

Utilisation des services de santé par les personnes âgées

- Au cours d'une année, près de 90 % des personnes âgées consultent un omnipraticien ou un médecin de famille, 14 % sont hospitalisées et 15 % reçoivent des soins à domicile. En outre, 92 % déclarent avoir pris au moins un type de médicament le mois précédent.
- Le nombre de problèmes de santé chroniques est le déterminant le plus important de la fréquence à laquelle les personnes âgées utilisent les soins de santé.
- Si l'on tient compte de l'effet de l'état de santé et de facteurs tels que l'âge et les comportements qui influent sur la santé, les différences de niveaux de scolarité et de sources de revenu n'influencent généralement pas la fréquence à laquelle les personnes âgées utilisent les soins de santé.

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit l'utilisation des soins de santé par les personnes âgées au Canada, à savoir la consultation de certains professionnels de la santé, la consommation de médicaments, l'hospitalisation et l'obtention de soins à domicile.

Sources des données

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 et de la Base de données sur la morbidité hospitalière de 2002-2003.

Techniques d'analyse

Les proportions de personnes âgées ayant consulté des professionnels de la santé, pris des médicaments, été hospitalisées et reçu des soins à domicile ont été estimées par totalisations croisées. Les associations entre l'état de santé et le nombre de consultations avec un médecin l'année précédente, le nombre de médicaments consommés le mois précédent, ainsi que l'hospitalisation et l'obtention de soins à domicile l'année précédente ont été étudiées à l'aide de modèles de régression logistique linéaire et multivariée.

Principaux résultats

En 2003, près de 90 % des personnes âgées ont déclaré qu'elles avaient consulté un médecin ou un omnipraticien l'année précédente, 92 % ont dit avoir pris au moins un type de médicaments le mois précédent, 14 % avaient été hospitalisées l'année précédente et 15 % avaient reçu des soins à domicile l'année précédente. Les problèmes de santé chroniques, un mauvais état de santé et les blessures graves sont fortement associés à l'utilisation des soins de santé. Dans les analyses multivariées, le statut socioéconomique n'est généralement pas corrélé à l'utilisation des services de santé par les personnes âgées.

Mots-clés

Consultations avec les médecins, consommation de médicaments, hospitalisation, soins à domicile.

Auteure

Michelle Rotermann (613-951-3166; Michelle.Rotermann@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé, à Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Michelle Rotermann

De nos jours, les personnes âgées sont souvent en meilleure santé que ne l'étaient celles des générations précédentes, mais elles demeurent néanmoins plus susceptibles que les jeunes de souffrir de problèmes de santé chroniques et d'être en mauvaise santé¹. Il n'est donc pas étonnant qu'elles requièrent et utilisent aussi plus fréquemment des services de santé²⁻⁴.

Une foule de travaux ont déjà examiné la question des déterminants de l'utilisation des services de santé. Les premières études portaient de l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de ces services dépend simultanément du besoin de soins, de la prédisposition à essayer d'obtenir des soins et de facteurs extrinsèques qui facilitent ou restreignent l'utilisation des services⁵⁻¹³. Les études plus récentes ont toutefois montré

Méthodologie

Sources des données

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003, cycle 2.1, réalisée par Statistique Canada et de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) de 2002-2003.

L'ESCC a pour champ d'observation la population à domicile de 12 ans et plus des provinces et des territoires, sauf les personnes vivant en établissement, les membres réguliers des Forces canadiennes, et les résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. En 2003, le taux global de réponse était de 80,6 % et la taille totale de l'échantillon était de 135 573. La collecte des données a débuté en janvier 2003 et s'est terminée en décembre de cette année-là. La plupart des entrevues ont été réalisées par téléphone. La description de la méthodologie de l'ESCC peut être consultée dans un article paru antérieurement¹⁴.

L'échantillon de l'ESCC utilisé pour la plupart des analyses présentées dans l'article comprend 11 441 hommes et 17 231 femmes de 65 ans et plus. Les comparaisons avec les personnes de 12 à 64 ans sont fondées sur des données recueillies auprès de 50 759 hommes et de 56 142 femmes.

Le choix des variables de contrôle a été orienté par les données de la littérature spécialisée et celles disponibles dans le cadre de l'ESCC. Les variables sélectionnées pour les analyses multivariées des facteurs liés aux consultations avec un médecin ou un omnipraticien, à la consommation de médicaments, à l'hospitalisation et à l'obtention de soins à domicile sont le nombre de maladies chroniques, l'autoévaluation de la santé, les blessures limitant les activités, l'âge, le niveau de scolarité, la source principale de revenu, l'indice de masse corporelle, l'activité physique durant les loisirs, l'usage du tabac, la résidence en région rurale ou urbaine ainsi que la province ou le territoire de résidence (voir *Définitions*). Les variables indépendantes n'ont pas toutes été utilisées dans chaque modèle.

En 2003, l'information sur la consommation de médicaments a été recueillie à titre de module sous-échantillon de l'ESCC, c'est-à-dire que les questions ont été posées à un sous-ensemble de 135 753 participants à l'ESCC sélectionné aléatoirement. La Colombie-Britannique a choisi de poser les questions de ce module à tous les participants à l'enquête dans cette province. En tout, les réponses fournies par 10 353 personnes de 65 ans et plus ont été utilisées pour analyser la consommation de médicaments.

Les renseignements concernant le nombre de congés des hôpitaux de soins de courte durée, le nombre de jours d'hospitalisation et la durée moyenne de l'hospitalisation en

2002-2003 proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière. La BDMH contient des données administratives, cliniques et démographiques à l'égard des congés de l'hôpital (sorties et décès des personnes hospitalisées) provenant de tous les établissements de soins de courte durée, et de certains établissements de soins de longue durée et de réadaptation du Canada, mais ne contient que des renseignements limités sur les caractéristiques personnelles et les antécédents médicaux des patients. Durant l'exercice 2002-2003, les hôpitaux de soins de courte durée ont produit 3 099 250 dossiers de congé de l'hôpital ayant trait aux hospitalisations survenues dans la province de résidence du patient; le tiers de ces dossiers (1 014 666) concernaient l'hospitalisation de personnes âgées. Moins de 2 % des enregistrements de la BDMH ont été rejetés parce qu'ils se rapportaient à des hospitalisations survenues dans d'autres établissements que des hôpitaux de soins de courte durée ou hors de la province de résidence du patient. Des renseignements plus détaillés sur la BDMH figurent dans un article publié antérieurement¹⁵.

Techniques d'analyse

Les fréquences pondérées et des totalisations croisées ont été utilisées pour estimer la proportion de personnes qui ont déclaré qu'elles avaient consulté (en personne ou par téléphone) certaines catégories de prestataires de soins de santé, avaient un médecin de famille, prenaient des médicaments, avaient été hospitalisées ou recevaient des soins à domicile. Les moyennes ont été calculées pour le nombre de consultations avec certains prestataires de soins de santé, le nombre de médicaments consommés et la durée de l'hospitalisation.

Des modèles de régression linéaire multivariée ont été ajustés pour chaque sexe pour évaluer les associations entre l'état de santé et le logarithme du nombre de consultations avec un médecin ou un omnipraticien l'année précédente et le logarithme du nombre de médicaments consommés le mois précédent, en tenant compte de l'effet des facteurs sociodémographiques et des comportements qui influent sur la santé. L'exponentielle $\exp(B)$, c'est-à-dire l'inverse du logarithme naturel, est la valeur décrite dans l'analyse. La transformation logarithmique a pour but de corriger la distribution non normale¹⁶. En outre, les coefficients de régression normalisés (β) ont été utilisés pour déterminer l'importance relative des variables indépendantes en ce qui concerne le nombre de consultations avec un médecin et le nombre de médicaments consommés. Une transformation logarithmique a été appliquée au nombre de consultations avec un médecin ou un omnipraticien et au nombre de médicaments consommés afin d'obtenir les logarithmes

Méthodologie - fin

naturels. Des modèles de régression logistique multivariée ont été ajustés pour chaque sexe afin d'évaluer les associations entre la santé et l'hospitalisation, ainsi que l'obtention de soins à domicile, en tenant compte de l'effet des facteurs sociodémographiques et des comportements qui influent sur la santé. Le seuil de signification des tests statistiques a été fixé à $p < 0,05$. Afin de tenir compte des effets du plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés selon la méthode du *bootstrap*¹⁷⁻¹⁹.

Pour calculer la proportion de personnes âgées en fonction du nombre d'hospitalisations, les dossiers de congé de l'hôpital pour lesquels un appariement était possible ont été triés d'après le numéro d'assurance-maladie valide, puis dénombrés pour indiquer le nombre de sorties de l'hôpital par patient. La proportion de personnes hospitalisées a été calculée en divisant le nombre de personnes ayant été hospitalisées par le nombre de personnes appartenant au groupe d'âge correspondant dans la population.

Limites

Les analyses sont fondées sur des données transversales, qui permettent d'observer les associations entre variables à un point particulier dans le temps, mais non de faire des inférences quant aux relations de cause à effet ou à la séquence temporelle d'événements. Les données ont été autodéclarées ou recueillies par procuration et sont sujettes à l'erreur de déclaration. Pour réduire au minimum cette erreur dans les données sur les problèmes de santé chroniques, on a demandé aux participants à l'enquête de

ne déclarer que les problèmes de santé qui avaient été « diagnostiqués par un professionnel de la santé ». Cependant, aucune source indépendante n'était disponible pour vérifier si les personnes qui ont dit avoir un problème de santé chronique souffraient bel et bien de ce problème de santé. En outre, aucun renseignement n'était disponible sur la gravité des problèmes de santé chroniques déclarés.

L'ESCC ne recueille pas de renseignements sur les raisons pour lesquelles les participants ont consulté des professionnels de la santé, de sorte qu'il est impossible, par exemple, de faire la distinction entre les visites pour recevoir un traitement, les visites préventives, et celles pour obtenir le renouvellement d'une ordonnance.

L'autodéclaration de la consommation de médicaments demande une remémoration exacte. Or, certaines personnes pourraient avoir de la difficulté à se souvenir. Comme la question posée portait sur des classes de médicaments (p. ex., analgésiques), aucune information n'est disponible au sujet des divers médicaments dans une classe particulière, et on n'a pas demandé non plus aux participants à l'enquête de préciser s'il s'agissait de médicaments prescrits ou non. Enfin, on ne connaît pas la fréquence à laquelle les médicaments sont pris.

Il n'a pas été demandé aux participants à l'ESCC la raison pour laquelle ils avaient été hospitalisés ni combien de fois.

Enfin, l'ESCC ne fournit pas de données sur la fréquence ni la durée de l'obtention de soins à domicile.

que l'utilisation des soins de santé par les personnes âgées est davantage associée à la maladie^{3,20-25}. Enfin, les résultats d'études sur la contribution et l'importance relatives d'autres variables telles que le statut socioéconomique et les comportements qui influent sur la santé ne concordent pas^{7,9,20,21,26-31}.

Le présent article est fondé sur des données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH). Il examine le lien entre les indicateurs de la santé et l'utilisation par les personnes âgées de divers types de soins, à savoir les consultations avec les professionnels de la santé, la consommation de médicaments, l'hospitalisation et les soins à domicile (voir *Méthodologie*). L'analyse explore aussi de possibles associations avec deux variables socioéconomiques,

c'est-à-dire le niveau de scolarité et la source principale de revenu. Cette vérification est faite en tenant compte de l'effet d'autres facteurs de risque qui ont une influence sur l'utilisation des soins de santé, à savoir l'indice de masse corporelle, l'activité physique et l'usage du tabac. Cette information revêt d'autant plus d'importance dans le contexte d'un régime de santé universel dont le but est d'assurer l'accès aux soins en fonction de l'état de santé plutôt qu'en fonction des moyens financiers.

Consultation des professionnels de la santé

D'après les résultats de l'ESCC, en 2003, presque toutes les personnes âgées (96 %) avaient un médecin de famille (données non présentées) et la plupart (88 %) avaient consulté un médecin ou un omnipraticien au moins une fois l'année précédente (tableau 1). Ce chiffre

Tableau 1
Pourcentage de personnes ayant consulté certains professionnels de la santé l'année précédente, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2003

	65 ans et plus			12 à 64 ans		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
	%	%	%	%	%	%
Médecin/omnipraticien	88,1*	86,8*	89,2*†	75,5	69,3	81,7
Autre médecin ou spécialiste	33,4*	34,0*	32,9	25,7	19,6	31,8
Spécialiste de la vue	56,7*	54,0*	58,8*†	36,2	32,5	39,9
Infirmière	11,1	10,9*	11,3*	10,9	8,4	13,3
Chiropraticien	8,2*	7,6*	8,6*†	11,8	11,5	12,2
Physiothérapeute	8,3	6,9*	9,4†	8,6	7,9	9,3
Intervenant en médecine douce	6,1*	4,2*	7,6*†	13,4	9,3	17,6
Travailleur(euse) social(e)/conseiller	2,7*	2,2*	3,1*†	5,0	4,1	5,9
Orthophoniste/audiologiste/ergothérapeute	2,6*	3,0*	2,4*	1,4	1,5	1,4
Psychologue	0,8*	0,6* ^E	1,0*	3,3	2,7	3,9

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : La signification statistique des différences entre les hommes et les femmes n'a pas été vérifiée pour les personnes de 12 à 64 ans.

† Valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes de 65 ans et plus ($p < 0,05$).

* Valeur significativement différente de l'estimation correspondante pour les personnes de 12 à 64 ans ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

est significativement plus élevé que ne l'est celui observé à l'endroit des personnes de 12 à 64 ans, parmi lesquelles 76 % avaient consulté un médecin durant la même période. Les personnes âgées étaient également plus susceptibles que les personnes plus jeunes d'avoir consulté d'autres professionnels de la santé, un spécialiste de la vue, un orthophoniste, un audiologiste ou un ergothérapeute. Des proportions comparativement faibles de personnes âgées avaient consulté un travailleur social ou un conseiller, un psychologue, un chiropraticien ou un intervenant en médecine douce.

La maladie constitue depuis longtemps le déterminant le plus important des visites des personnes âgées chez le médecin^{7,9,20,22,23,32-34}. À cet égard, trois mesures de l'état de santé tirées de l'ESCC, à savoir l'existence de problèmes de santé chroniques, une blessure récente limitant les activités et l'autoévaluation de la santé, sont en effet associées à la fréquence à laquelle les personnes âgées vivant à domicile consultent le médecin (les personnes vivant

en établissement ne font pas partie du champ d'observation de l'ESCC).

Le nombre de consultations d'un médecin ou d'un omnipraticien que déclarent les personnes âgées est d'autant plus élevé que le nombre de problèmes de santé chroniques dont elles souffrent est grand. Les personnes âgées présentant au moins cinq problèmes de santé chroniques avaient consulté un médecin, en moyenne, plus de sept fois l'année précédente; par contre, pour celles n'ayant pas de problème de santé chronique, la moyenne était de deux (tableau 2).

Les blessures jouent aussi bien entendu un rôle dans la nécessité qu'ont les personnes âgées de consulter un médecin^{35,36}. Ainsi, les personnes âgées qui ont éprouvé des limitations des activités attribuables à une blessure ont, en moyenne, consulté un médecin ou un omnipraticien nettement plus souvent que les personnes exemptes de blessures.

L'autoévaluation de la santé est une mesure très répandue qui reflète non seulement l'état de santé physique, mais aussi le sentiment de bien-être général d'une personne^{5,37-39}. Les personnes âgées qui percevaient leur santé comme étant « passable » ou « mauvaise » avaient consulté un professionnel de la santé près de sept fois, en moyenne, comparativement à moins de trois fois pour celles qui jugeaient leur santé « très bonne » ou « excellente ».

À première vue, le niveau de scolarité et la source principale de revenu semblent être reliés à la fréquence à laquelle les personnes âgées consultent un médecin. Le nombre moyen de consultations était plus élevé pour celles qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires que pour celles qui étaient titulaires d'au moins un diplôme d'études secondaires. Le nombre de consultations était aussi plus élevé chez les hommes âgés dont le revenu provenait principalement de l'aide sociale ou de la Sécurité de la vieillesse ou du Supplément de revenu garanti que pour ceux qui bénéficiaient d'autres sources de revenu.

Néanmoins, le mauvais état de santé et les caractéristiques socioéconomiques ne sont pas indépendants les uns des autres, car il existe un lien entre le statut socioéconomique et la santé. Pourtant, même en tenant compte des effets de l'âge, du niveau de scolarité, de la source principale de revenu, du poids, de l'activité physique, de la situation quant à l'usage du tabac et de l'emplacement géographique dans les analyses multivariées, les problèmes de santé chroniques, les blessures et l'autoévaluation de la santé sont des facteurs qui sont, chacun, associés indépendamment à la fréquence des consultations d'un médecin (tableau 2). En revanche, les différences de statut socioéconomique ne demeurent pas statistiquement significatives, ce qui étaye l'hypothèse

Tableau 2

Nombre moyen de consultations avec un médecin ou un omnipraticien l'année précédente et coefficients de régression linéaire multiple reliant certaines caractéristiques au nombre de consultations, selon le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

	Hommes					Femmes				
	Nombre moyen	Régression linéaire multiple				Nombre moyen	Régression linéaire multiple			
		b	exp(b)	é.-t.	bêta		b	exp(b)	é.-t.	bêta
Nombre de problèmes de santé chroniques										
Aucun [†]	1,9	...	...	...	...	2,2	...	...	...	...
1	3,1*	0,29*	1,34	0,030	0,16	3,0*	0,26*	1,30	0,036	0,13
2	4,5*	0,49*	1,63	0,033	0,26	4,0*	0,40*	1,49	0,037	0,21
3	5,3*	0,61*	1,84	0,036	0,28	4,9*	0,51*	1,66	0,038	0,26
4	6,7*	0,74*	2,10	0,045	0,27	5,8*	0,63*	1,87	0,041	0,28
5 et plus	7,6*	0,82*	2,28	0,048	0,29	7,0*	0,71*	2,03	0,042	0,33
Blessure limitant les activités										
Non [†]	4,3	...	...	...	...	4,5	...	...	...	...
Oui	5,1*	0,12*	1,13	0,038	0,04	5,5*	0,08*	1,08	0,027	0,03
Autoévaluation de la santé										
Passable/mauvaise	6,8*	0,26*	1,29	0,031	0,14	6,9*	0,38*	1,46	0,025	0,21
Bonne	4,3*	0,16*	1,17	0,023	0,10	4,3*	0,15*	1,16	0,021	0,10
Très bonne/excellente [†]	2,8	...	...	...	...	3,1	...	...	...	...
Groupe d'âge										
65 à 74 ans [†]	3,9	...	...	...	...	4,2	...	...	...	...
75 à 84 ans	4,9*	0,08*	1,09	0,022	0,05	4,9*	0,02	1,02	0,018	0,01
85 ans et plus	5,9*	0,21*	1,23	0,046	0,06	5,1*	0,04	1,04	0,032	0,01
Niveau de scolarité										
Diplôme d'études secondaires ou plus [†]	3,9	...	...	...	...	4,3	...	...	...	...
Pas de diplôme d'études secondaires	4,7*	-0,01	0,99	0,021	-0,01	4,7*	-0,03	0,97	0,018	-0,02
Source principale de revenu										
Aide sociale ou Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti	5,1*	0,04	1,04	0,030	0,02	4,8	0,00	1,00	0,020	0,00
Autre [†]	4,2	...	...	...	...	4,5	...	...	...	...
Indice de masse corporelle (IMC)										
Poids insuffisant (< 18,5)	6,9*	0,19	1,21	0,110	0,03	4,9*	0,05	1,05	0,045	0,01
Poids normal (18,5 à 24,9) [†]	4,0	...	...	...	...	4,3	...	...	...	...
Embonpoint (25,0 à 29,9)	4,3	0,03	1,03	0,022	0,02	4,6*	0,03	1,03	0,021	0,02
Obésité classe I (30,0 à 34,9)	5,0*	0,10*	1,10	0,037	0,04	5,1*	0,02	1,02	0,029	0,01
Obésité classe II ou III (≥ 35,0)	5,6*	0,12	1,13	0,068	0,02	5,8*	0,06	1,07	0,051	0,01
Activité physique pendant les loisirs										
Actif [†]	3,7	...	...	...	...	3,8	...	...	...	...
Inactif	4,6*	0,05*	1,05	0,022	0,03	4,7*	0,05*	1,06	0,018	0,03
Usage du tabac										
N'a jamais fumé tous les jours [†]	4,2	...	...	...	...	4,5	...	...	...	...
Ancien fumeur quotidien (10 ans et plus)	4,5	-0,01	0,99	0,026	-0,01	4,6	0,01	1,01	0,021	0,01
Ancien fumeur quotidien (moins de 10 ans)	4,5	-0,02	0,98	0,035	-0,01	4,8	-0,01	0,99	0,030	0,00
Fume tous les jours	4,1	-0,11*	0,90	0,037	-0,04	4,2	-0,09*	0,92	0,036	-0,03
Province/territoire										
Terre-Neuve-et-Labrador	5,4*	0,19*	1,21	0,053	0,02	5,4*	0,23*	1,26	0,038	0,03
Île-du-Prince-Édouard	4,6	0,09	1,09	0,063	0,01	4,1	0,01	1,01	0,046	0,00
Nouvelle-Écosse	5,9*	0,19*	1,21	0,045	0,03	5,3*	0,14*	1,14	0,030	0,02
Nouveau-Brunswick	5,9 ^E	0,00	1,00	0,056	0,00	4,6	0,04	1,04	0,039	0,01
Québec	2,8*	-0,25*	0,78	0,018	-0,10	3,4*	-0,21*	0,81	0,016	-0,09
Ontario	4,8*	0,07*	1,08	0,014	0,04	5,0*	0,07*	1,07	0,011	0,03
Manitoba	3,8*	-0,08*	1,03	0,035	-0,01	4,5	-0,02	0,98	0,037	0,00
Saskatchewan	4,6	0,03	1,07	0,030	0,00	4,9	0,06*	1,06	0,026	0,01
Alberta	5,4*	0,06	1,07	0,037	0,02	4,3	0,02	1,02	0,026	0,01
Colombie-Britannique	4,6	0,12*	1,13	0,020	0,04	5,1*	0,10*	1,11	0,021	0,03
Yukon, Nunavut, Territoires du Nord-Ouest	3,4*	-0,20	0,82	0,126	-0,01	4,2 ^E	-0,17	0,85	0,134	0,00
Coordonnée à l'origine										
		0,69					0,77			
Données sur le modèle										
r^2		0,21					0,18			
Taille de l'échantillon		10 968					16 439			
Cas rejetés à cause de valeurs manquantes		473					792			

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Une catégorie « Données manquantes » a été incluse dans les modèles pour le niveau de scolarité, la source principale de revenu, l'IMC, l'activité physique et l'usage du tabac afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les coefficients ne sont pas présentés.

[†] Catégorie de référence; pour Province/territoire, la catégorie de référence est le Canada (le nombre moyen de consultations était de 4,4 pour les hommes et de 4,5 pour les femmes).

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Définitions

On a demandé aux participants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) des renseignements sur leurs contacts avec les *professionnels de la santé* au cours des douze derniers mois : « Sans compter les séjours dans un établissement de santé, au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone, pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux : un médecin ou un omnipraticien, un spécialiste de la vue, un autre médecin ou spécialiste, comme un chirurgien, allergologue, orthopédiste, gynécologue ou psychiatre, une infirmière ou un infirmier pour recevoir des soins ou des conseils, un chiropraticien, un physiothérapeute, un travailleur ou une travailleuse social ou un conseiller, un psychologue ou un orthophoniste, un audiologiste ou un ergothérapeute? »

On leur a aussi demandé s'ils avaient « un médecin de famille ». Puis, on leur a demandé de donner des renseignements sur leur consommation des types de *médicaments* suivants le mois qui a précédé l'entrevue : analgésiques (non narcotiques); tranquillisants; pilules pour maigrir; antidépresseurs; codéine, Demerol ou morphine (narcotiques); médicaments contre les allergies; médicaments contre l'asthme; remèdes contre la toux ou le rhume; pénicilline ou autres antibiotiques; médicaments pour le cœur; médicaments pour la tension artérielle; médicaments pour la thyroïde; diurétiques ou pilules contre la rétention d'eau; stéroïdes; insuline; pilules pour contrôler le diabète; somnifères; médicaments contre les maux d'estomac; laxatifs; hormones pour le traitement de la ménopause ou des symptômes du vieillissement; tout autre médicament prescrit ou en vente libre. On ne leur a pas demandé d'indiquer si les médicaments qu'ils prenaient étaient prescrits ou non. Pour les analyses bivariées et multivariées, le nombre de types de médicaments utilisés a été traité comme une variable continue.

Les données de l'ESCC sur l'*hospitalisation* ont été recueillies au moyen de la question suivante à réponse oui/non : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous passé la nuit comme patient(e) à l'hôpital, dans un foyer de soins infirmiers ou dans une maison de convalescence? » Par souci de simplicité, dans la présente analyse, les hôpitaux, les maisons de soins infirmiers et les maisons de convalescence sont repris collectivement sous le vocable « hôpitaux »; cependant, il est impossible de déterminer de quel genre d'établissement il a effectivement été question. En outre, les données de l'ESCC sur l'hospitalisation ont servi aux totalisations bivariées et aux modèles multivariés.

La Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) a été utilisée pour calculer la proportion de personnes hospitalisées. De

plus, la *durée moyenne de l'hospitalisation* a été calculée d'après les données de la BDMH. Le nombre de jours d'hospitalisation a été divisé par le nombre d'enregistrements de patient pour chaque groupe d'âge.

Les questions qui suivent ont été posées aux participants à l'ESCC au sujet des *soins à domicile* : « Est-ce que vous avez reçu des services à domicile au cours des douze derniers mois dont le coût a été assumé, entièrement ou en partie, par le gouvernement? » et « Avez-vous reçu des ou d'autres services à domicile au cours des douze derniers mois dont le coût n'était pas couvert par le gouvernement (p. ex., soins fournis par le (la) conjoint(e) ou les amis)? » Trois sources de soins à domicile ont été définies, à savoir non officielle, officielle et mixte (combinaison des deux). L'aide non officielle est fournie par les membres de la famille, les amis et les voisins. L'aide officielle est fournie par les employés d'organismes à but lucratif ou non lucratif, par le gouvernement et par des bénévoles. Les personnes âgées recevant les deux types d'aide ont été considérées comme bénéficiant d'une aide « mixte ». Une catégorie « autre » a été créée pour 1 % des cas, qui ne pouvaient être classés ailleurs.

Pour déterminer l'existence de *problèmes de santé chroniques*, on a demandé aux participants à l'enquête s'ils avaient des « problèmes de santé de longue durée », c'est-à-dire des problèmes durant ou devant durer six mois ou plus ayant été diagnostiqués par un professionnel de la santé. La liste de problèmes de santé suivante leur a été lue : maladie d'Alzheimer ou autre démence, arthrite ou rhumatisme, maux de dos (sauf l'arthrite), troubles intestinaux, cancer, cataracte, sensibilité aux agresseurs chimiques, diabète, fibromyalgie, maladie cardiaque, hypertension, migraine, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou emphysème, asthme, bronchite chronique, séquelles d'un accident vasculaire cérébral, ulcères à l'estomac ou à l'intestin, troubles thyroïdiens et incontinence urinaire. Pour étudier le lien entre le nombre de problèmes de santé chroniques existants et la consultation des médecins, la consommation de médicaments, l'hospitalisation et l'obtention de soins à domicile, on a classé les participants comme ayant 0, 1, 2, 3, 4 ou au moins 5 de ces problèmes de santé.

Pour déterminer l'occurrence de *blessures limitant les activités*, on a posé la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi des blessures suffisamment graves pour limiter vos activités normales? »

Définitions - fin

L'*autoévaluation de l'état de santé* est fondée sur la question « En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? » Les cinq catégories de réponse ont été regroupées pour en former trois : très bonne/excellente, bonne et passable/mauvaise.

Pour les besoins de l'analyse, les personnes âgées ont été réparties en trois *groupes d'âge*, à savoir 65 à 74 ans, 75 à 84 ans et 85 ans et plus. Les tranches d'âge pour les personnes plus jeunes sont 12 à 64 ans pour les données de l'ESCC et 0 à 64 ans pour celles de la Base de données sur la morbidité hospitalière.

Les participants à l'enquête ont été groupés en deux catégories de *niveau de scolarité* d'après le plus haut niveau d'études atteint : pas de diplôme d'études secondaires et diplôme d'études secondaires ou plus. Une catégorie « Données manquantes » a été créée pour les analyses multivariées afin de retenir un aussi grand nombre de cas que possible.

Chez les personnes âgées, dont beaucoup sont retraitées, le revenu courant n'est pas nécessairement un indicateur fiable du statut socioéconomique. Pour repérer les personnes dont les moyens étaient limités, on a demandé aux participants à l'enquête quelle était la source principale de leur revenu : salaire et traitement; revenu d'un travail autonome, dividendes et intérêts (p. ex. sur obligations, épargnes), prestations d'assurance-emploi, indemnités d'accident du travail, prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, prestations d'un régime de retraite, rentes, Sécurité de la vieillesse ou Supplément de revenu garanti, crédit d'impôt pour enfants, allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être, pension alimentaire aux enfants, pension alimentaire au conjoint, autre (p. ex. loyer, bourse d'études), ou aucune. Les personnes qui ont mentionné la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti ou les allocations provinciales ou municipales d'aide sociale ou de bien-être ont été regroupées et comparées à une catégorie « Autre » contenant les personnes comptant sur d'autres sources de revenu.

Les *modalités de vie* ont été définies de façon à refléter deux situations : vit seul(e) ou vit avec d'autres personnes, y compris un(e) conjoint(e).

L'*indice de masse corporelle* (IMC), qui est calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres, a été

ventilé en six catégories : poids insuffisant (IMC < 18,5), poids normal (IMC 18,5 à 24,9), embonpoint (IMC 25,0 à 29,9), obésité classe I (IMC 30,0 à 34,9), obésité classes II et III combinées (IMC ≥ 35), et données manquantes. La catégorie « Données manquantes » a dû être créée pour garder un aussi grand nombre de cas que possible dans l'analyse multivariée.

Par *activité physique*, on entend l'activité durant les loisirs. Les participants à l'enquête ont été classés en trois groupes d'après leur dépense totale d'énergie durant leurs loisirs : actif (dépense quotidienne moyenne d'énergie d'au moins 1,5 kilocalorie/kilogramme/jour), inactif (moins de 1,5 kcal/kg/jour) et données manquantes. De nouveau, la création d'une catégorie « Données manquantes » a été nécessaire pour garder un aussi grand nombre de cas que possibles pour l'analyse multivariée. La dépense totale d'énergie durant les loisirs a été calculée d'après la fréquence et la durée déclarées de toutes les activités physiques d'un participant durant ses loisirs pendant les trois mois qui ont précédé l'entrevue de l'ESCC de 2003 et la demande d'énergie métabolique de chaque activité, qui a été établie de façon indépendante⁴⁰.

L'*usage du tabac* a été déterminé d'après les réponses aux questions suivantes : « Avez-vous déjà fumé une cigarette entière? », « Avez-vous fumé une centaine de cigarettes ou plus durant votre vie (environ quatre paquets)? », « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? » et « À quel âge avez-vous cessé de fumer (des cigarettes) tous les jours? » Pour les besoins de l'analyse, les participants ont été répartis en cinq catégories : fume tous les jours, ancien fumeur quotidien ayant cessé il y a au moins 10 ans, ancien fumeur quotidien ayant cessé il y a moins de 10 ans, n'a jamais fumé tous les jours et données manquantes.

La *région de résidence* a été définie comme étant rurale ou urbaine. Les régions urbaines sont des zones bâties dont la concentration de population est égale ou supérieure à 1 000 habitants et la densité de population, à 400 habitants par kilomètre carré, d'après les données du Recensement de la population de 2001.

Province/territoire correspond à une variable distincte pour chaque province et à une variable combinée représentant la résidence dans l'un des trois territoires.

selon laquelle le nombre plus élevé de consultations d'un médecin déclaré par les personnes dont le niveau de scolarité et le revenu sont plus faibles reflète un moins bon état de santé.

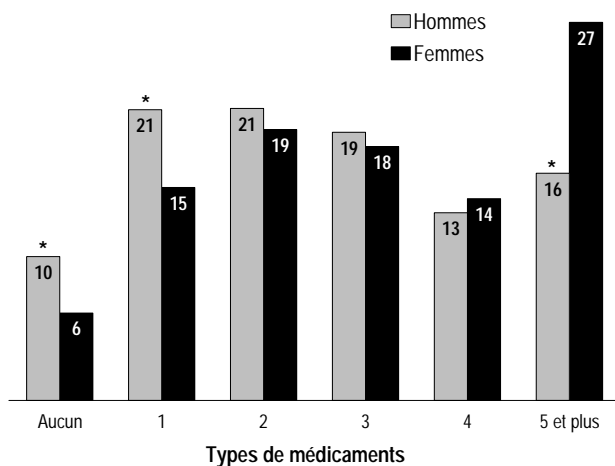
Consommation de médicaments

En 2003, 9 personnes âgées sur 10 ne vivant pas en établissement ont déclaré qu'elles avaient pris au moins un type de médicament le mois précédent (graphique 1). En moyenne, elles en avaient consommé trois types (données non présentées).

Les femmes âgées ont tendance à prendre une plus grande variété de médicaments que leurs homologues masculins. Pas moins de 27 % des femmes âgées, comparativement à 16 % des hommes âgés, ont déclaré avoir utilisé au moins cinq types de médicaments.

Les médicaments consommés fréquemment par les personnes âgées sont les analgésiques non narcotiques, les médicaments contre l'hypertension, les médicaments pour le coeur, les diurétiques et les remèdes contre les maux d'estomac (tableau 3). La probabilité d'avoir consommé des médicaments est généralement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, quoique les médicaments pour le coeur et ceux pour contrôler le diabète soient utilisés par de plus grandes proportions d'hommes, ce qui témoigne de la prévalence plus élevée de ces maladies chez ces derniers (données non présentées).

Graphique 1
Répartition en pourcentage des personnes âgées, selon le nombre de types de médicaments consommés le mois précédent et selon le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

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

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les femmes ($p < 0,05$).

Tableau 3
Pourcentage de personnes âgées ayant pris des médicaments le mois précédent, selon le type de médicaments et le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

	Les deux sexes	Hommes	Femmes
	%	%	%
Analgésiques (non narcotiques)	66,7	62,3	70,1*
Médicaments pour la tension artérielle	46,3	41,8	49,9*
Médicaments pour le coeur	22,1	25,1	19,8*
Diurétiques	19,5	16,5	21,8*
Remèdes contre les maux d'estomac	18,8	15,6	21,3*
Médicaments pour la thyroïde	12,8	5,1	18,8*
Remèdes contre la toux/le rhume	11,6	11,9	11,3
Laxatifs	10,6	8,1	12,6*
Somnifères	9,1	7,9	10,1*
Pilules pour contrôler le diabète	9,1	11,0	7,7*
Médicaments contre l'asthme	7,8	8,2	7,6
Tranquillisants	7,2	4,2	9,6*
Pénicilline/antibiotiques	7,1	6,8	7,4
Antidépresseurs	5,9	5,3	6,3
Médicaments contre les allergies	5,3	3,5	6,8*
Codéine/morphine/Demerol (narcotiques)	4,5	4,3	4,7
Insuline	2,1	2,6 ^E	1,7
Séroïdes	1,7	1,4 ^E	1,9
Hormonothérapie substitutive (femmes)	...	...	10,8

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

... N'ayant pas lieu de figurer.

La gamme de médicaments consommés est, naturellement, fortement corrélée à la maladie (tableau 4). Les personnes âgées souffrant d'au moins cinq problèmes de santé chroniques ont déclaré avoir pris, en moyenne, cinq types de médicaments le mois précédent, alors que celles ne souffrant pas de tels problèmes n'en ont déclaré qu'un, en moyenne. De même, celles qui considéraient leur santé comme « passable », « mauvaise » ou « bonne » prenaient une plus grande variété de médicaments que celles qui se jugeaient en « très bonne » ou en « excellente » santé. En outre, les femmes âgées ayant subi l'année précédente une blessure limitant leurs activités avaient pris plus de médicaments différents que celles qui n'avaient pas eu ce genre de blessure. Si l'on neutralise les effets des caractéristiques démographiques et socioéconomiques, ainsi que des facteurs de risque liés à la santé, le nombre de médicaments différents pris par les personnes âgées demeure fortement associé à l'existence ou non de problèmes de santé chroniques et à l'autoévaluation de la santé. Toutefois,

Tableau 4

Nombre moyen de types de médicaments pris le mois précédent et coefficients de régression linéaire multiple reliant certaines caractéristiques au nombre de types de médicaments pris, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

	Hommes					Femmes				
	Nombre moyen	Régression linéaire multiple				Nombre moyen	Régression linéaire multiple			
		b	exp(b)	é.-t.	bêta		b	exp(b)	é.-t.	bêta
Nombre de problèmes de santé chroniques										
Aucun [†]	1,3	...	...	...	...	1,3	...	...	...	...
1	1,9*	0,24*	1,28	0,055	0,19	2,2*	0,34*	1,40	0,053	0,25
2	2,6*	0,44*	1,56	0,055	0,34	2,8*	0,49*	1,63	0,052	0,38
3	3,3*	0,61*	1,84	0,061	0,40	3,5*	0,64*	1,90	0,051	0,45
4	3,6*	0,71*	2,03	0,062	0,38	4,4*	0,81*	2,25	0,054	0,50
5 et plus	4,8*	0,86*	2,37	0,061	0,44	5,3*	0,95*	2,59	0,054	0,63
Blessure limitant les activités										
Oui	2,8	-0,04	0,96	0,045	-0,02	3,9*	0,05	1,05	0,040	0,03
Non [†]	2,7	...	...	...	...	3,2	...	...	...	...
Autoévaluation de la santé										
Passable/mauvaise	3,6*	0,17*	1,19	0,037	0,14	4,5*	0,17*	1,19	0,033	0,14
Bonne	2,7*	0,07	1,07	0,037	0,06	3,3*	0,07*	1,07	0,031	0,06
Très bonne/excellente [†]	2,0	...	...	...	...	2,5	...	...	...	...
Groupe d'âge										
65 à 74 ans [†]	2,5	...	...	...	...	3,1	...	...	...	...
75 à 84 ans	2,9*	0,04	1,04	0,029	0,04	3,5*	0,01	1,01	0,025	0,01
85 ans et plus	3,1*	0,00	1,00	0,057	0,00	3,5*	-0,02	0,98	0,032	-0,01
Niveau de scolarité										
Diplôme d'études secondaires ou plus [†]	2,7	...	...	...	...	3,1	...	...	...	...
Pas de diplôme d'études secondaires	2,7	-0,12*	0,89	0,029	-0,11	3,4	-0,01	0,99	0,026	-0,01
Source principale de revenu										
Aide sociale ou Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti	2,8	-0,01	0,99	0,035	-0,01	3,6*	0,03	1,03	0,023	0,02
Autre [†]	2,7	...	...	...	...	3,2	...	...	...	...
Indice de masse corporelle (IMC)										
Poids insuffisant (< 18,5)	2,8 ^E	0,02	1,02	0,151	0,00	3,3	-0,03	0,97	0,058	-0,01
Poids normal (18,5 à 24,9) [†]	2,5	...	...	...	...	3,0	...	...	...	...
Embonpoint (25,0 à 29,9)	2,7	0,00	1,00	0,031	0,00	3,3*	0,05	1,05	0,028	0,04
Obésité classe I (30,0 à 34,9)	3,0*	0,07	1,07	0,046	0,04	4,2*	0,12*	1,13	0,031	0,07
Obésité classe II ou III (≥ 35,0)	3,6*	0,12*	1,13	0,056	0,03	4,2*	0,06	1,06	0,067	0,02
Activité physique pendant les loisirs										
Actif [†]	2,4	...	...	...	...	2,8	...	...	...	...
Inactif	2,9*	0,06*	1,06	0,029	0,05	3,5*	0,02	1,02	0,025	0,02
Usage du tabac										
N'a jamais fumé tous les jours [†]	2,4	...	...	...	...	3,1	...	...	...	...
Ancien fumeur quotidien (10 ans et plus)	2,9*	0,06	1,06	0,032	0,05	3,7*	0,08*	1,08	0,023	0,06
Ancien fumeur quotidien (moins de 10 ans)	3,0*	0,03	1,03	0,043	0,02	3,7*	0,06	1,06	0,036	0,03
Fume tous les jours	2,3	-0,10	0,90	0,062	-0,05	3,2	-0,02	0,98	0,043	-0,01
Province/territoire										
Terre-Neuve-et-Labrador	2,5	-0,03	0,97	0,049	0,00	3,3	0,02	1,02	0,051	0,00
Île-du-Prince-Édouard	2,7	0,00	1,00	0,055	0,00	3,2	0,05	1,05	0,038	0,00
Nouvelle-Écosse	2,9	0,00	1,00	0,045	0,00	3,6*	0,02	1,02	0,032	0,00
Nouveau-Brunswick	3,0	0,12*	1,13	0,039	0,02	3,4	0,06	1,06	0,038	0,01
Québec	2,5	-0,02	0,98	0,026	-0,01	3,2	-0,02	0,98	0,020	-0,01
Ontario	2,8	0,02	1,02	0,017	0,01	3,4	0,02	1,02	0,016	0,01
Manitoba	2,4	-0,07	0,93	0,049	-0,02	3,0*	-0,08*	0,92	0,037	-0,02
Saskatchewan	2,6	-0,02	0,98	0,046	0,00	3,2	-0,02	0,98	0,034	-0,01
Alberta	2,6	-0,04	0,96	0,037	-0,01	3,0*	0,00	1,00	0,031	0,00
Colombie-Britannique	2,6	0,01	1,01	0,019	0,00	3,2	0,00	1,00	0,017	0,00
Yukon, Nunavut, Territoires du Nord-Ouest	2,7	0,07	1,07	0,063	0,00	2,8*	-0,10	0,90	0,063	0,00
Coordonnée à l'origine										
		0,68					0,64			
Données sur le modèle										
r^2		0,32					0,37			
Taille de l'échantillon		3 857					5 794			
Cas rejetés à cause de valeurs manquantes		282					420			

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Une catégorie « Données manquantes » a été incluse dans les modèles pour le niveau de scolarité, la source principale de revenu, l'IMC, l'activité physique et l'usage du tabac afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les coefficients ne sont pas présentés.

† Catégorie de référence; pour Province/territoire, la catégorie de référence est le Canada (le nombre moyen de types de médicaments pris était de 2,7 pour les hommes et de 3,3 pour les femmes).

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

l'association entre les blessures et la consommation de médicaments ne demeure pas significative, quel que soit le sexe.

Le nombre de médicaments différents que disent prendre les personnes âgées n'est généralement pas lié à leur niveau de scolarité ni à leur source de revenu, nonobstant le fait que l'analyse multivariée révèle que les hommes n'ayant pas terminé leurs études secondaires consommaient un nombre nettement moindre de médicaments que ceux dont le niveau de scolarité était plus élevé.

Hospitalisation

Alors que les personnes âgées représentent à peine 13 % de la population canadienne, le tiers des hospitalisations en établissement de soins de courte durée et près de la moitié du nombre total de jours d'hospitalisation leur sont imputables (graphique 2).

D'après les renseignements tirés de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), en 2002-2003, le taux d'hospitalisation chez les personnes âgées s'approchaient de 16 500 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus, comparativement à environ 5 000 pour 100 000 chez les personnes de moins de 65 ans (graphique 3). Chez les personnes âgées, la probabilité d'une hospitalisation augmentait avec l'âge, pour passer de 12 000 pour 100 000 chez celles de 65 à 74 ans à environ 28 000 pour 100 000 parmi le groupe des 85 ans et plus.

Les hospitalisations répétées sont également plus fréquentes chez les personnes âgées que parmi la population plus jeune. Environ le tiers des hommes et des femmes âgés qui avaient été hospitalisés en 2002-2003 l'avaient été plus d'une fois cette année-là : près de 20 % avaient été admis à l'hôpital deux fois et 12 %, au moins trois fois (données non présentées).

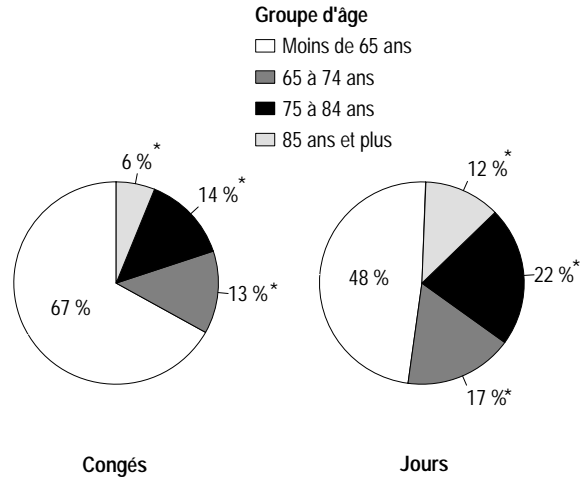
Quand elles sont admises à l'hôpital, les personnes âgées y séjournent généralement plus longtemps que les personnes plus jeunes. En 2002-2003, la durée moyenne de l'hospitalisation des personnes âgées était de près de 11 jours, comparativement à cinq jours pour les patients de moins de 65 ans (données non présentées). En outre, le séjour à l'hôpital était d'autant plus long que la personne était âgée : chez les 65 à 74 ans, la durée moyenne du séjour était d'environ neuf jours, tandis que chez les 85 ans et plus, elle était d'environ deux semaines (données non présentées).

La BDMH ne contient pas de renseignements détaillés sur l'état de santé, les caractéristiques socioéconomiques ni les facteurs de risque liés à la santé associés à l'hospitalisation. Par contre, de telles données sont recueillies dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC),

mais elles n'ont toutefois trait qu'aux personnes âgées vivant à domicile, celles vivant en établissement ne faisant pas partie du champ de l'enquête.

Comme il faut s'y attendre, les données de l'ESCC montrent que la probabilité qu'une personne âgée soit

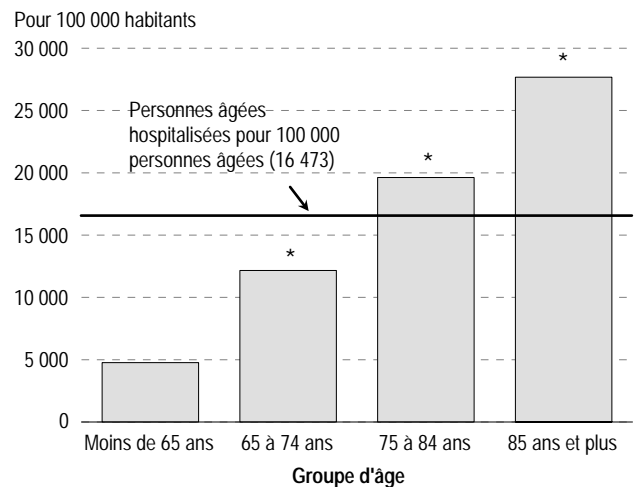
Graphique 2
Répartition en pourcentage des congés de l'hôpital et des jours d'hospitalisation, selon le groupe d'âge, Canada, 2002-2003



Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002-2003

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe des moins de 65 ans ($p < 0,05$).

Graphique 3
Proportion de personnes hospitalisées, selon le groupe d'âge, Canada, 2002-2003



Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002-2003

Nota : Fondée sur les enregistrements couplables pour 1 962 409 patients identifiés de façon unique.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe des moins de 65 ans ($p < 0,05$).

Tableau 5

Pourcentages et rapports de cotes corrigés pour l'hospitalisation l'année précédente, selon le sexe et certaines caractéristiques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

	Hommes			Femmes		
	Rapport de cotes corrigé %	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de cotes corrigé %	Intervalle de confiance de 95 %	
Nombre de problèmes de santé chroniques						
Aucun [†]	6,8	1,0	...	5,1 ^E	1,0	...
1	9,9*	1,3	0,9- 1,9	8,9*	1,7*	1,1- 2,5
2	13,9*	1,6*	1,2- 2,3	10,9*	1,8*	1,2- 2,6
3	18,4*	2,1*	1,5- 2,9	14,1*	2,1*	1,4- 3,1
4	23,2*	2,6*	1,8- 3,7	17,3*	2,3*	1,6- 3,4
5 et plus	30,7*	3,2*	2,3- 4,6	25,7*	3,2*	2,1- 4,9
Blessure limitant les activités						
Non [†]	14,3	1,0	...	12,6	1,0	...
Oui	24,3*	1,8*	1,3- 2,3	25,9*	2,1*	1,7- 2,5
Autoévaluation de la santé						
Passable/mauvaise	27,1*	2,4*	1,9- 3,0	24,2*	2,3*	1,9- 2,8
Bonne	13,7*	1,5*	1,2- 1,8	12,2*	1,3*	1,1- 1,6
Très bonne/excellente [†]	8,2	1,0	...	7,7	1,0	...
A un médecin de famille						
Oui [†]	15,3	1,0	...	14,0	1,0	...
Non	9,2* ^E	0,6*	0,4- 0,9	10,4*	0,8	0,6- 1,1
Groupe d'âge						
65 à 74 ans [†]	13,6	1,0	...	10,8	1,0	...
75 à 84 ans	16,5*	1,0	0,8- 1,2	17,1*	1,4*	1,2- 1,6
85 ans et plus	23,3*	1,3	0,9- 1,8	18,9*	1,4*	1,1- 1,7
Niveau de scolarité						
Diplôme d'études secondaires ou plus [†]	13,8	1,0	...	12,5	1,0	...
Pas de diplôme d'études secondaires	16,0*	0,9	0,8- 1,1	15,0*	1,0	0,8- 1,1
Source principale de revenu						
Aide sociale ou Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti	18,9*	1,2	1,0- 1,5	15,5*	1,1	1,0- 1,3
Autre [†]	14,1	1,0	...	12,9	1,0	...
Modalités de vie						
Vit seul(e)	16,9*	1,2*	1,0- 1,4	15,1*	1,1	1,0- 1,3
Vit avec d'autres [†]	14,7	1,0	...	13,1	1,0	...
Indice de masse corporelle (IMC)						
Poids insuffisant (< 18,5)	30,3* ^E	1,5	0,9- 2,8	22,0*	1,3	0,9- 1,8
Poids normal (18,5 à 24,9) [†]	15,5	1,0	...	12,8	1,0	...
Embonpoint (25,0 à 29,9)	14,0	0,9	0,7- 1,1	13,0	1,0	0,8- 1,1
Obésité (classe I) (30,0 à 34,9)	15,0	0,8	0,6- 1,0	16,7*	1,1	0,9- 1,4
Obésité (classe II ou III) (≥ 35,0)	18,4	0,9	0,6- 1,3	19,4*	1,5*	1,0- 2,2
Niveau d'activité physique pendant les loisirs						
Actif [†]	10,5	1,0	...	9,3	1,0	...
Inactif	17,5*	1,5*	1,2- 1,8	14,8*	1,2*	1,0- 1,5
Usage du tabac						
N'a jamais fumé tous les jours [†]	13,2	1,0	...	12,8	1,0	...
Ancien fumeur quotidien (10 ans et plus)	14,8	1,0	0,8- 1,3	14,4	1,1	0,9- 1,3
Ancien fumeur quotidien (moins de 10 ans)	21,0*	1,4*	1,1- 1,9	20,3*	1,6*	1,3- 2,1
Fume tous les jours	14,8	0,9	0,7- 1,2	12,5	1,0	0,7- 1,3
Région de résidence						
Urbaine [†]	15,0	1,0	...	13,9	1,0	...
Rurale	15,4	1,0	0,8- 1,2	13,6	1,0	0,8- 1,1
Province/territoire						
Terre-Neuve-et-Labrador	17,5	1,2	0,8- 1,7	14,2	1,0	0,7- 1,6
Île-du-Prince-Édouard	19,6 ^E	1,3	0,8- 2,1	14,3 ^E	1,0	0,7- 1,6
Nouvelle-Écosse	15,3	0,9	0,6- 1,2	14,6	1,0	0,8- 1,3
Nouveau-Brunswick	22,8*	1,4*	1,1- 1,9	18,6*	1,5*	1,2- 2,0
Québec	15,8	1,1	1,0- 1,3	15,4*	1,2*	1,0- 1,3
Ontario	14,0	0,9*	0,8- 1,0	12,3*	0,9*	0,8- 0,9
Manitoba	15,8	1,0	0,8- 1,4	13,7	1,0	0,8- 1,3
Saskatchewan	15,9	1,0	0,8- 1,3	17,4*	1,2*	1,0- 1,5
Alberta	15,6	1,1	0,8- 1,4	12,8	1,0	0,8- 1,3
Colombie-Britannique	14,1	0,9	0,8- 1,1	13,9	1,0	0,8- 1,2
Yukon, Nunavut, Territoires du Nord-Ouest	27,3 ^E	2,2*	1,1- 4,7	F	1,2	0,4- 3,2

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Fondés sur 10 990 hommes et 16 563 femmes qui ont répondu; 451 hommes et 668 femmes ont été exclus des analyses à cause de données manquantes. Une catégorie « Données manquantes » a été incluse dans les modèles pour le niveau de scolarité, la source principale de revenu, l'IMC, l'activité physique et l'usage du tabac, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés. Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont la borne supérieure ou inférieure de l'intervalle de confiance est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs.

† Catégorie de référence; la catégorie de référence pour Province/territoire est le Canada (15,0 % des hommes et 13,9 % des femmes ont été hospitalisés).

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

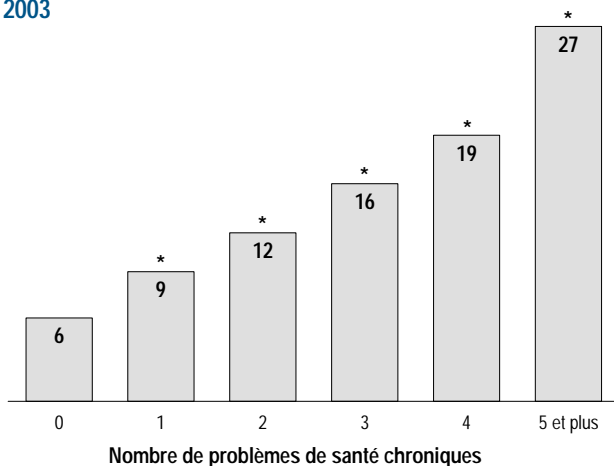
^E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % (valeur supprimée à cause de la très grande variabilité d'échantillonnage).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Graphique 4

Pourcentage de personnes âgées hospitalisées l'année précédente, selon le nombre de problèmes de santé chroniques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour la catégorie précédente ($p < 0,05$).

hospitalisée est étroitement liée à l'existence de problèmes de santé chroniques, aux blessures et à l'autoévaluation de la santé. En 2003, 27 % des personnes âgées vivant à domicile et souffrant d'au moins cinq problèmes de santé chroniques ont dit qu'elles avaient été hospitalisées l'année précédente, alors que la proportion était de 6 % pour celles n'ayant pas de problème de santé (graphique 4). En outre, environ 25 % des personnes âgées qui avaient subi une blessure limitant leurs activités l'année précédente avaient été admises à l'hôpital, comparativement à environ 13 % de celles qui n'avaient pas été blessées. Enfin, environ 25 % des personnes âgées qui ont déclaré que leur santé était « passable » ou « mauvaise » avaient été hospitalisées, comparativement à 8 % de celles qui se sont dites en « très bonne » ou en « excellente » santé. Même si l'on neutralise les effets d'autres variables éventuellement influentes, les problèmes de santé chroniques, les blessures et l'autoévaluation de l'état de santé demeurent fortement corrélés à la probabilité que les personnes âgées soient hospitalisées (tableau 5).

Des pourcentages relativement élevés de personnes âgées n'ayant pas terminé leurs études secondaires ou ayant déclaré que leur source principale de revenu était l'aide sociale ou la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti avaient été hospitalisées. Cependant, lorsque ces facteurs, de même que les variables reflétant l'état de santé, sont pris en considération dans les modèles multivariés, ni le niveau

de scolarité ni la source de revenu ne sont corrélés significativement à l'hospitalisation. Ce résultat laisse entendre que la probabilité d'hospitalisation plus élevée chez les personnes âgées dont le niveau de scolarité ou les ressources financières sont plus faibles reflète la plus forte prévalence chez celles-ci de problèmes de santé nécessitant des soins.

Soins à domicile

En 2003, 15 % des personnes âgées ne vivant pas en établissement, ce qui représente 566 500 personnes, ont déclaré recevoir des soins à domicile (tableau 6). Les services à domicile comprennent les soins infirmiers, les autres services de soins de santé, les soins d'hygiène personnelle, les travaux ménagers quotidiens, la préparation ou la livraison des repas, le magasinage et les services de relève. Les soins sont donnés par des prestataires officiels, comme des infirmières ou des aides familiales, et(ou) par des prestataires non officiels, comme des bénévoles, des membres de la famille, des amis ou des voisins.

Le pourcentage de personnes âgées recevant des soins à domicile passe de 8 % pour le groupe des 65 à 74 ans à 42 % pour celui des 85 ans et plus (graphique 5). Quel que soit l'âge, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de recevoir ce genre de soins. Les facteurs associés au sexe féminin, comme les modalités de logement et le besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne, expliquent vraisemblablement en grande partie cette différence^{41,42}. Par exemple, tant chez les hommes que chez les

Tableau 6

Nombre et pourcentage de personnes âgées ayant reçu des soins à domicile l'année précédente, selon le sexe et la source des soins, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

Source des soins	Total		Hommes		Femmes	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Total	566,5	15,0	193,5	11,7*	373,0	17,6
Officielle uniquement	321,7	8,5	114,6	6,9*	207,2	9,8
Non officielle uniquement	155,8	4,1	51,9	3,1*	103,9	4,9
Mixte	84,7	2,2	26,5	1,6*	58,2	2,7
Autre	4,3	0,1 ^E	F	F	3,6 ^E	0,2 ^E

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

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

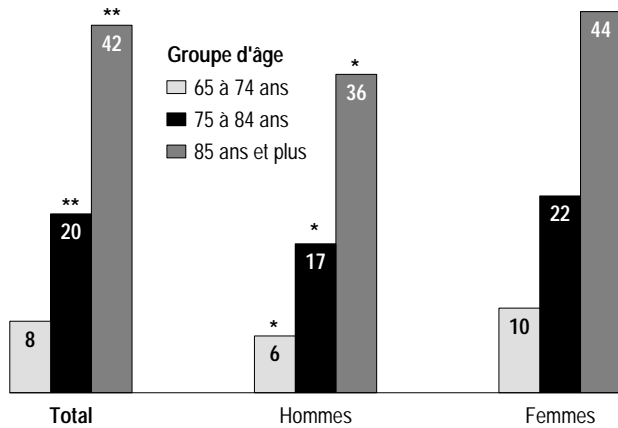
* Valeur significativement différente de l'estimation pour les femmes ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

^F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % (valeur supprimée à cause de la très grande variabilité d'échantillonnage).

Graphique 5

Pourcentage de personnes âgées ayant reçu des soins à domicile l'année précédente, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

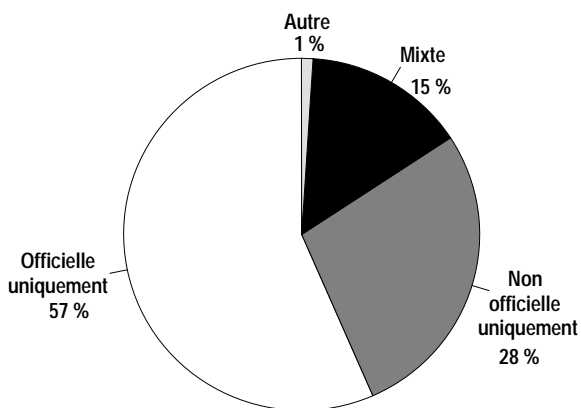
Nota : Les différences entre les groupes d'âge n'ont pas été testées pour chaque sexe.

** Valeur significativement différente de l'estimation pour les femmes ($p < 0,05$).*

*** Valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe des 65 à 74 ans ($p < 0,05$).*

Graphique 6

Répartition en pourcentage des sources de soins déclarées par les personnes âgées recevant des soins à domicile, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2002-2003



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Les données ayant été arrondies, la somme des pourcentages peut ne pas équivaloir à 100 %.

femmes, une proportion plus élevée de personnes vivant seules que de personnes vivant avec d'autres ont reçu des soins à domicile, et les femmes âgées étaient plus susceptibles que leurs homologues masculins de vivre seules (données non présentées).

Plus de la moitié des personnes âgées qui ont déclaré recevoir des soins à domicile (57 %) obtenaient ces soins exclusivement de source officielle (graphique 6). En outre, 28 % comptaient sur des membres de la famille, des amis et des voisins, tandis que 15 % recevaient les deux types d'aide. Néanmoins, il est possible que certains soins non officiels, prodigués par un conjoint par exemple, n'aient pas été déclarés, parce qu'ils sont perçus comme faisant partie du soutien habituel qu'on offre aux membres de la famille.

D'autres études portant sur la quantité de soins fournis par chaque catégorie de prestataires montrent que plus de la moitié du nombre total d'heures d'aide provient de source non officielle⁴³. Les personnes âgées qui dépendaient exclusivement d'une source officielle ont déclaré un nombre d'heures de soins par semaine plus faible que celles obtenant l'aide requise d'une source non officielle uniquement ou des deux types de source.

La mauvaise santé est bien entendu un déterminant important de l'obtention de soins à domicile. Environ le quart des hommes âgés (27 %) et le tiers des femmes âgées (34 %) souffrant d'au moins cinq problèmes de santé chroniques avaient reçu des soins à domicile l'année précédente, comparativement à environ 5 % de ceux n'ayant déclaré aucun problème de santé (tableau 7). L'obtention de soins à domicile était également plus susceptible d'être déclarée par des personnes âgées ayant subi une blessure limitant leurs activités que par celles qui n'avaient pas été blessées, et par celles qualifiant leur santé de « passable », « mauvaise » ou « bonne » que par celles se jugeant en meilleure santé. Si l'on tient compte des effets d'autres variables dans le modèle à variables multiples, la cote exprimant la possibilité d'obtenir des soins à domicile est significativement plus élevée pour les personnes âgées qui souffrent de plusieurs problèmes de santé chroniques, celles qui ont subi une blessure grave (chez les femmes) ou celles qui jugent leur santé passable, mauvaise ou bonne.

Des proportions relativement élevées de personnes âgées ayant un faible niveau de scolarité (13 % des hommes et 19 % des femmes) et un faible revenu (17 % des hommes et 21 % des femmes) recevaient des soins à domicile. Cependant, lorsque l'analyse tient compte des effets d'autres variables, le niveau de scolarité et la source principale de revenu ne demeurent pas associés significativement à l'obtention de soins à domicile.

Tableau 7

Pourcentages et rapports de cotes corrigés pour l'obtention de soins à domicile l'année précédente, selon le sexe et certaines caractéristiques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

	Hommes			Femmes		
	%	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	%	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Nombre de problèmes de santé chroniques						
Aucun [†]	4,7	1,0	...	5,6	1,0	...
1	7,6*	1,4	0,9- 2,1	9,2*	1,5*	1,0- 2,1
2	9,2*	1,2	0,8- 1,9	14,3*	2,0*	1,4- 2,9
3	14,3*	1,6*	1,1- 2,5	17,8*	2,2*	1,6- 3,1
4	19,1*	2,0*	1,3- 3,1	21,9*	2,1*	1,5- 3,0
5 et plus	26,6*	2,3*	1,5- 3,7	33,8*	3,1*	2,2- 4,4
Blessure limitant les activités						
Oui	17,4*	1,3	1,0- 1,8	30,4*	1,6*	1,3- 2,0
Non [†]	11,2	1,0	...	16,3	1,0	...
Autoévaluation de la santé						
Passable/mauvaise	23,7*	2,0*	1,5- 2,7	33,5*	2,6*	2,1- 3,1
Bonne	9,5*	1,3*	1,0- 1,8	14,2*	1,2*	1,0- 1,5
Très bonne/excellente [†]	5,5	1,0	...	9,0	1,0	...
Hospitalisation l'année précédente						
Oui	36,4*	5,5*	4,3- 7,1	46,1*	4,0*	3,4- 4,7
Non [†]	7,3	1,0	...	13,0	1,0	...
Groupe d'âge						
65 à 74 ans [†]	6,5	1,0	...	9,7	1,0	...
75 à 84 ans	17,5*	2,7*	2,2- 3,4	22,5*	2,1*	1,8- 2,4
85 ans et plus	36,4*	6,1*	4,2- 8,7	44,5*	5,7*	4,5- 7,1
Niveau de scolarité						
Diplôme d'études secondaires ou plus [†]	9,5	1,0	...	15,2	1,0	...
Pas de diplôme d'études secondaires	13,4*	1,1	0,9- 1,4	19,4*	0,9	0,8- 1,1
Source principale de revenu						
Aide sociale ou Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti	17,0*	1,2	0,9- 1,6	20,9*	1,1	0,9- 1,3
Autre [†]	10,6	1,0	...	16,0	1,0	...
Modalités de vie						
Vit seul(e)	16,9*	1,8*	1,4- 2,2	21,8*	1,5*	1,3- 1,7
Vit avec d'autres [†]	10,8	1,0	...	14,9	1,0	...
Indice de masse corporelle (IMC)						
Poids insuffisant (< 18,5)	40,3*	3,4*	1,8- 6,4	29,5*	1,1	0,8- 1,6
Poids normal (18,5 à 24,9) [†]	12,1	1,0	...	16,4	1,0	...
Embonpoint (25,0 à 29,9)	10,1*	1,0	0,8- 1,2	15,8	1,0	0,8- 1,1
Obésité classe I (30,0 à 34,9)	11,9	1,1	0,8- 1,5	19,7*	1,1	0,9- 1,4
Obésité classe II ou III (≥ 35,0)	13,7 ^E	1,3	0,8- 2,1	24,9*	1,6*	1,1- 2,3
Activité physique pendant les loisirs						
Actif [†]	5,3	1,0	...	7,9	1,0	...
Inactif	13,8*	2,0*	1,6- 2,6	20,3*	1,9*	1,6- 2,3
Usage du tabac						
N'a jamais fumé tous les jours [†]	10,2	1,0	...	17,5	1,0	...
Ancien fumeur quotidien (10 ans et plus)	12,2	1,0	0,8- 1,4	17,4	1,0	0,8- 1,2
Ancien fumeur quotidien (moins de 10 ans)	13,2	0,9	0,6- 1,3	20,5*	1,2	0,9- 1,6
Fume tous les jours	11,3	0,9	0,6- 1,3	15,3	1,0	0,8- 1,2
Région de résidence						
Urbaine [†]	12,1	1,0	...	17,6	1,0	...
Rurale	10,4	0,8*	0,6- 1,0	17,6	1,1	0,9- 1,3
Province/territoire						
Terre-Neuve-et-Labrador	11,5 ^E	0,9	0,5- 1,4	15,6	0,8	0,6- 1,3
Île-du-Prince-Édouard	11,9 ^E	0,6	0,3- 1,2	20,4	1,1	0,8- 1,7
Nouvelle-Écosse	17,7*	1,6*	1,1- 2,3	22,9*	1,2	0,9- 1,5
Nouveau-Brunswick	20,0*	1,4	1,0- 2,0	21,4	1,1	0,9- 1,5
Québec	11,4	1,0	0,8- 1,2	16,7	0,9	0,8- 1,1
Ontario	11,4	1,0	0,9- 1,2	17,2	1,0	0,9- 1,1
Manitoba	9,7	0,6*	0,4- 0,9	17,8	0,9	0,7- 1,2
Saskatchewan	11,7	0,8	0,6- 1,2	18,4	0,9	0,7- 1,1
Alberta	11,4	0,9	0,7- 1,3	15,9	0,9	0,8- 1,1
Colombie-Britannique	10,8	1,0	0,8- 1,2	19,1	1,1	1,0- 1,3
Yukon, Nunavut, Territoires du Nord-Ouest	26,7 ^E *	3,0*	1,3- 7,3	31,6 ^E *	3,5*	1,9- 6,6

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Fondés sur 10 983 hommes et 16 545 femmes qui ont répondu; 458 hommes et 686 femmes ont été exclus des analyses à cause de données manquantes. Une catégorie « Données manquantes » a été incluse dans les modèles pour le niveau de scolarité, la source principale de revenu, l'IMC, l'activité physique et l'usage du tabac, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés. Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont la borne supérieure ou inférieure de l'intervalle de confiance est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs.

† Catégorie de référence: la catégorie de référence pour Province/territoire est le Canada (11,7 % des hommes et 17,6 % des femmes ont reçu des soins à domicile).

E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Mot de la fin

Compte tenu de la part de la population qu'elles représentent, les personnes âgées sont de considérables utilisateurs de services de santé, ce qui reflète en grande partie le déclin de la santé qui accompagne le vieillissement.

Évidemment, le nombre de problèmes de santé chroniques est le déterminant le plus important de la fréquence à laquelle les personnes âgées consultent les médecins et consomment des médicaments. Souffrir de problèmes de santé chroniques accroît aussi la probabilité d'être hospitalisé et de recevoir des soins à domicile. En outre, subir une blessure et considérer sa santé comme passable ou mauvaise sont des facteurs qui contribuent considérablement à l'utilisation des soins de santé.

Lorsque sont pris en compte les effets des indicateurs de la santé et des autres variables, les différences de niveau de scolarité et de source principale de revenu des personnes âgées ne sont généralement plus associées de façon significative à leur utilisation des services de santé. Ainsi, la mesure dans laquelle les personnes âgées font appel aux services des médecins, consomment des médicaments ou ont recours aux services hospitaliers ou aux soins à domicile tient avant tout à leur état de santé et non pas à leur niveau de scolarité ou à leurs moyens financiers. ■

Références

1. Statistique Canada, « L'état de santé des personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 11(3) (supplément), 1999, p. 53-69 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
2. F.D. Wolinsky, R.R. Mosely et R.M. Coe, « A cohort analysis of the use of health services by elderly Americans », *Journal of Health and Social Behavior*, 27(3), 1986, p. 209-219.
3. J. Rapoport, P. Jacobs, N.R. Bell *et al.*, « Refining the measurement of the economic burden of chronic diseases in Canada », *Maladies chroniques au Canada*, 25(1), 2004, p. 13-21.
4. L.M. Verbrugge et D.L. Patrick, « Seven chronic conditions: Their impact on US adults' activity levels and use of medical services », *American Journal of Public Health*, 85(2), 1995, p. 173-182.
5. R.M. Andersen, « Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? », *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1995, p. 1-10.
6. R. Andersen, *A Behavioral Model of Families' Use of Health Services*, Chicago, Center for Health Administration Studies, 1968.
7. F.D. Wolinsky, « Assessing the effects of predisposing, enabling, and illness-morbidity characteristics on health service utilization », *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 1978, p. 384-396.
8. R. Andersen et J.F. Newman, « Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States », *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 1973, p. 95-124.
9. K. Davis et R. Reynolds, « Medicare and the utilization of health care services by the elderly », *The Journal of Human Resources*, 10(3), 1975, p. 61-77.
10. F.D. Wolinsky, R.M. Coe, D.K. Miller *et al.*, « Health services utilization among the noninstitutionalized elderly », *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 1983, p. 325-337.
11. T.T.H. Wan et S.J. Soifer, « Determinants of physician utilization: A causal analysis », *Journal of Health and Social Behavior*, 15(2), 1974, p. 100-108.
12. J.G. Anderson, « Demographic factors affecting health services utilization: A causal model », *Medical Care*, 11(2), 1973, p. 104-120.
13. J.G. Anderson et D.E. Bartkus, « Choice of medical care: A behavioral model of health and illness behaviour », *Journal of Health and Social Behavior*, 14, 1973, p. 348-362.
14. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 13(3), 2002, p. 9-16.
15. Institut canadien d'information sur la santé, Qualité des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) 2002-2003, avril 2005, disponible à : http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/2002-03_HMDB_DQ_Assessment_External_Report_April_2005_FR.pdf, site consulté le 8 juillet 2005.
16. W.G. Hopkins, *A New View of Statistics*, disponible à : <http://www.sportsci.org/resource/stats/logtrans.html>, site consulté le 27 juillet 2005.
17. 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).
18. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
19. 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, Maryland, août 1999.
20. C. Coulton et A.K. Frost, « Use of social and health services by the elderly », *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 1982, p. 330-339.
21. K. Wilkins et E. Park, « Caractéristiques des utilisateurs des services hospitaliers », *Rapports sur la santé*, 9(3), 1997, p. 29-39 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
22. N.P. Roos et B. Havens, « Predictors of successful aging: A twelve-year study of Manitoba elderly », *American Journal of Public Health*, 81(1), 1991 p. 63-68.
23. M.M. Finkelstein, « Do factors other than need determine utilization of physicians' services in Ontario? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 165(5), 2001, p. 565-570.
24. P. Magna, R.W. Broyles et D.E. Angus, « The determinants of hospital utilization under a universal public insurance program in Canada », *Medical Care*, 25(7), 1987, p. 658-670.
25. N.P. Roos, E. Forget, R. Walld *et al.*, « Does universal comprehensive insurance encourage unnecessary use? Evidence from Manitoba says "no." », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 170(2), 2004, p. 209-214.
26. C.R. Link, S.H. Long et R.F. Settle, « Equity and the utilization of health care services by the medicare elderly », *The Journal of Human Resources*, 17(2), 1982, p. 195-212.

27. G. Carrière, « Consultation des médecins et des infirmières », *Rapports sur la santé*, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 16(4), 2005, p. 49-52.
28. K. Wilkins et M.P. Beaudet, « Soutien social aux aînés et soins à domicile », *Rapports sur la santé*, 11(4), 2000, p. 43-53 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
29. S.J. Katz et T.P. Hofer, « Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage », *JAMA*, 272(7), 1994, p. 530-534.
30. S.J. Katz, T.P. Hofer et W.G. Manning, « Hospital utilization in Ontario and the United States: The impact of socioeconomic status and health status », *La revue canadienne de santé publique*, 87(4), 1996, p. 253-256.
31. L.L. Roos, R. Walld, J. Uhanova *et al.*, « Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: Ambulatory care sensitive conditions in a Canadian setting », *Health Research and Educational Trust*, 40(4), 2005, p. 1167-1185.
32. P.D. Cleary, D. Mechanic et J.R. Greenley, « Sex differences in medical care utilization: An empirical investigation », *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 1982, p. 106-119.
33. K.S. Iron, D.G. Manuel et J. Williams, « Using a linked data set to determine the factors associated with utilization and costs of family physician services in Ontario: effects of self-reported chronic conditions », *Journal of Chronic Diseases*, 24(4), 2003, p. 124-132.
34. P.J. Veugelers, A.M. Yip et F. Burge, « Les inégalités en santé et dans la prestation des services de santé : Étude multiniveau des soins primaire et du contrôle de l'hypertension », *Maladies chroniques au Canada*, 25(3/4), 2004, disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/25-3/b_f.html, site consulté le 18 mai 2005.
35. K. Wilkins, « Chutes, gens âgés et recours aux services de santé », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 47-57 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
36. J. Stokes et J. Lindsay, « Principales causes de décès et d'hospitalisation chez les aînés canadiens », *Maladies chroniques au Canada*, 17(2), 1997, disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/17-2/c_f.html, site consulté le 18 mai 2005.
37. D. Mechanic, « Correlates of physician utilization: Why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects? », *Journal of Health and Social Behavior*, 20(4), 1979, p. 387-396.
38. M. Shields et S. Shooshtari, « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, 13(1), 2001, p. 39-63 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
39. G.L. Maddox et E.B. Douglass, « Self-assessment of health: A longitudinal study of elderly subjects », *Journal of Health and Social Behavior*, 14(1), 1973, p. 87-93.
40. T. Stephens, C.I. Craig et B.F. Ferris, « Adult physical activity in Canada: findings from the Canada Fitness Survey », *La revue canadienne de santé publique*, 77(4), 1986, p. 285-290.
41. K. Wilkins et E. Park, « Les soins à domicile au Canada », *Rapports sur la santé*, 10(1), 1998, p. 31-40 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
42. K. Cranswick et D. Thomas, « Les soins aux aînés et la complexité des réseaux sociaux », *Tendances sociales canadiennes*, été (77), 2005, p. 11-17 (Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue).
43. S.A. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel *et al.*, « Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide », *Rapports sur la santé*, 14(4), 2003, p. 33-43 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).