

# Soutien social aux aînés et soins à domicile

Kathryn Wilkins et Marie P. Beaudet

## Résumé

### Objectifs

Le présent article porte sur les soins à domicile offerts aux personnes âgées. Il décrit chez ces dernières les liens entre le début du recours aux soins à domicile subventionnés par l'État, d'une part, et les changements dans le niveau de soutien social et dans le nombre de personnes en compagnie desquelles elles vivent, d'autre part.

### Source des données

L'analyse se fonde sur les données longitudinales des deux premiers cycles de la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population réalisée par Statistique Canada en 1994-1995 et en 1996-1997. Les données, recueillies auprès d'un échantillon de 2 044 personnes de 65 ans et plus suivies prospectivement, sont pondérées de sorte qu'elles soient représentatives des 2,7 millions de personnes âgées faisant partie de la population à domicile.

### Techniques d'analyse

Les données descriptives sont produites d'après les fréquences bidimensionnelles. Un modèle de régression logistique multiple a servi à étudier les liens entre le commencement du recours aux services de soins à domicile et les modifications tant du niveau de soutien social que du nombre de personnes en compagnie desquelles vivent les aînés, en tenant compte de l'effet des caractéristiques démographiques et des facteurs liés à la santé.

### Principaux résultats

On estime que 7 % des personnes de 65 ans et plus (192 000) qui, en 1994-1995, ne recevaient pas de services de soins à domicile subventionnés par l'État bénéficiaient de ce genre de services en 1996-1997. Un lien significatif persiste entre, d'une part, les modifications du soutien social et le nombre de personnes avec lesquelles vivaient les aînés de 1994-1995 à 1996-1997 et, d'autre part, le commencement du recours aux services de soins à domicile.

### Mots-clés

Services de soins à domicile, caractéristiques familiales, âgé, études longitudinales, enquêtes sur la santé, activités de la vie quotidienne.

### Auteurs

Kathryn Wilkins (613-951-1769, wilkcat@statcan.ca) et Marie P. Beaudet (613-951-7025, beaumar@statcan.ca) travaillent à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Les compressions budgétaires qu'essuie sans cesse le secteur de la santé font des soins à domicile une alternative de traitement d'autant plus attrayante et rentable. Ainsi, certains chercheurs ont tenté de déterminer dans quelle mesure de tels soins permettent de prévenir ou de retarder le placement en établissement des personnes âgées atteintes d'un problème de santé chronique ou invalidant<sup>1,2</sup>.

À l'heure actuelle, les soins à domicile subventionnés par l'État englobent une gamme de services qui relèvent de structures administratives et de politiques disparates. Ces différences entre les services de soins à domicile compliquent certes la tâche des chercheurs. Toutefois, il importe d'étudier les facteurs qui poussent à recourir aux services de soins à domicile, car de plus en plus de personnes auront vraisemblablement besoin de ce genre de services au cours des prochaines décennies. À cet égard, les données récentes provenant de la composante longitudinale de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) réalisée par Statistique Canada permettent d'étudier prospectivement le recours aux services de soins à domicile au Canada (voir *Source des données*, *Techniques d'analyse*, *Définitions* et *Limites*).

Une étude antérieure sur l'utilisation de services de soins à domicile fondée sur les données transversales du premier cycle de l'ENSP se concentrait sur l'état de santé et les caractéristiques démographiques des utilisateurs de tous âges<sup>3</sup>. La présente analyse, qui s'appuie sur les données longitudinales des premier (1994-1995) et deuxième (1996-1997) cycles de l'enquête, fait suite à ces travaux. Elle examine les liens entre le

commencement du recours aux services de soins à domicile subventionnés par l'État et les modifications du soutien social, en tenant compte de l'effet de facteurs que l'on sait déjà être liés à l'utilisation des services de soins à domicile. Le champ de la présente étude se limite aux personnes de 65 ans et plus, c'est-à-dire le groupe qui recourt le plus fréquemment aux services de soins à domicile.

### Source des données

Le présent article, qui se concentre sur les personnes de 65 ans et plus, se fonde sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Lancée en 1994-1995, l'enquête est conçue pour recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada<sup>4,5</sup>. Elle couvre les membres des ménages et les personnes placées en établissement de santé des provinces et des territoires, sauf les personnes vivant dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. L'ENSP compte une composante transversale et une composante longitudinale. Les personnes qui font partie du panel longitudinal seront suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans.

Les données individuelles sont classées dans deux fichiers, à savoir le Fichier général et le Fichier santé. Le Fichier général rassemble des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de tous les membres des ménages participants. Une personne a en outre été sélectionnée au hasard dans chaque ménage participant pour fournir des renseignements détaillés sur sa santé. Pour sa part, le Fichier santé comprend les renseignements détaillés sur la santé, ainsi que les données du Fichier général sur les personnes qui ont fourni ces renseignements.

Parmi les membres des ménages formant la composante longitudinale, la personne qui a fourni des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé était, pour chaque ménage, la personne qui avait été sélectionnée au hasard à l'occasion du premier cycle et, en général, la personne ayant fourni des renseignements sur tous les membres du ménage pour le Fichier général au deuxième cycle.

La composante des ménages de l'ENSP de 1994-1995 couvrant les 10 provinces portait sur un échantillon de 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. À l'issue d'un

tri de sélection pour s'assurer du caractère représentatif de l'échantillon, 20 725 ménages faisaient encore partie du champ d'observation<sup>6</sup>. Dans 18 342 de ces ménages, la personne sélectionnée au hasard avait 12 ans et plus. Parmi ces personnes, 17 626 ont répondu au questionnaire détaillé sur la santé, ce qui représente un taux de réponse de 96,1 %. De ces 17 626 personnes sélectionnées au hasard, 17 276 remplissaient les conditions pour être réinterviewées lors du cycle de 1996-1997. En tout, 16 168 membres du panel longitudinal ont participé à l'enquête en 1996-1997, ce qui représente un taux de réponse de 93,6 %. De ces 16 168 personnes, 15 670 ont fourni des renseignements complets, c'est-à-dire des renseignements généraux et des renseignements détaillés sur leur santé aux deux cycles de l'enquête.

L'analyse du lien entre le commencement du recours aux services de soins à domicile subventionnés par l'État et les modifications du soutien social se fonde sur les données longitudinales de la composante des ménages recueillies lors des premier (1994-1995) et deuxième (1996-1997) cycles de l'ENSP dans les 10 provinces. En tout, 2 740 personnes de 65 ans et plus ont été sélectionnées au hasard pour participer au panel longitudinal au moment de l'entrevue de 1994-1995; de ces 2 740 personnes, 194 (7 %) avaient cessé de participer à l'enquête et 258 (9 %) étaient décédées ou avaient été placées en établissement au moment de l'entrevue de suivi de 1996-1997<sup>5</sup>. En outre, 244 personnes ont déclaré recevoir des soins à domicile en 1994-1995. L'analyse se fonde sur les données recueillies auprès des 2 044 personnes formant l'échantillon restant. De celles-ci, 154 venaient de commencer à bénéficier de services de soins à domicile en 1996-1997. Les données, pondérées pour tenir compte du plan de sondage, de la non-réponse et de la stratification a posteriori, sont représentatives de 2,7 millions de personnes âgées (tableau A en annexe).

### Liens entre l'âge, les besoins et le commencement du recours aux services de soins à domicile

On estime que 7 % des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile qui ne recevaient pas de soins à domicile officiels, subventionnés par l'État, en 1994-1995, soit 192 000 personnes, bénéficiaient de ce genre de services deux ans plus tard (tableau A en annexe) (voir *Soins à domicile*).

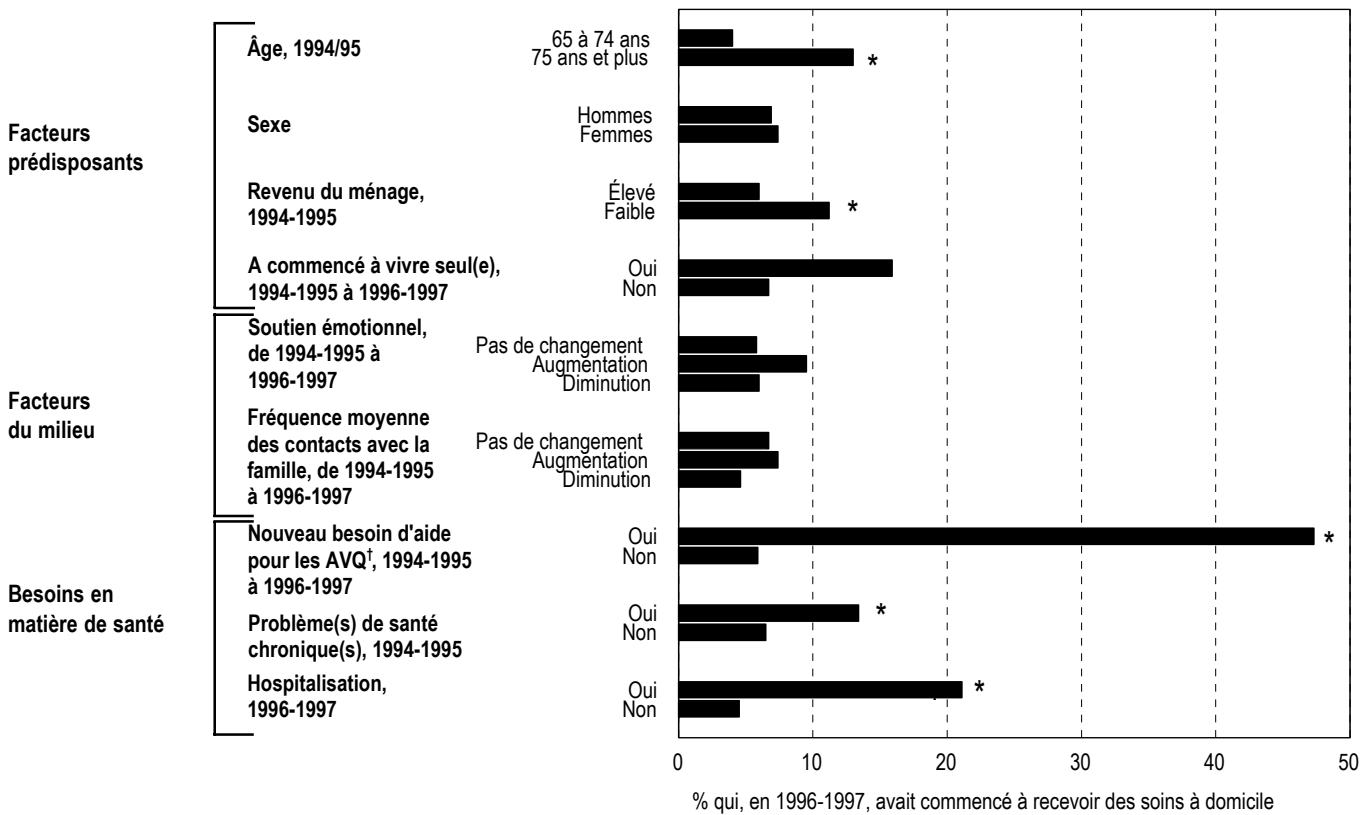
Certains facteurs permettent de distinguer les personnes qui ont commencé à recourir aux services de soins à domicile à un quelconque moment avant l'entrevue de 1996-1997 (graphique 1, tableau B en annexe). De façon prévisible, les personnes d'âge très avancé (75 ans et plus) sont plus susceptibles que celles de 65 à 74 ans de commencer à recourir aux services de soins à domicile. De même, les

personnes qui ont commencé à dépendre récemment de l'aide d'autrui pour vaquer aux activités de la vie quotidienne, qui souffrent d'au moins un problème de santé chronique ou qui ont été hospitalisées l'année précédente sont plus susceptibles que les autres d'avoir commencé à recourir aux services de soins à domicile.

Le revenu joue aussi un rôle important. Une proportion nettement plus élevée de personnes à faible revenu que de personnes à revenu élevé ont commencé à recourir aux services de soins à domicile. Cette situation pourrait refléter le moins bon état de santé — et par conséquent le besoin plus grand de soins — des personnes dont les moyens sont limités. Mais elle pourrait aussi tenir, en partie, au fait que les personnes dont le revenu est élevé ont les moyens de s'offrir des services

Graphique 1

**Proportion de personnes de 65 ans et plus vivant à domicile en 1994-1995 et qui, en 1996-1997, avaient commencé à recevoir des services de soins à domicile, selon certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris**



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 1996-1997, fichier longitudinal

† Activités de la vie quotidienne

\* Valeur significativement plus élevée que l'autre valeur pour la catégorie (p = 0,05). La valeur critique a été rajustée pour tenir compte des comparaisons multiples, au besoin.

privés, plutôt que de dépendre des services de soins à domicile subventionnés par l'État.

Tableau 1

**Rapports corrigés de cotes exprimant la possibilité de commencer à recourir aux services de soins à domicile, personnes de 65 ans et plus vivant à domicile en 1994-1995, selon certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris**

	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Facteurs prédisposants<sup>†</sup></b>		
<b>Groupe d'âge, 1994-1995</b>		
65 à 74 ans <sup>†</sup>	1,0	...
75 ans et plus	3,0*	1,8 - 4,8
<b>Sexe</b>		
Hommes <sup>†</sup>	1,0	...
Femmes	1,1	0,6 - 2,0
<b>Revenu du ménage, 1994-1995</b>		
Élevé <sup>†</sup>	1,0	...
Faible	2,0*	1,0 - 3,9
<b>A commencé à vivre seul(e), de 1994-1995 à 1996-1997</b>		
Non <sup>†</sup>	1,0	...
Oui	3,1*	1,4 - 6,9
<b>Facteurs du milieu</b>		
<b>Niveau perçu de soutien émotionnel, de 1994-1995 à 1996-1997</b>		
Pas de changement <sup>†</sup>	1,0	...
Augmentation	2,1*	1,1 - 4,0
Diminution	1,1	0,6 - 2,1
<b>Fréquence moyenne des contacts avec la famille, de 1994-1995 à 1996-1997</b>		
Pas de changement <sup>†</sup>	1,0	...
Augmentation	0,9	0,5 - 1,7
Diminution	0,6 <sup>a</sup>	0,3 - 1,1
<b>Besoins en matière de santé<sup>‡</sup></b>		
Nouveau besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne, de 1994-1995 à 1996-1997	7,0*	2,8 - 17,3
Problème(s) de santé chronique(s), 1994-1995	1,7	0,8 - 3,7
Hospitalisation au cours des 12 mois précédents, 1996-1997	4,7*	2,7 - 8,1

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997, fichier longitudinal

**Nota :** La catégorie « inconnu(e) » a été incluse dans le modèle pour le revenu du ménage, le niveau perçu de soutien émotionnel et la fréquence moyenne des contacts avec la famille, mais les rapports de cotes correspondants ne sont pas présentés. L'analyse se fonde sur un échantillon de 2 040 personnes; 4 personnes ont été exclues parce que des valeurs n'étaient pas disponibles pour une ou plusieurs autres variables. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure est égale à 1,0 sont significatifs.

<sup>†</sup> Catégorie de référence, pour laquelle le rapport de cotes est toujours égal à 1,0.

<sup>‡</sup> La catégorie de référence est l'absence du problème.

... N'ayant pas lieu de figurer

\*  $p \leq 0,05$

<sup>a</sup>  $p = 0,07$

## Liens entre le soutien émotionnel et le recours aux services de soins à domicile

Nombre de facteurs liés au recours aux services de soins à domicile sont bien sûr interdépendants. Toutefois, même en tenant compte de l'effet de variables comme l'âge, le sexe, le revenu et les besoins physiques, un lien significatif persiste entre le commencement du recours aux services de soins à domicile et certains facteurs qui témoignent de modifications du soutien social. De façon plus précise, la cote exprimant la possibilité de commencer à recourir aux services de soins à domicile est un peu plus de deux fois plus élevée pour les personnes qui mentionnent une augmentation du niveau perçu de soutien émotionnel que pour celles qui ne déclarent aucun changement (tableau 1). Bien que le lien entre la diminution des contacts avec les membres de la famille et la diminution de la cote exprimant la possibilité de commencer à recourir à des services de soins à domicile ne soit significative qu'au seuil de probabilité de  $p = 0,07$ , il rend plus plausible la relation positive inverse entre l'augmentation du soutien émotionnel et le commencement du recours aux services de soins à domicile.

### Soins à domicile

La question de l'Enquête nationale sur la santé de la population concernant les services de soins à domicile est la suivante : « Par services de *soins à domicile*, on entend des soins de santé ou des services d'aide familiale qui sont dispensés à domicile et dont le coût est assumé, entièrement ou en partie, par l'État. En voici des exemples : soins infirmiers, aide pour prendre un bain, aide pour l'entretien ménager, services de relève, repas livré à domicile. Est-ce que vous avez reçu des services à domicile au cours des 12 derniers mois? » Par définition, on considère comme ayant *commencé à recourir aux services de soins à domicile* toute personne qui a reçu des soins à domicile au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue du deuxième cycle en 1996-1997, mais qui n'en a pas reçus durant les 12 mois qui ont précédé l'entrevue du premier cycle en 1994-1995.

En outre, la diminution de la taille du ménage, avec pour conséquence le fait de vivre seul, situation qui témoigne d'une modification éventuelle du niveau de soutien social, est associée de façon indépendante au commencement du recours aux services de soins à domicile. La cote exprimant la possibilité d'avoir, en 1996-1997, commencé à recourir aux services de soins à domicile est un peu plus de trois fois plus élevée pour les personnes âgées qui ont commencé à vivre seules à un moment

donné entre les premier et deuxième cycles de l'enquête que pour leurs homologues dont la taille du ménage n'a pas varié ou a augmenté. Cette observation est à l'image des résultats d'autres études selon lesquelles les personnes qui vivent seules sont plus susceptibles de bénéficier de soins officiels que celles qui vivent avec des membres de leur famille<sup>8,9</sup>.

L'âge représente bien entendu un prédicteur indépendant du commencement du recours aux services de soins à domicile. Ainsi, la cote exprimant

### Techniques d'analyse

L'analyse se fonde sur le modèle des déterminants de l'utilisation des services de santé proposé par Andersen et Newman<sup>7</sup>. Selon ce modèle, des facteurs environnementaux et des facteurs personnels motivent le recours aux services de santé. Ces auteurs proposent trois catégories de déterminants, à savoir les facteurs prédisposants, les facteurs du milieu et les besoins en matière de santé (liés à la maladie ou à l'incapacité).

Selon Andersen et Newman, les caractéristiques personnelles qui existent avant la manifestation de la maladie, comme l'âge, le sexe, le nombre de personnes en compagnie desquelles vivent les aînés (y compris la taille de la famille) et les croyances ou les attitudes à l'égard des services de santé influent sur la disposition d'une personne à recourir à ces services. D'après les données de l'ENSP, on a établi un indicateur de modification du nombre de personnes en compagnie desquelles vivent les aînés, à savoir le passage, de 1994-1995 à 1996-1997, de la cohabitation avec au moins une personne à la vie seule. Cet indicateur a été inclus dans l'analyse à titre de facteur prédisposant. Les autres facteurs prédisposants choisis comme variables de contrôle sont le groupe d'âge, le sexe et le revenu du ménage.

Andersen et Newman définissent les facteurs du milieu comme étant les conditions au sein de la famille ou de la collectivité qui permettent à la personne d'avoir accès aux services de santé. Deux variables de l'ENSP, qui sont l'une et l'autre des indicateurs de modification du soutien social, sont utilisées dans l'analyse à titre de facteurs du milieu, à savoir la variation de la fréquence moyenne des contacts avec les membres de la famille et la variation du niveau perçu de soutien émotionnel. L'analyse comprend des variables qui représentent l'augmentation, la diminution ou le maintien du niveau de chacune de ces variables entre les premier et deuxième cycles.

L'analyse tient également compte de plusieurs indicateurs de

besoin en matière de santé, à savoir souffrir d'au moins l'un des quatre problèmes de santé chroniques suivants (cancer, séquelles d'un accident cérébrovasculaire, incontinence urinaire et maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence) en 1994-1995, être devenu dépendant de l'aide d'autrui pour vaquer aux activités de la vie quotidienne (AVQ) entre les premier et deuxième cycles et avoir été hospitalisé au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue du deuxième cycle. Les variables de besoin en matière de santé ont été choisies en fonction de leur lien avec l'obtention de soins à domicile observé dans des analyses antérieures<sup>3,10</sup>.

Le croisement des données du Fichier longitudinal a permis d'estimer la proportion de Canadiens de 65 ans et plus qui, en 1996-1997, avaient commencé à recourir aux services officiels de soins à domicile subventionnés par l'État, selon l'existence de certains facteurs liés à la santé et de certaines caractéristiques sociodémographiques. Par définition, les personnes qui recevaient des soins à domicile en 1996-1997 après avoir déclaré ne pas bénéficier de ce genre de services en 1994-1995 avaient commencé à recourir aux services de soins à domicile. Les données concernant le sexe ont été regroupées pour produire des totalisations unidimensionnelles.

La régression logistique multiple a permis de modéliser les liens entre le commencement du recours aux services de soins à domicile en 1996-1997 et les indicateurs de modification de la fréquence des contacts sociaux, du niveau perçu de soutien social et du nombre de personnes en compagnie desquelles vivent les aînés, en tenant compte de l'effet des caractéristiques démographiques et des facteurs liés à la santé. Pour prendre en considération les effets du plan de sondage, les écarts-types et les coefficients de variation ont été estimés selon la méthode *bootstrap*<sup>11</sup>. On a considéré comme étant statistiquement significatifs les résultats obtenus au niveau de probabilité de 0,05 %.

## Définitions

La présente analyse tient compte de plusieurs **facteurs prédisposants**.

Deux *groupes d'âge* sont considérés (âge en 1994-1995), à savoir les personnes de 65 à 74 ans et celles de 75 ans et plus.

Le *revenu du ménage* est considéré comme étant « faible » ou « élevé », d'après le revenu total du ménage et le nombre de personnes qui composent ce dernier.

Nombre de membres du ménage	Revenu total du ménage	
	Faible	Élevé
1 ou 2	Moins de 15 000 \$	15 000 \$ et plus
3 ou 4	Moins de 20 000 \$	20 000 \$ et plus
5 ou plus	Moins de 30 000 \$	30 000 \$ et plus

Les données sur le revenu manquaient pour 6 % des membres du panel longitudinal de 65 ans et plus. Une variable de revenu inconnu a donc été ajoutée au modèle afin de pouvoir inclure les autres renseignements sur ces personnes dans l'analyse par régression.

La *taille du ménage* est, par définition, dite changée si la personne vivait avec au moins une autre personne en 1994-1995, mais vivait seule en 1996-1997.

L'analyse a recours à deux mesures de la variation *du soutien social* entre 1994-1995 et 1996-1997 à titre de **facteurs du milieu**, à savoir l'augmentation, la diminution ou le maintien (pas de changement) du niveau perçu de soutien émotionnel; et l'augmentation, la diminution ou le maintien de la fréquence moyenne des contacts avec les membres de la famille.

Quatre questions ont servi à évaluer le *niveau perçu de soutien émotionnel* :

« Avez-vous un confident ou une confidente, c'est-à-dire quelqu'un à qui vous pouvez parler de vos sentiments ou préoccupations intimes? »

« Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise? »

« Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter pour des conseils lorsque vous devez prendre des décisions personnelles importantes? »

« Connaissez-vous quelqu'un qui vous donne le sentiment d'être aimé(e) et choyé(e)? »

Chaque réponse affirmative a reçu la cote de 1, pour une cote totale maximale possible de 4. Une cote totale plus élevée ou plus faible en 1996-1997 qu'en 1994-1995 indiquait une augmentation ou une diminution, respectivement, du niveau perçu de soutien émotionnel. L'obtention d'une même cote au premier et au deuxième cycle indique un niveau inchangé.

Or, pour évaluer la *fréquence moyenne des contacts avec les membres de la famille*, l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) a eu recours aux questions suivantes sur le nombre de contacts avec les filles ou les fils (ou les belles-filles ou les beaux-fils). Des études récentes sur les soins non officiels offerts aux personnes âgées au Canada révèlent que ces soins sont en majorité prodigués par des enfants adultes qui s'occupent de leurs parents âgés<sup>12</sup>. Or, « Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu des contacts [en personne, par téléphone ou par lettre, en ne pensant qu'aux personnes qui ne vivent pas avec vous] avec vos filles ou belles-filles? » Une question similaire a été posée au sujet des contacts avec les fils et les beaux-fils. Le

choix de réponses était « N'en avez pas ou habitent tous avec vous », « jamais », « une fois dans l'année », « quelques fois dans l'année », « une fois par mois », « deux ou trois fois par mois », « au moins une fois par semaine », « tous les jours ». Les réponses obtenues se sont vu attribuer une cote variant de 1 à 7 selon les niveaux successifs de réponse, en allant de « jamais » à « tous les jours ». Pour calculer la cote moyenne d'une personne, la cote totale obtenue a été divisée par le nombre de membres de la famille avec lesquels elle a des contacts et pour lesquels elle a fourni des réponses. On a attribué une cote de 0 à l'absence de contacts avec les filles ou fils, ou les belles-filles ou beaux-fils; une cote de 1 à un contact avec les filles ou fils, ou les belles-filles ou beaux-fils respectifs, uniquement et une cote de 2 au contact avec à la fois les filles ou fils et les beaux-fils ou belles-filles respectifs. Par définition, une cote plus élevée ou plus faible au deuxième cycle qu'au premier correspond à une augmentation ou à une diminution, respectivement, de la fréquence moyenne des contacts. La non-variation de la cote reflète par conséquent la non-variation de la fréquence des contacts.

Comme la question de l'ENSP ne porte que sur les enfants d'âge adulte ne vivant pas au domicile de la personne âgée, il faut aussi inclure les personnes qui vivent avec leurs enfants ou qui n'ont pas d'enfant. Ainsi, les personnes qui vivaient avec leurs enfants au premier cycle mais pas au deuxième ont connu une diminution de la fréquence moyenne des contacts; à l'inverse, cette fréquence a augmenté pour les personnes qui vivaient avec leurs enfants au deuxième cycle, mais pas au premier. Enfin, la fréquence moyenne des contacts n'a pas varié pour les personnes qui vivaient avec leurs enfants lors des deux cycles de l'enquête. Les personnes qui étaient sans enfants, lors des deux cycles de l'enquête, tant à leur domicile qu'à l'extérieur de celui-ci, ont reçu une cote indiquant que la fréquence moyenne des contacts n'a pas varié. Les données sur les personnes qui ont indiqué qu'elles avaient des enfants lors de l'entrevue du deuxième cycle, mais non lors de l'entrevue du premier cycle ont été exclues de l'analyse.

Plusieurs **besoins en matière de santé** ont été étudiés. Pour déterminer un nouveau besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne (AVQ), on a demandé : « À cause de son état ou d'un problème de santé, a-t-il(elle) besoin qu'une autre personne l'aide à se donner des soins personnels comme se laver, s'habiller ou manger? » Une réponse « non » lors du premier cycle et une réponse « oui » lors du deuxième indique un nouveau besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne.

Les participants à l'enquête devaient en outre indiquer si un professionnel de la santé a diagnostiqué chez eux certains *problèmes de santé chroniques* « qui ont persisté ou qui devraient persister six mois ou plus ». Quatre problèmes de santé ont été retenus, à savoir le cancer, les séquelles d'un accident cérébrovasculaire, l'incontinence urinaire et la maladie d'Alzheimer ou une autre forme de démence, une réponse affirmative pour au moins l'un des deux témoignait de l'existence d'un problème de santé chronique au premier cycle.

On a considéré comme ayant subi une *hospitalisation* à un moment donné durant la période de 12 mois qui a précédé l'entrevue du deuxième cycle les personnes qui ont répondu « oui » à la question « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous passé la nuit comme patient(e) à l'hôpital, dans un foyer de soins infirmiers ou dans une maison de convalescence? ».

la possibilité de commencer à recourir à des services de soins à domicile subventionnés par l'État est trois fois plus élevée pour les personnes de 75 ans et plus que pour celles de 65 à 74 ans. En outre le revenu demeure un facteur déterminant : la cote exprimant la possibilité de commencer à recourir à des services de soins à domicile est deux fois plus élevée pour les membres des ménages à faible revenu que pour ceux des ménages à revenu élevé.

À l'instar des résultats d'autres études<sup>8,10,13,14</sup>, la présente analyse révèle un lien entre les besoins physiques et le commencement du recours aux services de soins à domicile. Par exemple, la cote

exprimant la possibilité de commencer à recourir à ce genre de services est sept fois plus élevée pour les personnes âgées qui ont mentionné un nouveau besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne que pour celles qui n'ont pas ce besoin. En outre, la cote exprimant la possibilité de commencer à recourir aux services de soins à domicile est beaucoup plus élevée (4,7) chez les personnes qui ont été hospitalisées au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue du premier cycle qu'elle ne l'est chez celles qui ne l'ont pas été. Ce résultat guère surprenant s'apparente aussi à ceux d'autres études<sup>10</sup>. Les personnes âgées qui sortent

### Limites

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) ne fournit aucun renseignement sur les soins non officiels à domicile. Cependant, d'autres études montrent que, souvent, les personnes âgées qui reçoivent des soins à domicile officiels subventionnés par l'État reçoivent aussi des soins non officiels, comme l'aide de membres de la famille et d'amis<sup>8,15</sup>. Les caractéristiques et les besoins des personnes qui ont recours à des services de soins à domicile subventionnés par l'État et de celles qui reçoivent uniquement des soins non officiels pourraient, en fait, ne pas différer fortement. En principe, la similarité entre ces deux groupes devrait atténuer la force des liens observés dans la présente étude. De plus, l'ENSP ne fournit aucun renseignement sur les services privés de soins à domicile, si bien que les personnes qui bénéficient de ce genre de services pourraient être classées de façon erronée dans la catégorie des personnes ne recevant pas de services de soins à domicile. Enfin, seules des questions au sujet des soins à domicile reçus au cours des 12 mois précédant les entrevues ont été posées aux participants, d'où l'absence de renseignements sur les années antérieures au premier cycle de l'enquête et sur la première année suivant immédiatement la première entrevue (1995-1996). Nul ne sait par conséquent dans quelle mesure les caractéristiques des personnes qui ont bénéficié de services de soins à domicile durant ces périodes sont semblables à celles des personnes qui ont commencé à recevoir ce genre de services durant les 12 mois qui ont précédé les entrevues des premier et deuxième cycles. En outre, les similitudes entre les deux groupes pourraient affaiblir les liens les plus significatifs.

À l'heure actuelle, la structure des services de soins à domicile subventionnés par l'État, l'accès à ces services et la nature des services offerts varient d'une région à l'autre du Canada. Or, ces

facteurs liés à la prestation de services de santé influent vraisemblablement sur l'utilisation des services de soins à domicile (hypothèse qui est effectivement intégrée au modèle d'Andersen et Newman); cependant, comme l'ENSP ne fournit aucun renseignement à ce sujet, la présente analyse n'en tient pas compte.

Puisque la période de référence pour certaines variables correspond aux 12 mois qui ont précédé les entrevues, déterminer le moment où certains facteurs ont exercé leur action n'est guère possible. Par exemple, l'augmentation du niveau perçu de soutien émotionnel pourrait avoir eu lieu avant le commencement du recours aux services de soins à domicile, peut-être à la suite de contacts plus nombreux avec les enfants après la perte du conjoint. Elle pourrait aussi se manifester après que la personne ait commencé à recevoir des soins à domicile, en raison des contacts avec le prestataire officiel de soins.

La taille relativement faible de l'échantillon de personnes de 65 ans et plus limite la portée de la présente analyse. Analyser séparément les données sur les hommes et sur les femmes aurait été préférable, mais les tailles des échantillons pour ces deux groupes sont trop faibles. De même, certains liens réels ont peut-être été jugés non significatifs au seuil de signification choisi en raison de la petite taille de l'échantillon.

Les données étant autodéclarées ou recueillies par procuration, on ignore dans quelle mesure elles sont entachées d'une erreur de déclaration. Pour réduire au minimum l'erreur de déclaration qui entache les données sur les problèmes de santé chroniques (y compris le cancer, les séquelles d'un accident cérébrovasculaire, l'incontinence urinaire et la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence), les personnes interrogées ne devaient déclarer que les problèmes de santé « diagnostiqués par un professionnel de la santé ».

de l'hôpital doivent souvent continuer de recevoir des soins ou de l'aide, et des dispositions pour que leur soient offerts des soins à domicile peuvent être prises au moment où elles sont renvoyées chez elles.

### **Liens entre le soutien social et l'obtention de soins officiels**

Comme l'ENSP ne fournit aucun renseignement sur les dates exactes, on ne peut établir le calendrier des événements associés au commencement du recours aux services de soins à domicile. La vulnérabilité des personnes âgées peut augmenter progressivement, comme dans le cas d'une maladie chronique invalidante, ou brusquement, peut-être à la suite d'une fracture ou d'une maladie aiguë. Si la perte fonctionnelle est progressive, dans un premier temps, les membres de la famille peuvent fournir eux-mêmes les soins nécessaires et ainsi s'impliquer davantage pour répondre aux nouveaux besoins de la personne âgée<sup>15</sup>. Quand le fardeau des soins devient physiquement ou émotionnellement trop éprouvant ou techniquement trop compliqué, les membres de ce réseau non officiel jouent parfois le rôle de porte-parole et mobilisent le système officiel de soutien, y compris les services de soins à domicile subventionnés par l'État. Des études antérieures se sont d'ailleurs penchées sur le rôle de porte-parole joué par la famille et d'autres réseaux non officiels en ce qui concerne l'utilisation des services de santé<sup>15-17</sup>, explique peut-être le lien entre le niveau perçu de soutien émotionnel et le commencement du recours aux services de soins à domicile. L'augmentation du niveau perçu de soutien émotionnel pourrait aussi, dans certains cas, être le résultat des contacts avec le prestataire officiel de soins. Dans le cas d'un événement précipitant, un prestataire officiel de soins de santé peut faciliter l'obtention de services de soins à domicile, par exemple, grâce à sa planification lors de la sortie d'un hôpital de soins de courte durée.

Les résultats des rares études qui se concentrent sur le lien entre le soutien social et le recours aux services de soins à domicile sont contradictoires et non concluants. Cependant, à l'instar de l'ENSP, une étude réalisée dans la région de Boston auprès de patients qui ont été renvoyés chez eux à l'issue

d'un séjour dans des hôpitaux de réadaptation montre que ceux dont les parents et amis prodiguaient des soins non officiels étaient plus susceptibles que les autres de recourir aux services de soins à domicile communautaires<sup>18</sup>. En outre, une étude réalisée auprès de personnes âgées à Cleveland révèle que le taux d'utilisation des services sociaux et de santé est plus faible chez les personnes âgées socialement isolées que chez les autres<sup>19</sup>. En revanche, selon d'autres études, les ressources sociales ne seraient aucunement liées au recours aux services de soins à domicile<sup>20-22</sup>, pas plus que ne le seraient un *faible* niveau de soutien social et l'obtention de soins officiels à domicile<sup>8,23,24</sup>.

À part l'exception importante d'une étude longitudinale sur le recours aux soins officiels par les personnes âgées fragiles aux États-Unis, la plupart des travaux antérieurs sur l'utilisation des services de santé se fondent sur des variables mesurées à un moment précis dans le temps<sup>10</sup>. Par contre, la présente analyse porte sur les modifications du soutien social et du nombre de personnes en compagnie desquelles vivent les aînés au fil du temps. Les liens entre ces modifications et le recours aux services de soins à domicile pourraient être plus prononcés que ceux observés pour des variables qui ne sont mesurées qu'une seule fois. Par exemple, le fait de commencer à vivre seul, souvent à cause du décès ou du placement en établissement d'un conjoint en mauvaise santé, marque la perte d'une compagnie intime et, fréquemment, d'une aide pour accomplir des tâches telles que les travaux ménagers, les achats d'épicerie ou la préparation des repas. Le besoin de services de soins à domicile peut être plus prononcé durant la période d'adaptation à la vie seule, particulièrement si la personne est déjà handicapée, qu'il ne l'est plus tard, après que la personne a établi de nouveaux moyens de faire face à sa situation. (Voir aussi l'article intitulé *Viellir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il?* dans le présent numéro.)

Cependant, le lien entre le commencement du recours aux services de soins à domicile et la modification du nombre de personnes en compagnie desquelles vivent les aînés peut aussi refléter la réponse du système de santé. Comme le soulignent



les auteurs d'une étude sur les personnes âgées au Manitoba, l'obtention de soins non officiels diminue la priorité accordée au besoin de services officiels de soins à domicile<sup>22</sup>. Ainsi, les personnes qui viennent de perdre un partenaire pourraient être vues comme ayant davantage besoin de services de soins à domicile que celles dont l'état de santé est le même, mais qui vivent avec d'autres personnes<sup>25</sup>.

### Mot de la fin

La présente analyse repose sur les données longitudinales tirées des deux premiers cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population. L'analyse de ces données démontre que les modifications du soutien social sont des déterminants importants du commencement du recours aux services officiels de soins à domicile subventionnés par l'État chez les personnes âgées. Elle témoigne également de résultats comparables aux données existantes sur le lien marqué entre les conditions sociodémographiques et les besoins physiques, d'une part, et le commencement du recours aux services de soins à domicile, d'autre part. Même en tenant compte de l'effet de ces facteurs, les données indiquent pourtant que le commencement du recours aux services de soins à domicile est lié à une augmentation du niveau perçu de soutien émotionnel et à un changement dans le nombre de personnes en compagnie desquelles vivent les aînés qui les amènerait à vivre seuls. Le manque de renseignements sur le calendrier des événements qui entoure le commencement du recours aux services de soins à domicile limite quelque peu l'analyse. Néanmoins, que la prestation de services de soins à domicile soit déclenchée par une demande des membres de la famille ou par un représentant du système de santé, la présente analyse donne à penser que le réseau non officiel travaille de concert avec le système officiel pour prodiguer des soins aux personnes âgées qui vivent dans la collectivité. ●

### Références

1. F. Béland, « The decision of elderly persons to leave their homes », *Gerontologist*, 24(2), 1984, p. 179-185.
2. M.J. Hollander, « Study 1, Comparative cost analysis of home care and residential care services, preliminary findings », dans *National Evaluation of the Cost-effectiveness of Home Care*, un rapport préparé pour le Health Transition Fund, Ottawa, Santé Canada, novembre 1999.
3. K. Wilkins et E. Park, « Les soins à domicile au Canada », *Rapports sur la santé*, 10(1), 1998, p. 31-40 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
4. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, Composante des ménages, Guide de l'utilisateur, fichiers de microdonnées à grande diffusion* (Statistique Canada, n° 82-M0009GPF au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 1998.
5. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
6. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
7. R. Andersen et J. Newman, « Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 1973, p. 95-124.
8. N.L. Chappell et A. Blandford, « Informal and formal care: Exploring the complementarity », *Ageing and Society*, 11, 1991, p. 299-317.
9. A. Bowling, M. Farquhar et P. Browne, « Use of services in old age: Data from three surveys of elderly people », *Social Science and Medicine*, 33(6), 1991, p. 689-700.
10. B. Miller et S. McFall, « The effect of caregiver's burden on change in frail older persons' use of formal helpers », *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 1991 (juin), p. 165-179.
11. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, Baltimore, août 1999.
12. J.A. Frederick et J.E. Fast, « Le profil des personnes qui prodiguent des soins aux aînés », *Tendances sociales canadiennes* (Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue), automne 1999, p. 29-33.
13. N.L. Chappell, « Social support and the receipt of home care services », *Gerontologist*, 25(1), 1985, p. 47-54.
14. N.L. Chappell, « Home care research: what does it tell us? », *Gerontologist*, 34(1), 1994, p. 116-120.
15. D.M. Bass et L.S. Noelker, « The influence of family caregivers on elder's use of in-home services: An expanded conceptual framework », *Journal of Health and Social Behavior*, 28 juin 1987, p. 184-196.
16. G.K. Auslander et H. Litwin, « Social support networks and formal help seeking: Differences between applicants to social services and a nonapplicant sample », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45, 1990, p. S112-S119.

17. N. Krause, « Illness behavior in later life », publié sous la direction de Robert H. Binstock et Linda K. George, *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 3<sup>e</sup> édition, San Diego, Academic Press, 1990.
18. D.G. Safran, J.D. Graham et J.S. Osberg, « Social supports as a determinant of community-based care utilization among rehabilitation patients », *Health Services Research*, 28(6), 1994, p. 729-750.
19. C. Coulton et A.K. Frost, « Use of social and health services by the elderly », *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 1982 (décembre), p. 330-339.
20. W.J. McAuley et G. Arling, « Use of in-home care by very old people », *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 1984, p. 54-64.
21. M.J. Penning et N.L. Chappell, « Self-care in relation to informal and formal care », *Ageing and Society*, 10, 1990, p. 41-59.
22. M.J. Penning, « Health, social support, and the utilization of health services among older adults », *Journal of Gerontology*, 50B(5), 1995, p. S330-S339.
23. D.H. Solomon, D.R. Wagner, M.E. Marenberg *et al.*, « Predictors of formal home health care use in elderly patients after hospitalization », *Journal of the American Geriatric Society*, 41(9), 1993, p. 961-966.
24. M. Linden, A.L. Horgas, R. Gilberg *et al.*, « Predicting health care utilization in the very old. The role of physical health, mental health, attitudinal and social factors », *Journal of Aging and Health*, 9(1), 1997, p. 3-27.
25. G.L. Cafferata, « Marital status, living arrangements, and the use of health services by elderly persons », *Journal of Gerontology*, 42(6), 1987, p. 613-618.

## Annexe

Tableau A  
Répartition de certaines caractéristiques, personnes de 65 ans et plus vivant à domicile en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Taille de l'échantillon	Population estimative	
		en milliers	%
<b>Total</b>	<b>2 044</b>	<b>2 686</b>	<b>100</b>
<b>Commencement du recours aux services de soins à domicile, de 1994-1995 à 1996-1997</b>	154	192	7
<b>Facteurs prédisposants</b>			
<b>Groupe d'âge, 1994-1995</b>			
65 à 74 ans	1 294	1 797	67
75 ans et plus	750	889	33
<b>Sexe</b>			
Hommes	814	1 169	44
Femmes	1 230	1 517	56
<b>Revenu du ménage, 1994-1995</b>			
Élevé	1 330	1 944	72
Faible	612	593	22
Inconnu	102	149	6
<b>A commencé à vivre seul(e), de 1994-1995 à 1996-1997</b>	82	138	5
<b>Facteurs du milieu</b>			
<b>Niveau perçu de soutien émotionnel, de 1994-1995 à 1996-1997</b>			
Pas de changement	1 365	1 708	64
Augmentation	286	391	15
Diminution	226	313	12
Inconnu	167	273	10
<b>Fréquence moyenne des contacts avec la famille, de 1994-1995 à 1996-1997</b>			
Pas de changement	888	1 111	41
Augmentation	508	686	26
Diminution	496	625	23
Inconnu	152	264	10
<b>Besoins en matière de santé</b>			
Nouveau besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne, de 1994-1995 à 1996-1997	71	82	3
Problème(s) de santé chronique(s) 1994-1995	185	253	9
Hospitalisation au cours des 12 mois précédents, 1996-1997	333	427	16

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997, fichier longitudinal

**Nota :** En l'absence de données pour certaines variables, la somme des données présentées peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

Tableau B  
Répartition de certaines caractéristiques, selon la situation concernant le commencement du recours aux services de soins à domicile en 1996-1997, personnes de 65 ans et plus vivant à domicile en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	N'a pas commencé à recourir aux services de soins à domicile	
	A commencé à recourir aux services de soins à domicile	N'a pas commencé à recourir aux services de soins à domicile
	%	%
<b>Facteurs prédisposants</b>		
<b>Groupe d'âge, 1994-1995</b>		
65 à 74 ans	38	69
75 ans et plus	62	31
<b>Sexe</b>		
Hommes	42	44
Femmes	58	56
<b>Revenu du ménage, 1994-1995</b>		
Élevé	61	73
Faible	35	21
Inconnu	5	6
<b>A commencé à vivre seul(e), de 1994-1995 à 1996-1997</b>		
Oui	11	5
Non	89	95
<b>Facteurs du milieu</b>		
<b>Niveau perçu de soutien émotionnel, de 1994-1995 à 1996-1997</b>		
Pas de changement	52	65
Augmentation	19	14
Diminution	10	12
Inconnu	19	9
<b>Fréquence moyenne des contacts avec la famille, de 1994-1995 à 1996-1997</b>		
Pas de changement	39	42
Augmentation	27	25
Diminution	15	24
Inconnu	20	9
<b>Besoins en matière de santé</b>		
<b>Nouveau besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne, de 1994-1995 à 1996-1997</b>		
Oui	20	2
Non	80	98
<b>Problème(s) de santé chronique(s), 1994-1995</b>		
Oui	18	9
Non	82	91
<b>Hospitalisation au cours des 12 mois précédents, 1996-1997</b>		
Oui	47	14
Non	53	86

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997, fichier longitudinal

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