

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées

Laurent Martel, Alain Bélanger et Jean-Marie Berthelot

Résumé

Objectifs

Le présent article vise à cerner les facteurs de risque associés à la perte et au regain de l'autonomie de la population à domicile âgée de 65 ans et plus.

Sources des données

Les données proviennent de la composante longitudinale des deux premiers cycles (1994-1995 et 1996-1997) de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada. Des renseignements supplémentaires sont tirés de la composante transversale de l'ENSP de 1998-1999.

Techniques d'analyse

L'analyse descriptive permet d'estimer le nombre de personnes âgées qui ont perdu ou regagné leur autonomie entre 1994-1995 et 1996-1997. La régression logistique sert ici à examiner les liens entre la perte et le regain de l'autonomie et des variables démographiques, comportementales et socioéconomiques ainsi que des problèmes de santé chroniques.

Principaux résultats

Une association significative a été observée entre, d'une part, l'âge, le sexe et les séquelles d'un accident vasculaire cérébral et, d'autre part, la perte et le regain de l'autonomie chez les personnes âgées. La bronchite et l'emphysème, le diabète, la maladie cardiaque, le poids, l'activité physique, le niveau de scolarité et le revenu du ménage étaient associés à la perte de l'autonomie mais non à son regain. Chez les personnes âgées dépendantes ayant des maux de dos ou une incontinence urinaire ou qui étaient des fumeurs, la cote exprimant la possibilité qu'elles retrouvent leur autonomie était faible.

Mots-clés

Vie autonome, activités de la vie quotidienne, activités instrumentales de la vie quotidienne, limitation des activités

Auteurs

Laurent Martel (613-951-2352; laurent.martel@statcan.ca) et Alain Bélanger (613-951-2326; alain.belanger@statcan.ca) travaillent à la Division de la démographie et Jean-Marie Berthelot (613-951-3760; jean-marie.berthelot@statcan.ca) travaille au Groupe d'analyse et de mesure de la santé, tous trois à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Selon les dernières projections de Statistique Canada, la proportion de personnes âgées dans la population doublera d'ici 2031¹. Le Canada compte aujourd'hui près de 4 millions de personnes âgées de 65 ans et plus; dans 30 ans, selon le scénario de croissance moyenne, elles seront 8,7 millions, dont 2,3 millions âgées de 80 ans et plus. L'âge est fortement associé à l'apparition de maladies chroniques, de limitations des activités et d'incapacités ainsi qu'au placement en établissement de santé. Cette augmentation du nombre de personnes âgées exercera donc sans doute des pressions croissantes sur le système de santé².

Les politiques visant à relever les défis que présente une population vieillissante, par exemple à maintenir l'autonomie, doivent être fondées sur une bonne connaissance de la perte de la santé fonctionnelle à la vieillesse. La plupart des nombreux articles sur ce sujet traitent de la prévalence de l'incapacité et des facteurs qui y sont associés³. Toutefois, cette prévalence est le résultat d'événements – manifestation d'un état d'incapacité et sortie de cet état – survenus dans le passé, tandis que les variables explicatives utilisées dans nombre d'études ont été mesurées au même moment que le résultat.

Méthodologie

Sources des données

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), qui a été lancée en 1994-1995, permet de recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada. Seules les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées sont exclues du champ de l'enquête. L'ENSP comprend une composante longitudinale ainsi qu'une composante transversale.

Les données de l'ENSP sont réparties en deux fichiers, à savoir le Fichier général et le Fichier santé. Les renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de chaque membre des ménages participants sont regroupés dans le Fichier général. Les renseignements détaillés supplémentaires sur la santé recueillis auprès d'un membre sélectionné au hasard dans chaque ménage participant, ainsi que les renseignements du Fichier général se rapportant à cette personne, sont regroupés dans le Fichier santé.

Sur 17 626 personnes sélectionnées au hasard en 1994-1995, 14 786 satisfaisaient aux critères d'admissibilité au panel longitudinal, de même que 468 personnes auprès desquelles seuls des renseignements généraux ont été recueillis. En outre, 2 022 des 2 383 personnes de moins de 12 ans sélectionnées au hasard satisfaisaient aux critères d'admissibilité au panel longitudinal. Donc, 17 276 personnes remplissaient les conditions pour être réinterviewées en 1996-1997. Le taux de réponse obtenu était de 93,6 %. Des 16 168 personnes ayant participé à l'enquête en 1996-1997, 15 670 ont fourni des renseignements complets, c'est-à-dire qu'elles ont fourni des renseignements généraux et des renseignements détaillés sur leur santé lors des deux cycles de l'enquête ou qu'elles étaient décédées ou avaient été placées en établissement. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP sont décrits plus en détail dans les rapports publiés au sujet de l'enquête^{4,5}.

L'échantillon longitudinal analysé dans le présent article se composait de 2 546 personnes âgées de 65 ans et plus faisant partie de la population à domicile en 1994-1995. De ces personnes, 2 028 étaient autonomes en 1994-1995 et 518 étaient dépendantes.

Pour les besoins de la présente analyse, le groupe des personnes autonomes (celles qui « risquaient » de devenir dépendantes) a été établi en soustrayant les 88 décès qui se sont produits entre 1994-1995 et 1996-1997. (Le groupe de celles qui risquaient de perdre leur autonomie était donc uniquement composé de personnes qui étaient en vie au moment des deux cycles de l'ENSP.) En outre, 19 cas ont été exclus à cause de valeurs manquantes pour les variables utilisées pour définir les états de santé

fonctionnelle. On a ainsi obtenu 1 921 personnes qui risquaient de perdre leur autonomie au cours de la période de deux ans.

Le groupe des personnes dépendantes, donc susceptibles de regagner leur autonomie, a été établi en soustrayant les 113 décès qui s'étaient produits en 1996-1997 et les 6 cas pour lesquels des valeurs manquaient parmi les 518 personnes âgées dépendantes faisant partie de la population à domicile en 1994-1995. On a ainsi obtenu 399 personnes faisant partie de la population à domicile qui étaient susceptibles de regagner leur autonomie (tableau A en annexe).

Les personnes qui vivaient en établissement de soins prolongés à l'une et l'autre date étaient, par définition, dépendantes et ont donc été exclues de l'analyse. En outre, le très petit nombre de personnes âgées ($n = 5$) qui ont quitté un établissement de soins pour vivre à domicile entre 1994-1995 et 1996-1997 ont néanmoins été considérées comme étant dépendantes d'autrui et ont été exclues de l'analyse, puisque des renseignements détaillés n'étaient pas disponibles sur ces personnes (graphique A en annexe).

L'analyse se fonde aussi sur les données transversales de la composante des ménages du cycle de 1998-1999 de l'ENSP concernant le pourcentage de la population des personnes âgées ayant besoin d'aide pour accomplir chacune des activités sur lesquelles est fondée la définition de la dépendance. Le taux de réponse global pour 1998-1999 a été de 88,2 %. Les données ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population des ménages des 10 provinces. Le sous-échantillon de cette analyse était composé de 2 851 personnes âgées de 65 ans et plus.

Techniques d'analyse

On a demandé aux participants si, à cause d'un problème de santé de longue durée, ils avaient besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), par exemple se donner des soins personnels comme se laver, s'habiller ou manger, se déplacer dans la maison, préparer les repas, faire les courses d'épicerie ou autres courses, accomplir les tâches ménagères quotidiennes et faire de gros travaux d'entretien. Les participants dans la catégorie « autonomes » ont déclaré ne pas avoir besoin d'aide pour accomplir ces activités ou bien seulement pour faire de gros travaux d'entretien. Les participants étaient classés dans la catégorie « dépendants » s'ils avaient besoin d'aide pour accomplir au moins une de ces tâches (sauf les gros travaux d'entretien).

Méthodologie – fin

Entre 1994-1995 et 1996-1997, il y a eu 283 transitions de personnes âgées de l'état d'autonomie à celui de dépendance et 138 transitions en sens inverse (graphique A en annexe). Les personnes admises dans un établissement de soins de longue durée entre 1994-1995 et 1996-1997 étaient jugées avoir subi une perte d'autonomie; plus particulièrement, les 28 participants qui étaient autonomes en 1994-1995 mais qui vivaient en établissement de soins prolongés en 1996-1997 ont été ajoutés aux 255 personnes faisant partie de la population à domicile qui étaient autonomes en 1994-1995 mais qui étaient devenues dépendantes en 1996-1997. Les 29 personnes membres de la population à domicile qui étaient dépendantes en 1994-1995, mais qui vivaient en établissement de soins deux ans plus tard étaient considérées comme des personnes dépendantes à l'une et l'autre date.

Des totalisations croisées fondées sur le fichier longitudinal ont ici permis d'estimer la proportion de personnes âgées vivant dans un ménage qui ont perdu ou regagné leur autonomie entre 1994-1995 et 1996-1997, selon le sexe, l'âge, les conditions de logement, les problèmes de santé chroniques, l'indice de masse corporelle, l'activité physique, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, le niveau de scolarité, le revenu du ménage et la résidence en milieu urbain ou rural. Des modèles de régression logistique ont été utilisés pour explorer la relation entre la perte ou le regain de l'autonomie et l'ensemble choisi de facteurs démographiques, socioéconomiques et comportementaux, ainsi que les problèmes de santé chroniques (voir *Définitions*). Les mêmes variables indépendantes ont été utilisées pour ajuster les différentes régressions afin d'évaluer l'effet de chaque facteur sur la perte ou le regain de l'autonomie, ce qui permet en outre de comparer les résultats des deux régressions.

Les estimations ont été pondérées de manière à représenter la population de personnes âgées au Canada en 1994-1995. Pour tenir compte des effets du plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés selon la méthode *bootstrap*⁶⁻⁸.

Toutefois, les résultats de certaines enquêtes menées aux États-Unis, notamment la *Longitudinal Survey on Aging*, la *National Long-term Care Survey* ou la *Health and Retirement Survey*, ont montré le caractère dynamique de la santé fonctionnelle. Par exemple, certaines personnes, même très âgées, peuvent retrouver leur autonomie après un épisode de dépendance⁹⁻¹⁸.

En 1994-1995, Statistique Canada a lancé l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) qui comporte un panel longitudinal. Parce qu'elle permet de repérer les transitions entre des états de santé fonctionnelle et qu'elle contient des renseignements sur une vaste gamme de caractéristiques liées à la santé, cette enquête a ouvert la voie aux recherches sur les facteurs qui prédisposent les personnes à la perte comme au regain de la santé fonctionnelle^{19,20}. Une analyse des transitions entre états de santé fonctionnelle dans une perspective longitudinale permet de mesurer les déterminants de la santé préalablement aux transitions ainsi que d'examiner les facteurs associés à la perte et au regain de l'autonomie. À l'aide des données longitudinales de l'ENSP, le présent article identifie certains des facteurs de risque significatifs sur le plan statistique associés à la perte et au regain de l'autonomie entre 1994-1995 et 1996-1997 chez les Canadiens âgés (voir *Méthodologie, Définitions et Limites*).

La capacité de déceler les transitions entre l'autonomie et la dépendance peut varier selon la durée de la période étudiée²¹. Selon les estimations, les épisodes de dépendance durent en moyenne 18 mois dans le cas d'une incapacité modérée et 23 mois dans le cas d'une incapacité grave²². Une comparaison de l'état fonctionnel au début et à la fin d'une longue période (p. ex., de quatre ans ou plus) peut omettre de nombreuses transitions intermédiaires entre l'autonomie et la dépendance. Par conséquent, la présente analyse ne porte que sur les deux premiers cycles de l'ENSP, soit 1994-1995 et 1996-1997. En outre, il est judicieux de n'utiliser que les données des deux premiers cycles, puisque le panel longitudinal est représentatif seulement de la population canadienne en 1994-1995. Par conséquent, le présent article diffère d'une analyse précédente des transitions fonctionnelles fondée sur l'ENSP²⁰.

Cadre conceptuel

Étant donné les nombreux déterminants de la santé fonctionnelle, l'élaboration d'un cadre conceptuel permettant d'analyser la perte et le regain de l'autonomie chez les personnes âgées présente tout

Définitions

On a demandé aux participants à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) si, à cause d'un problème de santé de longue durée, ils avaient besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir certaines tâches, d'après les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)²³ et les activités de la vie quotidienne (AVQ)²⁴, en leur posant la question suivante : « À cause de votre état ou d'un problème de santé, avez-vous besoin qu'une autre personne vous aide à : a) préparer les repas? b) faire les courses d'épicerie ou autres courses? c) accomplir les tâches ménagères quotidiennes? d) faire de gros travaux d'entretien comme laver les murs ou travailler dans la cour? e) vous donner des soins personnels comme vous laver, vous habiller ou manger? f) vous déplacer dans la maison? » Pour être classé comme *autonome*, un participant devait être sans dépendance aucune ou ne déclarer être dépendant que pour les gros travaux d'entretien. Les participants étaient classés comme *dépendants* s'ils avaient besoin d'aide pour préparer les repas, faire les courses, accomplir les tâches ménagères quotidiennes, se déplacer dans la maison ou se donner des soins personnels.

Cinq *groupes d'âge* (en 1994-1995) ont été utilisés pour les besoins de la présente analyse, soit 65 à 69 ans, 70 à 74 ans, 75 à 79 ans, 80 à 84 ans, et 85 ans et plus.

Le *mode de vie* a été défini de manière à correspondre à trois situations : vit avec le conjoint, que d'autres personnes fassent partie du ménage ou non; vit seul; et vit avec d'autres personnes mais non le conjoint.

Pour déterminer la présence de *problèmes de santé chroniques*, les participants se sont vu demander s'ils avaient « des problèmes de santé de longue durée, soit un état qui persiste ou qui devrait persister six mois ou plus, qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé ». Une liste de problèmes de santé leur a été lue, problèmes parmi lesquels les suivants ont été pris en considération dans la présente analyse : l'asthme, l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite), la bronchite ou l'emphysème, le diabète, les maladies cardiaques, le cancer, les séquelles d'un accident vasculaire cérébral, l'incontinence urinaire, et le glaucome ou les cataractes.

L'*indice de masse corporelle (IMC)* a été calculé en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres et on a regroupé les données ainsi obtenues en quatre catégories pour les besoins de la présente analyse : poids insuffisant (IMC de 18,5 ou moins), poids normal (plus de 18,5 et moins de 25), embonpoint ou obésité (25 ou plus) et « données manquantes ». La catégorie « données manquantes » était nécessaire pour conserver le plus grand nombre de cas possible dans l'analyse multivariée. Les catégories d'IMC sont celles approuvées par l'Organisation mondiale de la santé²⁵ et diffèrent des normes canadiennes²⁶.

L'*activité physique* s'entend de l'activité durant les loisirs. La fréquence de l'activité physique était fondée sur le nombre de fois où les participants avaient participé à des activités physiques pendant au moins 15 minutes au cours des trois mois précédents. Les participants ont été classés comme actifs (au moins quatre fois par mois) ou inactifs (moins de quatre fois par mois).

L'*usage du tabac* a été déterminé d'après les réponses aux questions suivantes : « À quel âge avez-vous commencé à fumer des cigarettes tous les jours? », « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? » et « Avez-vous déjà fumé des cigarettes à un moment quelconque? » Pour les besoins de la présente analyse, les participants ont été répartis en deux catégories, soit celle des fumeurs (fume tous les jours, fume à l'occasion mais a déjà fumé à tous les jours, et fumait tous les jours mais a cessé de fumer au cours de l'année) et celle des non-fumeurs (a toujours fumé à l'occasion, fumait tous les jours mais a cessé de fumer depuis au moins un an, fumait à l'occasion, et n'a jamais fumé).

Pour déterminer la *consommation d'alcool* en 1994-1995, on a posé aux participants la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées? » Les participants ont été classés dans l'un des deux groupes, soit celui des buveurs courants (au moins 14 verres par semaine) et celui des buveurs occasionnels et des non-buveurs (moins de 14 verres par semaine ou ne boit pas).

Les participants ont été regroupés en deux catégories selon le *niveau de scolarité*, c'est-à-dire le plus haut niveau de scolarité atteint en 1994-1995, soit niveau inférieur au diplôme d'études postsecondaires et diplôme d'études postsecondaires ou niveau supérieur.

Le *revenu du ménage* a été défini d'après le nombre de personnes vivant dans le ménage et le revenu total du ménage provenant de toutes sources durant les 12 mois précédant l'interview de 1994-1995.

Groupe de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Faible	1 ou 2	Moins de 15 000 \$
	3 ou 4	Moins de 20 000 \$
	5 ou plus	Moins de 30 000 \$
Moyen/élevé	1 ou 2	15 000 \$ et plus
	3 ou 4	20 000 \$ et plus
	5 ou plus	30 000 \$ et plus

Le *lieu de résidence* a été défini comme étant rural ou urbain. Un milieu urbain est une région habitée en permanence par au moins 1 000 habitants et dont la densité de population est d'au moins 400 personnes au kilomètre carré.

un défi. Des progrès considérables ont néanmoins été faits au cours des trois dernières décennies sur le plan de la compréhension des processus qui entrent en cause. Le cadre proposé pour les besoins de la présente analyse s'inspire des travaux d'Anderson *et al.*²⁷, d'Evans et Stoddard²⁸ et de Verbrugge et Jetté²⁹, et tient compte aussi de l'approche axée sur la santé de la population élaborée par Santé Canada³. L'analyse examine cinq grandes catégories de facteurs susceptibles d'influer sur la santé fonctionnelle : les variables démographiques, les problèmes de santé chroniques, les facteurs comportementaux, les variables socioéconomiques et le lieu de résidence.

Trois variables démographiques sont incluses dans la présente analyse, soit le sexe, l'âge et le mode de vie. Des études portant sur les transitions entre états de santé fonctionnelle soulignent le lien étroit qui existe entre l'âge et la perte de l'autonomie^{12,15,16}.

Les résultats d'études transversales montrent que la prévalence des incapacités est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, surtout à cause de la plus grande propension des femmes à développer des maladies chroniques invalidantes. L'association entre le sexe et l'autonomie est toutefois moins évidente : elle existe selon les résultats de certaines études^{12,17,20,30}, tandis que d'autres études, qui tiennent compte de la mortalité et du placement en établissement de santé, ne révèlent pas d'association^{15,16,31}.

Le mode de vie est fortement corrélé à l'état matrimonial, qui est significativement associé au placement en établissement de santé^{32,33}. Toutefois, alors que certains chercheurs³⁰ n'ont constaté aucun lien entre la perte de l'autonomie et l'état matrimonial, d'autres¹² ont trouvé que les personnes mariées étaient plus susceptibles de regagner leur autonomie après un épisode de dépendance, ce qui laisse supposer que le conjoint joue peut-être un rôle majeur dans ce processus. En outre, les personnes non mariées étaient plus susceptibles que les personnes mariées de perdre leur autonomie.

Comme on pouvait s'y attendre, certaines maladies chroniques peuvent avoir un effet sur l'autonomie. Elles peuvent même être des déterminants plus importants que l'âge, ce qui porte à croire que

l'autonomie est d'abord et avant tout une question de santé et non d'âge¹⁵. La présente analyse tient compte des effets des maladies suivantes : l'asthme, l'arthrite, les maux de dos, la bronchite ou l'emphysème, le diabète, la maladie cardiaque, le cancer, les accidents vasculaires cérébraux, l'incontinence urinaire ainsi que le glaucome et les cataractes.

L'analyse porte sur quatre facteurs liés aux habitudes de vie : le poids tel que mesuré par l'indice de masse corporelle (IMC), l'activité physique, l'usage du tabac et la consommation d'alcool. L'indice de masse corporelle (IMC) a été inclus dans le modèle en raison des effets néfastes qu'ont sur la santé l'embonpoint et l'obésité^{3,34-39}. Bien que les liens qui existent entre l'obésité et l'autonomie demeurent largement inexplorés, les résultats de recherches récentes montrent que l'obésité chez les personnes plus âgées est associée aux limitations des activités, surtout sur le plan de la mobilité, ainsi qu'aux maladies chroniques³⁷.

L'activité physique est associée à la santé tant physique que mentale^{19,40}. En outre, l'inactivité est reconnue comme étant un important facteur de risque de maladie coronarienne et d'autres problèmes de santé graves³.

Contrairement aux liens entre l'usage du tabac et la mortalité, l'incidence de l'usage du tabac sur la perte de l'autonomie a fait l'objet de peu d'attention, même si certaines études ont montré que l'usage du tabac non seulement réduit l'espérance de vie, mais accroît également le fardeau de l'incapacité^{41,42}.

La consommation d'alcool n'a pas fait l'objet d'une attention particulière en tant que facteur de risque associé aux changements de l'état de santé fonctionnelle. Cependant, il est reconnu qu'une consommation d'alcool modérée a des effets bénéfiques sur la santé, notamment la santé cardiaque^{43,44}.

Deux variables socioéconomiques sont incluses dans le modèle, soit le niveau de scolarité et le revenu du ménage. Les personnes dont le niveau de scolarité est plus faible et qui disposent d'un revenu plus faible sont généralement en moins bonne santé et plus susceptibles de décéder prématurément que les personnes plus aisées et dont le niveau de scolarité

est plus élevé³. Le niveau de scolarité, tout particulièrement, est lié aux habitudes de vie qui peuvent prévenir ou retarder l'apparition de maladies ou d'incapacités⁴⁵. En outre, les personnes dont le niveau de scolarité est plus faible sont plus susceptibles de perdre leur autonomie¹².

Enfin, le modèle utilise le lieu de résidence comme indicateur de l'accès aux soins de santé. On fait la distinction entre les personnes âgées vivant en milieu rural et celles vivant en milieu urbain en supposant que ces dernières ont davantage accès aux services de santé, ce qui pourrait contribuer à leur capacité de vivre de façon autonome.

L'autonomie diminue avec l'âge

Des 2,5 millions de personnes âgées autonomes et faisant partie de la population à domicile en 1994-1995, 14 % (soit un nombre estimé à 348 800 personnes) étaient devenues dépendantes en 1996-1997, c'est-à-dire qu'elles avaient besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir au moins

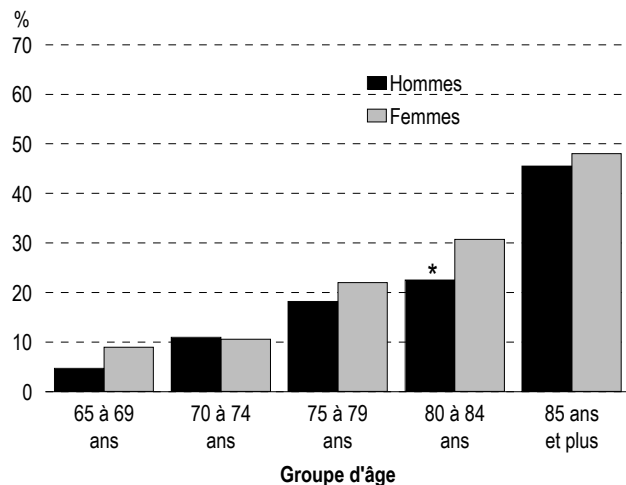
l'une des activités suivantes : la préparation des repas, les courses, les tâches ménagères quotidiennes, les soins personnels (se laver, s'habiller, prendre un bain) ou se déplacer dans la maison (voir *Besoin d'aide en 1998-1999*). Durant la même période, 32 % des personnes âgées qui étaient dépendantes en 1994-1995 ont regagné leur autonomie, soit environ 140 900 personnes.

Dans le cas de l'un et l'autre sexe, la probabilité de perte de l'autonomie a tendance à augmenter avec l'âge (graphique 1, tableau 1). Près de la moitié des aînés autonomes âgés de 85 ans et plus en 1994-1995 étaient devenus dépendants deux ans plus tard. Par contre, 7 % des personnes autonomes âgées de 65 à 69 ans en 1994-1995 étaient dépendantes en 1996-1997.

La probabilité de regagner l'autonomie avait tendance à diminuer avec l'âge. En outre, parmi les aînés dépendants âgés de moins de 75 ans en 1994-1995, les hommes étaient significativement plus susceptibles que les femmes de regagner leur

Graphique 1

Pourcentage de personnes âgées autonomes en 1994-1995 mais dépendantes en 1996-1997, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile† âgée de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris



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

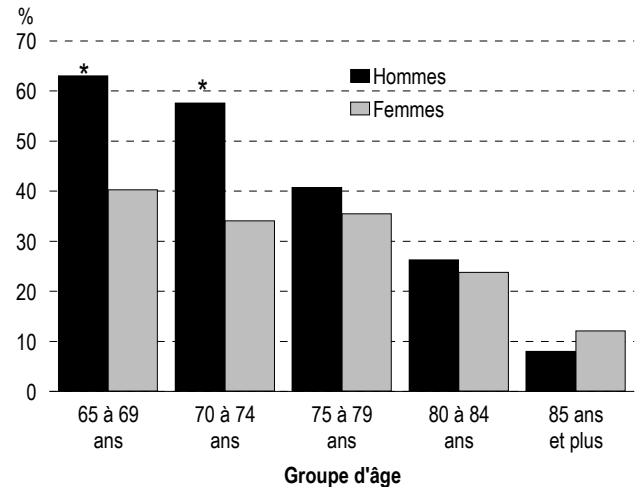
Nota : Pour l'un et l'autre sexe, les pourcentages des personnes qui étaient autonomes en 1994-1995 mais dépendantes en 1996-1997 étaient considérablement plus élevés dans les groupes d'âge des 75 à 79 ans, 80 à 84 ans et 85 ans et plus que dans le groupe des 65 à 69 ans ($p \leq 0,05$).

† Comprend les personnes qui étaient autonomes en 1994-1995 mais qui vivaient en établissement de soins de santé en 1996-1997.

* Valeur significativement plus faible que celle observée pour les femmes ($p \leq 0,05$).

Graphique 2

Pourcentage de personnes âgées dépendantes en 1994-1995 mais autonomes en 1996-1997, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris



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

Nota : Pour l'un et l'autre sexe, les pourcentages des personnes qui étaient dépendantes en 1994-1995 mais autonomes en 1996-1997 étaient considérablement plus élevés dans le groupe d'âge des 65 à 69 ans que dans le groupe des 85 ans et plus ($p \leq 0,05$).

* Valeur significativement plus élevée que celle observée pour les femmes ($p \leq 0,05$).

Tableau 1

Pourcentages et rapports corrigés de cotes pour la perte et le regain de l'autonomie entre 1994-1995 et 1996-1997, selon certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris

	Perte de l'autonomie			Regain de l'autonomie		
	%	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	%	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Total, 65 ans et plus	13,9	32,1
Sexe						
Hommes	11,7	0,66*	0,45- 0,98	37,7 ^{E1}	2,71*	1,25- 5,90
Femmes†	15,7	1,00	...	30,3	1,00	...
Groupe d'âge						
65 à 69 ans†	7,1 ^{E1}	1,00	...	49,2	1,00	...
70 à 74 ans	9,9	1,39	0,80- 2,41	40,1 ^{E1}	0,65	0,24- 1,73
75 à 79 ans	20,4*	3,13*	1,94- 5,05	35,1 ^{E1}	0,52	0,20- 1,34
80 à 84 ans	27,2*	4,60*	2,73- 7,75	24,7 ^{E2}	0,19*	0,06- 0,58
85 ans et plus	46,9 ^{*E1}	13,89*	5,31-36,36	F	0,08*	0,02- 0,28
Mode de vie						
Vit avec le conjoint†	11,6	1,00	...	33,1	1,00	...
Vit seul	18,1*	0,99	0,68- 1,42	36,9	2,56*	1,20- 5,43
Vit avec d'autres, pas le conjoint	14,7 ^{E2}	0,67	0,33- 1,34	F	1,30	0,48- 3,50
Problèmes de santé chroniques‡						
Asthme	15,0 ^{E2}	0,96	0,38- 2,45	F	0,58	0,19- 1,75
Arthrite	16,7	1,15	0,80- 1,64	31,1	0,79	0,42- 1,48
Maux de dos (sauf l'arthrite)	15,5 ^{E1}	1,32	0,83- 2,11	23,2 ^{E1}	0,41*	0,21- 0,80
Bronchite/emphysème	25,0 ^{E1}	2,68*	1,31- 5,48	26,8 ^{E2}	0,54	0,14- 2,11
Diabète	21,2 ^{E1}	1,92*	1,08- 3,40	28,1 ^{E2}	0,81	0,34- 1,94
Maladie cardiaque	24,4*	2,10*	1,26- 3,50	30,7 ^{E1}	1,07	0,55- 2,08
Cancer	F	0,82	0,25- 2,69	42,4 ^{E2}	1,50	0,42- 5,36
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	47,8 ^{*E1}	5,68*	2,11- 15,28	F	0,30*	0,12- 0,75
Incontinence urinaire	F	1,49	0,61- 3,69	F	0,15*	0,04- 0,55
Glaucome/cataractes	18,4	0,93	0,57- 1,50	24,8 ^{E1}	0,84	0,42- 1,70
Indice de masse corporelle						
Poids insuffisant	35,2 ^{*E1}	2,93*	1,22- 7,04	F	0,45	0,09- 2,25
Poids normal†	11,6	1,00	...	32,0	1,00	...
Embonpoint/obèse	14,4	1,52*	1,02- 2,26	34,5	1,09	0,57- 2,10
Données manquantes§	F	1,39	0,33- 5,92	F	1,02	0,14- 7,45
Activité physique						
Actif†	9,9	1,00	...	42,2	1,00	...
Inactif	23,2*	1,97*	1,32- 2,94	32,8	0,63	0,32- 1,23
Données manquantes§	19,3 ^{E2}	2,72*	1,21- 6,12	F	0,15*	0,03- 0,86
Usage du tabac						
Fumeur	15,9 ^{E1}	1,70	0,99- 2,93	F	0,33*	0,12- 0,92
Non-fumeur†	13,6	1,00	...	33,4	1,00	...
Consommation d'alcool						
Buveur courant	F	0,58	0,15- 2,18	F	0,89	0,12- 6,35
Buveur occasionnel/non-buveur†	14,2	1,00	...	32,1	1,00	...
Niveau de scolarité						
Inférieur au diplôme d'études postsecondaires†	15,1	1,00	...	30,5	1,00	...
Diplôme d'études postsecondaires	8,2*	0,55*	0,32- 0,94	39,6 ^{E1}	1,27	0,48- 3,40
Revenu du ménage						
Faible	21,6*	1,78*	1,19- 2,67	27,9 ^{E1}	0,58	0,29- 1,18
Moyen/élevé†	11,5	1,00	...	35,5	1,00	...
Données manquantes§	15,3	1,48	0,67- 3,29	F	0,39	0,07- 2,13
Lieu de résidence						
Milieu urbain†	14,0	1,00	...	30,0	1,00	...
Milieu rural	13,6	0,96	0,64- 1,44	42,2 ^{E1}	1,44	0,73- 2,86

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

Nota : Le modèle pour la perte de l'autonomie est fondé sur 1 921 participants âgés de 65 ans et plus qui étaient autonomes et vivaient à domicile en 1994-1995 et qui étaient encore en vie en 1996-1997; le modèle pour le regain de l'autonomie est fondé sur 399 participants âgés de 65 ans et plus qui étaient dépendants et vivaient à domicile en 1994-1995 et qui étaient encore en vie en 1996-1997.

† Catégorie de référence.

‡ La catégorie de référence est l'absence du problème de santé chronique.

§ Inclus dans le modèle pour permettre de conserver un nombre important d'observations pour lesquelles ces variables manquaient.

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p \leq 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

autonomie (graphique 2). À 75 ans, toutefois, les différences entre les sexes quant au pourcentage de personnes âgées regagnant leur autonomie s'estompent.

Ces données descriptives laissent supposer une association entre l'âge et la perte ou le regain de l'autonomie. Cependant, un certain nombre d'autres caractéristiques généralement propres aux personnes

Besoin d'aide en 1998-1999

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population, la plupart des 3,5 millions de personnes âgées faisant partie de la population à domicile en 1998-1999 étaient autonomes. Seule une minorité avait besoin d'aide pour accomplir leurs activités quotidiennes. La prévalence du besoin d'aide variait selon l'activité et, de façon générale, augmentait avec l'âge.

Les personnes âgées, surtout les femmes, étaient susceptibles d'avoir besoin d'aide surtout pour les gros travaux d'entretien. Dans l'ensemble, 28 % des hommes âgés et 43 % des femmes âgées avaient besoin d'aide pour accomplir ces activités. Pour les deux sexes, les pourcentages avaient tendance à augmenter avec l'âge, de sorte qu'à 85 ans et plus, 49 % des hommes et 78 % des femmes avaient besoin d'aide pour faire de gros travaux d'entretien. Dans tous les groupes d'âge, un pourcentage plus élevé de femmes que d'hommes avaient besoin de ce genre d'aide.

Les femmes âgées étaient aussi plus susceptibles que les hommes âgés d'avoir besoin d'aide pour accomplir les tâches ménagères quotidiennes, soit 18 % par rapport à 13 %. Toutefois, cette disparité reflétait la situation des personnes âgées de 70 à 79 ans. Dans le cas des personnes de 80 à 84 ans, il n'y avait pas de différence significative.

Une tendance similaire semble se dessiner pour ce qui est des courses. Alors que 16 % des femmes âgées avaient besoin d'aide

pour faire les courses, c'était le cas de 12 % des hommes âgés. Cet écart était largement attribuable aux personnes âgées de 75 à 79 ans. Une fois atteint l'âge de 85 ans, 48 % des hommes et des femmes avaient besoin d'aide pour faire les courses.

Seulement 8 % des femmes âgées et 11 % des hommes âgés avaient besoin d'aide pour préparer les repas. Les pourcentages avaient tendance à augmenter avec l'âge, mais les différences entre les hommes et les femmes n'étaient pas statistiquement significatives.

Relativement peu de personnes âgées faisant partie de la population à domicile avaient besoin d'aide pour se donner des soins personnels (se laver, s'habiller, prendre un bain) ou pour se déplacer dans la maison. Dans l'ensemble, chez les personnes âgées vivant à domicile, environ 6 % d'entre elles avaient besoin d'aide pour les soins personnels, tandis que 6 % des hommes et 3 % des femmes devaient recourir à une tierce personne pour se déplacer dans la maison. Ces faibles pourcentages sont attribuables au fait que les personnes âgées qui ont besoin de pareils soins fondamentaux sont généralement placées en établissement de santé³³. Le besoin de ce genre d'aide avait tendance à être plus répandu chez les personnes plus âgées, et les différences entre les sexes en général n'étaient pas statistiquement significatives.

Pourcentage de la population ayant besoin d'aide pour accomplir certaines activités, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Gros travaux d'entretien		Tâches ménagères quotidiennes		Courses		Préparation des repas		Soins personnels		Se déplacer dans la maison	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	%		%		%		%		%		%	
Total, 65 ans et plus	27,8	43,3*	13,1	18,2*	11,9	16,4*	11,0	7,5	6,0	6,2	5,5^{E1}	3,3
65 à 69 ans	18,2	25,9*	5,9 ^{E2}	6,7 ^{E1}	6,7 ^{E1}	4,6 ^{E2}	5,4 ^{E2}	F	F	F	4,2 ^{E2}	F
70 à 74 ans	23,3	39,1*	7,2 ^{E1}	15,9* ^{E1}	6,7 ^{E2}	10,9 ^{E1}	5,4 ^{E2}	3,5 ^{E2}	5,1 ^{E2}	F	4,6 ^{E2}	F
75 à 79 ans	30,9	48,3*	9,7 ^{E1}	20,6* ^{E1}	7,2 ^{E2}	17,4*	9,7 ^{E2}	9,2 ^{E1}	F	9,0* ^{E1}	F	5,1 ^{E1}
80 à 84 ans	45,5	62,6*	27,9 ^{E1}	30,3 ^{E1}	24,9 ^{E1}	34,6	22,2 ^{E1}	14,5 ^{E1}	12,7 ^{E2}	12,6 ^{E1}	11,7 ^{E2}	6,1 ^{E2}
85 ans et plus	49,2 ^{E1}	77,5*	53,0	42,8	47,8 ^{E1}	47,6	43,7 ^{E1}	25,3 ^{E1}	F	19,3 ^{E1}	F	9,4 ^{E2}

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

^{E1} Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

^{E2} Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

* Valeur significativement différente de celle observée pour les hommes ($p \leq 0,05$).

plus âgées peuvent être des facteurs plus importants de ces transitions. Par exemple, à un âge plus avancé, la probabilité de vivre seul est plus grande. En outre, la prévalence des maladies chroniques a tendance à augmenter avec l'âge. Une maladie chronique peut empêcher l'activité physique, ce qui peut avoir une incidence sur le poids. Une analyse multivariée a donc été faite pour déterminer les caractéristiques qui sont significativement associées aux transitions entre l'état d'autonomie et l'état de dépendance.

L'âge et le sexe : deux facteurs de double risque

Même compte tenu d'autres facteurs — le mode de vie, les problèmes de santé chroniques, le poids, l'activité physique, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, le niveau de scolarité, le revenu du ménage et le lieu de résidence —, la cote exprimant le risque de perte de l'autonomie était, au fur et à mesure de l'avancement en âge, plus élevée et celle exprimant la possibilité de regain de l'autonomie, plus faible. Autrement dit, l'âge est un double facteur de risque. Par exemple, la cote exprimant le risque d'avoir perdu leur autonomie en 1996-1997 était 14 fois plus élevée pour les personnes âgées de 85 ans et plus en 1994-1995 que pour celles âgées de 65 à 69 ans. En outre, pour toutes les personnes non autonomes ou dépendantes, la cote exprimant la possibilité de retrouver l'autonomie était significativement plus faible pour les personnes âgées de 85 ans et plus que pour celles âgées de 65 à 69 ans.

Le sexe aussi est un facteur de double risque. La cote exprimant le risque de perdre leur autonomie était plus faible pour les hommes âgés que pour les femmes âgées. En outre, après un épisode de dépendance, la cote exprimant la possibilité de regagner leur autonomie était nettement plus élevée pour les hommes que pour les femmes. Il est probable que la division sexuelle des tâches domestiques utilisée ici pour définir l'autonomie soit en partie responsable des résultats obtenus concernant la variable « sexe ».

Mode de vie

Lorsqu'on tient compte des autres facteurs, y compris l'âge et le sexe, le mode de vie est significatif seulement pour le regain de l'autonomie,

particulièrement dans le cas des personnes âgées qui vivent seules. Dans le cas des personnes dépendantes en 1994-1995, la cote exprimant la possibilité d'avoir retrouvé leur autonomie en 1996-1997 était plus élevée pour les personnes vivant seules que pour celles vivant avec un conjoint. Une analyse plus détaillée (données non présentées) a révélé que la nature de l'aide dont avaient besoin les personnes dépendantes vivant seules était généralement moins lourde (p. ex., pour les courses) que celle dont avaient besoin les personnes dépendantes vivant avec un conjoint (p. ex., pour les soins personnels).

Les problèmes de santé chroniques : un facteur important

Certains problèmes de santé chroniques sont plus susceptibles que d'autres d'entraîner une perte de l'autonomie. Près de la moitié (48 %) des personnes âgées autonomes souffrant des séquelles d'un accident vasculaire cérébral étaient devenues dépendantes en 1996-1997. En fait, lorsqu'on tient compte des effets des autres variables, l'accident vasculaire cérébral demeure le seul problème de santé chronique qui est un facteur de double risque, c'est-à-dire qu'il est associé à une cote exprimant le risque de perdre l'autonomie élevée et à une cote exprimant la possibilité de la regagner faible. Cela n'a rien d'étonnant, puisque les séquelles d'un accident vasculaire cérébral — paralysie totale ou partielle, perte de sensibilité ou de tonicité musculaire, atteinte du système nerveux, aphasie, confusion et perte de mémoire — en font une maladie chronique particulièrement invalidante.

La cote exprimant la possibilité de regagner leur autonomie est élevée pour les personnes âgées souffrant de bronchite ou d'emphysème, de diabète ou de maladie cardiaque. Cependant, le fait de souffrir de ces problèmes ne réduit en rien la cote exprimant la possibilité de regagner son autonomie. Par contre, pour les personnes souffrant de maux de dos et d'incontinence urinaire, la cote exprimant le risque de perdre leur autonomie n'est pas élevée, mais, chez les personnes âgées dépendantes, la cote exprimant la possibilité de regagner leur autonomie est très faible.

Plusieurs maladies ne sont pas significativement associées à la perte ou au regain de l'autonomie à la vieillesse, soit l'asthme, l'arthrite et le cancer. Dans le cas de l'asthme et de l'arthrite, cela peut sembler étonnant, bien que la période relativement courte étudiée (deux ans) ne soit peut-être pas suffisamment longue pour permettre d'observer une importante détérioration de la santé fonctionnelle associée à ces maladies. Il convient de souligner que le cancer, un important facteur de risque de mortalité, n'apparaît pas être significativement associé à la perte de l'autonomie. Cela tient peut-être à ce que les personnes qui sont décédées d'un cancer entre 1994-1995 et 1996-1997 étaient, par définition, exclues du champ de l'analyse, alors qu'elles auraient été les plus susceptibles de perdre leur autonomie.

La comorbidité (le fait de souffrir de plus d'une maladie chronique) a été prise en compte dans l'analyse, mais elle ne s'est pas avérée significative pour la perte ou le regain de l'autonomie (données non présentées). Il semble donc que ce ne soit pas tant le nombre de maladies chroniques dont souffre une personne qui constitue un facteur de risque de perte de l'autonomie, mais bien le type de maladie chronique.

Trois modèles ont été élaborés (données non présentées) pour évaluer l'importance de l'incidence des maladies chroniques ainsi que des facteurs comportementaux et socioéconomiques sur la perte et le regain de l'autonomie. Une par une, toutes les variables ont été éliminées. Les problèmes de santé chroniques se sont avérés être le plus étroitement associés à la perte et au regain de l'autonomie. Toutefois, les facteurs comportementaux étaient aussi significativement associés à la perte de l'autonomie, montrant ainsi que les habitudes et le mode de vie adoptés durant la jeunesse et à l'âge adulte peuvent influencer sur la santé fonctionnelle à la vieillesse.

Comportements liés à la santé

Tout juste 12 % des personnes âgées dont le poids se situait dans la fourchette des poids normaux en 1994-1995 étaient devenues dépendantes en 1996-1997. Toutefois, 35 % des personnes âgées présentant une insuffisance pondérale avaient perdu

leur autonomie. Si l'on tient compte des effets d'autres variables (certaines étroitement liées à l'IMC, comme l'activité physique et l'usage du tabac), on constate une association significative entre l'embonpoint ou le poids insuffisant et la perte de l'autonomie chez les personnes âgées. Dans le cas des personnes âgées autonomes en 1994-1995, la cote exprimant le risque d'avoir perdu leur autonomie en 1996-1997 était nettement plus élevée pour les personnes faisant de l'embonpoint, souffrant d'obésité ou de poids insuffisant que pour les personnes de poids normal. Une insuffisance pondérale peut témoigner d'une faiblesse associée à une maladie non déclarée ou non diagnostiquée, ce qui, à son tour, peut expliquer l'association significative.

L'activité physique est aussi un facteur important. Comparativement aux personnes âgées actives, un pourcentage plus élevé des personnes inactives ont perdu leur autonomie. Lorsqu'on tient compte des effets des autres facteurs, l'inactivité se traduit par une hausse de la cote exprimant le risque de perte de l'autonomie, mais elle n'est pas associée au regain de l'autonomie. Toutefois, on constate un lien significatif entre la catégorie « valeur manquante » pour l'activité physique et la perte ainsi que le regain de l'autonomie. Cela s'explique par le profil âge-sexe de ces non-participants, dont la vaste majorité étaient âgés de 80 ans et plus et dont l'état de santé déclaré était mauvais.

Même en tenant compte des autres variables, la cote exprimant la possibilité de regagner leur autonomie était plus faible pour les personnes faisant un usage quotidien ou occasionnel du tabac que pour les non-fumeurs. Par contre, la consommation d'alcool n'était pas associée de façon significative à la perte ou au regain de l'autonomie chez les personnes âgées.

Niveau de scolarité, revenu et lieu de résidence

Les pourcentages de personnes âgées vivant dans des ménages à faible revenu ou ayant un niveau de scolarité inférieur au diplôme d'études secondaires qui sont devenues dépendantes entre 1994-1995 et 1996-1997 étaient relativement élevés. Lorsqu'on

tient compte des effets d'autres variables, la cote exprimant le risque de perdre leur autonomie demeure plus élevée pour les personnes âgées sans diplôme d'études postsecondaires que pour les personnes dont le niveau de scolarité était plus élevé. Un revenu du ménage faible était également associé à la perte de l'autonomie. Ni le niveau de scolarité ni le revenu n'était significativement associé au regain de l'autonomie. Une désagrégation plus fine des catégories de niveau de scolarité et de revenu (données non présentées) a montré que l'effet positif d'un niveau de scolarité élevé n'existe que dans le cas des personnes âgées au plus haut niveau de scolarité et que l'effet négatif d'un faible revenu n'apparaît que pour les personnes disposant d'un très faible revenu.

La cote élevée exprimant le risque de perte de l'autonomie chez les personnes âgées à faible revenu reflète peut-être en partie une différence de perception entre les personnes au revenu suffisant et celles au revenu insuffisant⁴⁶. Les personnes âgées qui peuvent se permettre de payer pour obtenir de l'aide pour accomplir les tâches sur lesquelles la définition de l'autonomie est fondée, et qui bénéficient de cette aide depuis longtemps, ne se considèrent peut-être pas comme étant dépendantes. Elles pourraient peut-être aussi ne pas se rendre compte qu'elles seraient incapables d'accomplir ces tâches si elles n'avaient pas les moyens de payer pour cette aide.

Les soins de santé et les services de soutien à domicile destinés à favoriser l'autonomie pourraient être considérés comme étant moins accessibles en milieu rural qu'en milieu urbain. Toutefois, les cotes exprimant le risque de perdre leur autonomie ou la possibilité de la regagner étaient sensiblement les mêmes pour les personnes âgées qui vivent dans les régions rurales et pour celles qui résident dans les centres urbains.

Mot de la fin

Selon les données longitudinales tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population, les transitions entre états de santé fonctionnelle ne sont pas invariablement à sens unique dans le cas des personnes âgées. Au contraire, un nombre

considérable d'entre elles regagnent leur autonomie après un épisode de dépendance. Ainsi, la santé fonctionnelle est un processus dynamique et qui n'est pas unidirectionnel. La perte ou le regain de l'autonomie est associé à diverses caractéristiques démographiques, socioéconomiques, de la santé et des habitudes de vie.

Même si l'âge n'était pas le seul facteur lié aux transitions entre l'autonomie et la dépendance chez les personnes âgées entre 1994-1995 et 1996-1997, il était très important et comptait parmi un petit nombre de facteurs de risque double. Autrement dit, toutes choses étant égales par ailleurs, le vieillissement était associé à une cote exprimant le risque de perte de l'autonomie élevée et à une cote exprimant la possibilité de regain de l'autonomie faible.

Le sexe aussi était un facteur de double risque. La cote exprimant le risque de perdre leur autonomie était plus élevée pour les femmes âgées que pour les hommes âgés, et la cote exprimant la possibilité de regagner leur autonomie était plus faible pour les femmes âgées que pour les hommes âgés dépendants. Ces résultats semblent paradoxaux. Les hommes courent un plus grand risque de mortalité à tout âge, mais un risque plus faible de perdre leur autonomie. Cette association tient peut être à la division sexuelle du travail domestique, puisque l'autonomie est mesurée en grande partie d'après la capacité d'accomplir ces tâches. Comme les travaux domestiques et les courses incombent le plus souvent aux femmes⁴⁷, les hommes pourraient être moins exposés au risque de perdre leur autonomie, conformément à la présente définition de cette dernière.

L'accident vasculaire cérébral est la seule maladie chronique chez les personnes examinées qui présente un double risque. Cependant, pour en évaluer l'effet comme il se doit, il faut aussi examiner la prévalence des accidents vasculaires cérébraux. En 1994-1995, relativement peu de personnes âgées avaient été victimes d'un accident vasculaire cérébral, soit moins de 2 % des personnes autonomes et 11 % des personnes dépendantes (tableau A en annexe). Par contre, 13 % des personnes âgées autonomes ont déclaré souffrir

d'une maladie cardiaque et 9 %, de diabète, deux maladies associées de façon significative à la perte de l'autonomie, comparativement à 30 % et 16 %, respectivement, des personnes âgées dépendantes.

En outre, 35 % des personnes âgées dépendantes ont déclaré souffrir de maux de dos, qui sont associés à une cote exprimant la possibilité de regain de l'autonomie faible. Par conséquent, du point de vue

Limites

Certains des membres sélectionnés de l'échantillon longitudinal de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) en 1994-1995 n'ont pas répondu en 1996-1997. Certains n'ont pas été dépistés lors du suivi; d'autres ne voulaient plus participer. Comme la perte au suivi ne représentait que moins de 2 % de tous les participants membres du panel longitudinal (une proportion considérée comme très faible)⁴⁸ et comme la plupart de ces personnes manquantes étaient jeunes, il ne s'agissait pas d'une importante source de biais dans le contexte de la présente analyse. Le taux de non-réponse représente ici une source de préoccupation plus importante en réponse à laquelle les poids d'échantillonnage ont été corrigés pour tenir compte de l'effet de cette non-réponse dans les deux cycles^{4,49}. Néanmoins, les résultats pourraient être entachés d'un certain biais.

Tout a été mis en œuvre pour recueillir des renseignements détaillés sur la santé directement auprès des personnes sélectionnées au hasard. Les réponses par procuration ont tout de même été acceptées, lesquelles représentaient 21,4 % des enregistrements des ménages utilisés dans la présente analyse. Il pourrait en résulter une sous-déclaration de certaines caractéristiques et une atténuation des associations entre la perte ou le regain de l'autonomie et des variables particulières. Par exemple, une personne qui fournit les réponses pour une autre peut ne pas bien connaître l'état de santé de cette personne, ne pas se rappeler certains renseignements pertinents ou mal identifier certains problèmes de santé^{50,51}. Toutefois, une analyse de la déclaration par procuration dans l'ENSP a révélé que, dans le cas de maladies plus graves comme le diabète, les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux, la cote exprimant la possibilité que ces maladies soient déclarées ne différait pas significativement pour les réponses par procuration et celles données en personne⁵².

Le nombre relativement petit de personnes âgées de 65 ans et plus dans le fichier longitudinal a limité les possibilités d'analyse. La sélection des variables à inclure dans le modèle a nécessité l'atteinte d'un juste milieu entre le désir de tenir compte du plus grand nombre de facteurs possibles dans le cadre conceptuel et les limites imposées par les données. Par exemple, le cadre conceptuel comprenait initialement le soutien social et la santé

mentale. Lorsque les modèles ont été calculés en incluant ces variables, ni l'une ni l'autre ne s'est révélée significative. De même, chez les personnes âgées, surtout celles très âgées, la perte de l'autonomie résulte souvent d'une chute causant une fracture de la hanche ou d'autres blessures. Environ 7 % des personnes âgées autonomes en 1994-1995 étaient victimes de blessures menant à des limitations d'activités et environ 2 % ont souffert de fractures. Cette variable a également été incluse initialement dans les modèles multivariés, mais les associations ne se sont pas révélées significatives, peut-être à cause du petit nombre de cas.

En outre, en raison de la taille relativement petite de l'échantillon, seules les transitions entre deux états de santé fonctionnelle ont pu être examinées, soient l'autonomie et la dépendance d'autrui pour ce qui est des activités de la vie quotidienne. De plus, la population « dépendante » est hétérogène. La gamme des activités pour lesquelles elle avait besoin d'aide allait des courses seulement aux soins personnels, par exemple s'habiller ou prendre un bain. Bien qu'il aurait été souhaitable de désagréger la population non autonome en deux catégories plus homogènes, cela n'a pas été possible.

En raison de la petite taille de l'échantillon, les coefficients de variation associés à certaines catégories de variables étaient élevés, d'où l'impossibilité de fournir les estimations.

Les participants peuvent donner des réponses socialement désirables à des questions sur l'usage du tabac, la consommation d'alcool et le poids. En outre, les résultats de plusieurs études ont révélé que l'indice de masse corporelle (IMC) fondé sur la taille et le poids déclarés par la personne elle-même est parfois peu fiable^{38,39,53}, particulièrement dans le cas des personnes âgées. La masse corporelle diminue avec l'âge en raison de la perte de muscle et de masse osseuse^{34,54,55}. En outre, les personnes âgées, dont la taille diminue avec l'âge, déclarent souvent leur taille incorrectement^{56,57}.

L'ENSP ne fournit pas d'indication de la gravité des problèmes de santé chroniques. Par conséquent, alors que les résultats de la présente analyse montrent que la perte de l'autonomie n'était pas significativement associée à un diagnostic d'arthrite, par exemple, dans des cas graves il pourrait néanmoins y avoir une certaine association.

de la santé de la population, les maladies cardiaques, le diabète et les maux de dos peuvent avoir une incidence plus importante sur l'autonomie des personnes âgées que l'accident vasculaire cérébral.

Étant donné le rôle que jouent les problèmes de santé chroniques dans la perte et le regain de l'autonomie, les tendances observées récemment en ce qui concerne certaines de ces maladies fournissent des indications quant à la dépendance qui caractérisera les personnes âgées de demain. Au même âge, les cohortes nées avant 1950 sont plus susceptibles que les cohortes plus jeunes de souffrir de maladies cardiovasculaires, d'arthrite et d'emphysème⁵⁸. De même, la prévalence des maladies cardiaques était plus élevée chez les cohortes plus âgées, tandis que la prévalence du diabète était plus marquée chez celles nées après 1947⁴⁰. Ces constatations montrent l'importance d'une analyse longitudinale qui permet de traiter le vieillissement de la population comme un processus dans lequel des cohortes successives modifient le profil de la population des personnes âgées.

L'usage du tabac était associé de façon significative à la dépendance, la cote exprimant la possibilité de regagner leur autonomie étant plus faible pour les fumeurs que pour les non-fumeurs, après une perte de l'autonomie. Cette constatation s'inscrit dans la foulée des résultats d'autres études^{41,42} et montre que

le renoncement au tabac peut non seulement sauver des vies, mais réduire le fardeau de la dépendance au moment de la vieillesse.

Deux autres facteurs comportementaux, soit l'activité physique et le poids (IMC), étaient associés de façon significative à la perte de l'autonomie, laissant vraisemblablement une certaine marge de manœuvre pour l'élaboration de politiques en matière de santé et de programmes destinés à encourager des habitudes de vie saines.

De faibles niveaux de scolarité et de revenu étaient tous deux associés à la perte de l'autonomie. L'augmentation constante du niveau de scolarité chez les cohortes successives et l'augmentation concomitante du revenu du ménage, particulièrement chez les femmes⁴⁰, pourraient avoir une incidence positive, réduisant la dépendance des personnes âgées à l'avenir.

Le fait de mieux comprendre la dynamique de la santé fonctionnelle et les facteurs qui y sont associés devrait permettre aux décideurs publics de mieux saisir la gamme de choix qui s'offre à eux. Des programmes destinés à encourager des habitudes de vie saines et à prévenir des maladies débilitantes comme les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et les maladies cardiaques pourraient contribuer à assurer aux individus une vieillesse réussie. ●

Références

1. Statistique Canada, *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2000-2026*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2001 (n° 91-520-XBP au catalogue).
2. M.-A. Contandriopoulos, « Quel avenir pour le système de soins canadien? », *Isuma*, 1(1), 2000, p. 39-43.
3. Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne* (n° H39-468/1999F au catalogue), Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999.
4. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
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.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
7. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 283-310.
8. 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.
9. K.G. Manton, « A longitudinal study of functional change and mortality in the U.S. », *Journal of Gerontology*, 43, 1988, p. 5153-5161.
10. L.G. Branch et L. Ku, « Transition probabilities to dependency, institutionalization and death among the elderly over a decade », *Journal of Ageing and Health*, 1, 1989, p. 370-408.

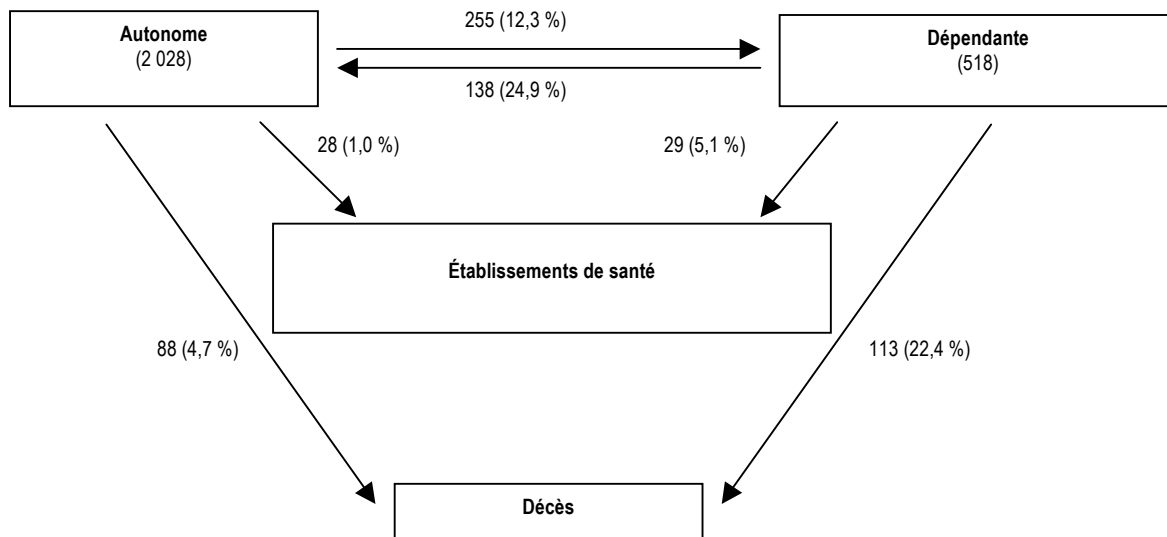
11. R.G. Rogers, A. Rogers et A. Bélanger, « Active life among elderly in the United-States: Multistate life table estimates and population projections », *The Milbank Quarterly*, 67(3-4), 1989, p. 370-411.
12. R.G. Rogers, A. Rogers et A. Bélanger, « Disability-free life among the elderly in the United States », *Journal of Ageing and Health*, 4(1), 1992, p. 19-42.
13. K.G. Manton, L.S. Corder et E. Stallard, « Estimates of change in chronic disability and institutional incidence and prevalence rates in the U.S. elderly population from the 1982, 1984 and 1989 National Long Term Care Survey », *Journal of Gerontology*, 48(4), 1993, p. S153-S166.
14. E.M. Crimmins et Y. Saito, « Getting better and getting worse. Transitions in functional status among older Americans », *Journal of Ageing and Health*, 5, 1993, p. 3-36.
15. 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(4), 1994, p. 1274-1280.
16. M.A. Runberg, M.I. Parzen, L.A. Leonard *et al.*, « Functional limitation pathways and transitions in community-dwelling older persons », *Gerontologist*, 1996, 36(4), p. 430-440.
17. F. Béland et M.V. Zunzunegui, « Predictors of functional status in older people living at home », *Age and Ageing*, 28, 1999, p. 153-159.
18. S.H. Allaire, M.P. LaValley, S.R. Evans *et al.*, « Evidence for decline in disability and improved health among persons aged 55 to 70 years : The Framingham Heart Study », *American Journal of Public Health*, 89(11), 1999, 1678-1683.
19. J. Chen et W.J. Millar, « Les conséquences de l'activité physique sur la santé », *Rapports sur la santé*, 11(1), 1999, p. 21-31 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
20. Statistique Canada, « L'état de santé des personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 11(3), 2000, p. 53-69 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
21. D.A. Wolf, V. Freedman, J. Marcotte *et al.*, « Periodicity and occurrence bias in estimates of disablement transitions », présenté dans le cadre de REVES 12, Los Angeles, du 20 au 22 mars 2000.
22. D.A. Wolf et S.B. Laditka, « Stochastic modeling of active life and its expectancy », présenté dans le cadre de REVES 9, Rome, du 11 au 13 décembre 1997.
23. M.P. Lawton et E.M. Brody, « Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living », *Gerontologist*, 9(3), 1969, p. 179-186.
24. S. Katz, A.B. Ford et R.W. Moskowitz, « Studies of illness in the aged. The Index of ADL, a standardized measure of biological and psychological function », *Journal of the American Medical Association*, 185(12), 1963, p. 914-919.
25. Organisation mondiale de la santé, *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry, Report of the WHO Expert Committee* (WHO Technical Report Series, n° 854), Genève, 1995.
26. Santé nationale et Bien-être social, rapport d'un groupe d'experts dirigé par la Direction de la promotion de la santé, Direction générale des programmes et des services de santé, *Niveaux de poids associés à la santé : Lignes directrices canadiennes*, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1988.
27. R.M. Andersen, L.A. McCutcheon, L.A. Aday *et al.*, « Exploring dimensions of access to medical care », *Health Services Research*, 1983, 18(1), p. 49-74.
28. R.G. Evans et G.L. Stoddart, *Producing Health, Consuming Health Care*, CHEPA Working Paper n° 90-6, Hamilton, Ontario, McMaster University, 1990.
29. L. Verbrugge et A.M. Jetté, « The disablement process », *Social Science and Medicine*, 38(1), 1994, p. 1-14.
30. C. Jagger, N.A. Spiers et M. Clarke, « Factors associated with decline in function, institutionalization and mortality of elderly people », *Age and Ageing*, 22, 1993, p. 190-197.
31. G.A. Kaplan, W.J. Strawbridge, T. Camacho *et al.*, « Factors associated with change in physical functioning in the elderly: a six-year prospective study », *Journal of Ageing and Health*, 5, 1993, p. 140-153.
32. E. Grundy et K. Glaser, « Trends in, and transitions to, institutional residence among older people in England and Wales, 1971-91 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51, 1997, p. 531-540.
33. H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, « Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? », *Rapports sur la santé*, 11(4), 2000, p. 55-68 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
34. J. Gilmore, « L'indice de masse corporelle et la santé », *Rapports sur la santé*, 11(1), 1999, p. 33-47 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue), p. 31-43.
35. Organisation mondiale de la santé, *Obesity : Preventing and Managing the Global Epidemic*. Genève, 1997.
36. A. Golini, G. Amendola et C. Falorni, « Height, body mass index and self-perceived health. The case of the Italian population », présenté dans le cadre de REVES 12, Los Angeles, du 20 au 22 mars 2000.
37. C.L. Himes, « Obesity, disease, and functional limitation in later life », *Demography*, 37(1) 2000, p. 73-82.
38. A.R. Folsom, S.A. Kaye, T.A. Sellers *et al.*, « Body fat distribution and 5-year risk of death in older women », *Journal of the American Medical Association*, 269, 1993, p. 483-487.
39. J.E. Manson, W.C. Willett, M.J. Stampfer *et al.*, « Body weight and mortality among women », *New England Journal of Medicine*, 333, 1995, p. 677-685.
40. J. Chen et W.J. Millar, « Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? », *Rapports sur la santé*, 11(4), 2000, p. 9-26 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
41. W.J. Nusselder, C.W. Looman, P.J. De Mheen *et al.*, « Smoking and the compression of morbidity », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(8), 2000, p. 566-574.
42. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, « L'effet du tabagisme sur l'espérance de vie sans incapacité au Canada », *Rapport sur l'état de la population du Canada*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2001 (Statistique Canada, n° 91-209 au catalogue).
43. C.D. Spies, M. Sander, K. Stangl *et al.*, « Effects of alcohol on the heart », *Current Opinion in Critical Care*, 7(5), 2001, p. 337-343.
44. R.P. Murray, J.E. Connett, S.L. Tyas *et al.*, « Alcohol volume, drinking pattern, and cardiovascular disease morbidity and mortality: Is there a U-shaped function? », *American Journal of Epidemiology*, 155(3), 2002, p. 242-248.

45. W.J. Millar et T. Stephens, « Statut social et risques pour la santé des adultes canadiens : 1985 et 1991 », *Rapports sur la santé*, 5(2), 1992, p. 143-156 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
46. K. Wilkins et E. Park, « Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité », *Rapports sur la santé*, 8(3), 1996, p. 7-17 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
47. K. Marshall, « Les parents occupés et le partage des travaux domestiques », *L'emploi et le revenu en perspective*, 5(3), 1993, p. 23-30 (Statistique Canada, n° 75-001F).
48. Y. Béland et J. Bustros, *Aperçu global de la qualité de l'enquête nationale sur la santé de la population*, Assemblée annuelle de la SSC, Recueil de la Section des méthodes d'enquêtes, 1998.
49. J.-L. Tambay, I. Schioppa-Kratina, J. Mayda *et al.*, « Traitement de la non-réponse du cycle deux de l'enquête nationale sur la santé de la population », *Techniques d'enquête*, 24(2), 1998, p. 147-156 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
50. R.E. Miller, M.P. Massagli et B.R. Clarridge, « Quality of proxy 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.
51. U.S. National Center for Health Statistics, « Reporting of hospitalization in the Health Interview Survey », *Vital and Health Statistics*, 2(54), 1973, p. 1-24.
52. M. Shields, « Enquête nationale sur la santé de la population – déclaration par procuration », *Rapports sur la santé*, 12(1), 2000, p. 21-39 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
53. K.G. Losonczy, T.B. Harris, E.M. Coroni-Huntley *et al.*, « Does weight loss from middle age to old age explain the inverse weight mortality relation in old age? », *American Journal of Epidemiology*, 141, 1995, p. 312-321.
54. R.N. Baumgartner, S.B. Heymsfield et A.F. Roche, « Human body composition and the epidemiology of chronic disease », *Obesity Research*, 3, 1995, p. 73-95.
55. L. Hayflick, *How and Why We Age*, New York, Ballantine, 1996.
56. A. Kuskowska-Wolk, P. Karlsson, M. Stolt *et al.*, « The predictive validity of body mass index on self-reported weight and height », *International Journal of Obesity*, 13(4) 1989, p.441-453.
57. M.L. Rowland, « Self-reported weight and height », *American Journal of Clinical Nutrition*, 52(6), 1990, p. 1125-1133.
58. S.L. Reynolds, E.M. Crimmins et Y. Saito. « Cohort differences in disability and disease presence », *Gerontologist*, 38(5), 1998, p. 578-590.

Annexe

Graphique A

Dynamique de la dépendance sur deux ans, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1996-1997



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

Nota : Les pourcentages entre parenthèses sont fondés sur des données pondérées.

Tableau A

Certaines caractéristiques de la population à domicile autonome et dépendante âgée de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Autonome		Dépendante		Autonome		Dépendante		
	Taille de l'échantillon		Taille de l'échantillon		Taille de l'échantillon		Taille de l'échantillon		
Âge moyen (en années)	72,4	1 921 [†]	77,5	399 [‡]	%		%		
	%		%						
Sexe					Indice de masse corporelle				
Hommes	45,2	796	25,5	89	Poids insuffisant	3,2	56	4,3 ^{E2}	23
Femmes	54,8	1 125	74,5	310	Poids normal	44,5	843	49,0	191
					Embonpoint/obésité	51,3	1 011	45,2	181
					Données manquantes	F	11	F	4
Groupe d'âge					Activité physique				
65 à 69 ans	37,9	652	17,5	67	Actif	68,4	1 275	28,4	119
70 à 74 ans	30,7	583	21,0	86	Inactif	26,3	574	57,6	254
75 à 79 ans	18,7	385	24,0	92	Données manquantes	5,3	72	14,0 ^{E1}	26
80 à 84 ans	8,3	214	19,4	86	Usage du tabac				
85 ans et plus	4,5	87	18,2 ^{E1}	68	Fumeur	13,9	265	15,7 ^{E1}	58
					Non-fumeur	86,1	1 656	84,3	341
Mode de vie					Consommation d'alcool				
Vit avec le conjoint	59,0	893	39,9	129	Buveur courant	4,1	79	F	8
Vit seul	29,5	880	43,0	238	Buveur occasionnel/non-buveur	95,9	1 842	97,6	391
Vit avec d'autres, pas de conjoint	11,5	148	17,1 ^{E1}	32	Niveau de scolarité				
					Inférieur au diplôme d'études postsecondaires	82,3	1 603	82,0	333
Problèmes de santé chroniques					Diplôme d'études postsecondaires	17,7	318	18,0	66
Asthme	4,5	86	6,9 ^{E1}	32	Revenu du ménage				
Arthrite	36,0	739	66,0	274	Faible	21,8	576	36,0	181
Maux de dos (sauf l'arthrite)	15,3	289	35,2	126	Moyen/élevé	72,8	1 249	60,3	202
Bronchite/emphysème	5,0	100	12,7 ^{E1}	50	Données manquantes	5,4	96	3,7 ^{E2}	16
Diabète	9,2	160	16,0 ^{E1}	60	Lieu de résidence				
Maladie cardiaque	13,1	264	29,5	114	Milieu urbain	82,8	1 399	82,1	283
Cancer	4,2	78	6,7 ^{E1}	26	Milieu rural	17,2	522	17,9	116
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	1,9 ^{E1}	36	11,1 ^{E1}	42					
Incontinence urinaire	2,4 ^{E1}	45	9,9 ^{E1}	39					
Glaucome/cataractes	13,3	294	28,0	102					

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1994-1995

Nota : Les pourcentages sont fondés sur des données pondérées.

† Chiffre obtenu en soustrayant 88 décès et 17 cas pour lesquels les valeurs étaient manquantes parmi les 2 028 personnes âgées autonomes observées en 1994-1995.

‡ Chiffre obtenu en soustrayant 113 décès et 5 cas pour lesquels les valeurs étaient manquantes parmi les 518 personnes âgées non autonomes observées en 1994-1995.

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.