

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide

Sylvie A. Lafrenière, Yves Carrière, Laurent Martel et Alain Bélanger

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit le nombre d'heures d'aide reçues de sources formelles et (ou) informelles prodiguées en 1996 aux personnes âgées vivant à domicile.

Source des données

Les données proviennent du cycle 11 de l'Enquête sociale générale de 1996. L'analyse porte sur 1 089 personnes de 65 ans et plus qui, à cause d'un problème de santé de longue durée, ont eu besoin d'aide pour continuer à vivre chez elles et ont indiqué le nombre d'heures d'aide reçues et la source de celle-ci.

Techniques d'analyse

Les écarts entre les nombres d'heures d'aide reçues de chaque source ont été soumis à une analyse de la variance et au test HSD de Tukey. Les valeurs médianes reposent sur un test indépendant des médianes. Les associations entre le nombre d'heures d'aide reçues de chaque source et certaines caractéristiques ont été modélisées par régression linéaire.

Principaux résultats

En 1996, les personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile ont reçu une médiane de 3 heures d'aide par semaine, en majeure partie de sources informelles. Le mode de vie et l'âge étaient les principaux déterminants du nombre d'heures d'aide reçues de sources informelles. L'absence d'enfants survivants et un problème de dextérité ou de mobilité/flexibilité étaient les facteurs associés à une augmentation du nombre d'heures de soins de sources formelles. Chez les personnes recevant de l'aide mixte, l'augmentation du nombre d'heures d'aide de sources officielles ne réduisait pas significativement les heures d'aide de sources informelles.

Mots-clés

Viellissement, soins officiels, réseau formel, réseau informel, activités instrumentales de la vie quotidienne, activités de la vie quotidienne.

Auteurs

Sylvie A. Lafrenière (613-951-7197; SylvieA.Lafreniere@statcan.ca) travaille à la Division des opérations du recensement et Yves Carrière, Laurent Martel et Alain Bélanger travaillent à la Division de la démographie de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

À u fur et à mesure que vieilliront les membres de la génération du baby-boom, le nombre et la proportion de personnes âgées dans la population canadienne augmenteront. Presque inévitablement, le vieillissement entraîne des incapacités susceptibles de réduire l'autonomie. Par conséquent, nombre de personnes âgées ont besoin d'aide pour vaquer aux activités généralement considérées comme essentielles au maintien à domicile, comme les travaux ménagers courants, les achats d'épicerie, la préparation des repas et les soins personnels.

En général, les personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile reçoivent la majeure partie de l'aide dont elles ont besoin d'un réseau informel composé de membres de la famille, d'amis et de voisins¹⁻⁵. Celles qui sont très âgées et (ou) dont le réseau informel est restreint sont parfois obligées de recourir davantage au réseau formel d'aide, comme les organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux, les organismes à but lucratif ou sans but lucratif et des personnes rémunérées⁶⁻⁸. En outre, en vieillissant, la probabilité qu'une personne reçoive à la fois l'aide des réseaux formel et informel tend à augmenter⁸.

Méthodologie

Source des données

Les données proviennent du cycle 11 de l'Enquête sociale générale (ESG) réalisé en 1996. L'ESG a été lancée en 1985 en vue d'atteindre deux objectifs : recueillir des données transversales sur les tendances sociales afin de suivre l'évolution des modalités de logement et du bien-être de la population canadienne au fil du temps et fournir des renseignements sur les questions relevant de la politique sociale. Le cycle 11, qui avait pour thème « Entraide et soutien social », a été conçu pour étudier la dynamique entre le réseau social d'une personne et l'aide qu'elle reçoit ou qu'elle prodigue, et pour déterminer quels sont les besoins non comblés.

La population cible de l'ESG comprend tous les résidents des 10 provinces canadiennes de 15 ans et plus vivant à domicile. Sont exclus les résidents des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon et les personnes résidant à temps plein en établissement. L'échantillon de la population a été sélectionné par la méthode de composition aléatoire. Pour réduire au minimum les effets saisonniers, la collecte des données a eu lieu de février à décembre 1996. Les renseignements ont été recueillis par interview téléphonique assistée par ordinateur; par conséquent, les ménages n'ayant pas le téléphone étaient exclus du champ d'observation de l'enquête (environ 2 % de la population cible).

Pour chaque ménage contacté, on a dressé la liste de tous les membres du ménage et recueilli des renseignements généraux (âge et sexe, par exemple) au sujet de chacun d'eux. Puis, dans chaque ménage, on a sélectionné au hasard un membre de 15 ans et plus pour répondre au questionnaire de l'ESG. Si la personne sélectionnée ne pouvait répondre au questionnaire pour des raisons de santé, un autre membre du ménage a fourni les réponses par procuration.

Les réponses ont été obtenues auprès d'un échantillon de 12 756 personnes, qui incluait un « suréchantillonnage » des personnes de 65 ans et plus : 1 250 pour le compte de la Direction des aînés et aînées de Santé Canada et 700 au Québec pour le compte de l'Institut de la statistique du Québec (anciennement le Bureau de la statistique du Québec). Le taux de réponse a été de 85,3 %. Des 5 952 personnes de 65 ans et plus, 1 380 (soit 19,6 % des personnes âgées vivant à domicile) ont déclaré qu'à cause d'un problème de santé de longue durée, elles avaient reçu de l'aide pour vaquer à au moins une des tâches suivantes : travaux ménagers quotidiens, achats d'épicerie, préparation des repas ou soins personnels. Parmi ces personnes, 1 089 (79 %) ont indiqué la source de l'aide obtenue et le temps consacré à l'exécution des tâches; ces dernières ont été retenues pour la présente analyse.

Techniques d'analyse

L'ESG comprend plusieurs variables indiquant la fréquence de l'aide reçue pour accomplir les travaux ménagers quotidiens, les achats

d'épicerie, la préparation des repas et les soins personnels, ainsi que le temps consacré à chaque activité. Ces données ont été combinées pour calculer le nombre hebdomadaire d'heures d'aide obtenues de source informelle, formelle ou mixte.

Puisque le nombre d'heures d'aide déclarées ne suit pas une distribution statistique « normale », la moyenne n'est pas une mesure appropriée de tendance centrale. Par conséquent, la médiane a été calculée. Un test indépendant des médianes a permis de déterminer quelles valeurs étaient significativement différentes. On a procédé à une analyse de la variance pour examiner les écarts entre les nombres d'heures d'aide reçues par les personnes âgées ayant reçu de l'aide de sources informelles seulement, de sources formelles seulement ou d'une combinaison de sources formelles et informelles. Le test HSD de Tukey a ensuite permis de déterminer lequel des trois groupes différait significativement des autres.

La régression linéaire a servi à modéliser les associations entre le nombre d'heures d'aide reçues par les personnes âgées auprès de chaque source d'aide et les variables indépendantes utilisées pour l'analyse bivariable, à savoir le sexe, l'âge, le niveau de scolarité, le mode de vie, le nombre d'enfants survivants, le nombre de frères et sœurs survivants et le type d'incapacité. Un terme quadratique (âge²) a été ajouté au modèle pour tenir compte de l'effet non linéaire de l'âge.

Cinq régressions distinctes ont été modélisées. La première évalue l'association entre les divers facteurs et le nombre total d'heures d'aide reçues. Les autres évaluent les associations entre les facteurs et le nombre d'heures d'aide reçues par les personnes âgées qui dépendent de sources informelles seulement, de sources formelles seulement ou de sources mixtes. Une dernière régression porte sur les facteurs associés au nombre d'heures d'aide reçues de sources informelles par les personnes âgées obtenant une aide mixte, afin de déterminer, toutes choses étant égales par ailleurs, si une augmentation du nombre d'heures d'aide formelle influe sur le nombre d'heures prodiguées par le réseau de soutien informel. Pour l'analyse multivariée, la variable de temps a été modifiée afin de tenir compte de l'hétéroscédasticité de la distribution; le logarithme du temps a été utilisé dans les modèles de régression.

Les données ont été pondérées de sorte que l'échantillon soit représentatif de la population à domicile. Le plan d'échantillonnage complexe de l'ESG rend difficile le calcul d'estimations non biaisées de la variance. Pour réduire partiellement le biais, les coefficients de pondération ont été normalisés (en divisant chacun par le poids global moyen) de sorte que leur moyenne soit égale à 1. Cependant, les intervalles de confiance présentés devraient être interprétés avec prudence, car cette méthode de calcul ne tient pas pleinement compte du plan d'échantillonnage.

Les défis que pose la prestation de soins adéquats aux personnes âgées ne sont pas nouveaux. Mais les membres de la génération du baby-boom ont eu moins d'enfants que les générations précédentes, si bien que leur arrivée à la vieillesse s'accompagnera d'une diminution du nombre d'enfants pouvant leur venir en aide. D'autres facteurs, dont les changements concernant l'état matrimonial et le mode de vie, et la plus grande mobilité géographique des enfants, influenceront aussi sur l'offre et la disponibilité de prestataires de soins.

Une étude récente visait à déterminer les facteurs associés à la probabilité qu'une personne âgée en perte d'autonomie vivant à domicile reçoive une aide informelle, une aide formelle ou les deux types d'aide⁹. Selon cette étude, 42 % des personnes recevant une aide l'obtenaient de sources informelles seulement, 34 %, de sources formelles seulement et 24 %, d'une combinaison des deux. Cependant, l'analyse n'a pas permis de préciser la part respective qu'occupent ces réseaux d'aide. Le présent article, qui est basé sur des données provenant du cycle 11 de l'Enquête sociale générale, porte sur le nombre hebdomadaire d'heures d'aide obtenues de sources formelles et informelles par les personnes âgées vivant à domicile qui souffrent d'un problème de santé de longue durée (voir *Méthodologie, Définitions et Limites*). Le nombre d'heures d'aide provenant de chaque type de réseau est analysé, ainsi que l'importance relative de ces réseaux de soutien. L'article examine aussi, par analyse multivariée, les facteurs associés à l'augmentation du nombre d'heures d'aide obtenues de diverses sources, ainsi que l'effet de l'obtention de services formels sur le nombre d'heures d'aide informelle.

La quantification de l'aide que les personnes âgées vivant à domicile obtiennent de diverses sources permet de mieux comprendre l'intervention des réseaux formel et informel de soutien, question qui gagne en importance à mesure que s'accroît la population de personnes âgées.

Un demi-million reçoivent de l'aide

En 1996, plus d'un demi-million de personnes âgées présentant une incapacité de longue durée (environ 532 000) vivaient à domicile et ont déclaré recevoir

de l'aide pour vaquer à au moins une des activités suivantes : les travaux ménagers quotidiens, les achats d'épicerie, la préparation des repas ou les soins personnels. Presque la moitié (47 %) de ces personnes avaient entre 70 et 80 ans et plus du tiers (36 %) avaient au moins 80 ans (tableau 1). Près des deux tiers étaient des femmes. Une forte proportion de ces personnes vivaient seules (39 %),

Tableau 1
Certaines caractéristiques des personnes âgées en perte d'autonomie, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996

	Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%
Les deux sexes	1 089	532	100,0
Hommes	376	184	34,6
Femmes	713	348	65,4
Groupe d'âge			
65 à 69 ans	177	86	16,2
70 à 74 ans	259	126	23,8
75 à 79 ans	257	126	23,6
80 à 84 ans	192	94	17,7
85 ans et plus	204	100	18,7
Niveau de scolarité[†]			
Études primaires ou moins	301	147	30,5
Au moins certaines études secondaires	419	205	42,4
Au moins certaines études postsecondaires	268	131	27,1
Mode de vie			
Vit seul(e)	422	206	38,7
Vit avec d'autres personnes qu'un(e) conjoint(e)	202	99	18,5
Vit avec un(e) conjoint(e)	465	227	42,7
Enfants survivants[‡]			
Aucun	123	60	11,6
Un	150	73	14,1
Deux et plus	790	386	74,3
Frères et soeurs survivants[‡]			
Aucun	225	110	21,5
Un	198	97	18,9
Deux et plus	624	305	59,6
Type d'incapacité[§]			
Mobilité/flexibilité	665	325	61,1
Douleur et malaises	521	254	47,8
Capacités cognitives	497	243	45,7
Communication [§]	319	156	29,3
Dextérité	157	76	14,4

Source des données : Enquête sociale générale, 1996

† La somme des chiffres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués car la catégorie « données manquantes » est exclue.

‡ Les réponses multiples sont permises.

§ Vision, ouïe, élocution.

Définitions

L'aide reçue par les personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile a été définie selon trois types, soit *informelle*, *formelle* et *mixte* (une combinaison des deux premiers types). L'aide informelle est prodiguée par les membres de la famille, les amis ou les voisins. L'aide officielle est prodiguée par les employés d'organismes à but lucratif ou sans but lucratif, par les organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux, ou par des personnes rémunérées (sauf les membres du réseau informel). Si l'aide provient des deux sources, elle est considérée comme étant mixte.

Les tâches pour lesquelles l'aide a été reçue, c'est-à-dire celles qui définissent la « perte d'autonomie » dans la présente analyse, sont les travaux ménagers quotidiens, les achats d'épicerie, la préparation des repas, et les soins personnels (prendre son bain, faire sa toilette, se nettoyer les ongles des mains et des pieds, se brosser les dents, se laver les cheveux et s'habiller).

Pour les analyses descriptives, les participants à l'enquête ont été répartis entre les *groupes d'âge* suivants : 65 à 69 ans, 70 à 74 ans, 75 à 79 ans, 80 à 84 ans et 85 ans et plus.

Les catégories de *niveau de scolarité* sont : études primaires ou moins; au moins certaines études secondaires et au moins certaines études postsecondaires.

Trois catégories de *mode de vie* ont été définies : avec un(e) conjoint(e); seul(e) et avec d'autres (y compris un enfant ou un parent), mais non un(e) conjoint(e).

On a également considéré le *nombre d'enfants survivants* et le *nombre de frères et sœurs survivants*, à savoir aucun, un et deux ou plus.

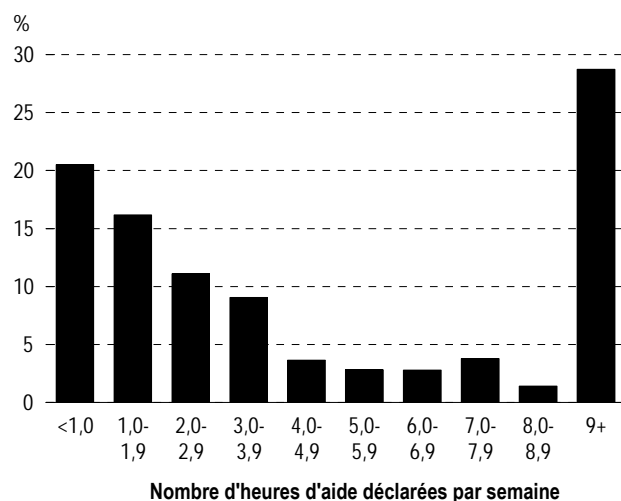
Cinq catégories d'*incapacité* ont été définies, à savoir problèmes de mobilité/flexibilité, limitation due à la douleur ou à des malaises, difficultés cognitives, problèmes de communication et dextérité. Les personnes qui ont déclaré avoir de la difficulté à se mouvoir dans leur foyer ou leur voisinage, à sortir de leur lit ou d'un fauteuil ou à prendre soin de leurs pieds ont été considérées comme ayant des problèmes de mobilité/flexibilité. Celles qui ont déclaré que leurs activités étaient limitées par la douleur ou des malaises ont été considérées comme ayant une incapacité liée à ce problème. Celles dont l'état cognitif variait de « capable de se souvenir de la plupart des choses ou plutôt porté(e) à oublier des choses » et « éprouver une certaine difficulté à penser clairement » à « incapable de se rappeler de quoi que ce soit ou de penser » ont été considérées comme ayant une incapacité cognitive. Les personnes qui ont indiqué qu'elles souffraient d'un problème non corrigé de vision, d'ouïe et (ou) d'élocution ont été placées dans la catégorie des personnes ayant une incapacité de communication. Enfin, par dextérité, on entend la coordination (utiliser une paire de ciseaux, par exemple) et la capacité de se servir de ses mains et de ses doigts, c'est-à-dire de pouvoir manipuler de petits objets (comme les boutons d'une chemise).

quoique celles qui composaient le groupe le plus important (43 %) vivaient avec un conjoint ou une conjointe et 19 %, avec d'autres. Environ les trois quarts avaient au moins deux enfants survivants et une proportion comparable avaient au moins un frère ou une sœur survivant(e).

L'incapacité la plus courante, qui touchait 61 % des ces personnes âgées, était un problème de mobilité/flexibilité. Presque la moitié (48 %) ont dit souffrir d'une incapacité causée par une douleur chronique ou des malaises, et presque autant (46 %) présentaient une incapacité cognitive. Moins courants, les problèmes de communication (vision, ouïe, élocution) et les problèmes de dextérité touchaient 29 % et 14 % de ces personnes, respectivement.

Par définition, toutes les personnes âgées visées par l'analyse recevaient de l'aide à cause d'un problème de santé de longue durée. Cependant, un grand nombre d'entre elles s'en sortaient en obtenant une aide assez limitée : 20 % ont dit obtenir moins d'une heure d'aide par semaine, et la moitié, pas plus de trois heures (graphique 1). Par ailleurs, 29 % ont dit recevoir au moins 9 heures d'aide par semaine. Dans l'ensemble, le nombre médian était de 3 heures d'aide par semaine.

Graphique 1
Répartition des personnes âgées en perte d'autonomie, selon le nombre hebdomadaire d'heures d'aide déclarées, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996

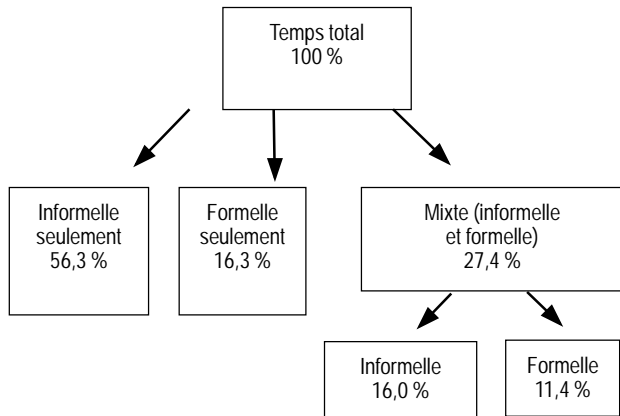


Source des données : Enquête sociale générale, 1996

Prédominance du réseau informel

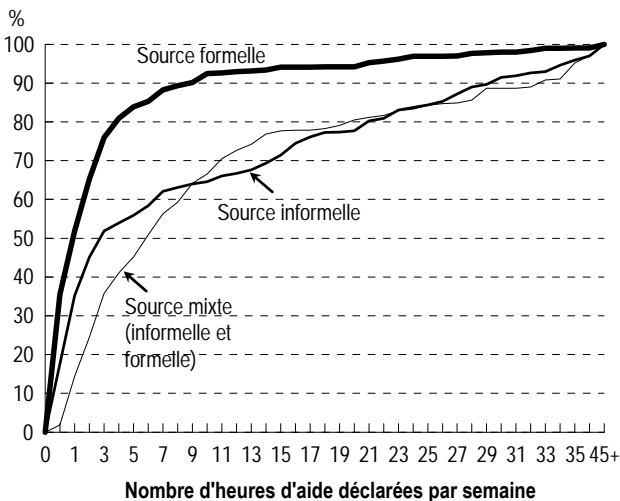
En 1996, les personnes âgées en perte d'autonomie recevaient principalement l'aide dont elles avaient besoin de sources informelles (graphique 2). Plus de la moitié (56 %) du nombre total d'heures d'aide

Graphique 2
Pourcentage du temps total d'aide déclaré par les personnes âgées en perte d'autonomie, selon la source de l'aide, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996



Source des données : Enquête sociale générale, 1996

Graphique 3
Répartition cumulative du nombre hebdomadaire d'heures d'aide déclarées par les personnes âgées en perte d'autonomie, selon la source de l'aide, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996



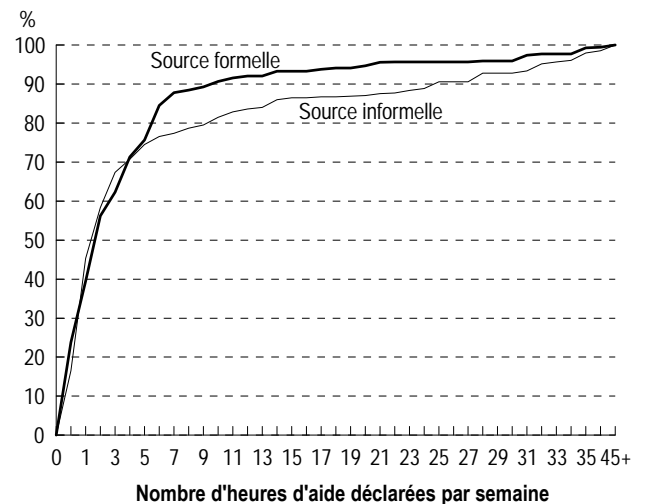
Source des données : Enquête sociale générale, 1996
 Nota : Une analyse de la variance indique un écart significatif entre les groupes ($F = 42,080$; $p = 0,000$), et un test HSD de Tukey indique un écart significatif ($p = 0,000$) entre les sources informelle et formelle, ainsi qu'entre les sources formelle et mixte. L'écart entre les sources informelle et mixte n'est pas significatif.

reçues cette année-là ont été déclarées par des personnes âgées ne s'appuyant que sur des sources informelles. À peine 16 % de ces heures ont été déclarées par les personnes qui recevaient une aide provenant de sources formelles seulement. Enfin, les 27 % restants ont été déclarées par des personnes âgées recevant l'aide de chacun de ces deux réseaux (aide mixte). Cependant, même dans le cas de cette aide mixte, plus de la moitié des heures provenaient de sources informelles. Donc, dans l'ensemble, le réseau de soutien informel fournissait près des trois quarts (72 %) des heures d'aide obtenues par ces personnes âgées.

Le nombre d'heures d'aide reçues variait selon la source. Plus de la moitié des personnes dépendant seulement du réseau formel ont dit obtenir moins d'une heure d'aide par semaine, et à peine 10 % ont déclaré en obtenir 9 ou plus (graphique 3). Par contre, 36 % des personnes âgées dépendant seulement de leur réseau informel et 36 % obtenant une aide mixte ont déclaré obtenir 9 heures ou plus d'aide par semaine.

Parmi les personnes âgées obtenant une aide mixte, plus de 60 % ne recevaient pas plus de 3 heures d'aide par semaine d'une source formelle ou informelle (graphique 4). Cependant, 10 %

Graphique 4
Répartition cumulative du nombre hebdomadaire d'heures d'aide déclarées par les personnes âgées en perte d'autonomie recevant une aide mixte, selon la source de l'aide, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996



Source des données : Enquête sociale générale, 1996

d'entre elles ont dit recevoir au moins 10 heures d'aide par semaine de services formels et 10 %, au moins 25 heures par semaine d'aide informelle.

Facteurs associés au nombre d'heures d'aide déclarées

Le nombre médian d'heures d'aide déclarées par les personnes âgées varie selon leurs caractéristiques,

Tableau 2

Nombre hebdomadaire médian d'heures d'aide déclarées par les personnes âgées en perte d'autonomie, selon la source de l'aide, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996

	Source de l'aide			
	Total	Informelle seulement	Formelle seulement	Mixte (informelle + formelle)
Nombre médian d'heures par semaine				
Les deux sexes	3,0	3,5	1,8	6,5
Hommes	3,1	7,0*	2,0	11,5*
Femmes	3,0	3,0*	1,8	5,5*
Groupe d'âge				
65 à 69 ans	2,9*	3,5	2,0	5,5*
70 à 74 ans	3,0*	3,0	1,8	7,0*
75 à 79 ans	2,8*	3,0	1,5	6,7*
80 à 84 ans	3,0*	4,0	1,5	4,0*
85 ans et plus	4,0*	3,5	2,0	10,5*
Niveau de scolarité				
Études primaires ou moins	3,5*	3,5	1,9	8,0*
Au moins certaines études secondaires	2,5*	3,5	1,8	5,5*
Au moins certaines études postsecondaires	2,1*	2,0	1,4	4,0*
Mode de vie				
Vit seul(e)	2,0*	1,0*	1,6*	4,0*
Vit avec d'autres personnes qu'un(e) conjoint(e)	9,5*	13,0*	3,0*	8,0*
Vit avec un(e) conjoint(e)	3,0*	5,4*	1,8*	11,0*
Enfants survivants				
Aucun	3,0	5,0	2,8*	6,0
Un	3,5	3,5	2,0*	10,0
Deux et plus	3,0	3,5	1,5*	6,0
Frères et soeurs survivants				
Aucun	2,0	2,0	1,8	6,0
Un	3,1	5,0	1,8	7,2
Deux et plus	3,0	3,5	1,6	5,5
Type d'incapacité				
Mobilité/flexibilité	4,0*	7,0*	2,3*	8,0*
Douleur et maux	3,0	3,5	2,0*	6,0
Capacités cognitives	3,7*	7,0*	2,0	7,2
Communication	4,5*	7,7	1,9	7,3
Dextérité	10,5*	7,0	10,5*	14,5*

Source des données : Enquête sociale générale, 1996

† Vision, ouïe, élocution.

* Différence significative d'après le test d'indépendance des médianes ($p < 0,05$).

dont le sexe, le groupe d'âge, le niveau de scolarité, le mode de vie, le nombre d'enfants et de frères et sœurs survivants, et le type d'incapacité (tableau 2). Cependant, chacune de ces variables n'agit pas isolément. Ainsi, les personnes âgées qui perdent leur conjoint ou conjointe peuvent se retrouver

Tableau 3

Coefficients de régression reliant certaines caractéristiques au nombre total d'heures d'aide déclarées par les personnes âgées en perte d'autonomie, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996

	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta ajusté
Sexe			
Hommes	0,178	-0,005- 0,361	0,057
Femmes [†]
Âge (65 à 99 ans)			
Âge	0,019	-0,182- 0,220	0,099
Âge ²	-0,000	-0,001- 0,001	-0,082
Niveau de scolarité			
Études primaires ou moins [†]
Au moins certaines études secondaires	-0,022	-0,222- 0,178	-0,007
Au moins certaines études postsecondaires	-0,144	-0,368- 0,081	-0,042
Mode de vie			
Vit avec un(e) conjoint(e) [†]
Vit seul(e)	-0,484*	-0,687- -0,281	-0,159*
Vit avec d'autres personnes qu'un(e) conjoint(e)	0,393*	0,150 - 0,636	0,104*
Enfants survivants			
Aucun	0,422*	0,167- 0,677	0,091*
Un	0,151	-0,083- 0,385	0,035
Deux et plus [†]
Frères et soeurs survivants			
Aucun	-0,046	-0,253- 0,162	-0,013
Un	0,089	-0,125- 0,302	0,023
Deux et plus [†]
Type d'incapacité			
Mobilité/flexibilité [†]	0,330*	0,153- 0,507	0,109*
Douleur et maux [†]	0,025	-0,138- 0,188	0,008
Capacités cognitives [†]	0,181*	0,016- 0,345	0,061*
Communication [§]	0,054	-0,131- 0,239	0,017
Dextérité [†]	0,537*	0,295- 0,779	0,127*
Données manquantes	0,076	-0,186- 0,338	0,016
Type d'aide reçue			
Informelle seulement [†]
Formelle seulement	-0,647*	-0,837- -0,456	-0,207*
Mixte (informelle et formelle)	0,536*	0,307- 0,764	0,144*

Source des données : Enquête sociale générale, 1996

† Catégorie de référence.

‡ La catégorie de référence est l'absence de l'incapacité.

§ Vision, ouïe, élocution.

* $p < 0,05$.

$N = 1\ 046$; $R^2 = 23,9\%$; $df = 20$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

seules et le vieillissement accroît souvent le niveau d'incapacité. Il faut donc tenir compte de l'ensemble de ces effets pour déterminer quels facteurs sont associés de façon significative au nombre d'heures d'aide que reçoivent les personnes âgées en perte d'autonomie.

Le nombre médian d'heures d'aide reçues dépend aussi de la source. Pour les personnes âgées qui

dépendent exclusivement de sources formelles, le nombre médian était de 1,8 heure par semaine, pour celles qui s'appuient seulement sur un réseau de soutien informel, il était de 3,5 heures, et pour celles obtenant une aide mixte, il était de 6,5 heures.

Même quand on tient compte de l'effet des autres variables, le fait de dépendre exclusivement du réseau formel a tendance à être associé à un nombre

Tableau 4

Coefficients de régression reliant certaines caractéristiques au nombre total d'heures d'aide déclarées par les personnes âgées en perte d'autonomie, population à domicile, selon la source de l'aide, Canada, territoires non compris, 1996

	Aide informelle seulement			Aide formelle seulement			Aide mixte (informelle + formelle)		
	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta ajusté	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta ajusté	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta ajusté
Sexe									
Hommes	0,254	-0,057- 0,565	0,077	0,041	-0,231- 0,312	0,016	0,073	-0,274- 0,420	0,029
Femmes [†]
Âge (65 à 99 ans)									
Âge	0,355*	0,047- 0,664	1,790*	-0,320	-0,693- 0,053	-1,746	-0,207	-0,549- 0,135	-1,413
Âge ²	-0,002*	-0,004- 0,000	-1,791*	0,002	0,000- 0,004	1,732	0,001	-0,001- 0,004	1,551
Niveau de scolarité									
Études primaires ou moins [†]
Au moins certaines études secondaires	0,025	-0,278- 0,327	0,007	0,032	-0,317- 0,382	0,013	-0,225	-0,593- 0,144	-0,103
Au moins certaines études postsecondaires	-0,141	-0,512- 0,230	-0,035	-0,025	-0,398- 0,348	-0,009	-0,292	-0,685- 0,101	-0,127
Mode de vie									
Vit avec un(e) conjoint(e) [†]
Vit seul(e)	-1,259*	-1,619- -0,900	-0,347*	0,108	-0,172- 0,388	0,043	-0,532*	-0,915- -0,149	-0,251*
Vit avec d'autres personnes qu'un(e) conjoint(e)	0,390*	0,022- 0,757	0,110*	0,212	-0,345- 0,769	0,040	-0,130	-0,555- 0,295	-0,048
Enfants survivants									
Aucun	0,140	-0,309- 0,590	0,026	0,416*	0,081- 0,751	0,129*	0,284	-0,292- 0,860	0,061
Un	-0,019	-0,417- 0,379	-0,004	0,362	-0,009- 0,733	0,100	0,214	-0,149- 0,577	0,077
Deux et plus [†]
Frères et soeurs survivants									
Aucun	-0,123	-0,485- 0,239	-0,031	0,121	-0,190- 0,433	0,041	0,014	-0,330- 0,358	0,006
Un	0,129	-0,246- 0,503	0,029	-0,014	-0,332- 0,303	-0,005	0,058	-0,278- 0,395	0,023
Deux et plus [†]
Type d'incapacité									
Mobilité/flexibilité [‡]	0,189	-0,100- 0,478	0,058	0,360*	0,103- 0,616	0,145*	0,473*	0,106- 0,840	0,169*
Douleur et malaises [‡]	-0,108	-0,370- 0,155	-0,034	0,094	-0,165- 0,352	0,038	0,088	-0,197- 0,373	0,042
Capacités cognitives [‡]	0,237	-0,036- 0,509	0,074	0,164	-0,103- 0,432	0,066	0,082	-0,190- 0,354	0,039
Communication [§]	0,210	-0,091- 0,510	0,062	-0,192	-0,499- 0,115	-0,065	0,082	-0,227- 0,390	0,036
Dextérité [‡]	0,025	-0,382- 0,432	0,005	1,435*	0,948- 1,922	0,302*	0,598*	0,265- 0,931	0,257*
Données manquantes	-0,065	-0,510- 0,380	-0,012	0,097	-0,321- 0,514	0,025	0,416*	0,017- 0,816	0,138*

Source des données : Enquête sociale générale, 1996

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, les intervalles de confiance dont la borne supérieure est nulle peuvent être significatifs.

† Catégorie de référence.

‡ La catégorie de référence est l'absence d'incapacité.

§ Vision, ouïe, élocution.

* $p < 0,05$.

N = 485; $R^2 = 20,8\%$; $df = 18$ pour l'aide informelle seulement.

N = 354; $R^2 = 14,9\%$; $df = 18$ pour l'aide formelle seulement.

N = 207; $R^2 = 25,6\%$; $df = 18$ pour l'aide informelle et formelle.

... N'ayant pas lieu de figurer.

significativement plus faible d'heures d'aide que celui déclaré par les personnes âgées qui recourent seulement à leur réseau informel (tableau 3). En revanche, celles qui obtiennent une aide de source mixte déclarent un nombre significativement plus élevé d'heures d'aide que celles qui dépendent seulement d'un réseau de soutien informel.

Variation du niveau d'intervention des réseaux d'aide selon les caractéristiques des personnes âgées

Le nombre d'heures d'aide que reçoivent les personnes âgées qui dépendent d'un type de réseau précis varie aussi en fonction des caractéristiques sociodémographiques (tableau 4). Parmi les personnes âgées qui dépendaient seulement de sources *informelles*, celles vivant seules ont déclaré un nombre nettement plus faible d'heures d'aide que celles vivant avec un conjoint ou une conjointe. Celles vivant avec d'autres personnes qu'un conjoint ou une conjointe sont celles qui recevaient le plus grand nombre d'heures d'aide informelle. Toutefois, le lien causal n'est pas clair. Il se pourrait que le besoin d'aide ait donné lieu à ce mode de vie. Vivre en ménage avec d'autres peut être un moyen de faire face à des problèmes de santé de longue durée.

L'âge est un facteur qui a également un effet significatif sur le nombre d'heures d'aide que reçoivent chaque semaine les personnes âgées dont l'aide dépend exclusivement de sources informelles. Ce nombre augmente avec l'âge jusqu'à environ 80 ans, puis il diminue. Cette tendance reflète vraisemblablement la croissance des probabilités d'obtenir une aide de source formelle et d'entrer en établissement avec l'avancée en âge (donnant lieu à un effet de sélection dans l'échantillon de ménages).

Les hommes bénéficiant exclusivement d'une aide informelle ont déclaré un nombre médian d'heures d'aide plus élevé que leurs homologues féminins. Cependant, si l'on tient compte de l'effet des autres variables, l'écart ne demeure pas significatif, principalement parce que le mode de vie tient compte de la présence d'un conjoint ou d'une conjointe. De la même façon, l'association entre les heures d'aide informelle et les diverses formes d'incapacité disparaît dès la prise en compte des autres variables.

Chez les personnes âgées qui ont déclaré dépendre seulement de sources *formelles*, le nombre d'enfants survivants est associé au nombre d'heures d'aide déclarées. L'absence d'enfants survivants augmente significativement le recours à l'aide formelle, relation qui persiste lorsqu'on tient compte de l'effet des autres variables. Deux types d'incapacités sont

Tableau 5
Coefficients de régression reliant certaines caractéristiques au nombre total d'heures d'aide déclarées par les personnes âgées en perte d'autonomie recevant une aide mixte, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996

	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta ajusté
Sexe			
Hommes	0,163	-0,283- 0,610	0,049
Femmes
Âge (65 à 99 ans)			
Âge	-0,208	-0,648- 0,232	-1,079
Âge ²	0,001	-0,001- 0,004	1,093
Niveau de scolarité			
Études primaires ou moins [†]
Au moins certaines études secondaires	-0,418	-0,893- 0,056	-0,146
Au moins certaines études postsecondaires	-0,287	-0,793- 0,218	-0,095
Mode de vie			
Vit avec un(e) conjoint(e) [†]
Vit seul(e)	-1,065*	-1,561- -0,569	-0,382*
Vit avec d'autres personnes qu'un(e) conjoint(e)	-0,229	-0,776- 0,318	-0,065
Enfants survivants			
Aucun	0,568	-0,175- 1,310	0,093
Un	0,509*	0,043- 0,976	0,139*
Deux et plus [†]
Frères et soeurs survivants			
Aucun	-0,142	-0,585- 0,300	-0,044
Un	-0,319	-0,757- 0,118	-0,096
Deux et plus [†]
Type d'incapacité			
Mobilité/flexibilité [‡]	0,381	-0,091- 0,854	0,104
Douleur et malaises [‡]	-0,077	-0,443- 0,290	-0,028
Capacités cognitives [‡]	0,147	-0,204- 0,497	0,052
Communication [§]	-0,052	-0,449- 0,345	-0,018
Dextérité [‡]	0,861*	0,421- 1,301	0,280*
Données manquantes	0,230	-0,287- 0,747	0,058
Aide formelle dans l'aide mixte	-0,999	-0,250- 0,050	-0,088

Source des données : Enquête sociale générale, 1996

† Catégorie de référence.

‡ La catégorie de référence est l'absence d'incapacité.

§ Vision, ouïe, élocution.

* $p < 0,05$.

$N = 207$; $R^2 = 29,0\%$; $df = 19$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

associés à l'augmentation du nombre d'heures d'aide reçues du réseau formel seulement, à savoir les problèmes de dextérité et de mobilité/flexibilité.

Chez les personnes âgées déclarant une aide *mixte*, le nombre d'heures d'aide est associé au mode de vie. Les personnes vivant seules ont déclaré recevoir un nombre significativement plus faible d'heures d'aide de sources mixtes que celles vivant avec un conjoint ou une conjointe. En outre, les problèmes de dextérité ou de mobilité/flexibilité ont tendance

à faire augmenter le nombre d'heures d'aide mixte. Le lien entre le nombre d'heures d'aide mixte et l'âge, le sexe ou le niveau de scolarité n'est plus significatif lorsqu'on tient compte de l'effet des autres facteurs, comme le mode de vie et les types d'incapacité.

Chez les personnes âgées recevant une aide mixte, l'augmentation du nombre d'heures provenant de sources formelles semble être conjuguée à une diminution apparente du nombre d'heures provenant de sources informelles. Cependant, la diminution n'est pas statistiquement significative (tableau 5). Autrement dit, il se pourrait que les sources d'aide formelles complètent, mais ne remplacent pas, les sources informelles, comme en témoignent certaines études récentes^{10,11}.

Limites

Puisque l'Enquête sociale générale (ESG) est une enquête transversale, il n'est pas possible de déterminer comment l'intervention des réseaux de soutien informel et formel évolue au cours du temps. En outre, elle ne fournit aucune donnée sur des caractéristiques importantes des personnes qui prodiguent l'aide. Particulièrement dans le cas du réseau de soutien informel, ces caractéristiques pourraient influencer considérablement le type d'aide offerte et le nombre total d'heures fournies. Par exemple, un conjoint ou une conjointe jeune et en bonne santé sera vraisemblablement plus à même d'offrir une aide qu'un conjoint ou une conjointe âgé(e) qui présente des incapacités⁹. En outre, l'état de santé et la proximité géographique des enfants peuvent déterminer leur capacité à prodiguer de l'aide.

L'importance de l'aide que les personnes âgées vivant à domicile reçoivent, particulièrement sous forme de soins informels, pourrait être sous-estimée, car les données de l'ESG ne tiennent pas compte des soins « invisibles » : organiser les services, prendre les rendez-vous, faire les courses et ainsi de suite sont des activités qui ont souvent lieu à l'insu du bénéficiaire. En outre, l'analyse ne tient pas compte du temps consacré à prodiguer un soutien émotionnel ou à s'enquérir du bien-être des personnes âgées, alors qu'il s'agit d'interventions importantes pour permettre à ces dernières de continuer à vivre chez elles.

Les résultats n'incluent pas les personnes âgées vivant à domicile qui n'ont pas reçu l'aide dont elles avaient besoin ni celles résidant dans un établissement. Par conséquent, le tableau brossé dans le présent article est incomplet. Par exemple, l'observation selon laquelle les problèmes cognitifs n'augmentent pas significativement le nombre d'heures d'aide reçues pourrait tenir au fait que les problèmes de cet ordre mènent souvent au placement en établissement.

Enfin, la présente étude ne visait pas à déterminer si l'aide reçue par les personnes interrogées était adéquate.

Mot de la fin

D'après l'Enquête sociale générale, en 1996, environ 532 000 personnes âgées souffrant de problèmes de santé de longue durée et vivant à domicile recevaient une aide de source formelle et (ou) informelle pour au moins une des activités suivantes : les travaux ménagers quotidiens, les achats d'épicerie, la préparation des repas ou les soins personnels. Pour toute heure d'aide reçue, plus de 40 minutes provenaient d'une source informelle, comme les membres de la famille, les amis ou les voisins.

Chez les personnes âgées recevant seulement un soutien de source informelle, le mode de vie et l'âge sont les principaux déterminants du nombre d'heures d'aide qu'elles reçoivent. Pour celles recevant seulement une aide formelle, le fait de ne pas avoir d'enfants survivants et un problème de dextérité ou de mobilité/flexibilité sont des déterminants importants du nombre d'heures d'aide déclarées. Ces types d'incapacité sont également associés à l'augmentation du nombre d'heures d'aide chez les personnes âgées recevant une aide mixte. Il se pourrait que l'appel aux sources formelles d'aide se fasse d'avantage lorsque les incapacités deviennent plus graves. L'association à ce genre de problèmes de santé pourrait aussi refléter la nature des tâches considérées dans cette analyse; les activités telles que les travaux ménagers quotidiens et les soins personnels exigent un certain degré de dextérité et de mobilité/flexibilité.

Les autres types d'incapacités étudiés, c'est-à-dire les problèmes de communication ou les difficultés cognitives et les problèmes dus à une douleur ou des malaises, n'ont pas d'effet significatif sur le nombre d'heures d'aide déclarées, quelle qu'en soit la source. Il est probable que des problèmes cognitifs sévères ou une douleur intense empêchent les personnes âgées de vivre à domicile et que nombre de ces personnes soient placées en établissement et donc exclues de la présente analyse.

Les personnes âgées vivant seules et obtenant une aide de source informelle seulement ou une aide de sources mixtes ont déclaré recevoir un nombre plus faible d'heures d'aide que celles vivant avec d'autres personnes. Les personnes qui vivent seules pourraient donc être particulièrement vulnérables, un facteur important dont il faut tenir compte lorsqu'on évalue les ressources nécessaires pour permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de continuer à vivre à domicile, compte tenu surtout de l'augmentation du nombre de personnes âgées vivant seules observée au cours des dernières décennies¹². En fait, il se pourrait que la possibilité d'obtenir une aide informelle dans le ménage permette aux personnes âgées d'éviter ou de retarder le placement dans un établissement de soins.

Il est également intéressant de constater que les personnes âgées qui s'appuient uniquement sur des sources formelles obtiennent un nombre d'heures d'aide considérablement plus faible que celles qui peuvent compter sur un soutien informel. Selon une étude antérieure, les personnes âgées qui n'obtiennent pas de soutien informel sont celles dont les besoins d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne sont le moins satisfaits¹³.

Les résultats de l'analyse indiquent que le réseau formel de soutien agit comme complément et non comme substitut au réseau informel. Ce résultat à des implications dont il faudra tenir compte dans la planification des services qui seront nécessaires dans l'avenir. La population vieillit, et parallèlement, la diminution de la taille de la famille réduira la disponibilité du soutien informel. Sans l'aide des enfants et d'autres parents dont ont bénéficié les générations antérieures, les membres de la génération du baby-boom souffrant de problèmes de santé de longue durée risquent d'avoir plus de difficulté à continuer de vivre à domicile, à moins de faire peser un fardeau plus lourd sur le réseau de soutien informel restreint ou qu'un plus grand nombre de ressources soient consacrées aux programmes de soins à domicile. ●

Références

1. A.V. Wister et P.A. Dykstra, « Formal assistance among Dutch older adults: An examination of the gendered nature of marital history », *Revue canadienne du vieillissement*, 19(4), 2000, p. 508-535.
2. N. Keating, J. Fast, D. Dosman *et al.*, « Services provided by informal and formal caregivers to seniors in residential continuing care », *Revue canadienne du vieillissement*, 20(1), 2001, p. 23-45.
3. R. Hébert, N. Dubuc, M. Buteau *et al.*, « Resources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and in institutions », *Revue canadienne du vieillissement*, 20(1), 2001, p. 1-21.
4. N. Guberman et P. Maheu, « Combining employment and caregiving: An intricate juggling act », *Revue canadienne du vieillissement*, 18(1), 1999, p. 84-106.
5. N. Keating, K. Ker, S. Warren *et al.*, « Who's the family in family caregiving? », *Revue canadienne du vieillissement*, 13(2), 1994, p. 268-287.
6. L. Martel et J. Légaré, « Avec ou sans famille proche à la vieillesse : une description du réseau de soutien informel des personnes âgées selon la présence du conjoint et des enfants », *Cahiers québécois de démographie*, 30(1), 2001, p. 89-114.
7. N.G. Choi, « Patterns and determinants of social service utilization: Comparison of the childless elderly and elderly parents living with or apart from their children », *The Gerontologist*, 34(3), 1994, p. 353-362.
8. Y. Carrière, L. Martel, J. Légaré *et al.*, *Socio-demographic factors associated with the use of formal and informal support networks at older ages in Canada*, document présenté lors du Longer Life and Healthy Aging Seminar, Committee on Longevity and Health of the International Union for the Scientific Study of Population, Beijing, Chine, du 22 au 24 octobre 2001.
9. Y. Carrière, L. Martel, J. Légaré *et al.*, « Nouvelles tendances démographiques et utilisation des services de maintien à domicile », *Rapport sur l'état de la population du Canada 2001*, 2002, p. 137-159 (Statistique Canada, n° 91-209 au catalogue).

10. M.J. Penning et N.C. Keating, « Self-, informal and formal care: Partnerships in community-based and residential long-term care settings », *Revue canadienne du vieillissement*, 19(supplément 1), 2000, p. 75-100.
11. M.A. Cohen, J. Miller et M. Weinrobe, « Patterns of informal and formal care-giving among elders with private long-term help care insurance », *The Gerontologist*, 41(2), 2001, p. 180-187.
12. E. Gee, « Situation familiale des personnes d'âge mûr », *La famille au long de la vie*, 1995, p. 83-122 (Statistique Canada, n° 91-543 au catalogue).
13. J. Chen et R. Wilkins, « Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle », *Rapports sur la santé*, 10(1), 1998, p. 41-53 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).