au cours des trois mois qui ont précédé l'entrevue. Les personnes pour lesquelles le nombre est, en moyenne, inférieur à quatre fois par mois sont considérées comme *faisant de l'exercice infrequemment*.

On définit les cinq catégories de vision suivantes : pas de problème de vision, problème corrigé par des lentilles, difficulté à voir de loin - problème non corrigé, difficulté à voir de près et de loin - problème non corrigé et aveugle. On a considéré comme ayant un *trouble de la vue* les personnes souffrant d'un problème de vision non corrigé (autrement dit, les quatre dernières catégories).

On se sert d'une variable dérivée fondée sur la capacité de penser et sur la mémoire pour évaluer la *fonction cognitive*. On a défini six catégories : pas de problème cognitif, un peu de difficulté à réfléchir, plutôt porté(e) à oublier des choses, plutôt porté(e) à oublier des choses et un peu de difficulté à réfléchir, très porté(e) à oublier des choses et beaucoup de difficulté à réfléchir, incapable de se rappeler de quoi que ce soit ni de réfléchir. Aux fins de la présente analyse, on considère comme ayant une déficience cognitive les personnes classées dans l'une ou l'autre des deux dernières catégories.

L'évaluation du bien-être psychologique se fonde sur deux variables, à savoir l'estime de soi et le stress chronique. Pour mesurer le *stress chronique*, on a demandé aux personnes qui ont participé à l'ENSP d'indiquer si les énoncés suivants s'appliquaient à elles en répondant par vrai ou faux :

- Vous essayez d'entreprendre trop de choses en même temps.
- Vous ressentez trop de pression pour que vous soyez comme les autres.
- Les autres attendent trop de votre part.
- Vous n'avez pas assez d'argent pour acheter les choses dont vous avez besoin.
- Votre conjoint(e) ne vous comprend pas.
- Votre conjoint(e) ne vous témoigne pas assez d'affection.
- Votre conjoint(e) n'est pas suffisamment engagé(e) dans votre relation.
- Vous trouvez qu'il est très difficile de trouver quelqu'un avec qui vous êtes compatible.
- Un de vos enfants semble être très malheureux.
- Le comportement d'un de vos enfants vous inquiète sérieusement.
- Votre travail à la maison n'est pas apprécié.
- Vos amis ont une mauvaise influence sur vous.
- Vous aimeriez déménager mais vous ne pouvez pas.
- L'endroit où vous habitez est trop bruyant ou trop pollué.
- Un de vos parents, un de vos enfants ou votre conjoint(e) est en très mauvaise santé et pourrait mourir.
- Quelqu'un dans votre famille a un problème d'alcool ou de drogue.

Les gens sont trop critiques à votre égard ou critiquent trop ce que vous faites.

On attribue une cote de un (1) à chaque réponse « vrai ». Puis, on fait certains rajustements pour tenir compte des questions qui ne s'appliquent pas à certaines personnes (par exemple, les personnes n'ayant pas de conjoint(e)), de sorte que les cotes totales se fondent toutes sur le même dénominateur. On considère comme étant soumises à un stress chronique intense les personnes dont la cote totale correspond au quartile supérieur de la distribution pour la population de 18 ans et plus (cote égale ou supérieure à 5).

L'*estime de soi* est une mesure de la « positivité » avec laquelle une personne se juge. Au moyen d'une échelle à cinq points allant de « entièrement d'accord » (cote de 0) à « tout à fait en désaccord » (cote de 4), on a demandé aux participants à l'ENSP d'évaluer les six énoncés suivants :

Vous estimez que vous avez un certain nombre de qualités.

Vous estimez qu'en tant que personne, vous valez autant que les autres.

Vous pouvez faire les choses aussi bien que la plupart des autres personnes.

Vous avez une attitude positive face à vous-même.

Dans l'ensemble, vous êtes satisfait(e) de vous-même.

Tout compte fait, vous avez tendance à vous considérer comme un(e) raté(e). (Cote inversée.)

On considère comme ayant une faible estime de soi les personnes dont la cote totale correspond au quartile inférieur de la distribution observée pour la population de 18 ans et plus (cote égale ou inférieure à 17).