Composante du produit nº 82-003-X au catalogue
Rapports sur la santé

Article

Douleur chronique chez les personnes âgées au Canada

par Pamela L. Ramage-Morin

Février 2008

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Douleur chronique chez les personnes âgées au Canada

Pamela L. Ramage-Morin

Résumé

Objectifs

La présente étude décrit la prévalence de la douleur chronique chez les personnes âgées vivant dans des ménages privés et dans des établissements de soins de santé de longue durée. Elle examine les associations entre une augmentation de la douleur chronique et le mal-être ainsi que l'autoévaluation négative de l'état de santé.

Sources des données

Les données sont tirées des volets établissements de soins de santé et ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada, pour la période de 1994-1995 à 2002-2003 inclusivement et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2005.

Techniques d'analyse

Les taux de prévalence de la douleur chronique ont été estimés à partir de données transversales de l'ENSP de 1996-1997 et de l'ESCC de 2005. On a eu recours à la régression logistique multiple pour modéliser une augmentation de la douleur chronique en rapport avec les résultats au chapitre de la qualité de vie, en tenant compte des problèmes de santé chronique, de la consommation de médicaments, de l'âge, du sexe, de la réponse par personne interposée et du statut socioéconomique.

Principaux résultats

Au total, 38 % des personnes âgées vivant en établissement éprouvaient de la douleur sur une base régulière, comparativement à 27 % des personnes âgées vivant dans des ménages. Dans les deux populations, les taux étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Une augmentation de la douleur sur une période de deux ans a été associée à une cote exprimant le risque d'être malheureux ou d'autoévaluer négativement son état de santé plus élevée à la fin de la période.

Conclusions

La douleur chronique est un problème de santé majeur pour les personnes âgées, particulièrement celles vivant dans des établissements de soins de santé. La réduction des symptômes de la douleur, indépendamment de la présence de problèmes de santé chroniques, devrait avoir des répercussions positives sur le bien-être des personnes âgées.

Mots-clés

Vieillissement, études transversales, épidémiologie, enquêtes sur la santé, modèles logistiques, études longitudinales, douleur, prévalence, autoévaluation de l'état de santé, mal-être

Auteur

Pamela L. Ramage-Morin (1-613-951-1760; Pamela.Ramage-Morin@statcan.ca) travaille à la Division de l'information et de la recherche sur la santé de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Tout au long de notre vie, nous faisons l'expérience de la douleur. Cela peut aller d'un inconfort temporaire tel celui lié à la colique chez le nouveau-né à un niveau plus chronique de douleur résultant d'une blessure ou d'une maladie. Même si elle n'est pas plaisante, la douleur peut agir comme un facteur de protection[1] et nous aider à survivre[2]. La douleur, en tant que symptôme d'une blessure ou d'une maladie, nous motive à trouver un traitement et nous incite à changer notre comportement. L'enfant qui se brûle sur une surface chaude, par exemple, apprend à éviter d'autres blessures similaires et à écouter les avertissements de ses parents. Toutefois, la douleur peut être chronique et destructrice, sans lien utile avec la survie[2]. La douleur est habituellement considérée comme chronique si elle dure entre trois et six mois ou plus[3], ou si elle persiste une fois qu'une blessure est guérie[2].

L'importance de la douleur en tant que problème de santé publique est liée à la prévalence ou aux répercussions élevées de ce problème[4-6]. Selon le professeur Harald Breivik :

> « La douleur chronique est l'un des problèmes de santé les plus sous-estimés dans le monde aujourd'hui, ce qui a des conséquences majeures sur la qualité de vie des personnes qui souffrent et ce qui impose un fardeau considérable au système de santé occidental. Nous croyons que la douleur chronique est une maladie en soi. »[7]

Les études démontrent systématiquement que la probabilité d'éprouver de la douleur augmente avec l'âge[6,8-10]. La douleur chronique compromet la qualité de vie de nombreuses personnes âgées, qui sont souvent aux prises avec d'autres problèmes de santé physiques, limitations d'activités et changements sur le plan cognitif[8,11-14]. Des études ont démontré que la douleur chronique comporte un lien avec la fatigue, la malnutrition, la dépendance, la solitude et la perte d'indépendance[1,11,14-15]. Le contrôle de la douleur fait partie des priorités importantes en matière de soins de santé des personnes âgées[16,17], certaines d'entre elles craignant davantage la douleur que la mort[2].

Entre le quart et les trois quarts des adultes âgés souffrent de douleur chronique et sont par conséquent limités dans leur mobilité et leur dextérité[11,14,18,19]. Dans le cas de ceux résidant dans des établissements de soins de santé, on estime que la prévalence de la douleur chronique est encore plus élevée[4,5,20-22].

Il s'agit d'une préoccupation au Canada, où le nombre et la proportion de personnes âgées (âgées de 65 ans et plus) devraient augmenter. En 2005, les personnes âgées constituaient 13 % de la population[23]. En 2031, lorsque les derniers membres de la génération du baby-boom auront atteint l'âge de 65 ans, on estime qu'il y aura entre 8,9 et 9,4 millions de personnes âgées au Canada, soit presque le quart de la population[24].

Du fait du vieillissement de la population, il faut procéder à des études sur la douleur chronique axées de façon particulière sur les personnes âgées, autant celles résidant dans des ménages privés que celles vivant dans des établissements de soins de santé de longue durée. De nombreuses études ont été effectuées à partir d'échantillons tirés d'établissements de soins infirmiers ou de groupes communautaires particuliers[3,10,12,13,25,26], mais des études plus larges axées sur la population sont nécessaires. La présente étude vise à donner suite à ce besoin, du fait qu'elle est fondée sur des données transversales et longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Des estimations nationales de la prévalence de la douleur sont fournies pour les personnes âgées vivant dans des ménages privés et dans des établissements de soins de santé de longue durée. Cette étude a comme caractéristique particulière l'utilisation de données longitudinales, afin d'évaluer comment la douleur chronique est associée, dès le départ, au bien-être et à l'autoévaluation de l'état de santé chez les Canadiens âgés.

Méthodes

Sources des données

Le présent article est fondé sur des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). De la documentation détaillée concernant les deux enquêtes se trouve dans le site Web de Statistique Canada (http://www.statcan.ca). Des descriptions du plan d'enquête, de l'échantillon et des méthodes d'entrevue de l'ENSP sont disponibles dans des rapports publiés[27,28]. Les tailles d'échantillon et les taux de réponse pour l'ENSP et l'ESCC sont présentés dans le tableau 1.

Enquête nationale sur la santé de la population

L'ENSP, qui a commencé en 1994-1995, sert à recueillir des données concernant la santé de la population canadienne, tous les deux ans. Elle comprend des échantillons transversaux et des panels longitudinaux. L'ENSP a trois volets : les établissements de soins de santé, les ménages privés et le Nord. La présente étude est fondée sur les deux premiers volets.

Le volet *établissements de soins de santé* de l'ENSP a permis de recueillir des données auprès des personnes vivant dans des hôpitaux, des établissements de soins infirmiers et des établissements pour personnes ayant une incapacité. Les établissements ont été échantillonnés à partir d'une liste d'établissements de soins pour bénéficiaires internes établie par l'Institut canadien d'information sur la santé, et d'une liste d'hôpitaux tenue à jour par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada. L'échantillon s'est limité aux établissements comptant au moins quatre lits. Les établissements compris dans le champ de

Tableau 1
Taux de réponse, Enquête nationale sur la santé de la population et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

				Établissements			Ménages	
Enquête	Cycle	Année	Panel	Échantillon	Taux de réponse des établissements (%)	Taux de réponse individuel (%)	Échantillon	Taux de réponse pour le cycle (%)
Enquête nationale sur la santé de la population	1	1994-1995	Longitudinal	2 287	95,5	93,6	20 095	83,6
	2	1996-1997	Longitudinal	2 287	100,0	95,9	17 276	92,8
	2	1996-1997	Transversal	2 118	100,0	89,9	...	...
	3	1998-1999	Longitudinal	2 287	100,0	98,4	17 276	88,2
	4	2000-2001	Longitudinal	2 287	99,3	96,9	17 276	84,8
	5	2002-2003	Longitudinal	...	...	...	17 276	80,6
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	3,1	2005	Transversal	...	...	...	132 947	78,9

... n'ayant pas lieu de figurer

l'enquête ont fait l'objet d'un échantillonnage stratifié à trois degrés : tout d'abord, selon la région géographique (cinq régions excluant les territoires), puis selon le type d'établissement (établissements pour les personnes âgées, établissements pour les personnes ayant une déficience cognitive et autres établissements de réadaptation), et enfin, selon la taille de l'établissement (nombre de lits). Les deux premiers cycles (1994-1995 et 1996-1997) ont été à la fois transversaux et longitudinaux (collecte de données sur la santé auprès des mêmes personnes à chaque cycle). À partir du cycle 3 (1998-1997), le volet établissements est devenu strictement longitudinal.

Les intervieweurs ont rencontré initialement les administrateurs des établissements, afin d'identifier les résidents qui devaient faire l'objet d'une entrevue par personne interposée en raison d'une maladie ou d'une incapacité. On est ensuite entré en rapport avec leurs plus proches parents à qui on a offert la possibilité de répondre à l'entrevue au nom du résident ou de demander à un membre du personnel ou à un bénévole informé de le faire. La plupart des entrevues ont été menées sur place, même si les entrevues par téléphone ont été acceptées dans le cas des personnes interposées qui ne pouvaient être rencontrées en personne.

Le volet *ménages* de l'ENSP porte sur la population des provinces vivant dans des ménages, sauf les habitants des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. Les trois premiers cycles (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999) ont été à la fois transversaux et longitudinaux. À partir du cycle 4 (2000-2001), le volet des ménages est devenu strictement longitudinal. Les personnes comprises dans l'échantillon longitudinal sont interrogées tous les deux ans. La présente analyse utilise le fichier « carré » longitudinal du cycle 5 (2002-2003), qui comprend des enregistrements pour tous les membres du panel original, peu importe si des renseignements à leur sujet ont été obtenus à tous les cycles subséquents.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

L'ESCC vise les personnes âgées de 12 ans et plus qui vivent dans des ménages privés dans les dix provinces et les trois territoires. Les personnes qui résident dans des réserves indiennes ou sur des terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à temps plein des Forces canadiennes, et les habitants (civils et militaires) des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées sont exclus. L'ESCC englobe environ 98 % de la population canadienne âgée de 12 ans et plus. Le cycle 3.1 a été entrepris en janvier 2005 et s'est déroulé au cours des 12 mois suivants.

L'ESCC est une enquête-échantillon comportant un plan transversal. Au cycle 3.1, on a utilisé trois bases d'échantillonnage en vue de la sélection des ménages : 49 % de l'échantillon des ménages

provenait d'une base aréolaire, 50 %, d'une base liste de numéros de téléphone, et le 1 % qui reste, d'une base de sondage à composition aléatoire. La base aréolaire conçue pour l'Enquête sur la population active a servi à sélectionner l'échantillon de l'ESCC. Un plan d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés a servi à échantillonner les logements de cette base aréolaire. Une personne âgée de 12 ans et plus a été sélectionnée de façon aléatoire à partir des ménages échantillonnés.

L'ESCC est constituée de modules désignés de la façon suivante : contenu commun, sous-échantillon et contenu optionnel. Le contenu commun comprend la majeure partie du questionnaire et est destiné à toutes les personnes interrogées. Le sous-échantillon est conçu pour réduire le fardeau pour les personnes interrogées, grâce à l'inclusion du nombre suffisant de participants pour produire des estimations fiables aux niveaux national et provincial. Le contenu optionnel permet aux régions sociosanitaires de mettre l'accent sur les questions importantes au niveau local.

La présente recherche est fondée sur 25 672 participants, qui ont été sélectionnés à l'intérieur du sous-échantillon comprenant le module de l'Indice de l'état de santé, qui inclut des questions concernant la douleur chronique. On dénombre en outre 14 020 autres participants de la Colombie-Britannique, la seule province qui a sélectionné ce module comme contenu optionnel.

Définitions

À moins d'indications contraires, les définitions s'appliquent à la fois aux variables de l'ESCC et à celles de l'ENSP.

La *douleur chronique*, qui est la principale variable indépendante, est fondée sur une réponse « Non » à la question : « Habituellement, êtes-vous sans douleurs ou malaises? » Les personnes qui souffraient de douleur chronique ont dû en indiquer la gravité : « Comment décririez-vous l'intensité des douleurs ou des malaises que vous ressentez généralement? ». Les catégories étaient les suivantes : faible, moyenne ou forte.

La *perturbation des activités* a été déterminée à partir de la question suivante : « Combien d'activités vos douleurs ou vos malaises vous empêchent-ils de faire? » Une variable dichotomique a été créée et les réponses « Aucune », « Quelques-unes » ou « Plusieurs » ont été codées « 0 » (perturbations mineures). Les réponses « La plupart » ont été codées « 1 », indiquant que des perturbations plus importantes étaient perçues.

L'*autoévaluation de l'état de santé* est l'une des deux variables de résultat. Elle est fondée sur la question suivante : « Pour commencer, en général, diriez-vous que votre santé est : ... » Les cinq catégories de réponses ont été combinées en deux : bonne/très bonne/excellente, ce qui correspond à une autoévaluation « positive » de l'état de santé, et passable/mauvaise, ce qui correspond à une autoévaluation « négative » de l'état de santé.

La deuxième variable de résultat, l'*autoévaluation du bien-être*, est déterminée à partir de la question suivante : « Vous décririez-vous comme étant habituellement heureux et intéressé à vivre, plutôt heureux, plutôt malheureux, malheureux et peu intéressé à vivre, si malheureux que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue? » Les personnes ont été considérées comme « heureuses » si elles avaient indiqué l'une des deux catégories suivantes : heureux et intéressé à vivre/plutôt heureux. Les trois autres catégories de réponse ont été combinées pour indiquer « le mal-être » : plutôt malheureux/malheureux et peu intéressé à vivre/si malheureux que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

Une *augmentation de la douleur* constitue la principale variable indépendante de l'analyse longitudinale. L'analyse s'est limitée aux personnes qui n'éprouvaient pas de douleur ou qui éprouvaient une faible douleur au début de chaque période de deux ans; celles qui ont déclaré une douleur « moyenne » ou « forte » à la fin de la période ont été classées comme ayant connu une augmentation de la douleur. La taille de l'échantillon de la population à domicile était suffisante pour procéder à une comparaison des personnes dont la douleur avait augmenté, pour devenir moyenne, et celles dont la douleur avait augmenté, pour devenir forte.

La présence de *problèmes de santé chroniques* a été déterminée en demandant aux participants à l'enquête si un professionnel de la santé avait diagnostiqué chez eux un problème de santé

chronique, c'est-à-dire qui avait duré ou devait durer au moins six mois. On a lu une liste de problèmes de santé aux participants à l'enquête incluant l'arthrite ou le rhumatisme, l'hypertension, l'asthme, la bronchite chronique ou l'emphysème, le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque, le cancer, les troubles dus à un accident vasculaire cérébral, la paralysie partielle ou complète, l'incontinence, la maladie d'Alzheimer ou une autre forme de démence cérébrale, l'ostéoporose, la cataracte, le glaucome, une maladie du rein et tout autre problème de santé chronique. Seuls les problèmes de santé énumérés à chaque cycle ont été inclus dans l'analyse. La liste des problèmes de santé chroniques du fichier des ménages diffère légèrement de celle du fichier des établissements. Les problèmes de santé figurant dans le fichier des établissements ont servi de point de départ et, dans la mesure du possible, ont été appariés aux problèmes de santé figurant dans le fichier des ménages. Dans le cas des établissements, en 1994-1995, on a demandé aux participants à l'enquête s'ils avaient de la difficulté à contrôler leur vessie ou leur intestin. Les années subséquentes, on leur a posé des questions distinctes concernant l'incontinence urinaire et le contrôle de l'intestin. Afin d'assurer l'uniformité avec 1994-1995, ces problèmes ont été combinés en un problème de santé chronique pour toutes les années. Dans le cas des participants des ménages, la question sur l'incontinence porte uniquement sur l'incontinence urinaire. Le tableau A en annexe comprend une liste des variables des problèmes de santé chroniques utilisées dans l'analyse longitudinale.

Le nombre de problèmes de santé chroniques de référence a été inclus dans l'analyse longitudinale, à savoir : aucun problème, un problème ou deux problèmes ou plus. Les nouveaux *problèmes de santé chroniques* sont ceux qui ont été déclarés dans le cadre du suivi, mais pas au départ. Ils ont été dénombrés et catégorisés de la même façon que les problèmes de santé chroniques de référence.

On a demandé à tous les participants à l'enquête combien de médicaments différents ils avaient pris au cours des deux derniers jours. Les personnes qui avaient pris un médicament ou plus ont dû les nommer. Ceux-ci ont par la suite été codés au moyen de l'édition canadienne du *Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC)*. Les médicaments contre la douleur sont ceux qui commencent par les codes MO1 (anti-inflammatoires et antirhumatismaux), MO2 (agents topiques pour les douleurs articulaires et musculaires) ou N02 (analgésiques). La consommation de médicaments au cours des deux derniers jours a été catégorisée de la façon suivante : « Aucune consommation de médicaments », « Consommation de médicaments, mais pas de médicaments contre la douleur », ou « Consommation de médicaments contre la douleur ».

Outre le *sexe*, un certain nombre de variables sociodémographiques et administratives ont été utilisées dans la présente étude. L'*âge* est inclus comme une variable continue dans les modèles multidimensionnels. La population *en âge de travailler* englobe des personnes âgées de 18 à 64 ans. Les *personnes âgées* sont celles de 65 ans et plus.

La *scolarité*, une variable dichotomique, permet de faire une distinction entre les personnes qui ont un diplôme d'études secondaires et celles qui n'en ont pas.

Le *revenu* a été utilisé pour l'analyse transversale seulement. On a utilisé le *revenu personnel* total au cours des 12 derniers mois pour la population vivant en établissement. Cela comprend les revenus provenant de toutes les sources, avant impôts et retenues. Selon la répartition, les personnes ont été catégorisées dans les groupes de revenu suivants :

Inférieur : aucun revenu à moins de 10 000 $;
Moyen : 10 000 $ à moins de 15 000 $;
Supérieur : 15 000 $ et plus.

Pour la population à domicile, le *revenu total du ménage* provenant de toutes les sources au cours des 12 mois précédents a été corrigé en fonction du seuil de faible revenu (SFR) de 2004 propre à la taille du ménage et de la collectivité. Le seuil de faible revenu est le niveau en deçà duquel une famille est susceptible de consacrer une part plus importante de son revenu à l'achat de nécessités, comme la nourriture, le logement et l'habillement, qu'une famille moyenne. Les revenus du ménage corrigés ont par la suite été regroupés en déciles (dix groupes

comprenant chacun un nombre à peu près égal de participants). Les déciles ont été produits à partir des données pondérées. Ils ont été regroupés en trois catégories de revenu : inférieur (déciles 1 à 3), moyen (déciles 4 à 6), supérieur (déciles 7 à 10).

Les intervieweurs ont indiqué si le questionnaire avait été rempli par le participant ou par *personne interposée*. Il s'agit d'une variable dichotomique dans laquelle « 1 » indique que le questionnaire a été rempli par personne interposée, et « 0 », que le questionnaire a été rempli par le participant.

Analyses statistiques

Analyses transversales

Les données du cycle 2 (1996-1997) du volet établissements de l'ENSP et du cycle 3.1 (2005) de l'ESCC ont servi à ces analyses. Des fréquences pondérées et des totalisations croisées ont servi à estimer la proportion de personnes souffrant de douleur chronique, selon certaines caractéristiques. Par ailleurs, des données transversales ont servi à calculer le nombre excédentaire de cas de douleur chronique, afin de démontrer comment le fardeau de ce problème de santé est réparti inégalement parmi les Canadiens.

Analyses longitudinales

Les associations entre une augmentation de la douleur sur une période de deux ans et le mal-être ainsi qu'une autoévaluation négative de l'état de santé ont été fondées sur des données de l'ENSP. Les données ont été tirées de quatre cycles du volet établissements de soins de santé (1994-1995 à 2000-2001 inclusivement) et de cinq cycles du volet ménages (1994-1995 à 2002-2003 inclusivement). Le regroupement des observations répétées a été combiné à l'analyse de régression logistique. Trois cohortes d'observations ont été regroupées pour la population vivant en établissement pour les années de référence 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999. Quatre cohortes d'observations ont été utilisées pour la population à domicile pour les années de référence 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001.

L'échantillon de l'étude s'est limité aux personnes qui, pour chaque année de référence :

- n'ont déclaré aucune douleur ou ont déclaré une faible douleur;
- étaient âgées de 65 ans et plus;
- ont répondu complètement au questionnaire de référence et au suivi (deux ans plus tard).

Les participants ont été exclus s'ils étaient passés d'un établissement de soins de santé à un ménage privé au cours de la période visée par l'étude.

Tableau explicatif A
Taille des échantillons de l'analyse longitudinale

Cohorte	Année de référence (Période 1)	Suivi (Période 2)	Établissements	Ménages
1	1994-1995	1996-1997	798	1 826
2	1996-1997	1998-1999	414	1 863
3	1998-1999	2000-2001	253	1 747
4	2000-2001	2002-2003	..	1 694
Total			**1 465**	**7 130**

.. non disponible

Il est possible que l'on ait utilisé plus d'un enregistrement par personne âgée pour l'analyse. Par exemple, une personne âgée n'éprouvant pas de douleur ou éprouvant une faible douleur en 1994-1995 a fait l'objet d'un suivi deux ans plus tard, ce qui a entraîné la production d'un enregistrement pour l'analyse. Si cette personne n'a déclaré aucune douleur ou une faible douleur en 1996-1997, ou pour l'une ou l'autre des années de référence subséquentes, elle a fait l'objet d'un suivi encore une fois deux ans plus tard, ce qui a entraîné la production d'un autre enregistrement pour l'analyse. La méthode du *bootstrap* tient compte de l'augmentation de la variance qui peut résulter des observations répétées, la même personne étant toujours dans le même échantillon *bootstrap*[29].

On a utilisé des modèles logistiques à l'égard des cohortes d'observations regroupées, afin d'estimer les associations entre une augmentation de la douleur sur une période de deux ans et chaque résultat au chapitre de la qualité de vie (mal-être et autoévaluation négative de l'état de santé). Les modèles restreints comprennent les caractéristiques de base (âge, sexe, scolarité, problèmes de santé chroniques existants, réponse par personne interposée et mal-être ou autoévaluation négative de l'état de santé). Une variable « cycle » a été incluse, afin de tenir compte des différences entre chaque cohorte de deux ans. Par ailleurs, des caractéristiques de suivi ont été introduites dans les modèles

restreints (consommation de médicaments, nouveaux problèmes de santé chroniques et réponse par personne interposée). Les modèles complets comprennent le principal sujet de l'étude (une augmentation de la douleur), outre les variables entrées dans les modèles restreints.

Des analyses longitudinales ont été effectuées à l'égard des deux sexes combinés. Des tests d'interaction ont été exécutés, afin d'établir si les répercussions de l'augmentation de la douleur sur la qualité de vie variaient selon le sexe. On n'a pas noté de termes d'interaction significatifs pour l'autoévaluation négative de l'état de santé, ni pour le mal-être.

Afin de tenir compte des effets du plan d'enquête de l'ENSP et de l'ESCC, des coefficients de variation et des valeurs de p ont été estimés, et des tests d'hypothèse ont été exécutés au moyen de la technique du *bootstrap*[30-32]. Le niveau de signification a été établi à $p < 0,05$.

Résultats

L'analyse transversale dans le cas des établissements de soins de santé est fondée sur un échantillon de 1 711 personnes âgées de 65 ans et plus, l'âge moyen étant de 84 ans. Près des trois quarts (73 %) des personnes appartenant à l'échantillon étaient des femmes. Dans le cas de la population à domicile, l'analyse transversale comprend 39 692 personnes interrogées, dont la plupart (30 713) sont en âge de travailler (18 à 64 ans). Les données relatives à ces personnes fournissent un contexte de comparaison avec les personnes âgées (8 979 personnes interrogées), sur lesquelles l'étude est axée principalement. L'âge moyen de l'échantillon des personnes âgées était de 75 ans. Au total, 59 % de l'échantillon des personnes âgées étaient des femmes.

Prévalence et facteurs connexes

La douleur chronique est courante chez les personnes âgées, qui sont plus susceptibles d'en faire l'expérience que les personnes plus jeunes en âge de travailler : 27 % des personnes âgées vivant dans des ménages privés déclaraient souffrir de douleur chronique, comparativement à 16 % des personnes âgées de 18 à 64 ans (tableau 2, graphique 1). Les personnes âgées vivant dans des établissements de soins de santé de longue durée étaient même plus susceptibles de souffrir de douleur chronique (38%).

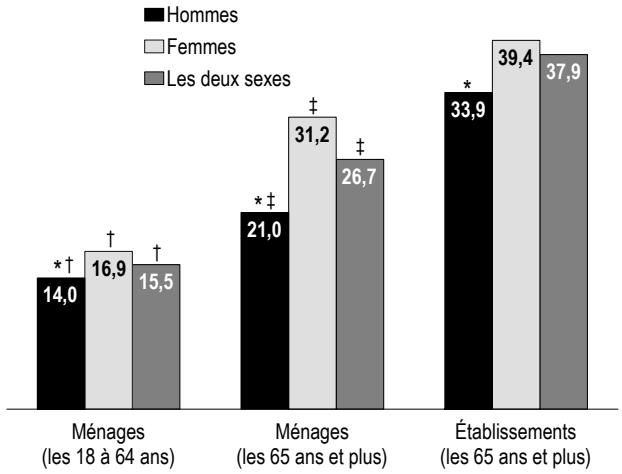
Même si les personnes âgées étaient plus susceptibles de déclarer souffrir de douleur chronique que les personnes en âge de travailler, on a noté peu de différences entre les personnes âgées aux différents âges. Dans les établissements, les personnes âgées de 85 ans et plus n'étaient ni plus ni moins susceptibles de déclarer souffrir de douleur

Tableau 2
La prévalence de la douleur chronique, selon certaines caractéristiques, population à domicile et population vivant en établissement de 18 à 64 ans et de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2005 (ménages) et 1996-1997 (établissements)

	Ménages	Établissements
	%	%
18 à 64 ans		
Total	**15,5‡**	...
Sexe		
Hommes	14,0‡*	...
Femmes†	16,9‡	...
65 ans et plus		
Total	**26,7§**	**37,9**
Sexe		
Hommes	21,0§*	33,9*
Femmes†	31,2§	39,4
Groupes d'âge		
65 à 74 ans†	24,4§	37,3
75 à 84 ans	29,9§*	40,7
85 ans et plus	29,5§	36,2
Scolarité		
Pas de diplôme d'études secondaires	29,5§*	40,7*
Diplôme d'études secondaires ou plus†	23,3§	32,6
Revenu		
Inférieur	28,1§*	40,2
Moyen	25,4§	37,2
Supérieur†	22,8§	34,7
Réponse par personne interposée		
Oui	39,7*	34,7*
Non†	26,0§	42,4

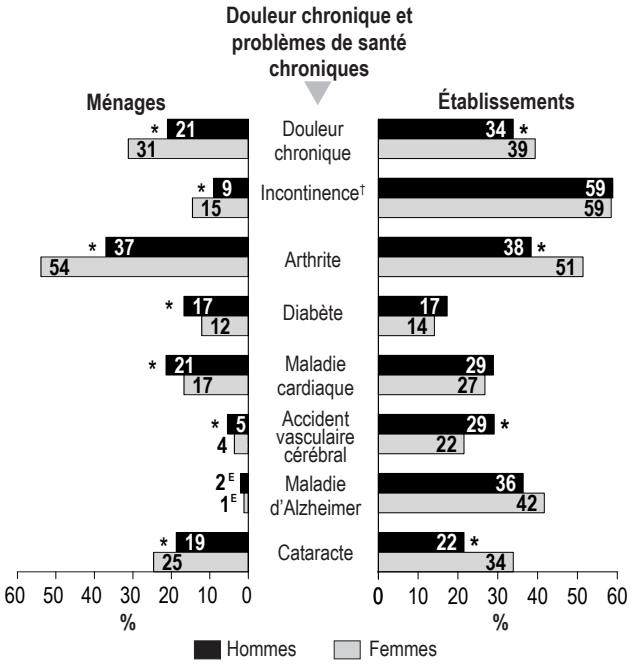
† catégorie de référence
‡ valeur significativement différente de l'estimation pour la population à domicile de 65 ans et plus ($p < 0,05$)
§ valeur significativement différente de l'estimation pour la population vivant en établissement ($p < 0,05$)
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer
Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, volet établissements de soins de santé.

Graphique 1
Prévalence de la douleur chronique, selon le sexe, population à domicile et population vivant en établissement de 18 à 64 ans et de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2005 (ménages) et 1996-1997 (établissements)



* valeur significativement différente de l'estimation pour les femmes ($p < 0,05$)
† valeur significativement différente de l'estimation pour la population à domicile de 65 ans et plus ($p < 0,05$)
‡ valeur significativement différente de l'estimation pour la population vivant en établissement ($p < 0,05$)
Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, volet établissements de soins de santé.

Graphique 2
Prévalence de la douleur chronique et certains problèmes de santé chroniques, population à domicile et population vivant en établissement de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2005 (ménages) et 1996-1997 (établissements)



* valeur significativement différente de l'estimation pour les femmes ($p < 0,05$)
† limitée à l'incontinence urinaire pour la population à domicile, mais incluant l'incontinence intestinale pour la population vivant en établissement
E à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, volet établissements de soins de santé.

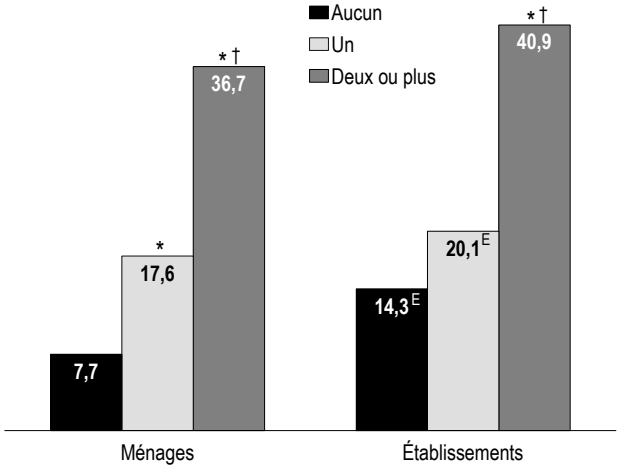
chronique que les résidents plus jeunes. Dans la population à domicile, on n'a pas noté de différence entre les plus âgées et les plus jeunes parmi les personnes âgées, même si celles âgées de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles de déclarer souffrir de douleur chronique (30 %) que celles âgées de 65 à 74 ans (24 %).

Parmi les personnes âgées, la douleur chronique était plus courante qu'un certain nombre d'autres problèmes de santé chroniques majeurs (graphique 2). Dans le cas des personnes résidant dans des ménages, elle était plus courante que le diabète, la maladie cardiaque, la maladie d'Alzheimer, l'incontinence, la cataracte ou les troubles dus à un accident vasculaire cérébral. Dans les établissements, seules l'incontinence, l'arthrite et la maladie d'Alzheimer étaient plus courantes que la douleur chronique.

Toutefois, la douleur et les problèmes de santé chroniques comportaient un lien étroit. Plus de la moitié des personnes âgées vivant dans des ménages (56 %) ont déclaré deux problèmes de santé chroniques ou plus, tout comme 83 % des personnes âgées vivant en établissement. Les personnes ayant au moins deux problèmes de santé chroniques étaient plus susceptibles d'éprouver de la douleur chronique que celles ayant moins de problèmes de santé (graphique 3).

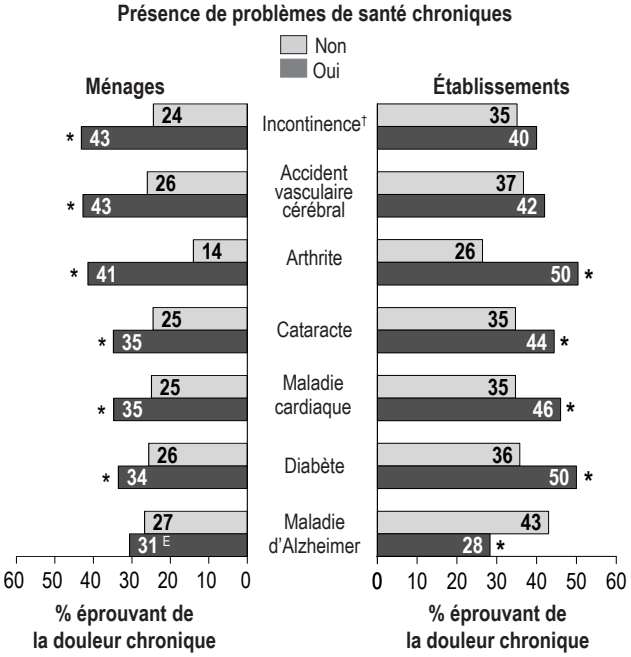
Les personnes âgées ayant certains problèmes de santé chroniques courants, comme l'arthrite, la maladie cardiaque et le diabète, étaient généralement plus susceptibles de déclarer souffrir de douleur chronique que celles qui n'avaient pas de tels problèmes (graphique 4). Parmi les exceptions dignes de mention figurent les personnes âgées vivant en établissement et atteintes de la maladie d'Alzheimer, dont 28 % souffraient de douleur chronique, comparativement à 43 % des résidents d'établissements qui n'avaient pas la maladie d'Alzheimer.

Graphique 3
Prévalence de la douleur chronique, selon le nombre de problèmes de santé chroniques, population à domicile et population vivant en établissement de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2005 (ménages) et 1996-1997 (établissements)



* valeur significativement différente de l'estimation pour « Aucun » ($p < 0,05$)
† valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie précédente ($p < 0,05$)
E à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
Nota : Le nombre de problèmes de santé chroniques est fondé sur l'arthrite, l'hypertension artérielle, l'asthme, la bronchite ou l'emphysème, le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque, l'incontinence, la cataracte, la maladie d'Alzheimer, le glaucome et les troubles dus à un accident vasculaire cérébral. Le cancer est inclus pour la population à domicile; la paralysie partielle ou complète, l'ostéoporose, la maladie rénale et d'autres problèmes de santé chroniques sont inclus pour la population vivant en établissement.
Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, volets établissements de soins de santé.

Graphique 4
Prévalence de la douleur chronique, selon la présence ou l'absence de certains problèmes de santé chroniques, population à domicile et population vivant en établissement de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2005 (ménages) et 1996-1997 (établissements)



* valeur significativement différente de l'estimation pour les personnes sans problème de santé ($p < 0,05$)
† limitée à l'incontinence urinaire pour la population à domicile, mais incluant l'incontinence intestinale pour la population vivant en établissement
E à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, volet établissements de soins de santé.

Les femmes étaient systématiquement plus susceptibles que les hommes de déclarer de la douleur chronique, peu importe si elles étaient en âge de travailler ou si elles étaient plus âgées, et si elles vivaient dans un établissement ou non (tableau 2). Toutefois, dans la plupart des cas, parmi les personnes âgées souffrant de douleur chronique, les femmes n'étaient ni plus ni moins susceptibles que les hommes de qualifier leur douleur de moyenne ou forte (tableau 3). Les résidents des ménages faisaient exception : les hommes ayant déclaré souffrir de douleur étaient plus susceptibles que les femmes de la qualifier de faible.

La scolarité et le revenu ont été utilisés comme marqueurs du statut socioéconomique (tableau 2). Dans le cas de la scolarité, 33 % des personnes résidant en établissement qui avaient un diplôme d'études secondaires souffraient de douleur chronique, comparativement à 41 % des résidents qui n'avaient pas de diplôme d'études secondaires. Les prévalences étaient plus faibles dans la population à domicile, mais une tendance similaire est ressortie : 23 % des titulaires d'un diplôme d'études secondaires souffraient de douleur chronique, comparativement à 30 % de ceux ayant un niveau inférieur de scolarité.

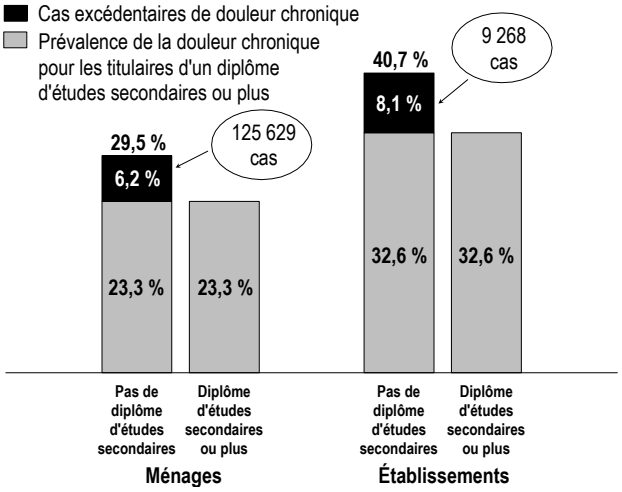
Les personnes âgées vivant dans un ménage dont le revenu se situait dans la fourchette inférieure étaient plus susceptibles de souffrir de douleur chronique que celles appartenant aux ménages ayant un revenu supérieur, soit 28 %, comparativement à 23 %. Dans le cas des résidents d'établissements, en dépit d'un gradient dans les prévalences de la

Tableau 3
Répartition en pourcentage des personnes ayant déclaré de la douleur chronique, selon l'intensité de la douleur et le sexe, population à domicile et population vivant en établissement de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2005 (ménages) et 1996-1997 (établissements)

Intensité de la douleur	Ménages	Établissements
	%	%
Faible	**27,4**	**22,4**
Hommes	34,1†*	18,7[E]
Femmes	23,7	23,6
Moyenne	**54,7**	**50,0**
Hommes	50,5	57,0
Femmes	56,9†	47,8
Forte	**18,0†**	**27,6**
Hommes	15,4	24,4[E]
Femmes	19,4†	28,6

† valeur significativement différente de l'estimation pour la population vivant en établissement (p < 0,05)
* valeur significativement différente de l'estimation pour les femmes (p < 0,05)
[E] à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
Nota : Pourcentages fondés sur les personnes ayant déclaré de la douleur chronique.
Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, volet établissements de soins de santé.

Graphique 5
Prévalence de la douleur chronique, selon le niveau de scolarité, population à domicile et population vivant en établissement de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2005 (ménages) et 1996-1997 (établissements)



Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, volet établissements de soins de santé.

douleur chronique, aucune différence significative n'est ressortie entre les groupes de revenu.

Le fardeau de la douleur chronique

Le gradient socioéconomique associé à la douleur chronique montre des possibilités d'amélioration. À l'heure actuelle, le fardeau de ce problème de santé n'est pas réparti également entre les Canadiens. Si les personnes âgées n'ayant pas de diplôme d'études secondaires souffraient de douleur chronique dans la même mesure que les personnes âgées plus scolarisées, la prévalence de la douleur chronique dans le premier groupe serait moins élevée de 6,2 points dans la population à domicile, et de 8,1 points parmi les personnes vivant en établissement (graphique 5). Ces pourcentages correspondent à environ 125 600 résidents de ménages privés et à presque 9 300 résidents d'établissements.

De nombreuses personnes ont indiqué que la douleur chronique avait une incidence sur leurs activités, et plus la douleur était intense, plus elle était susceptible de perturber la plupart des activités (tableau 4). Dans le cas de la population à domicile souffrant de douleur forte, 53 % des personnes interrogées ont indiqué que cela perturbait la plupart de leurs activités. Parmi les résidents des établissements souffrant de douleur forte, 64 % ont déclaré qu'elle perturbait beaucoup leurs activités.

Tableau 4
Pourcentage de personnes chez qui la douleur perturbe la plupart des activités, selon l'intensité de la douleur, population à domicile et population vivant en établissement de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2005 (ménages) et 1996-1997 (établissements)

	Ménages	Établissements
	%	%
Total de personnes éprouvant de la douleur	**21,8†**	**42,3**
Intensité de la douleur		
Faible	6,7†[E]	15,1[E]
Moyenne	19,1†*	42,7*
Forte	52,7†*	63,8*

† valeur significativement différente de l'estimation pour la population vivant en établissement (p < 0,05)
* valeur significativement différente de l'estimation pour « Faible » (p < 0,05)
[E] à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
Nota : Pourcentages fondés sur les personnes ayant déclaré de la douleur chronique.
Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, volet établissements de soins de santé.

Douleur et mal-être

Même si l'analyse transversale dresse le portrait des personnes âgées qui éprouvent de la douleur, elle est limitée lorsqu'il s'agit d'examiner l'ordre temporel entre la douleur et la qualité de vie. Or, les analyses longitudinales – reposant sur l'ENSP – qui suivent tiennent compte de cette question. Elles sont fondées sur 1 465 réponses du volet établissements et 7 130 réponses du volet ménages (voir *Analyses statistiques*).

Il ressort de l'ENSP que la douleur peut contribuer à un sentiment de mal-être, en plus de perturber les activités courantes. On a estimé la cote exprimant le risque d'être malheureux à la fin d'une période de deux ans, grâce à une comparaison des personnes âgées dont la douleur avait augmenté au cours de la période de deux ans et de celles chez qui elle n'avait pas augmenté (tableau 5). Le fait d'avoir deux problèmes de santé chroniques ou plus au départ, ou deux nouveaux problèmes de santé chroniques ou plus diagnostiqués au cours de la période de deux ans, contribuait au mal-être des personnes. Toutefois, même lorsque ces problèmes de santé chroniques et d'autres facteurs (facteurs sociodémographiques et consommation de médicaments) étaient pris en compte, la cote exprimant le risque d'être malheureux était plus élevée pour les personnes âgées qui avaient connu une augmentation de la douleur. Autrement dit, ce n'est pas seulement la maladie qui contribuait au mal-être; la douleur en soi avait des répercussions importantes. Dans les établissements, les personnes âgées qui avaient vu leur douleur augmenter étaient plus de deux fois plus susceptibles (2,2) d'être malheureuses. Les personnes âgées vivant dans des ménages étaient plus susceptibles d'être malheureuses lorsque leur douleur augmentait pour devenir moyenne (2,0) ou forte (6,4), comparativement à celles qui n'avaient pas déclaré d'augmentation de leur douleur.

Douleur et autoévaluation de l'état de santé

Comme pour le mal-être, de nombreux facteurs sont responsables de l'autoévaluation négative de l'état de santé, y compris des problèmes de santé chroniques existants et émergents, la consommation de médicaments et des facteurs socio-démographiques (tableau 6). Toutefois, il ressort clairement de l'ENSP qu'une augmentation de la douleur a un effet indépendant sur l'autoévaluation de l'état de santé. Chez les personnes âgées vivant dans des ménages privés, la cote exprimant le risque d'autoévaluer de façon négative leur état de santé général lorsque la douleur avait atteint un niveau moyen était plus élevée (3,5) que chez les personnes qui n'éprouvaient pas de douleur ou qui éprouvaient de faibles niveaux de douleur. La cote était encore plus élevée (6,9) pour les personnes dont la douleur était devenue forte. Il existe un rapport similaire entre l'augmentation de la douleur et l'autoévaluation négative de l'état de santé chez les personnes âgées vivant en établissement, soit un rapport de cotes de 2,3 pour toute augmentation de la douleur à une intensité moyenne ou forte.

Discussion

La présente étude fournit des repères concernant la prévalence de la douleur chronique au Canada. Dans la population à domicile, les personnes âgées étaient plus susceptibles de déclarer de la douleur chronique (27 %) que les personnes en âge de travailler (16 %). La prévalence de la douleur chronique, toutefois, était la plus forte chez les personne âgées vivant dans des établissements de soins de santé de longue durée (38 %). Il est possible que ces prévalences représentent des sous-estimations, les personnes âgées ayant tendance à sous-déclarer leur douleur[3]. Cela pourrait venir d'une impression chez elles que la douleur fait partie intégrante du vieillissement, et qu'elles doivent la supporter avec le passage du temps[1,11,33]. Parallèlement, certaines personnes âgées qui omettent de déclarer avoir de la douleur le font peut-être parce qu'elles craignent que leurs plaintes aient une influence négative sur les soins qu'elles reçoivent[18].

Une comparaison avec d'autres études axées sur la population a fait ressortir toute une gamme de prévalences déclarées de douleur chronique. Le tiers des personnes âgées aux États-Unis (70 ans et plus) vivant dans des ménages privés éprouvaient souvent de la douleur[19]. Une étude finlandaise a révélé que

Tableau 5
Rapports de cotes exprimant la relation entre le mal-être et certaines caractéristiques, avec et sans prise en compte d'une augmentation de la douleur chronique, population à domicile et population vivant en établissement de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003 (ménages) et 1994-1995 à 2000-2001 (établissements)

	Ménages				Établissements			
	Sans prise en compte de la douleur		Avec prise en compte de la douleur		Sans prise en compte de la douleur		Avec prise en compte de la douleur	
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Caractéristiques du suivi sur deux ans								
Augmentation de la douleur sur deux ans								
Aucune/douleur faible à moyenne/douleur forte	…	…	…	…	…	…	2,2*	1,5 à 3,3
Aucune/douleur faible à moyenne	…	…	2,0*	1,3 à 3,1	…	…	…	…
Aucune/douleur faible à forte	…	…	6,4*	3,0 à 13,8	…	…	…	…
Aucun changement dans la douleur†	…	…	1,0	…	…	…	1,0	…
Médicaments								
Aucune consommation de médicaments†	1,0	…	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Consommation de médicaments, mais pas de médicaments contre la douleur	0,6*	0,4 à 1,0	0,6*	0,4 à 0,9	1,2	0,5 à 3,0	1,2	0,5 à 3,1
Consommation de médicaments contre la douleur	0,9	0,6 à 1,4	0,8	0,5 à 1,3	1,4	0,6 à 3,3	1,3	0,6 à 3,1
Problèmes de santé chroniques								
Aucun nouveau problème de santé chronique†	1,0	…	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Un nouveau problème de santé chronique	1,4	0,9 à 2,2	1,4	0,9 à 2,2	2,0*	1,2 à 3,3	2,0*	1,2 à 3,4
Deux nouveaux problèmes de santé chroniques ou plus	2,0*	1,2 à 3,4	1,8*	1,0 à 3,1	2,4*	1,6 à 3,5	2,3*	1,6 à 3,5
Réponse par personne interposée								
Non†	1,0	…	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Oui	2,6*	1,3 à 5,5	2,6*	1,2 à 5,7	3,0*	2,0 à 4,5	3,0*	2,0 à 4,6
Caractéristiques de base								
Mal-être								
Non†	1,0	…	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Oui	11,6*	6,3 à 21,3	10,3*	5,3 à 19,8	2,7*	1,9 à 3,8	2,7*	1,9 à 3,8
Sexe								
Hommes	1,1	0,8 à 1,6	1,1	0,7 à 1,6	0,9	0,6 à 1,2	0,9	0,6 à 1,3
Femmes†	1,0	…	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Âge (variable continue)	1,02	0,99 à 1,05	1,01	0,99 à 1,05	1,00	0,98 à 1,02	1,00	0,98 à 1,02
Scolarité								
Pas de diplôme d'études secondaires	1,0	0,7 à 1,5	1,0	0,7 à 1,4	0,9	0,6 à 1,1	0,8	0,6 à 1,1
Diplôme d'études secondaires ou plus†	1,0	…	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Problèmes de santé chroniques								
Aucun problème de santé chronique†	1,0	…	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Un problème de santé chronique	1,1	0,6 à 2,0	0,9	0,5 à 1,7	1,7	0,9 à 3,3	1,6	0,8 à 3,1
Deux problèmes de santé chroniques ou plus	2,5*	1,5 à 4,1	2,1*	1,2 à 3,5	2,1*	1,1 à 3,9	1,9	1,0 à 3,5
Réponse par personne interposée								
Non†	1,0	…	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Oui	1,5	0,6 à 3,6	1,4	0,5 à 3,6	1,0	0,7 à 1,5	1,1	0,7 à 1,6

	Sans prise en compte de la douleur	Avec prise en compte de la douleur	Sans prise en compte de la douleur	Avec prise en compte de la douleur
Information sur le modèle				
Taille de l'échantillon	6 735	6 729	1 202	1 178
Échantillon de personnes malheureuses (au moment du suivi)	218	216	357	344
Enregistrements supprimés en raison de valeurs manquantes	395	401	263	287

† catégorie de référence
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer

Nota : La variable « cycle » a été incluse pour tenir compte des différences entre chaque cohorte de deux ans; les rapports de cotes ne sont pas présentés. Tous les modèles sont fondés sur des données pondérées. Les valeurs manquantes sur les états chroniques pendant l'année de référence et sur les nouveaux états chroniques lors du suivi deux ans plus tard ont été incluses dans les modèles pour maximiser la taille de l'échantillon; les rapports de cotes ne sont pas présentés. Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont la limite de confiance inférieure ou supérieure est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs.

Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, de 1994-1995 à 2002-2003 inclusivement, fichier longitudinal, volet ménages, et Enquête nationale sur la santé de la population, de 1994-1995 à 2000-2001 inclusivement, fichier longitudinal, volet établissements de soins de santé.

Tableau 6
Rapports de cotes établissant le lien entre l'autoévaluation négative de l'état de santé et certaines caractéristiques, avec et sans prise en compte d'une augmentation de la douleur chronique, population à domicile et population vivant en établissement de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003 (ménages) et 1994-1995 à 2000-2001 (établissements)

	Ménages				Établissements			
	Sans prise en compte de la douleur		Avec prise en compte de la douleur		Sans prise en compte de la douleur		Avec prise en compte de la douleur	
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Caractéristiques du suivi sur deux ans								
Augmentation de la douleur sur deux ans								
Aucune/douleur faible à moyenne/douleur forte	…	…	…	…	…	…	2,3*	1,7 à 3,1
Aucune/douleur faible à moyenne	…	…	3,5*	2,7 à 4,7	…	…	…	…
Aucune/douleur faible à forte	…	…	6,9*	4,2 à 11,3	…	…	…	…
Aucun changement dans la douleur†	…	…	1,0	…	…	…	1,0	…
Médicaments								
Aucune consommation de médicaments†	1,0	…	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Consommation de médicaments, mais pas de médicaments contre la douleur	1,5*	1,2 à 2,0	1,5*	1,2 à 2,0	1,3	0,7 à 2,5	1,3	0,7 à 2,6
Consommation de médicaments contre la douleur	1,5*	1,1 à 2,0	1,4*	1,0 à 1,8	1,2	0,7 à 2,2	1,2	0,7 à 2,1
Problèmes de santé chroniques								
Aucun nouveau problème de santé chronique†	1,0	…	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Un nouveau problème de santé chronique	1,7*	1,4 à 2,1	1,6*	1,3 à 1,9	1,1	0,7 à 1,6	1,1	0,7 à 1,6
Deux nouveaux problèmes de santé chroniques ou plus	2,6*	2,0 à 3,4	2,4*	1,8 à 3,1	1,9*	1,3 à 2,8	1,8*	1,2 à 2,6
Réponse par personne interposée								
Non†	1,0	…	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Oui	2,1*	1,3 à 3,3	2,0*	1,3 à 3,3	2,8*	2,0 à 3,9	2,6*	1,8 à 3,7
Caractéristiques de base								
Autoévaluation négative de l'état de santé								
Non†	1,0	…	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Oui	5,6*	4,5 à 7,1	5,4*	4,3 à 6,8	2,4*	1,8 à 3,0	2,3*	1,8 à 2,9
Sexe								
Hommes	1,4*	1,2 à 1,7	1,4*	1,2 à 1,8	0,9	0,7 à 1,2	0,9	0,7 à 1,2
Femmes†	1,0	…	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Âge (variable continue)	1,02*	1,00 à 1,03	1,01	1,00 à 1,03	0,99*	0,97 à 1,00	0,99*	0,97 à 1,00
Scolarité								
Pas de diplôme d'études secondaires	1,5*	1,3 à 1,9	1,5*	1,3 à 1,8	0,8	0,6 à 1,0	0,7	0,5 à 1,0
Diplôme d'études secondaires ou plus†	1,0	…	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Problèmes de santé chroniques								
Aucun problème de santé chronique†	1,0	…	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Un problème de santé chronique	1,4*	1,1 à 1,9	1,3*	1,0 à 1,8	1,3	0,7 à 2,3	1,2	0,7 à 2,2
Deux problèmes de santé chroniques ou plus	2,4*	1,9 à 3,2	2,1*	1,6 à 2,8	2,5*	1,5 à 4,1	2,2*	1,3 à 3,7
Réponse par personne interposée								
Non†	1,0	…	1,0	…	1,0	…	1,0	…
Oui	1,1	0,7 à 1,8	1,0	0,6 à 1,7	0,7*	0,6 à 1,0	0,8	0,6 à 1,0

	Sans prise en compte de la douleur	Avec prise en compte de la douleur	Sans prise en compte de la douleur	Avec prise en compte de la douleur
Information sur le modèle				
Taille de l'échantillon	6 760	6 748	1 311	1 267
Échantillon de personnes malheureuses (au moment du suivi)	1 295	1 288	716	678
Enregistrements supprimés en raison de valeurs manquantes	370	382	154	198

† catégorie de référence
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer

Nota : La variable « cycle » a été incluse pour tenir compte des différences entre chaque cohorte de deux ans; les rapports de cotes ne sont pas présentés. Tous les modèles sont fondés sur des données pondérées. Les valeurs manquantes sur les états chroniques pendant l'année de référence et sur les nouveaux états chroniques lors du suivi deux ans plus tard ont été incluses dans les modèles pour maximiser la taille de l'échantillon; les rapports de cotes ne sont pas présentés. Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont la limite de confiance inférieure ou supérieure est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs.

Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, de 1994-1995 à 2002-2003 inclusivement, fichier longitudinal, volet ménages, et Enquête nationale sur la santé de la population, de 1994-1995 à 2000-2001 inclusivement, fichier longitudinal, volet établissements de soins de santé.

35 % de la population âgée de 15 à 74 ans déclaraient éprouver de la douleur chronique[10]. Une étude antérieure effectuée au Canada a permis de déterminer que 29 % des adultes ont fait état de douleur chronique non liée au cancer[34], tandis qu'une étude australienne faisait mention de douleur chronique chez 17 % des hommes et 20 % des femmes[6]. Enfin, selon une étude effectuée au Royaume-Uni[8,9], presque la moitié (47 %) de la population âgée de 25 ans et plus avait une « forme de douleur chronique », les estimations dans les cas de la douleur chronique « importante » et « forte » étant de 12 % et 6 % respectivement.

Les études fondées sur des collectivités et des foyers de soins infirmiers particuliers font état de prévalences qui sont généralement plus élevées que les études fondées sur la population. À partir d'un échantillon communautaire de personnes âgées admises dans des programmes de soins à domicile en Italie, Landi *et al.* [35] ont déterminé que 40 % d'entre elles éprouvaient de la douleur quotidiennement. Les trois quarts des sujets étudiés par Ross et Crook[11] étaient fréquemment affectés par la douleur ou avaient éprouvé une douleur importante au cours de la période de deux semaines ayant précédé leur entrevue. Ces données sont fondées sur un petit échantillon (66) de personnes âgées de 64 à 99 ans qui recevaient des soins de la succursale d'Ottawa-Carleton des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada. Selon des échantillons non représentatifs d'études de résidents de foyers de soins infirmiers, les prévalences de la douleur se situaient entre 50 % et 83 %[5,20-22,36], soit des prévalences beaucoup plus élevées que celles déterminées à partir de l'ENSP (38 %) pour les établissements de soins de santé.

La gamme variée de prévalences pourrait rendre compte de différences géographiques et culturelles réelles au chapitre de la douleur chronique, ou de différences dans les méthodes de recherche. En ce qui a trait aux méthodes de recherche, la nature des différents échantillons constitue un facteur, de même que les différentes questions d'enquête et périodes visées. Les participants à l'ENSP et à l'ESCC ont répondu à des questions au sujet de l'absence de douleur (« Habituellement, êtes-vous sans douleurs ou malaises? »). Par contre, d'autres études comportaient des questions directes sur la douleur, par exemple : « Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous éprouvé des douleurs physiques? »[37] et « Au cours des trois derniers mois, avez-vous été affecté par la douleur? »[38]. En outre, il ressort clairement que de nombreuses périodes différentes sont utilisées, par exemple, les quatre dernières semaines[37], deux semaines[11], la semaine précédente[10,35] et le moment même[20]. Il arrive aussi que la période ne soit pas précisée, et que l'on demande aux participants s'ils sont *habituellement* sans douleur (étude actuelle) ou s'ils sont *souvent* affectés par la douleur[19]. Les différentes périodes ou l'absence d'une période particulière contribuent probablement aux différentes prévalences.

Parmi les autres différences entre les études figurent les définitions de la douleur, l'utilisation de mesures directes (données déclarées par le participant ou examen de dossiers de patients) ou indirectes (utilisation d'analgésiques) de la douleur, le type de douleur évaluée (chronique ou aiguë), et l'inclusion de participants qui sont incapables de communiquer[5]. Ross et Crook[11] ont reconnu ces problèmes lorsqu'ils ont recommandé que les chercheurs adoptent des méthodes uniformes pour définir les personnes qui souffrent de douleur et pour mesurer la douleur.

L'inclusion ou l'exclusion des personnes âgées ayant une déficience cognitive ou de communication constitue une considération importante, qui a probablement des répercussions sur l'incidence déclarée de la douleur[13]. Par définition, la douleur est subjective[3]. Selon les termes de Levy : « La douleur est telle que le patient la décrit et elle se produit lorsqu'il le dit »[39]. Comment alors pouvons-nous collaborer avec des personnes âgées qui sont incapables de communiquer la présence de douleur ou la gravité de leur douleur, en raison de problèmes cognitifs, d'élocution, d'audition ou d'autres problèmes? Les études montrent systématiquement que la prévalence de la douleur est plus faible chez les personnes âgées qui ont des niveaux plus grands de déficience cognitive[13,36]. Ces études soulignent la nécessité d'une meilleure évaluation et gestion de la douleur pour les

personnes qui ne peuvent s'exprimer pour elles-mêmes[20]. Les personnes âgées qui ont des déficiences cognitives ou de communication dépendent d'un membre de leur famille, d'un membre du personnel ou d'un ami pour parler en leur nom[26]. Les gens procèdent régulièrement à des évaluations objectives de la douleur des autres, en se servant de signes comme la claudication, le tressaillement par suite d'un contact physique, les gémissements, les expressions faciales, les réflexes de protection de certaines parties du corps, etc. Même si ces évaluations objectives sont utiles, elles peuvent faire l'objet d'interprétation (ou d'erreur d'interprétation)[13]. Il se peut aussi que les personnes évaluent la douleur en fonction des dommages subis par le corps de la personne, certains problèmes de santé semblant très souffrants. Toutefois, même si la douleur chronique peut être liée à une maladie ou à une blessure particulière, dans nombre de cas, la cause demeure inexpliquée, persistant en l'absence de la blessure ou après la fin du processus de guérison[2,20,40].

Il ressort de cette étude que, dans les établissements, la prévalence de la douleur est plus faible chez les personnes qui ont la maladie d'Alzheimer, comparativement aux autres. La plupart des personnes (93 %) comprises dans l'échantillon des établissements et ayant la maladie d'Alzheimer dépendaient d'un membre de leur famille, d'un ami ou d'un membre du personnel pour répondre en leur nom. Cela laisse supposer que la réponse par personne interposée est moins susceptible de faire ressortir la présence de douleur, dans les établissements à tout le moins. En fait, l'estimation de la douleur chronique chez les résidents d'établissements était significativement plus faible dans le cas des réponses par personne interposée (35 %) que des réponses fournies par les participants eux-mêmes (42 %). Par conséquent, l'estimation globale de la douleur chronique dans les établissements (38 %) est plus conservatrice que si l'on avait exclu les réponses par personne interposée (et, par conséquent, la plupart des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer). Par contre, dans le cas de la population à domicile, les réponses par personne interposée étaient plus susceptibles de faire ressortir de la douleur chronique (40 %) que les réponses fournies par les participants eux-mêmes (26 %). Toutefois, étant donné que seulement 4 % des personnes âgées échantillonnées dans les ménages privés se fiaient à des répondants substituts (comparativement à 59 % des personnes âgées vivant en établissement), cette « surestimation » de la douleur chronique dans les ménages n'a pas eu de grandes répercussions sur la prévalence globale de la douleur (27 %). Ces résultats font ressortir la nécessité de tenir compte des réponses par personne interposée dans les analyses multidimensionnelles.

Comme c'est le cas pour de nombreux problèmes de santé, la douleur chronique n'est pas répartie également dans la population. Les femmes sont plus susceptibles de déclarer de la douleur chronique[8,9,13,19], tout comme les personnes ayant un statut socioéconomique plus faible[8,9,19]. La présente étude va dans le sens de ces constatations. Lorsque l'on mesure le statut socioéconomique des personnes vivant en établissement, seule la scolarité est significative. Il est possible que, pour les personnes âgées, le niveau de scolarité représente une mesure plus sensible du statut socioéconomique que le revenu actuel, du fait qu'il rend compte du mode de vie passé et des facteurs environnementaux pouvant avoir des répercussions sur la santé.

On a dit de la douleur qu'elle avait des répercussions sur les activités physiques, les activités récréatives, les responsabilités familiales et l'autotraitement[4,11,14,37]. Les résultats de l'ESCC et de l'ENSP appuient l'association entre la douleur et la perturbation des activités. La question posée dans les enquêtes ne précise pas le type ou le nombre d'activités, ce qui laisse les participants libres d'évaluer dans quelle mesure la douleur perturbe leurs activités normales et leurs attentes. Il est toutefois intéressant de noter que, même si les personnes âgées vivant dans des établissements de soins de santé sont perçues comme ayant moins d'activités au quotidien (les établissements étant responsables de l'achat d'épicerie, de la lessive, de la cuisine et d'autres activités quotidiennes), le niveau de perturbation déclaré était plus grand, peu importe le niveau de douleur éprouvé.

En plus d'avoir une incidence sur les activités et les responsabilités, la douleur chronique a des répercussions sur le bien-être et l'autoévaluation de l'état de santé. Chez les personnes vivant en établissement qui n'éprouvaient habituellement pas de douleur, la cote exprimant la possibilité d'autoévaluer positivement l'état de santé était plus élevée que chez les personnes éprouvant de la douleur chronique[41]. Parmi les adultes ne vivant pas en établissement, la cote exprimant le risque de déclarer un mauvais état de santé était plus élevée chez ceux éprouvant de la douleur chronique[10,19]. La nature longitudinale de la présente étude fait ressortir encore plus clairement le rapport entre la douleur et l'autoévaluation de l'état de santé ou le mal-être. Chez les personnes qui n'éprouvaient pas de douleur initialement ou qui n'éprouvaient qu'une faible douleur et qui ont connu une augmentation de la douleur, celle-ci atteignant une intensité de moyenne à forte, sur une période de deux ans, la cote exprimant le risque d'être malheureux ou d'autoévaluer négativement leur état de santé était plus élevée.

Limites

La présente étude comporte un certain nombre de limites. Les problèmes de santé chroniques sont déclarés par les participants. On leur a demandé si des problèmes de santé chroniques avaient été diagnostiqués chez eux par un professionnel de la santé, mais leurs réponses n'ont été vérifiées par aucune autre source. La liste des problèmes de santé chroniques figurant dans le questionnaire destiné aux établissements différait de celle présentée à la population à domicile. Par conséquent, le nombre de problèmes de santé chroniques peut varier entre les résidents des ménages et les résidents des établissements, en partie parce que les listes de problèmes de santé ne sont pas identiques. Par ailleurs, certains problèmes de santé chroniques ont été laissés de côté parce qu'ils n'étaient pas inclus dans chaque cycle du fichier longitudinal.

Même si des données récentes (2005) sont disponibles pour l'analyse transversale de la population à domicile, les dernières données transversales pour les résidents des établissements de soins de santé remontent à 1996-1997. Ainsi, la prévalence de la douleur déclarée pour les résidents d'établissements de soins de santé date d'au moins dix ans. L'absence de données récentes provenant d'échantillons représentatifs de personnes âgées vivant en établissement limite la capacité de procéder à une analyse pertinente de cette section de la population.

Enfin, comme il est indiqué précédemment, 59 % des entrevues de personnes âgées ont été menées par personne interposée dans le cadre du volet établissements de soins de santé de l'ENSP de 1996-1997, comparativement à 4 % des entrevues de personnes âgées vivant dans des ménages dans le cadre de l'ESCC de 2005. Comme il est démontré, cela semble avoir biaisé les prévalences.

Mot de la fin

La douleur chronique est un problème débilitant qui a des répercussions sur de nombreux aspects de la vie des gens.

Il s'agit d'une préoccupation majeure en matière de santé pour les personnes âgées, qui sont déjà nombreuses à faire face aux changements découlant du vieillissement — maladies chroniques, problèmes cognitifs et besoin de médicaments, par exemple. La douleur chronique est courante et elle touche 27 % des personnes âgées vivant dans des ménages et 38 % de celles vivant dans des établissements de soins de santé. Les répercussions de ce problème de santé publique augmenteront probablement au fur et à mesure du vieillissement de la population du Canada. Il ressort de la présente analyse que les efforts axés sur la réduction de la douleur devraient avoir des répercussions positives sur le bien-être et l'autoévaluation de l'état de santé des personnes âgées. Les personnes âgées acceptent probablement que de nombreuses maladies ne peuvent être guéries, mais elles auraient probablement une meilleure qualité de vie si leur douleur pouvait être évaluée et contrôlée d'une manière convenable. ●

Références

1. C.E. Morris et V. Goli, « The physiology and biomedical aspects of chronic pain in later life », dans K.A. Roberto, dir. *Older Women with Chronic Pain*, New York, The Haworth Press, 1994, p. 9-24.
2. R. Melzak et P.D. Wall, *The Challenge of Pain*, Markham, Penguin Books, 1988.
3. E.A. Sengstaken et S.A. King, « The problems of pain and its detection among geriatric nursing home residents », *Journal of the American Geriatric Society*, 41, 1993, p. 541-544.
4. B.A. Ferrell, « Pain evaluation and management in the nursing home », *Annals of Internal Medicine*, 123(9), 1995, p. 681-687.
5. P.L. Fox, P. Raina et A.R. Jadad, « Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review », *Canadian Medical Association Journal / Journal de l'Association médicale canadienne*, 160(3), 1999, p. 329-333.
6. F.M. Blyth, L.M. March, A.J. Brnabic *et al.,* « Chronic pain in Australia: a prevalence study », *Pain* 89(2-3), 2001, p. 127-134.
7. H. Breivik, *World Health Organization supports global effort to relieve chronic pain,* disponible à l'adresse http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr70/en/print.html (document consulté le 4 juin 2007).
8. B.H. Smith, A.M. Elliott, W.A. Chambers *et al.*, « The impact of chronic pain in the community », *Family Practice*, 18(3), 2001, p. 292-299.
9. A.M. Elliott, B.H. Smith, K.I. Penny *et al.,* « The epidemiology of chronic pain in the community », *Lancet*, 354, 1999, p. 1248-1252
10. P.T. Mäntyselkä, J.H.O. Turunen, R.S. Ahonen et E.A. Kumpusalo, « Chronic pain and poor self-rated health », *Journal of the American Medical Association*, 290(18), 2003, p. 2435-2442.
11. M.M. Ross et J. Crook, « Elderly recipients of home nursing services: pain, disability and functional competence », *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1998, p. 1117-1126.
12. K. Brummel-Smith, M.R. London, N. Drew *et al.*, « Outcomes of pain in frail older adults with dementia », *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(11), 2002, p. 1847-1851.
13. J. Cohen-Mansfield et S. Lipson, « Pain in cognitively impaired nursing home residents: how well are physicians diagnosing it? », *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(6), 2002, p. 1039-1044.
14. U. Jakobsson, I.R. Hallberg et A. Westergren, « Overall and health related quality of life among the oldest old in pain », *Quality of Life Research*, 13, 2004, p. 125-136.
15. K.A. Roberto et S.G. Reynolds, « Older women's experiences with chronic pain: daily challenges and self-care practices », *Journal of Women and Aging*, 14(3-4), 2002, p. 5-23.
16. C. Tannenbaum, N. Mayo et F. Ducharme, « Older women's health priorities and perceptions of care delivery: results of the WOW health survey », *Canadian Medical Association Journal / Journal de l'Association médicale canadienne*, 173(2), 2005, p. 153-159.
17. D.K. Heyland, P. Dodek, G. Rocker *et al.* pour le Canadian Researchers' End-of-Life Network (CARENET), « What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members », *Canadian Medical Association Journal / Journal de l'Association médicale canadienne,* 174(5), 2006, p. 627.
18. K.A. Roberto, « The study of chronic pain in later life: where are the women? », dans K.A. Roberto, dir. *Older Women with Chronic Pain,* New York, The Haworth Press, 1991, p. 1-7.
19. C.C. Reyes-Gibby, L.A. Aday et C. Cleeland, « Impact of pain on self-rated health in community-dwelling older adults », *Pain*, 95, 2002, p. 75-82.
20. R. Roy et M. Thomas, « A survey of chronic pain in an elderly population », *Canadian Family Physician*, 32, 1986, p. 513-516.
21. B.A. Ferrell, B.R. Ferrell et D. Osterweil, « Pain in the nursing home », *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(4), 1990, p. 409-414.
22. B.A. Ferrell, B.R. Ferrell et L. Rivera, « Pain in cognitively impaired nursing home patients », *Journal of Pain Symptom Management*, 10(8), 1995, p. 591-598.
23. Statistique Canada, Tableau nº 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes), 1971 à 2007, disponible à l'adresse http://cansim2.statcan.ca (document consulté le 21 juillet 2006).
24. Statistique Canada, *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005-2031*, disponible à l'adresse http://www.statcan.ca/francais/freepub/91-520-XIF/0010591-520-XIF.htm (document consulté le 21 juillet 2006) (Statistique Canada, nº 91-520 au catalogue).
25. P.A. Parmelee, B. Smith et I.R. Katz, « Pain complaints and cognitive status among elderly institution residents », *Journal of the American Geriatrics Society*, 41, 1993, p. 517-522.
26. S.E. Fisher, L.D. Burgio, B.E. Thorn *et al.,* « Pain assessment and management in cognitively impaired nursing home residents: association of certified nursing assistant pain report, minimum data set pain report, and analgesic medication use », *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(1), 2002, p. 152-156.
27. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé,* 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
28. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé,* 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
29. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, Cycle 6 (2004-2005), volet ménages, documentation longitudinale,* Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa, 2006, disponible à l'adresse http://www.statcan.ca/francais/sdds/document/3225_D5_T1_V3_F.pdf.
30. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête,* 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, nº 12-001 au catalogue).

31. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research,* 5(3), 1996, p. 281-310.

32. D. Yeo, H. Mantel et T-P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Survey Research Methods Section*, Baltimore, août, 1999.

33. D.C. Malloy et T. Hadjistavropoulos, « The problem of pain management among persons with dementia, personhood, and the ontology of relationships », *Nursing Philosophy*, 5, 2004, p. 147-159.

34. D.E. Moulin, A.J. Clark, M. Speechley et P.K. Morley-Foster, « Chronic pain in Canada – Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia », *Pain Research and Management*, 7(4), 2002, p. 179-184.

35. F. Landi, G. Onder, M. Cesari *et al.* pour le SILVERNET-HC Study Group, « Pain and its relation to depressive symptoms in frail older people living in the community: An observational study », *Journal of Pain and Symptom Management,* 29(3), 2005, p. 255-262.

36. W.R Proctor et J.P. Hirdes, « Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada », *Pain Research and Management*, 6(3), 2001, p. 119-125.

37. R.J. Scudds et T. Østbye, « Pain and pain-related interference with function in older Canadians: the Canadian study of health and aging », *Disability and Rehabilitation*, 23(1), 2001, p. 654-664.

38. U. Jakobsson, I.R. Hallberg et A. Westergren, « Pain management in elderly persons who require assistance with activities of daily living: a comparison of those living at home with those in special accommodations », *European Journal of Pain,* 8, 2004, p. 335-344.

39. M. Levy, « Pain control research in the terminally ill », *Omega*, 18(4), 1988, p. 265-279.

40. M. Osterweis, A Kleinman et D. Mecanic, dir. *Pain and Disability: Clinical, Behavioral, and Public Policy Perspectives*, Washington, National Academy Press, 1987.

41. P. Ramage-Morin, « Bien veillir en établissement de santé », *Rapports sur la santé,* 16 (supplément), 2006, p. 51-61 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).

Annexe

Tableau A
Maladies chroniques comprises dans le volet établissements de soins de santé et le volet ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population, selon le cycle, 1994-1995 à 2002-2003

	Volet établissements de soins de santé				Volet ménages				
	1994-1995	1996-1997	1998-1998	2000-2001	1994-1995	1996-1997	1998-1998	2000-2001	2002-2003
Arthrite ou rhumatisme	1	1	1	1	1	1	1	3	3
Arthrite ou rhumatisme, sauf la fibromyalgie	3	3	3	3	3	3	3	1	1
Fibromyalgie	3	3	3	3	3	3	3	2	2
Hypertension artérielle	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Asthme	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Bronchite chronique/emphysème	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Diabète	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Épilepsie	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maladie cardiaque	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Cancer	2	3	2	2	1	1	1	1	1
Troubles dus à un accident vasculaire cérébral	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Paralysie partielle ou complète	1	1	1	1	3	3	3	3	3
Incontinence urinaire	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Incontinence intestinale		1	1	1	3	3	3	3	3
Troubles intestinaux (maladie de Crohn ou colite)	3	2	2	2	3	2	2	2	2
Maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence cérébrale	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ostéoporose ou fragilité osseuse	1	1	1	1	3	3	3	3	3
Cataracte	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Glaucome	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ulcères à l'intestin ou à l'estomac	3	2	2	2	2	2	2	2	2
Défaillance ou maladie rénale	1	1	1	1	3	3	3	3	3
Problème de la thyroïde	3	2	2	2	3	2	2	2	2
Autre problème de santé chronique	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Nota :
1 = incluse dans le cycle d'enquête, utilisée dans l'analyse
2 = incluse dans le cycle d'enquête, non utilisée dans l'analyse
3 = non incluse dans le cycle d'enquête
Dans le cas des établissements de soins de santé, l'incontinence a trait à l'incontinence urinaire ou intestinale; pour le volet ménages, l'incontinence a trait à l'incontinence urinaire seulement.
Sources: Enquête nationale sur la santé de la population, de 1994-1995 à 2002-2003, volet établissements de soins de santé et volet ménages.