

Rapports sur la santé

Risque nutritionnel, hospitalisation et mortalité chez les Canadiens âgés de 65 ans et plus vivant dans la collectivité

par Pamela L. Ramage-Morin, Heather Gilmour
et Michelle Rotermann

Date de diffusion : le 20 septembre 2017



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2017

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Risque nutritionnel, hospitalisation et mortalité chez les Canadiens âgés de 65 ans et plus vivant dans la collectivité

par Pamela L. Ramage-Morin, Heather Gilmour et Michelle Rotermann

Résumé

Contexte : Le risque nutritionnel est associé à divers problèmes de santé chez les personnes âgées. Un nombre limité d'études longitudinales ont porté sur la relation entre le risque nutritionnel, l'hospitalisation et le décès chez les personnes âgées vivant dans la collectivité.

Données et méthodes : Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé (ESCC-VS) de 2008-2009 couplées aux données de la Base de données sur les congés des patients et de la Base canadienne de données sur la mortalité ont été utilisées pour estimer la prévalence du risque nutritionnel chez les personnes âgées et examiner son lien avec les hospitalisations en soins de courte durée et les décès survenus au cours d'une période de 25 à 36 mois suivant l'interview de l'ESCC-VS. Des modèles multivariés à risques proportionnels de Cox ont servi à repérer les covariables importantes, tout en tenant compte des caractéristiques démographiques et socioéconomiques, de l'état de santé et des facteurs liés au mode de vie.

Résultats : Le tiers (34 %, soit 979 000 personnes) des Canadiens âgés de 65 ans et plus vivant dans neuf provinces (toutes les provinces, à l'exception du Québec) présentaient un risque nutritionnel en 2008-2009. Ces personnes âgées étaient plus à risque d'être hospitalisées pour recevoir des soins de courte durée (rapport des risques instantanés (RRI) 1,2; intervalle de confiance (IC) à 95 % : 1,1 à 1,4) ou de décéder (RRI 1,6; IC à 95 % : 1,3 à 2) durant la période de suivi, et ce, même si les facteurs de confusion potentiels étaient pris en compte. Les personnes âgées qui présentaient un risque nutritionnel en 2008-2009 étaient plus susceptibles de décéder durant la période de suivi que celles qui ne présentaient pas de risque nutritionnel (9 % contre 5 %) et leur temps de survie était en moyenne plus court : 498 jours (IC à 95 % : 462 à 534) comparés à 538 jours (IC à 95 % : 501 à 574).

Interprétation : D'après une analyse des données provenant d'une vaste étude réalisée auprès de la population, couplées à des données recueillies systématiquement sur les hospitalisations et les décès, le risque nutritionnel est indépendamment associé à l'hospitalisation en soins de courte durée et à la mortalité. Ces résultats soulignent l'importance de faire le suivi du risque nutritionnel chez les personnes âgées.

Mots clés : Couplage de données, régime alimentaire, alimentation, apport alimentaire, malnutrition, morbidité, évaluation de la nutrition, personnes âgées

Le vieillissement peut poser des défis en matière d'alimentation. Les problèmes de santé chroniques et les médicaments utilisés pour les soigner peuvent interférer avec l'appétit des personnes âgées¹, leur goût, leur plaisir de manger² et leur capacité à absorber les nutriments^{3,4}. La réduction de la mobilité et de la dextérité, la santé déclinante et le manque de moyen de transport peuvent constituer des obstacles à l'achat et à la préparation de nourriture⁵. Une mauvaise hygiène buccodentaire peut aussi nuire à l'alimentation⁶. Certaines personnes âgées vivent dans des « déserts alimentaires » où l'on ne trouve pas de supermarchés, mais des dépanneurs et des restaurants-minute offrant des choix de repas à « calories vides^{7,8} ». Les changements dans les modalités de vie liés au décès du conjoint ou de la conjointe peuvent influencer l'alimentation des personnes âgées qui doivent faire face à la solitude et s'organiser afin de cuisiner pour une seule personne.

L'un des paradoxes du vieillissement est que les besoins en apport calorique diminuent, mais pas les besoins en apport nutritionnel⁹. Il est important d'identifier les personnes qui sont les plus susceptibles d'être à risque de dénutrition et qui, si l'on n'intervient pas, pourraient souffrir de malnutrition, devenir fragiles et être sujettes aux conséquences d'une mauvaise santé, comme des limitations fonctionnelles, une mauvaise qualité de vie, de longs et fréquents séjours à l'hôpital et un décès prématuré¹⁰⁻¹⁷.

Le risque nutritionnel augmente avec l'âge¹⁸. Comme la population canadienne vieillit, la prévalence du risque nutritionnel et les problèmes de santé qui y sont associés pourraient devenir plus courants. Des études antérieures ont porté sur les associations entre le risque nutritionnel, l'hospitalisation¹⁹⁻²¹ et la mortalité^{10,16,19,22-29}, mais les analyses étaient limitées en raison des petits échantillons de personnes examinés, du manque de représentativité ou des sous-populations restreintes.

Les récents couplages établis entre les données des enquêtes sur la santé de la population canadienne et les données sur les hospitalisations et les taux de mortalité offrent la possibilité d'étudier un plus large éventail de facteurs de risque associés à l'hospitalisation en soins de courte durée et aux décès qu'avec l'analyse des données administratives seules. La présente étude examine les hospitalisations et les décès associés à l'état de risque nutritionnel en s'appuyant sur des données recueillies auprès d'un grand échantillon de personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la collectivité, qui proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé (ESCC-VS) de 2008-2009. Les prévisions en matière d'hospitalisation et de décès ont été réalisées en couplant ces données avec celles de la Base de données sur les congés des patients et de la Base canadienne de données sur la mortalité jusqu'au 31 décembre 2011 (ce qui correspond à une période de suivi de 25 à 36 mois après l'interview de l'ESCC-VS). Des

analyses multivariées ont été menées sur les caractéristiques socioéconomiques, de santé physique et de style de vie.

Méthodes

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé de 2008-2009, une enquête transversale, a permis de recueillir des renseignements sur les facteurs, les incidences et les processus qui contribuent au vieillissement en santé. La population cible de l'enquête était constituée de la population à domicile âgée de 45 ans et plus des 10 provinces. Étaient exclus du champ de l'enquête les résidents des trois territoires et de certaines régions éloignées, les personnes vivant dans les réserves et autres peuplements autochtones, les personnes vivant en établissement et dans les bases des Forces canadiennes, et les membres à temps plein des Forces canadiennes. En tout, les personnes exclues représentaient environ 4 % de la population cible de l'enquête.

Les données de l'ESCC-VS ont été recueillies de décembre 2008 à novembre 2009 lors d'interviews sur place assistées par ordinateur auprès de 94 % de l'échantillon. L'interview téléphonique était permise pour répondre aux besoins linguistiques des participants à l'enquête. Lorsqu'un participant était incapable de remplir une partie ou la totalité du questionnaire en raison d'un problème de santé physique ou mentale, une autre personne la connaissant bien pouvait répondre en son nom : les réponses par personne interposée représentaient 2,2 % de l'échantillon (n = 689). Le taux de réponse global a été de 74,4 %, ce qui a donné lieu à un échantillon final de 30 865 répondants. Il est possible de consulter des renseignements détaillés sur l'ESCC-VS dans d'autres publications³⁰.

Base de données sur les congés des patients

La Base de données sur les congés des patients (BDCP), qui est présentée chaque année par l'Institut canadien d'information sur la santé à Statistique Canada, dénombre les congés obtenus des hôpitaux publics du Canada (à l'exception du Québec)³¹. Cette base contient des données démographiques, administratives et cliniques provenant d'environ 3 millions d'enregistrements de sorties d'hôpital par an³². Les données tirées des dossiers de congés des patients pour des hospitalisations en soins de courte durée au cours des exercices financiers de 2007-2008 à 2011-2012 ont été utilisées pour le couplage aux fins d'analyse.

Base canadienne de données sur la mortalité

La Base canadienne de données sur la mortalité (BCDM) est un recensement de tous les décès enregistrés au Canada. Les bureaux provinciaux et territoriaux de l'état civil déclarent les décès à Statistique Canada. L'information fournie comprend la cause du décès, codée conformément à la *Classification internationale des maladies* (CIM, version 10), les dates de naissances et de décès, les noms et le code postal au moment du décès. Les décès survenus de décembre 2008 au 31 décembre 2011 ont été couplés aux enregistrements de l'ESCC-VS.

Échantillon de l'étude

L'échantillon de l'étude a été obtenu en couplant les enregistrements des participants à l'ESCC-VS âgés de 65 ans et plus des provinces (à l'exception du Québec), qui ont accepté que leurs données soient communiquées, avec les données de la BDCP et de la BCDM (figure A en annexe). Les réponses données par personne interposée et les non-réponses n'ont pas été prises en compte. Afin d'établir une cohorte relativement saine dès le départ, 801 participants qui avaient été hospitalisés dans un établissement de soins de courte durée et avaient reçu un congé au cours de l'année précédant l'ESCC-VS n'ont pas été pris en compte,

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Environ le tiers des personnes âgées canadiennes vivant dans la collectivité présentent un risque nutritionnel.
- Le risque nutritionnel est associé aux problèmes de santé chez les personnes âgées, mais les études qui portent sur des personnes âgées vivant dans la collectivité sont limitées en raison de petits échantillons, du manque de représentativité ou de sous-populations restreintes.

Ce qu'apporte l'étude

- Les résultats de cette vaste étude réalisée auprès de la population montrent que, comparées aux personnes à faible risque nutritionnel, les personnes âgées à risque nutritionnel étaient plus susceptibles d'avoir été hospitalisées pour des soins de courte durée au cours des 25 à 36 mois qui ont suivi l'interview.
- Les personnes âgées qui présentaient un risque nutritionnel en 2008-2009 avaient également 60 % plus de risque d'être décédées durant la période de suivi de 25 à 36 mois, et ce, même si les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé et les comportements influant sur la santé étaient pris en compte.

ce qui a donné un échantillon d'étude de 9 878 personnes (4 080 hommes et 5 798 femmes, âgés en moyenne de 77 ans).

Couplage des données

Des couplages probabilistes ont été réalisés conformément à la Directive sur le couplage d'enregistrements³³ et ont été approuvés par le Conseil exécutif de gestion de Statistique Canada³⁴.

Statistique Canada veille à la protection de la vie privée des participants pendant le couplage et l'utilisation subséquente des fichiers couplés. Seuls les employés qui interviennent directement dans le couplage ont accès aux données d'identification uniques nécessaires au

couplage (comme les noms et les numéros d'assurance-maladie). Toutefois, ces employés n'ont pas accès aux renseignements relatifs à la santé ou au décès. Une fois le couplage de données terminé, un fichier d'analyse est créé, dans lequel les données d'identification sont supprimées. Les chercheurs utilisent ensuite le fichier anonymisé aux fins d'analyse. Il est possible de consulter des renseignements détaillés sur le couplage des données dans d'autres publications^{35,36}.

Les fichiers couplés ESCC-BDCP et ESCC-BCDM ont fait l'objet de validations internes et externes, pour évaluer l'exactitude du processus de couplage. Les évaluations ont confirmé que les fichiers couplés étaient appropriés pour mener l'analyse^{35,36}.

Définitions

Dans le cadre de l'ESCC-VS de 2008-2009, le risque nutritionnel a été évalué en utilisant l'instrument *Seniors in the Community Risk Evaluation for Eating and Nutrition II – Abbreviated* (SCREEN II-AB), qui a été validé pour les « personnes âgées cognitivement intactes vivant dans la collectivité » ayant 55 ans et plus^{12,37}. Les questions relatives au risque nutritionnel portaient sur les changements de poids (gains ou pertes), l'apport nutritionnel et les habitudes alimentaires (figure B en annexe). Les questions de l'instrument SCREEN ont été adaptées en fonction de l'interview sur place assistée par ordinateur, en remplacement du questionnaire autoadministré. On a fait la somme des valeurs correspondant aux catégories de réponse pour les 11 variables de l'échelle; le score maximal était de 48. Un score inférieur à 38 indiquait un risque nutritionnel élevé¹².

Les caractéristiques démographiques et socioéconomiques prises en compte dans l'analyse étaient l'âge, le sexe et la principale source de revenu du ménage. Chez les personnes âgées, qui sont souvent à la retraite, le revenu actuel peut ne pas être un indicateur fiable du statut socioéconomique. Afin d'identifier les personnes aux moyens limités, on a demandé aux participants de préciser

la principale source de revenu qu'ils percevaient, c'est-à-dire les salaires et traitements; le revenu d'un travail autonome; les dividendes et intérêts (par exemple : obligations, épargnes); les prestations d'assurance-emploi; l'indemnité d'accident du travail; les prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec; les pensions de retraite et rentes; la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti; la Prestation fiscale canadienne pour enfants; les allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être; la pension alimentaire aux enfants; la pension alimentaire au conjoint; les autres formes de revenu (par exemple : revenu locatif ou bourses d'études); aucun revenu. Les participants qui ont mentionné la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti ou les allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être ont été regroupés et comparés avec ceux qui dépendaient d'autres sources de revenu.

Les participants ont évalué eux-mêmes leur santé (*autoévaluation de la santé*) comme étant bonne, très bonne ou excellente ou encore passable ou mauvaise. L'autoévaluation de la santé a été choisie comme une covariable en raison de sa fiabilité et de sa validité, et parce qu'elle est fortement liée à divers aspects de l'état de santé, y compris la capacité fonctionnelle, les maladies chroniques et le bien-être psychologique³⁸.

Les fumeurs quotidiens actuels ont été comparés à tous les autres (les fumeurs occasionnels, les anciens fumeurs et les personnes n'ayant jamais fumé).

Les catégories d'indice de masse corporelle (IMC = poids en kilogrammes / taille en mètres carrés) étaient les suivantes : insuffisance pondérale (moins de 18,5), poids normal ou surpoids (de 18,5 à moins de 30) et obésité (30 et plus). On a appliqué une correction à l'IMC pour réduire le biais lié au poids et à la taille autodéclarés³⁹.

Les établissements de soins de courte durée ont été identifiés grâce à la variable suivante de la BDCP : *analytical_inst_type_code* = 1. Les participants qui avaient été admis à l'hô-

pital au moins une fois entre la date de leur interview aux fins de l'ESCC-VS et le 31 décembre 2011 ont été considérés comme des personnes ayant subi une hospitalisation en soins de courte durée.

Les décès et les dates de décès ont été tirés de la BCDM. Seuls les décès tirés de la BCDM qui étaient survenus le 31 décembre 2011 ou avant ont été inclus dans les fichiers sources de l'ESCC et de la BCDM.

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées ont été utilisées pour estimer le pourcentage de personnes à risque nutritionnel selon le sexe et le groupe d'âge, ainsi que le pourcentage de personnes ayant subi au moins une hospitalisation en soins de courte durée ou étant décédées durant la période de suivi, selon l'état de risque nutritionnel et d'autres caractéristiques. Les données ont été examinées graphiquement pour repérer toute interaction entre le risque nutritionnel et l'hospitalisation ou le décès selon le sexe et le groupe d'âge (aucune interaction n'a été repérée; les données ne sont pas présentées). Des modèles multivariés minutieux ont servi à étudier les associations entre le risque nutritionnel (la variable d'exposition) et l'hospitalisation

Tableau 1
Nombre et pourcentage de personnes à risque nutritionnel, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, à l'exception du Québec et des territoires, 2008-2009

Sexe et groupe d'âge	Nombre en milliers	% de personnes âgées de 65 ans et plus	Intervalle de confiance à 95 %	
			de	à
Total	979	33,7	32,3	35,0
Sexe				
Hommes	384	29,2*	27,3	31,2
Femmes†	595	37,4	35,5	39,3
Groupe d'âge				
65 à 74 ans†	514	31,7	29,7	33,6
75 ans et plus	465	36,2*	34,1	38,3

† catégorie de référence

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

Sources : Fichier partagé/couplé de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillessement en santé, 2008-2009; Base de données sur les congés des patients, 2007-2008 à 2011-2012.

Tableau 2
Nombre et pourcentage d'hospitalisations en soins de courte durée ou de décès durant la période de suivi de 25 à 36 mois, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, à l'exception du Québec et des territoires, 2008-2009

Caractéristiques	Hospitalisations en soins de courte durée				Décès			
	Nombre en milliers	%	Intervalle de confiance à 95 %		Nombre en milliers	%	Intervalle de confiance à 95 %	
			de	à			de	à
Total	760	26,1	24,8	27,5	195	6,7	6,1	7,4
Sexe								
Hommes	358	27,2	25,2	29,3	105	7,9*	6,8	9,2
Femmes†	402	25,2	23,5	27,1	90	5,7	5,0	6,4
Groupe d'âge								
65 à 74 ans†	306	18,8	17,1	20,6	49	3,0	2,4	3,8
75 ans et plus	454	35,4*	33,3	37,6	146	11,4*	10,2	12,6
Principale source de revenu du ménage								
Aide sociale ou Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti	157	28,6	25,9	31,5	49	8,9*	7,3	10,9
Autre†	561	25,2	23,6	26,9	134	6,0	5,4	6,8
Autoévaluation de la santé								
Bonne, très bonne, excellente	514	22,6*	21,2	24,2	118	5,2*	4,5	5,9
Passable ou mauvaise	246	38,7	35,5	42,0	77	12,1	10,4	14,0
Fumeur quotidien (actuellement)								
Oui	71	31,6*	27,1	36,6	25	11,0*	8,3	14,4
Non†	689	25,7	24,3	27,2	170	6,3	5,7	7,0
Catégorie d'IMC								
Poids insuffisant	17	39,1*	29,8	49,3	7 ^E	15,5* ^E	9,6	24,0
Poids normal/Surpoids†	537	26,3	24,8	27,9	143	7,0	6,3	7,8
Obésité	194	25,1	22,4	28,0	41	5,3*	4,1	6,8
Risque nutritionnel								
Oui	305	31,2*	28,8	33,6	92	9,4*	8,1	10,7
Non†	455	23,6	21,9	25,3	103	5,4	4,7	6,1

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

† catégorie de référence

^E à utiliser avec prudence

Sources : Fichier partagé/couplé de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé (ESCC-VS), 2008-2009; Base de données sur les congés des patients 2007-2008 à 2012-2013; données couplées de l'ESCC-VS et de la Base canadienne de données sur la mortalité.

en soins de courte durée ou la mortalité (modèles de régression à risques proportionnels de Cox). Ces modèles portaient sur le sexe, l'âge, la principale source de revenu du ménage et certaines caractéristiques liées à la santé (autoévaluation de la santé, statut de fumeur et IMC). La sélection des covariables s'est faite en fonction des ouvrages publiés et des données existantes de l'ESCC-VS. Bien que le fait de vivre seules puisse être un facteur de risque pour l'hospitalisation et le décès des personnes âgées, il n'a pas été pris en compte comme une covariable dans l'analyse, car l'évaluation du risque nutritionnel contient une question sur la fréquence à laquelle les personnes prennent leurs repas seules,

qui est très liée au fait de vivre seules (rho de Spearman 0,78).

Pour les analyses portant sur l'hospitalisation comme pour celles relatives à la mortalité, on a étudié l'échantillon à partir de la date de l'interview de l'ESCC-VS jusqu'au 31 décembre 2011. La période de suivi après l'interview s'étendait donc de 25 à 36 mois et dépendait du moment auquel les participants étaient interviewés.

L'hypothèse liée aux risques proportionnels a été testée à l'aide d'un examen visuel des tracés SAS PROC LIFETEST pour les deux résultats. Les analyses sont fondées sur des données pondérées, pour tenir compte du consentement au couplage et à la communication des

données, en utilisant le logiciel SAS Enterprise Guide, version 7.1.

Des poids d'échantillonnage ont été utilisés pour tenir compte du plan de sondage et des non-réponses ainsi que pour s'adapter aux différences de consentement concernant le couplage et la communication des données. L'utilisation de poids d'échantillonnage est essentielle pour tenir compte des probabilités de sélection inégales et pour réduire les risques de biais résultant des différences en matière de réponse, de communication des données et de consentement au couplage. Afin de tenir compte de la sous-estimation des erreurs types attribuable au plan de sondage complexe, on a appliqué des poids bootstrap au moyen de la version 11.0 de SAS-Callable SUDAAN⁴⁰. Le seuil de signification était fixé à $p < 0,05$.

Résultats

Près d'un million

Près d'un million (979 000 personnes, selon les estimations) de Canadiens âgés de 65 ans et plus présentaient un risque nutritionnel en 2008-2009. Ils représentaient le tiers (34 %) des personnes de ce groupe d'âge (tableau 1). Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de présenter un risque nutritionnel (37 % contre 29 %), tout comme les personnes âgées de 75 ans et plus par rapport aux personnes âgées plus jeunes (36 % contre 32 %). L'âge moyen des personnes présentant un risque nutritionnel était de 75 ans, contre 74 ans pour celles ne présentant pas de risque nutritionnel ($p \leq 0,05$; données non présentées dans le tableau).

Hospitalisation

Plus du quart (26 %) des personnes âgées ont été hospitalisées au moins une fois au cours de la période de suivi. Les aînés plus âgés étaient plus susceptibles d'avoir été hospitalisés que les personnes âgées de 65 à 75 ans : 35 % contre 19 % (tableau 2). Les fumeurs quotidiens et les personnes en insuffisance pondérale étaient plus susceptibles d'avoir été hospitalisés, alors que le contraire

Tableau 3

Rapports de cotes corrigés reliant les hospitalisations en soins de courte durée et les décès durant la période de suivi de 25 à 36 mois à certaines caractéristiques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, à l'exception du Québec et des territoires, 2008-2009

Caractéristiques	Hospitalisations en soins de courte durée			Décès		
	Rapport de risque	Intervalle de confiance à 95 % de à		Rapport de risque	Intervalle de confiance à 95 % de à	
Sexe						
Hommes	1,2*	1,0	1,3	1,7*	1,3	2,1
Femmes†	1,0	...	...	1,0	...	...
Âge (continu)	1,06*	1,05	1,07	1,11*	1,09	1,12
Principale source de revenu du ménage						
Aide sociale ou Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti	1,0	0,8	1,1	1,1	0,9	1,5
Autre†	1,0	...	...	1,0	...	...
Autoévaluation de la santé						
Bonne, très bonne, excellente	0,6*	0,5	0,7	0,6*	0,4	0,7
Passable, mauvaise†	1,0	...	...	1,0	...	...
Fumeur quotidien (actuellement)						
Oui	1,4 *	1,1	1,7	2,2*	1,5	3,0
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Catégorie d'IMC						
Poids insuffisant	1,4	1,0	1,9	1,8*	1,1	3,1
Poids normal/Surpoids†	1,0	...	...	1,0	...	...
Obésité	1,0	0,9	1,2	0,9	0,7	1,3
Risque nutritionnel						
Oui	1,2*	1,1	1,4	1,6*	1,3	2,0
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...

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

† catégorie de référence

... n'ayant pas lieu de figurer

Sources : Fichier partagé/couplé de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé (ESCC-VS), 2008-2009; Base de données sur les congés des patients, 2007-2008 à 2012-2013; fichier couplé de l'ESCC-VS et de la Base canadienne de données sur la mortalité.

se confirmait pour les personnes qui avaient évalué leur santé comme étant bonne, très bonne ou excellente. En 2008-2009, 31 % des personnes âgées présentant un risque nutritionnel ont été hospitalisées en soins de courte durée durant la période de suivi, ce qui est nettement supérieur aux 24 % de personnes âgées ne présentant pas de risque nutritionnel qui ont été hospitalisées.

Même en tenant compte de l'âge, du sexe, de la principale source de revenu du ménage, de l'état de santé et des comportements influant sur la santé, les personnes à risque nutritionnel étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir été hospitalisées (1,2) en soins de courte durée (tableau 3).

Décès

Environ 7 % des personnes âgées sont décédées durant la période de suivi (tableau 2). Le fait d'être un homme âgé, de fumer quotidiennement et d'être en insuffisance pondérale a été associé à un risque de décès accru, tandis que l'autoévaluation de la santé comme étant bonne, très bonne ou excellente constituait un élément protecteur. Les personnes qui présentaient un risque nutritionnel en 2008-2009 étaient plus susceptibles de décéder que celles ne présentant pas de risque nutritionnel; les estimations respectives étant de 9 % contre 5 %. Si l'on tenait compte des facteurs de confusion des caractéristiques sociodémographiques, de l'état de santé

et des comportements influant sur la santé, le rapport de risque pour la mortalité, toutes causes confondues, était considérablement plus élevé (1,6) pour les personnes âgées à risque nutritionnel (tableau 3). Les personnes à risque nutritionnel avaient aussi un temps de survie plus court durant la période de suivi que celles qui ne présentaient pas de risque nutritionnel : 498 jours (IC à 95 % : 462 à 534) contre 538 jours (IC à 95 % : 501 à 574) (données non présentées dans le tableau).

Discussion

Pour la première fois, des estimations des hospitalisations en soins de courte durée et des décès au Canada (à l'exception du Québec et des territoires) liés à l'état de risque nutritionnel ont été produites prospectivement en recourant au couplage de données d'enquête menée auprès de la population et de données administratives. Environ le tiers des personnes âgées vivant dans la collectivité présentaient un risque nutritionnel en 2008-2009.

Une alimentation de mauvaise qualité ou en quantité insuffisante peut contribuer à la surcharge ou à l'insuffisance pondérale, à la réduction de la masse osseuse, à la dysfonction immunitaire, à la déficience cognitive, aux limitations fonctionnelles, à l'anémie et à une capacité réduite à se remettre d'une maladie ou d'une chirurgie^{41,42}. La présente étude renforce l'association entre le risque nutritionnel et la mauvaise santé. Bien que la prévalence du risque nutritionnel soit différente selon le sexe et le groupe d'âge, les analyses multivariées ont confirmé des associations avec l'hospitalisation et le décès, c'est-à-dire que, quels que soient le sexe, l'âge ou les autres facteurs de confusion potentiels, les personnes qui présentaient un risque nutritionnel en 2008-2009 étaient considérablement plus susceptibles d'avoir été hospitalisées ou d'être décédées durant la période de suivi de 25 à 36 mois que les personnes ne présentant pas de risque nutritionnel. Il s'agit probablement d'un processus itératif selon lequel une ali-

mentation inappropriée peut mener à des maladies chroniques, alors que les maladies actuelles et les traitements qui y sont associés peuvent nuire au bien-être nutritionnel^{9,18,43}.

Les résultats des quelques rares études qui ont examiné les associations entre le risque nutritionnel et l'hospitalisation des personnes âgées vivant dans la collectivité sont mitigés : deux études établissent une association forte^{19,20}, mais une autre ne le fait pas²¹. Néanmoins, l'hospitalisation n'est qu'une des composantes du système de soins de santé. Des analyses portant sur un plus large champ de services de santé n'ont pas établi d'associations évidentes entre le risque nutritionnel et le nombre de visites chez le médecin ou les admissions dans les maisons de soins infirmiers, mais ont fait ressortir des liens avec les soins à domicile et la durée de l'hospitalisation^{19-21,23}. Il est possible que les associations entre le risque nutritionnel et l'hospitalisation dépendent de la cause ou de la raison de l'hospitalisation ou du fait que l'hospitalisation soit planifiée (par exemple, en raison d'une chirurgie) ou non planifiée (par exemple, en raison d'un état de santé qui se dégrade).

Dans la présente analyse, les associations établies entre le risque nutritionnel et la mortalité sont conformes à celles présentées dans certaines enquêtes antérieures^{10,16,21-25}, mais pas à toutes celles réalisées^{21,26,44}. Les différences entre les outils de dépistage nutritionnel, les périodes de suivi, les groupes d'âge, les covariables, les tailles d'échantillon, la représentativité et les emplacements géographiques rendent les comparaisons avec d'autres enquêtes difficiles. Deux enquêtes^{10,16} ayant utilisé une version de l'outil de dépistage du risque nutritionnel SCREEN semblable à celle employée pour la présente analyse ont aussi établi des associations importantes avec la mortalité. Un récent examen systématique¹³ a conclu que les outils de dépistage nutritionnel permettaient de mieux prédire la mortalité dans des contextes de soins de courte durée ou de soins intensifs, mais moins efficacement chez les per-

sonnes âgées vivant dans la collectivité. Toutefois, la présente étude montre que l'instrument SCREEN II-AB permet d'établir des associations entre le risque nutritionnel, l'hospitalisation et la mortalité des personnes âgées vivant dans la collectivité, ce qui contribue à la validité prédictive de cet outil de dépistage.

D'autres études pourraient examiner les causes précises d'hospitalisation ou de décès et identifier des sous-groupes de personnes âgées (par exemple, les immigrants et les personnes âgées socialement isolées) chez qui le risque nutritionnel est le plus lié à l'hospitalisation et à la mortalité. En outre, les personnes hospitalisées pourraient être classées, selon qu'elles ont subi une chirurgie ou reçu des soins médicaux ou selon le nombre de journées qu'elles ont passées à l'hôpital pour recevoir un traitement actif ou selon que certaines ou toutes les journées qu'elles ont passées à l'hôpital ont été considérées comme des autres niveaux de soins (ANS). Les patients ayant reçu un autre niveau de soins ne nécessitent plus de soins courte durée, mais peuvent occuper des lits dans une unité de soins de courte durée en attendant d'être déplacées dans un établissement de soins de longue durée⁴⁵.

Limites

Les résultats de l'étude reposent sur des personnes âgées vivant dans la collectivité et ne reflètent pas le risque nutritionnel ou les associations avec l'hospitalisation et le décès des personnes résidant dans des établissements de soins de longue durée. Les personnes interposées n'ont pas répondu aux questions de l'enquête sur le risque nutritionnel. Elles ont donc été exclues de l'analyse. Même si cette exclusion peut constituer un biais, l'inclusion des réponses données au nom des personnes ayant une déficience le serait aussi⁴⁶. Une analyse de certaines caractéristiques de la population étudiée indique que les personnes interposées étaient plus susceptibles d'être des hommes plus âgés et dans un état de santé pire que celui

des personnes répondant elles-mêmes aux questions⁴⁷. Toutefois, les personnes interposées ne représentent que 2,2 % de l'échantillon de l'étude.

Les données de l'ESCC-VS sont autodéclarées et n'ont été vérifiées par aucune autre source. L'état nutritionnel des personnes n'a pas été mesuré dans l'ESCC-VS et l'instrument SCREEN II-AB ne fait pas la distinction entre les personnes à risque de dénutrition et celles en souffrant déjà. De plus, le risque nutritionnel n'a été mesuré qu'une seule fois au moment de l'interview de l'ESCC-VS. On ne sait donc pas si l'état de risque nutritionnel a changé au cours de la période de suivi ni combien de temps il a duré. Certaines variables potentiellement pertinentes (par exemple, l'utilisation de médicaments et les antécédents médicaux) n'étaient pas disponibles.

Les participants à l'ESCC-VS du Québec n'ont pas pu être inclus dans l'étude, car la BDCP ne comprend pas les données de cette province. Par conséquent, si les participants qui vivaient dans d'autres provinces ont été hospitalisés au Québec, leur séjour à l'hôpital n'a pas été pris en compte ni dans la BDCP ni dans l'étude.

Seules les hospitalisations en soins de courte durée ont été examinées. Les résultats ne sont pas généralisables à d'autres types d'hospitalisation, comme les chirurgies d'un jour et les services psychiatriques, ou à l'utilisation de services de santé en général. En outre, après 2005, en Ontario, les hospitalisations pour des problèmes de santé mentale ont plutôt été enregistrées dans une autre base de données administratives : le Système d'information ontarien sur la santé mentale⁴⁸. Les hospitalisations en soins de courte durée pour des problèmes de santé mentale sont donc sous-représentées dans les données couplées.

Le couplage probabiliste a servi à établir des liens entre les données d'enquêtes et les données sur les hospitalisations et les décès. Il est possible que de faux liens aient été établis ou que de vrais liens n'aient pas été établis.

Mot de la fin

La présente analyse montre l'importance de coupler les données administratives sur les hospitalisations et les décès aux enregistrements des grandes enquêtes nationales sur la santé de la population. Les résultats indiquent que le risque nutritionnel est indépendamment associé à l'hospitalisation en soins de courte durée et à la mortalité. Ils soulignent aussi l'importance de faire un suivi auprès des personnes âgées et de les soigner pour influencer sur le risque nutritionnel auquel elles sont confrontées dans le contexte des soins primaires afin de réduire leurs hospitalisations et d'améliorer leur survie. La compré-

hension de l'effet du risque nutritionnel sur la santé des personnes âgées peut orienter les programmes visant à réduire la morbidité et aider à planifier les besoins futurs en matière de ressources de soins de santé.

Remerciements

Statistique Canada remercie tous les participants pour leur collaboration et leurs conseils lors de l'élaboration de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé, 2008-2009. Le contenu de l'enquête a été élaboré par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, de concert avec Santé Canada, l'Agence de

la santé publique du Canada et les experts de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV), une initiative importante des Instituts de recherche en santé du Canada. Ont participé aux consultations des représentants de Ressources humaines et Développement social Canada et des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. L'ajout de 5 000 participants âgés de 45 à 54 ans à l'enquête a été financé par l'ELCV.

Statistique Canada souligne avec reconnaissance l'apport de Heather Keller, Ph. D., qui a autorisé l'utilisation de l'instrument SCREEN II-AB et a participé à son adaptation aux fins de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé. ■

Références

1. A. Imoscopi, E.M. Inelmen, G. Sergi *et al.*, « Taste loss in the elderly: Epidemiology, causes and consequences », *Aging Clinical Experimental Research*, 24(6), 2012, p. 570-579.
2. E.D. Toffanello, E.M. Inelmen, A. Imoscopi *et al.*, « Taste loss in hospitalized multimorbid elderly subjects », *Clinical Interventions in Aging*, 8, 2013, p. 167-174.
3. C. Zenuk, J. Healey, J. Donnelly *et al.*, « Thiamine deficiency in congestive heart failure patients receiving long-term furosemide therapy », *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 10, 2003, p. 184-188.
4. R.J. Valuck et J.M. Ruscin, « A case-control study on adverse effects: H2 blocker or proton pump inhibitor use and risk of vitamin B12 deficiency in older adults », *Journal of Clinical Epidemiology*, 57, 2004, p. 422-428.
5. L.M. Donini, P. Scardella, L. Piombo *et al.*, « Malnutrition in elderly: Social and economic determinants », *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 17(1), 2013, p. 9-15.
6. M. Furuta et Y. Yamashita, « Oral health and swallowing problems », *Current Physical Medical Rehabilitation Reports*, 1, 2013, p. 216-222.
7. J. Coveney et L.A. O'Dwyer, « Effects of mobility and location on food access », *Health and Place*, 15, 2009, p. 45-55.
8. R.E. Walker, C.R. Keane et J.G. Burke, « Disparities and access to healthy food in the United States: A review of food deserts literature », *Health and Place*, 16, 2010, p. 876-884.
9. L.M. Donini, C. Savina et C. Cannella, « Eating habits and appetite control in the elderly: The anorexia of aging », *International Psychogeriatrics*, 15(1), 2003, p. 73-87.
10. H.H. Keller et T. Østbye, « Nutritional risk and time to death: Predictive validity of SCREEN », *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 7(2), 2003, p. 274-279.
11. H.H. Keller, T. Østbye et R. Goy, « Nutritional risk predicts quality of life in elderly community-living Canadians. », *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(1), 2004, p. 68-74.
12. H.H. Keller, R. Goy et S.L. Kane, « Validity and reliability of SCREEN II (Seniors in the community: Risk evaluation for eating and nutrition, Version II) », *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(10), 2005, p. 1149-1157.
13. E. Dent, R. Visvanathan, C. Piantodosi et I. Chapman, « Nutritional screening tools as predictors of mortality, functional decline, and move to higher level care in older people: A systematic review », *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 31(2), 2012, p. 97-145.
14. M. Martinez-Reig, L. Gomez-Arnedo, A.S. Alfonso-Silguero *et al.*, « Nutritional risk, nutritional status and incident disability in older adults. The FRADEA study. », *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 8(3), 2014, p. 270-276.
15. C.O. Lengyel, R.B. Tate et D.J. Bayomi, « Nutritional risk in community-dwelling older men: The Manitoba follow-up study », *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 75(2), 2014, p. 84-8.
16. V.E. Broeska, C.O. Lengyel et R.B. Tate, « Nutritional risk and 5-year-mortality of older community-dwelling Canadian men: The Manitoba Follow-Up Study », *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 32(4), 2013, p. 317-329.
17. A.H. Hamirudin, K. Charlton et K. Walton, « Outcomes related to nutrition screening in community living older adults: A systematic review », *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 62, 2016, p. 9-25.
18. P.L. Ramage-Morin et D. Garriguet, « Risque nutritionnel chez les Canadiens âgés », *Rapports sur la santé*, 24(3), 2013, p. 3-15.
19. D.R. Buys, D.L. Roth, C.S. Ritchie *et al.*, « Nutritional risk and Body Mass Index predict hospitalization, nursing home admissions, and mortality in community-dwelling older adults: Results from the UAB Study of Aging with 8.5 years of follow-up », *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 69(9), 2014, p. 1146-1153.
20. Y. Yang, C.J. Brown, K.L. Burgio *et al.*, « Undernutrition at baseline and health services utilization and mortality over a 1-year period in older adults receiving Medicare home health services », *Journal of the Medical Directors Association*, 12(4), 2011, p. 287-294.
21. A.M. Beck, L. Ovesen et M. Osler, « The 'Mini Nutritional Assessment' (MNA) and the 'Determine Your Nutritional Health' Checklist (NSI Checklist) as predictors of morbidity and mortality in an elderly Danish population », *British Journal of Nutrition*, 81(1), 1999, p. 31-36.
22. H. Lundin, M. SääL, L.E. Strender *et al.*, « Mini nutritional assessment and 10-year mortality in free-living elderly women: A prospective cohort study with 10-year follow-up », *European Journal of Clinical Nutrition*, 66, 2012, p. 1050-1053.
23. A.C. Tsai, S.F. Yang et J.Y. Wang, « Validation of a population-specific mini-nutritional assessment with its long-term mortality-predicting ability: Results of a population-based longitudinal 4-year study in Taiwan », *British Journal of Nutrition*, 104, 2010, p. 93-99.
24. A. Saletti, I. Johansson, E. Yifter-Lindgren *et al.*, « Nutritional status and a 3-year follow-up in elderly receiving support at home », *Gerontology*, 51(3), 2005, p. 192-198.
25. N.R. Sahyoun, P.F. Jacques, G.E. Dallal et R.M. Russell, « Nutrition Screening Initiative Checklist may be a better awareness/educational tool than a screening one », *Journal of the American Dietetic Association*, 97(7), 1997, p. 750-754.
26. R.M. Coe, J.C. Romeis, D.K. Miller *et al.*, « Nutritional risk and survival in elderly veterans: A five-year follow-up », *Journal of Community Health*, 18(6), 1993, p. 327-334.
27. L. Söderström, A. Rosenblad, E. Thors Adolfsen *et al.*, « Nutritional status predicts preterm death in older people: A prospective cohort study », *Clinical Nutrition*, 33(2), 2014, p. 354-349.
28. K. Tevik, H. Thürmer, M.I. Husby *et al.*, « Nutritional risk is associated with long term mortality in hospitalized patients with chronic heart failure », *Clinical Nutrition ESPN*, 12, 2016, p. e20-29.
29. K. Charlton, C. Nicols, S. Bowden *et al.*, « Poor nutritional status of older subacute patients predicts clinical outcomes and mortality at 18 months of follow-up », *European Journal of Clinical Nutrition*, 66(11), 2012, p. 1224-1228.
30. Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Vieillesse en santé (ESCC)*, disponible à l'adresse http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5146&Item_Id=1724
31. Institut canadienne d'information sur la santé, *Métadonnées de la Base de données sur les congés des patients (BDSP)*, disponible à l'adresse <https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-de-base-de-donnees-sur-les-conges-des-patients>.
32. Institut canadienne d'information sur la santé, *Études de seconde saisie de données, Base de données sur les congés des patients (BDSP)*, disponible à l'adresse <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC228>.
33. Statistique Canada, *Directive sur le couplage de microdonnées*, disponible à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/fra/enregistrement/politique4-1>.
34. Statistique Canada, *Couplages d'enregistrements approuvés*, disponible à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/fra/enregistrement/somm>.

Risque nutritionnel, hospitalisation et mortalité chez les Canadiens âgés de 65 ans et plus vivant dans la collectivité • Article de recherche

35. C. Sanmartin, Y. Decady, R. Trudeau *et al.*, « Couplage de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et de la Base canadienne de données sur la mortalité : une source de données améliorée pour l'étude de la mortalité », *Rapports sur la santé*, 27(12), 2016, p. 11-20.
36. Statistique Canada, *Summary Report of the Canadian Community Health Survey (CCHS) – Discharge Abstract Database (DAD) Record Linkage Study*, Rapport interne non publié, disponible sur demande.
37. M.S. Phillips, A.L. Foley, R. Barnard *et al.*, « Nutritional screening in community-dwelling older adults: A systematic literature review », *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 19(3), 2010, p. 440-449.
38. M. Shields et S. Shooshtari, « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, 13(1), 2001, p. 39-63.
39. M. Shields, S. Connor Gorber, I. Janssen et M.S. Tremblay, « Estimations de l'obésité chez les enfants fondées sur les mesures déclarées par les parents et sur les mesures directes », *Rapports sur la santé*, 22(3), 2011, p. 51-63.
40. 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.
41. T. Ahmed et N. Haboubi, « Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health », *Clinical Interventions in Aging*, 5, 2010, p. 207-216.
42. W. Leslie et C. Hankey, « Aging, nutritional status and health », *Healthcare*, 3, 2015, p. 648-658.
43. M. Hickson, « Malnutrition and ageing », *Postgraduate Medical Journal*, 82, 2006, p.2-8. doi: 10.1136/pgmj.2005.037564
44. C. Boulton, U.B. Krinkle, C.F. Urdangarin et V. Skarin, « The validity of nutritional status as a marker for future disability and depressive symptoms among high-risk older adults », *Journal of American Geriatrics Society*, 47(8), 1999, p. 995-999.
45. Institut canadienne d'information sur la santé, Les personnes âgées et les niveaux de soins alternatifs : mettre à profit nos connaissances, disponible à l'adresse https://secure.cihi.ca/free_products/ALC_AIB_FR.pdf
46. M. Shields, « Information sur la santé : déclaration par procuration », *Rapports sur la santé*, 15(3), 2004, p. 23-37.
47. P.L. Ramage-Morin, « Problèmes auditifs et sentiment d'isolement social chez les Canadiens âgés de 45 ans et plus », *Rapports sur la santé*, 27(11), 2016, p. 3-14.
48. Institut canadienne d'information sur la santé, Santé mentale et toxicomanie – Métadonnées, document consulté le 31 août 2016, disponible à l'adresse <https://www.cihi.ca/fr/types-de-soins/services-specialises/sante-mentale-et-toxicomanie>

Annexe

Figure A
Échantillon de l'étude et critères d'exclusion

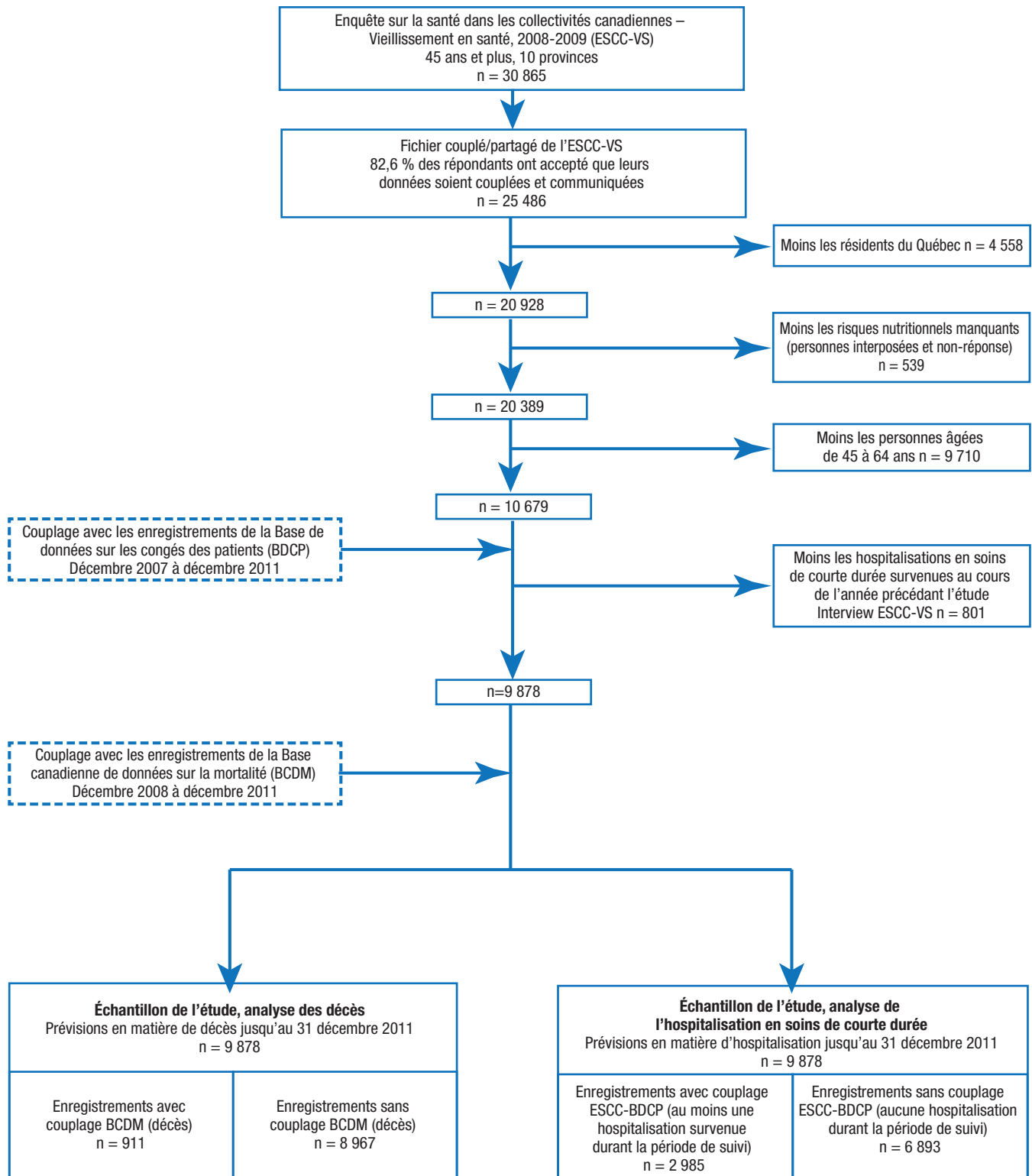


Figure B

Questions sur le risque nutritionnel et catégories de réponse dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé (ESCC-VS) et l'instrument SCREEN II-AB

ESCC-VS†		SCREEN II - AB
Numéro	Question Catégories de réponse (points)	Question Catégories de réponse
1	<p>1. Comparativement à il y a six mois, avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé à peu près le même poids?</p> <p>Gardé à peu près le même poids (8) Ne sais pas (0)</p> <p>Pris du poids (0) Perdu du poids (0)</p> <p>2. Quel a été votre gain ou perte de poids au cours des six derniers mois?</p> <p>Pris plus de 10 livres (plus de 4,5 kilos) (0) Pris 6 à 10 livres (2,7 à 4,5 kilos) (2) Pris environ 5 livres (environ 2,3 kilos) (4) Pris moins de 5 livres (moins de 2,3 kilos) (8)</p>	<p>Votre poids a-t-il changé au cours des six derniers mois?</p> <p>Oui, j'ai pris plus de 10 livres Oui, j'ai pris 6 à 10 livres Oui, j'ai pris environ 5 livres Non, j'ai gardé à peu près le même poids, à quelques livres près Oui, j'ai perdu 5 livres Oui, j'ai perdu 6 à 10 livres Oui, j'ai perdu plus de 10 livres Je ne sais pas combien je pèse ou si mon poids a changé</p>
2	<p>3. En général, à quelle fréquence sautez-vous des repas?</p> <p>Presque tous les jours (0) Souvent (2) Parfois (4) Jamais ou rarement (8)</p>	<p>Sautez-vous des repas?</p> <p>Sautez-vous des repas? Souvent Parfois Jamais ou rarement</p>
3	<p>4. En général, comment décririez-vous votre appétit?</p> <p>Peu d'appétit (0) Passable (4) Bon (6) Très bon (8)</p>	<p>Comment décririez-vous votre appétit?</p> <p>Peu d'appétit Passable Bon Très bon</p>
4	<p>5. En général, à quelle fréquence toussiez-vous, vous étouffiez-vous ou éprouvez-vous de la douleur en avalant de la nourriture ou des liquides?</p> <p>Souvent ou toujours (0) Parfois (2) Rarement (6) Jamais (8)</p>	<p>Toussez-vous, vous étouffiez-vous ou éprouvez-vous de la douleur en avalant de la nourriture ou des liquides?</p> <p>Souvent ou toujours Parfois Rarement Jamais</p>
5	<p>6. En général, combien de portions de fruits et de légumes mangez-vous chaque jour?</p> <p>Moins de deux (0) Deux (1) Trois (2) Quatre (3) Cinq (4) Six (4) Sept ou plus (4)</p>	<p>Combien de portions de fruits et légumes mangez-vous chaque jour?</p> <p>Deux Trois Quatre Cinq ou plus</p>
6	<p>7. Quelle quantité de liquide buvez-vous en une journée?</p> <p>Moins de deux tasses (0) Environ deux tasses (1) Trois à quatre tasses (2) Cinq à sept tasses (3) Huit tasses ou plus (4)</p>	<p>Quelle quantité de liquide buvez-vous en une journée?</p> <p>Moins de deux tasses Environ deux tasses Trois à quatre tasses Cinq à sept tasses Huit tasses ou plus</p>

Figure B
Questions sur le risque nutritionnel et catégories de réponse dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes –
Vieillesse en santé (ESCC-VS) et l'instrument SCREEN II-AB (continué)

	ESCC-VS [†]	SCREEN II - AB
	Question	Question
Numéro	Catégories de réponse (points)	Catégories de réponse
7	8. À quelle fréquence prenez-vous au moins un repas chaque jour en compagnie d'une autre personne? Jamais ou rarement (0) Parfois (2) Souvent (3) Presque toujours (4)	Prenez-vous au moins un repas par jour avec quelqu'un? Jamais ou rarement Parfois Souvent Presque toujours
8	9. Cuisinez-vous habituellement vos propres repas? Non Oui 10. Selon vous, laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux la préparation de vos repas? Cuisiner est habituellement un fardeau pour moi (0) Parfois, cuisiner est un fardeau pour moi (2) J'aime cuisiner la plupart de mes repas (4)	Qui cuisine habituellement vos repas? Quelqu'un cuisine la plupart de mes repas Je cuisine mes repas avec quelqu'un d'autre Je cuisine mes propres repas Quelle affirmation décrit le mieux la préparation de vos repas? Cuisiner est habituellement un fardeau pour moi Parfois, cuisiner est un fardeau pour moi J'aime cuisiner la plupart de mes repas
	11. Selon vous, laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux les repas préparés par d'autres? Je ne suis pas satisfait de la qualité des repas préparés par d'autres (0) Je suis satisfait de la qualité des repas préparés par d'autres (4)	Quelle affirmation décrit le mieux les repas préparés par d'autres? Je ne suis pas satisfait de la qualité des repas préparés par d'autres Je suis satisfait de la qualité des repas préparés par d'autres

[†] D'après l'instrument Seniors in the Community Risk Evaluation for Eating and Nutrition II – Abbreviated (SCREEN II-AB) conçu par Heather Keller, Ph. D., de l'Université de Waterloo, Ontario et adapté, avec autorisation, aux questions de l'interview assistée par ordinateur de l'ESCC-VS.