

Rapports sur la santé

Profils de la santé et des soins reçus et besoins insatisfaits en matière de soins à domicile chez les Canadiens de 85 ans et plus vivant dans la collectivité

par Md Kamrul Islam et Heather Gilmour

Date de diffusion : le 21 mai 2025



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 infostats@statcan.gc.ca

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

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

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

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de l'Industrie, 2025

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.

Profils de la santé et des soins reçus et besoins insatisfaits en matière de soins à domicile chez les Canadiens de 85 ans et plus vivant dans la collectivité

par Md Kamrul Islam^a et Heather Gilmour

a  <https://orcid.org/0000-0002-2566-8117>

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202500500002-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

La population âgée de 85 ans et plus est l'un des groupes d'âge présentant la croissance la plus rapide. La détermination de profils distincts d'état de santé et de soins reçus peut améliorer la compréhension de l'hétérogénéité dans ce groupe d'âge. Les besoins insatisfaits en matière de soins à domicile sont associés à des conséquences négatives pour la santé et peuvent compromettre la capacité des personnes âgées de 85 ans et plus à vieillir dans la collectivité.

Données et méthodes

Les données d'un échantillon représentatif de 4 083 Canadiens âgés de 85 ans et plus vivant dans la collectivité provenant de l'Enquête canadienne sur la santé des aînés (ECSA) de 2019-2020 ont été utilisées pour déterminer les profils de santé et de soins reçus, grâce à une analyse de structure latente. La régression logistique multinomiale a été utilisée pour examiner les facteurs associés aux profils. Une régression logistique multivariée a été appliquée pour évaluer l'association entre les profils et les besoins insatisfaits en matière de soins à domicile.

Résultats

Environ 201 000 Canadiens âgés de 85 ans et plus (28,2 %) ont été classés comme étant « en bonne santé, peu de soins reçus », 180 000 (25,3 %) comme étant « relativement en bonne santé, soins reçus en quantité modérée », 194 000 (27,2 %) comme étant « relativement en mauvaise santé, peu de soins reçus » et 137 000 (19,2 %) comme étant « en mauvaise santé, soins importants reçus ». Le vieillissement et le fait d'être un immigrant étaient associés à une moins bonne santé et à une plus grande probabilité de recevoir des soins. Environ 46 000 Canadiens âgés de 85 ans et plus (6,5 %) ont déclaré avoir des besoins insatisfaits en matière de soins à domicile. Les personnes dont le profil indiquait une moins bonne santé et une plus grande probabilité de recevoir des soins étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de soins à domicile.

Interprétation

Les résultats de la présente étude soulignent l'importance de tenir compte de multiples facteurs relatifs à la santé et aux soins reçus pour mieux cerner les besoins insatisfaits en matière de soins à domicile chez les Canadiens âgés de 85 ans et plus vivant dans la collectivité.

Mots clés

État de santé, soins reçus, besoins insatisfaits en matière de soins à domicile, Canadiens âgés de 85 ans et plus.

AUTEURS

Md Kamrul Islam et Heather Gilmour travaillent à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Parmi la population âgée, le groupe des 85 ans et plus est l'une des populations présentant la croissance la plus rapide. On prévoit que le nombre de Canadiens âgés de 85 ans et plus atteindra 2,2 millions d'ici 2043.
- Les Canadiens âgés de 85 ans et plus ont une prévalence plus élevée de maladies chroniques, notamment l'hypertension, l'arthrose, les maladies du cœur, l'ostéoporose et la maladie pulmonaire obstructive chronique.
- La prévalence de recevoir des services de soins à domicile et d'avoir des besoins insatisfaits en matière de soins à domicile est également plus élevée chez les personnes de 85 ans et plus que chez les groupes d'âge plus jeunes.

Ce qu'apporte l'étude

- Selon l'ECSA de 2019-2020, environ 201 000 Canadiens âgés de 85 ans et plus vivant dans la collectivité (28,2 %) ont été classés comme étant « en bonne santé, peu de soins reçus », 180 000 (25,3 %) comme étant « relativement en bonne santé, soins reçus en quantité modérée », 194 000 (27,2 %) comme étant « relativement en mauvaise santé, peu de soins reçus » et 137 000 (19,2 %) comme étant « en mauvaise santé, soins importants reçus ».
- Le vieillissement et le fait d'être un immigrant étaient associés à une plus grande probabilité d'être dans les profils caractérisés par un mauvais état de santé et la réception de soins importants.
- En 2019-2020, environ 46 000 Canadiens âgés de 85 ans et plus (6,5 %) ont déclaré avoir des besoins insatisfaits en matière de soins à domicile. Les personnes classées comme étant « en mauvaise santé, soins importants reçus » étaient les plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits en matière de soins à domicile, un lien qui persistait même en tenant compte de facteurs démographiques, socioéconomiques et géographiques.

Parmi la population âgée, le groupe des 85 ans et plus, parfois appelé les personnes très âgées¹, est l'un des groupes d'âge présentant la croissance la plus rapide. En 2023, il y avait 896 600 Canadiens âgés de 85 ans et plus et ce groupe représentait 2,2 % de la population. Il s'agit d'une augmentation de 16,3 % par rapport à 2016², principalement en raison de l'augmentation de l'espérance de vie, de l'amélioration du dépistage et des progrès en matière de traitements¹. La population âgée de 85 ans et plus devrait atteindre 2,2 millions d'ici 2043 selon un scénario de croissance moyenne³ et pourrait tripler d'ici 2073, atteignant entre 3,3 millions (scénario de faible croissance) et 4,3 millions (scénario de croissance élevée). L'augmentation de la population âgée de 85 ans et plus sera particulièrement rapide de 2031 à 2050, lorsque la grande cohorte des baby-boomers atteindra ce groupe d'âge⁴. Les répercussions sociétales du nombre croissant de personnes très âgées au Canada comprennent un besoin accru de prestation de soins et de services de soutien pour les soins de longue durée, les soins de santé et les soins à domicile.

Bien que la plupart des Canadiens âgés indiquent avoir une préférence pour vieillir chez eux⁵, la proportion de ceux qui vivent dans des établissements augmente avec l'âge. Selon les données du Recensement de 2021, 1,0 % des personnes âgées de 65 à 69 ans vivaient dans des établissements de soins de santé et des établissements connexes (hôpitaux, établissements de soins infirmiers, résidences pour personnes âgées,

établissements de soins pour bénéficiaires internes) alors que 27,1 % des personnes âgées de 85 ans et plus y vivaient^{6,7}. Néanmoins, la majorité des personnes âgées de 85 ans et plus vivent dans la collectivité, mais il est peu probable qu'elles forment un groupe homogène en ce qui concerne leur état de santé et les soins qu'elles reçoivent⁸. Elles se différencient en fonction de leur santé physique et mentale, du soutien social qui leur ait offert et des services de soutien dont elles ont besoin pour vivre hors d'un milieu institutionnel. Par conséquent, une meilleure compréhension de ce groupe pourrait aider les programmes qui visent à soutenir ces personnes afin qu'elles puissent continuer à le faire.

Les études antérieures qui se sont concentrées sur les Canadiens âgés de 85 ans et plus ont surtout porté sur des aspects particuliers de la santé, comme l'état de santé général⁹, la santé buccodentaire¹⁰, la démence¹¹ et d'autres problèmes de santé chroniques^{1,12}, à quelques exceptions près. Une prévalence élevée de problèmes de santé chroniques est enregistrée dans ce groupe d'âge, y compris l'hypertension (83,4 %), l'arthrose (54,0 %), les maladies du cœur (42,0 %), l'ostéoporose (36,9 %) et la maladie pulmonaire obstructive chronique (27,3 %)¹². Malgré la prévalence plus élevée de problèmes de santé chroniques, la majorité des personnes très âgées au Canada ont indiqué que leur état de santé était bon, très bon ou excellent. Par exemple, dans le cadre de l'Enquête canadienne sur la santé des aînés (ECSA) de 2019-2020, 71,5 % des personnes de ce groupe d'âge ont indiqué que leur état de santé

général était bon, très bon ou excellent. Du côté de la santé mentale, 95,3 % des personnes ont répondu dans le même sens, même si 93,6 % vivaient avec au moins un problème de santé chronique et 80,8 % vivaient avec deux problèmes de santé chroniques ou plus¹³. Ce paradoxe apparent laisse entendre que la perception qu'a une personne au sujet de son état de santé est influencée par de nombreux autres facteurs, y compris la sécurité économique, l'environnement physique, les liens sociaux et le bien-être psychosocial¹². Par conséquent, les études qui portent sur l'état de santé des personnes devraient tenir compte de multiples indicateurs liés à la capacité intrinsèque des personnes et à leur environnement social et physique.

Bien que l'état de santé soit un facteur important pour déterminer si une personne âgée continue de vivre dans la collectivité¹⁴, le recours d'une personne à des services de prestation de soins, comme les soins informels ou les soins à domicile publics ou privés, ainsi qu'au soutien communautaire est également important. Ces mesures de soutien peuvent améliorer la qualité de vie des personnes âgées et leur permettre de vieillir en sécurité et dans la dignité à l'extérieur des établissements.

Pour établir le profil des caractéristiques de la population des personnes très âgées vivant dans la collectivité, il est important de tenir compte des variables relatives à l'état de santé et aux soins reçus. Les études antérieures qui ont permis de définir des profils distincts chez les personnes âgées ont porté uniquement sur des facteurs environnementaux¹⁵ ou des caractéristiques de l'état de santé^{8,16,17} sans tenir compte des soins reçus. Ces études ont permis de montrer que l'examen de multiples indicateurs peut mieux mettre en lumière la complexité et l'hétérogénéité de la santé chez les personnes âgées et que les facteurs individuels ne se sont pas nécessairement isolés les uns des autres. La présente étude s'appuie sur ces travaux antérieurs en incluant des variables relatives aux soins reçus et à l'état de santé dans la définition de profils distincts. La détermination de ces profils peut aider à comprendre l'hétérogénéité des personnes très âgées vivant dans la collectivité et à orienter les politiques et les programmes liés aux services de soutien.

Les besoins insatisfaits en matière de soins à domicile peuvent compromettre la capacité des personnes très âgées à vieillir dans la collectivité. Les services de soins à domicile aident les personnes à rester chez elles et coûtent moins cher que l'option plus coûteuse d'aller en établissement¹⁸. Les besoins insatisfaits en matière de soins à domicile ont été associés à des conséquences négatives, comme une santé moins bonne et un recours accru à d'autres services de santé^{19,20}, à des admissions dans des établissements de soins infirmiers^{21,22} et à un bien-être émotionnel en baisse^{23,24}. Par conséquent, répondre aux besoins en matière de soins à domicile est pertinent pour le bien-être de la personne et le système de soins de santé. En 2021, 3,0 % des ménages ont déclaré avoir des besoins insatisfaits en matière de soins à domicile²⁵. Des études antérieures ont révélé que les besoins insatisfaits en matière de soins à domicile étaient plus courants chez les personnes âgées de 85 ans et plus, comparativement aux groupes d'âge plus jeunes^{26,27}. Des études antérieures ont permis de cerner plusieurs facteurs associés aux besoins insatisfaits en matière de soins à domicile, y compris la situation dans le ménage, l'éducation, le revenu, l'accès à un médecin régulier, les problèmes de santé chroniques, l'état de santé et les limites fonctionnelles²⁶⁻²⁸. Toutefois, on en sait moins sur la mesure dans laquelle les besoins insatisfaits en matière de soins à domicile varient selon les profils de santé et de soins reçus des personnes très âgées au Canada.

La présente étude vise à améliorer la compréhension de l'hétérogénéité parmi la population âgée de 85 ans et plus vivant dans la collectivité au Canada en définissant des profils distincts, où les personnes de chaque groupe sont semblables les unes aux autres, mais distinctes de celles des autres groupes. Plus précisément, l'étude visait trois objectifs. Le premier consistait à déterminer les profils distincts de santé et de soins reçus chez la population des personnes très âgées grâce à une analyse de structure latente à l'aide de multiples mesures tirées de l'ECSA de 2019-2020. L'analyse de structure latente comprenait des mesures de santé physique, mentale et psychosociale, ainsi que le recours aux soins à domicile, aux soins informels et aux services de soutien communautaire. S'appuyant sur le cadre de l'Organisation mondiale de la Santé relatif aux déterminants sociaux de la santé²⁹, le deuxième

Tableau 1
Résumé des statistiques d'ajustement pour les modèles de structure latente sur les indicateurs de santé et de soins reçus, population à domicile âgée de 85 ans et plus, Canada, à l'exclusion des territoires, 2019-2020

Modèles	AIC	BIC	SABIC	Entropie	Plus petit profil (%)
Structure 1	62 960	63 042	63 001	...	...
Structure 2	59 598	59 769	59 683	0,93	44,7
Structure 3	59 019	59 278	59 148	0,92	18,9
Structure 4	58 621	58 968	58 793	0,94	17,6

... n'ayant pas lieu de figurer

Notes : AIC = critère d'information d'Akaike, BIC = critère d'information bayésien, SABIC = BIC ajusté pour l'échantillon. Tous les modèles de structure latente reposent sur la santé physique autoévaluée, la multimorbidité, la santé cognitive, la santé émotionnelle, l'ouïe, la mobilité, la douleur, la santé mentale autoévaluée, le stress perçu dans la vie, la solitude, les soins à domicile, les soins informels et les services communautaires. Des poids d'échantillonnage ont été utilisés pour l'analyse de structure latente. Le modèle de structure 5 n'a pas été bien défini.

Source : Enquête canadienne sur la santé des aînés de 2019-2020.

Tableau 2
Probabilité d'appartenance à une classe latente et probabilités de réponse partielle pour les profils de santé et de soins reçus, population à domicile âgée de 85 ans et plus, Canada, à l'exclusion des territoires, 2019-2020

Profils de santé et de soins reçus	Classe 1 :	Classe 2 :	Classe 3 :	Classe 4 :
	En bonne santé, peu de soins reçus	Relativement en bonne santé, soins reçus en quantité	Relativement en mauvaise santé,	En mauvaise santé, soins importants
Probabilité d'appartenance à une classe latente (%)	27,8	25,2	27,3	19,6
Probabilités de réponse partielle¹				
Santé physique : excellente ou très bonne	0,86	0,24	0,19	0,10
Multimorbidité ²	0,61	0,94	0,78	0,97
Santé cognitive : capable de se souvenir et de penser	0,78	0,72	0,48	0,15
Santé émotionnelle : heureux et aimant la vie	0,86	0,87	0,73	0,22
Ouïe : capable de bien entendre	0,74	0,72	0,68	0,48
Mobilité : peut marcher sans difficulté	0,89	0,22	0,75	0,17
Douleur : sans douleur ou malaise	0,80	0,40	0,69	0,42
Santé mentale : excellente ou très bonne	0,96	0,75	0,42	0,27
Événements stressants de la vie	0,26	0,29	0,42	0,67
Solitude	0,16	0,18	0,20	0,55
Soins à domicile reçus (répondant)	0,09	0,49	0,10	0,65
Soins informels reçus	0,13	0,62	0,23	0,80
Services communautaires reçus	0,10	0,32	0,08	0,36

1. Probabilités de réponse partielle au sein de chaque classe.

2. La multimorbidité a été définie comme le fait d'avoir deux problèmes de santé chroniques ou plus.

Source : Enquête canadienne sur la santé des aînés de 2019-2020.

objectif consistait à déterminer les facteurs démographiques, socioéconomiques et géographiques associés aux profils distincts de l'état de santé et de soins reçus chez les personnes très âgées vivant dans la collectivité au Canada. L'objectif final était d'évaluer le lien entre les profils distincts et les besoins insatisfaits en matière de soins à domicile tout en tenant compte des facteurs démographiques, socioéconomiques et géographiques.

Méthodes

Sources des données

Dans le cadre de l'ECSCA de 2019-2020, une composante transversale de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), des renseignements ont été recueillis auprès de 41 635 répondants de 65 ans ou plus vivant dans les 10 provinces. Les personnes qui vivaient dans les réserves et d'autres peuplements autochtones dans les provinces, les membres à temps plein des Forces canadiennes, les personnes qui vivaient en établissement et les personnes qui vivaient dans certaines régions sociosanitaires ont été exclus de l'enquête. Les données ont été recueillies de janvier 2019 à décembre 2020, en marquant une pause d'avril à août 2020 en raison de la pandémie de COVID-19. Le taux de réponse à l'ECSCA de 2019-2020 s'est établi à 40,1 %, et 90,8 % des répondants ont accepté que leurs réponses soient couplées avec les données de l'ESCC. Des renseignements détaillés sur l'ECSCA de 2019-2020 sont disponibles à l'adresse suivante : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5267.

Échantillon à l'étude

L'échantillon analytique de la présente étude était de 4 083 personnes (1 524 hommes et 2 559 femmes), représentant 712 000 Canadiens âgés de 85 ans et plus vivant dans la collectivité. La répartition démographique et socioéconomique de l'échantillon à l'étude est présentée au tableau A.1 en annexe.

Mesures

Variables relatives à l'état de santé et aux soins reçus

Selon une perspective de vieillissement en santé³⁰ et en fonction d'une revue de la littérature sur l'état de santé et les soins reçus¹⁶⁻¹⁸, 13 indicateurs ont été intégrés pour définir les profils de santé et de soins reçus de la population canadienne âgée de 85 ans et plus vivant dans la collectivité : santé générale autoévaluée, santé mentale autoévaluée, multimorbidité, stress perçu, solitude, santé cognitive, santé émotionnelle, ouïe, mobilité, douleur, soins à domicile, soins informels et services communautaires.

La santé générale autoévaluée et la santé mentale autoévaluée ont été classées comme excellente ou très bonne, ou bonne, passable ou mauvaise.

La multimorbidité, c'est-à-dire deux problèmes de santé chroniques ou plus diagnostiqués par un professionnel de la santé, comprenait les 26 problèmes de santé suivants : l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'apnée du sommeil, la fibromyalgie, l'arthrite, l'ostéoporose,

l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie ou l'hyperlipidémie, les maladies du cœur, l'accident vasculaire cérébral, le diabète, le cancer, la maladie d'Alzheimer, le syndrome de fatigue chronique, le trouble de l'humeur, le trouble anxieux, les maux de dos, la maladie rénale chronique, les troubles intestinaux, l'incontinence urinaire, la maladie de Parkinson, les cataractes, le glaucome, la rétinopathie diabétique, la dégénérescence maculaire liée à l'âge et le syndrome de stress post-traumatique.

Le stress perçu dans la vie reposait sur la question suivante : « En pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées ne sont pas du tout stressantes, pas tellement stressantes, un peu stressantes, assez stressantes ou extrêmement stressantes? » Cet indicateur a été catégorisé de façon dichotomique : stressant (un peu stressantes, assez stressantes ou extrêmement stressantes) et pas très stressant ou pas du tout stressant.

La solitude reposait sur une échelle de Likert à trois points (presque jamais, parfois, et souvent). Trois questions ont été posées aux répondants :

- À quelle fréquence vous arrive-t-il de ressentir un manque de compagnie?
- À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir l'impression d'être tenu à l'écart?
- À quelle fréquence vous arrive-t-il d'éprouver le sentiment d'être isolé des autres?

Une note plus élevée indiquait une plus grande solitude. Par conséquent, les participants qui ont répondu « parfois » à deux questions ou plus ou « souvent » à une ou plusieurs questions, donnant une note d'au moins 5, ont été classés comme étant « seuls »^{31,32}.

Les niveaux d'incapacité fonctionnelle relative à la santé cognitive, la santé émotionnelle, l'ouïe, la mobilité et la douleur reposaient sur l'indice de l'état de santé Health Utilities Index Mark 3 (HUI3)^{33,34}. Chaque attribut de l'indice HUI3 comporte cinq ou six niveaux, dont les scores d'utilité correspondants varient de 0,00 (incapacité extrême) à 1,00 (aucune incapacité). Les domaines de l'indice HUI3 relatifs à la vision, à la parole et à la dextérité ont été exclus de l'analyse en raison du petit nombre de cas dont les scores étaient inférieurs à 1,0. Les autres attributs de l'indice HUI3 ont été catégorisés comme aucune incapacité (niveau 1) et incapacité (niveaux 2 à 5 ou 6)³⁵.

Les soins à domicile font référence aux services reçus au domicile en raison d'un problème de santé ou d'une limitation dans les activités quotidiennes et ne comprennent pas l'aide reçue des membres de la famille, des amis ou des voisins. Si le répondant a indiqué avoir reçu l'un des types de soins à domicile suivants au cours des 12 derniers mois, il était considéré comme ayant reçu des soins à domicile :

- soins infirmiers (p. ex. changement de pansements, préparation de médicaments, visites des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada);
- autres services de soins de santé (p. ex. physiothérapie, ergothérapie ou orthophonie, conseils en nutrition);
- des fournitures médicales ou de l'équipement médical (p. ex. un fauteuil roulant, des serviettes pour incontinence, de l'aide pour utiliser un ventilateur ou de l'équipement à oxygène);
- soutien personnel ou à domicile (p. ex. l'aide au bain, l'entretien ménager, la préparation des repas);
- soins palliatifs ou de fin de vie;
- d'autres services (p. ex. transport, popote roulante).

Les répondants étaient considérés comme ayant reçu des soins informels s'ils ont indiqué avoir reçu, au cours des 12 derniers mois, de l'aide à court ou à long terme de la part de leur famille, leurs amis ou leurs voisins, en raison d'un problème de santé ou d'une limitation qui affecte leur vie quotidienne, pour l'une ou l'autre des activités suivantes :

- soins personnels, comme de l'aide pour manger, s'habiller, prendre un bain ou utiliser les toilettes;
- soins médicaux, comme de l'aide pour prendre des médicaments ou pour les soins infirmiers (p. ex. changer des pansements ou soins des pieds);
- gestion des soins, comme prendre des rendez-vous;
- transport, y compris pour se rendre chez le médecin ou pour faire les courses;
- préparation ou livraison des repas;
- autres formes d'aide.

L'obtention de services communautaires reposait sur la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu l'un ou l'autre des services de soutien communautaires suivants? ». Les réponses étaient les suivantes :

- visites amicales (p. ex. visite régulière d'un compagnon, fournissant leur amitié ou leur compagnie);
- programme de jour pour adulte (p. ex. programmes spécialisés d'activités thérapeutiques, sociales et récréatives);
- service d'entretien de terrain (p. ex. déneigement ou tonte de la pelouse);
- services offerts par une organisation religieuse;
- transport, notamment pour les visites chez le médecin ou pour le magasinage;
- soins des pieds;

- banque alimentaire;
- groupes de soutien (p. ex. groupes de soutien au deuil);
- autres services.

Le tableau B.1 en annexe illustre la répartition en pourcentage pondérée des variables utilisées dans l'analyse de structure latente pour déterminer les profils de santé et de soins reçus.

Covariables et résultat

Selon la revue de la documentation et les données disponibles, huit covariables de contrôle ont été incluses pour l'analyse multivariable, soit le genre, l'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, l'accès à un fournisseur habituel de soins de santé, le lieu de résidence et le moment où l'enquête a été menée. Deux catégories de genre (hommes et femmes) ont été utilisées dans l'étude, en fonction de la question « Quel est votre genre? ». Les groupes d'âge étaient de 85 à

89 ans et 90 ans et plus. L'état matrimonial a été dichotomisé en deux groupes : marié ou en union libre et divorcé, séparé, veuf ou célibataire (jamais marié). Le statut d'immigrant a été classé comme immigrant ou personne née au Canada.

Le plus haut niveau de scolarité a été réparti de la façon suivante : sans études postsecondaires ou études postsecondaires. Le revenu du ménage a été classé comme faible (déciles 1 à 4), moyen (déciles 5 à 6) ou élevé (déciles 7 à 10). Il n'a pas été possible d'inclure d'autres catégories de scolarité et de revenu du ménage en raison du petit nombre de cas.

Le fait d'avoir un fournisseur habituel de soins de santé (oui ou non) reposait sur la question « Avez-vous un fournisseur habituel de soins de santé? Par ceci, nous entendons un professionnel de la santé que vous consultez ou à qui vous parlez régulièrement lorsque vous avez besoin de soins ou de conseils concernant votre santé. »

Tableau 3

Pourcentage des profils de santé et de soins reçus selon les caractéristiques conceptuelles, population à domicile âgée de 85 ans et plus, Canada, à l'exclusion des territoires, 2019-2020

Caractéristiques	En bonne santé, peu de soins reçus			Relativement en bonne santé, soins reçus en quantité modérée			Relativement en mauvaise santé, peu de soins reçus			En mauvaise santé, soins importants reçus		
	%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à		de	à
Dans l'ensemble	28,2	25,5	31,0	25,3	22,9	27,9	27,2	24,7	29,9	19,2	16,9	21,8
Genre												
Femmes	27,6	24,3	31,1	28,6 *	25,2	32,4	24,0 *	21,0	27,3	19,8	16,8	23,2
Hommes [†]	29,2	25,0	33,9	20,1	16,7	24,1	32,4	28,0	37,1	18,3	14,9	22,2
Âge												
85 à 89 ans [†]	31,6	28,4	35,0	23,1	20,3	26,2	29,4	26,6	32,2	15,9	13,5	18,6
90 ans et plus	20,2 *	16,2	25,0	30,5 *	25,7	35,8	22,3 *	18,0	27,2	27,0 *	22,2	32,5
État matrimonial												
Marié ou en union libre	30,3	25,4	35,6	19,2 *	15,7	23,0	33,2 *	28,3	38,5	17,5	13,4	22,5
Divorcé, séparé, veuf ou célibataire [†]	26,5	23,3	29,9	29,1	25,5	32,9	24,1	21,2	27,2	20,4	17,6	23,6
Statut d'immigrant												
Immigrant	23,1 *	18,1	29,1	25,4	19,9	31,9	26,1	21,1	31,7	25,4 *	19,9	31,9
Personne née au Canada [†]	30,3	27,3	33,4	25,3	22,7	28,1	27,7	24,8	30,8	16,7	14,6	19,1
Niveau de scolarité												
Pas de diplôme d'études postsecondaires	23,5 *	20,3	27,0	25,0	22,0	28,3	30,0 *	26,4	33,9	21,5 *	18,2	25,2
Études postsecondaires [†]	37,4	32,8	43,3	25,3	21,5	29,6	23,4	19,8	27,4	13,9	11,1	17,3
Revenu du ménage												
Faible (déciles 1 à 4)	26,4	22,9	30,3	27,0	23,7	30,7	27,5	24,1	31,1	19,1	16,1	22,5
Moyen (déciles 5 à 6)	27,2	21,6	33,6	23,1	18,2	28,8	28,9	23,1	35,5	20,9	15,0	28,2
Élevé (déciles 7 à 10) [†]	32,7	27,1	38,9	23,2	18,5	28,6	25,7	20,9	21,1	18,4	13,9	23,8
A un médecin de famille												
Oui	27,2 *	25,5	30,0	25,6	23,1	28,3	28,6	25,0	30,4	19,6 *	17,3	22,2
Non [†]	46,6	34,6	59,1	20,4	12,9	30,5	21,2	14,0	30,6	11,8	6,9	19,5
Lieu de résidence												
Région urbaine [†]	28,6	25,7	31,7	24,8	22,3	27,5	27,0	24,2	30,0	19,5	16,9	22,4
Région rurale	25,9	21,2	31,2	28,0	22,5	34,2	28,6	23,7	34,1	17,6	13,6	22,4
Moment de l'enquête												
Avant les restrictions liées à la COVID-19 [†]	27,1	24,2	30,3	26,8	23,6	30,3	27,7	24,5	31,1	18,4	15,9	21,2
Au cours de la pandémie de COVID-19	30,1	25,7	34,9	22,7	19,1	26,8	26,5	22,6	30,8	20,7	16,5	25,6

[†] catégorie de référence

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

Source : Enquête canadienne sur la santé des aînés de 2019-2020.

Tableau 4

Rapports de cotes ajustés des profils de santé et de soins reçus de la régression logistique multinomiale, population à domicile âgée de 85 ans et plus, Canada, à l'exclusion des territoires, 2019-2020

Caractéristiques	Profils de santé et de soins reçus (catégorie de référence = en bonne santé – peu de soins reçus)								
	Relativement en bonne santé, soins reçus en quantité modérée			Relativement en mauvaise santé, peu de soins reçus			En mauvaise santé, soins importants reçus		
	Rapports de cotes	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à
Genre									
Femmes	1,3	0,9	2,0	0,8	0,6	1,2	1,1	0,7	1,6
Hommes [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Âge									
85 à 89 ans [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
90 ans et plus	1,8 *	1,3	2,5	1,1	0,8	1,7	2,6 *	1,7	3,8
État matrimonial									
Marié ou en union libre	0,7	0,5	1,1	1,2	0,8	1,7	0,9	0,5	1,5
Divorcé, séparé, veuf ou célibataire [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Statut d'immigrant									
Immigrant	1,5	1,0	2,4	1,4	1,0	2,1	2,6 *	1,5	4,3
Personne née au Canada [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Niveau de scolarité									
Pas de diplôme d'études postsecondaires	1,4	1,0	2,0	2,1 *	1,5	2,9	2,4 *	1,6	3,7
Études postsecondaires [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Revenu du ménage									
Faible (déciles 1 à 4)	1,1	0,7	1,8	1,1	0,7	1,7	1,0	0,6	1,7
Moyen (déciles 5 à 6)	1,0	0,6	1,8	1,2	0,7	2,0	1,3	0,7	2,4
Élevé (déciles 7 à 10) [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
A un médecin de famille									
Oui	1,6	0,7	3,4	1,8	1,0	3,3	1,9	0,9	3,8
Non [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Lieu de résidence									
Région urbaine [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Région rurale	1,4	0,9	2,0	1,2	0,8	1,6	1,1	0,7	1,7
Moment de l'enquête									
Avant les restrictions liées à la COVID-19 [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Au cours de la pandémie de COVID-19	0,9	0,6	1,2	0,9	0,7	1,3	1,1	0,7	1,7

... n'ayant pas lieu de figurer

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

Source : Enquête canadienne sur la santé des aînés de 2019-2020.

La définition des régions géographiques urbaines et rurales en fonction de la taille de la population a été utilisée dans l'ESCC et dans la littérature. Le lieu de résidence a été codé comme urbain (centre de population de 1 000 personnes ou plus) ou rural (moins de 1 000 personnes). D'autres catégories de régions géographiques urbaines et rurales n'ont pas pu être incluses en raison de la taille insuffisante de l'échantillon.

Le moment de l'enquête a été défini comme suit : avant les restrictions liées à la pandémie de COVID-19 (de janvier à décembre 2019 et de janvier à mars 2020); pendant la pandémie de COVID-19 (de septembre à décembre 2020).

Les répondants étaient considérés comme ayant des besoins insatisfaits en matière de soins à domicile s'ils ont indiqué qu'au cours des 12 derniers mois, il y a eu un moment où ils ont senti

qu'ils avaient besoin de soins à domicile, mais qu'ils ne les ont pas reçus. Dans l'évaluation des besoins insatisfaits en matière de soins à domicile, les soins informels et les services communautaires n'ont pas été pris en compte.

Approche analytique

L'analyse de structure latente a été utilisée pour déterminer des groupes distincts en fonction de 13 facteurs liés à l'état de santé et aux soins reçus. L'objectif était de classer les personnes en groupes afin que les personnes au sein de chaque groupe soient semblables tout en étant distinctes des personnes d'autres groupes. L'analyse de structure latente permet de déterminer les tendances les plus courantes quant aux caractéristiques qui apparaissent fréquemment ensemble et de reconnaître

l'hétérogénéité de l'état de santé et des soins reçus chez les Canadiens plus âgés. Elle permet aussi de reconnaître que les facteurs individuels ne se manifestent pas nécessairement indépendamment les uns des autres et qu'ils peuvent avoir un effet synergique sur d'autres facteurs. Le nombre optimal de groupes, quatre dans le cas présent, a été déterminé par le critère d'information d'Akaike, le critère d'information bayésien (BIC) et le BIC rajusté selon la taille de l'échantillon, où des valeurs plus faibles indiquent une meilleure adéquation du modèle³⁶. La valeur d'entropie de 0,94 dans le modèle à quatre classes indique une très bonne séparation des classes. Le pourcentage de répondants de la plus petite classe était de 17,6 % (tableau 1), ce qui indique qu'il y avait suffisamment de

répondants pour calibrer l'analyse de régression. L'analyse de structure latente a été mise en œuvre dans la version 17.0 de Stata, et des poids d'échantillonnage individuels ont été utilisés. Chaque répondant a été attribué à une classe en fonction de sa plus forte probabilité d'appartenance à cette classe.

Les quatre classes mutuellement exclusives ont été désignées comme suit : 1) « en bonne santé, peu de soins reçus »; 2) « relativement en bonne santé, soins reçus en quantité modérée »; 3) « relativement en mauvaise santé, peu de soins reçus »; 4) « en mauvaise santé, soins importants reçus ». Les quatre groupes présentaient des probabilités de représenter respectivement 27,8 %, 25,2 %, 27,3 % et 19,6 % de la population à l'étude. Les personnes de la classe « en bonne

Tableau 5
Pourcentage de personnes ayant déclaré avoir des besoins insatisfaits en matière de soins à domicile et rapports de cotes ajustés des besoins insatisfaits en matière de soins à domicile au cours des 12 mois précédant l'enquête, population à domicile âgée de 85 ans et plus, Canada, à l'exclusion des territoires, 2019-2020

Caractéristiques	Pourcentage	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cote	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Dans l'ensemble	6,5	5,3	8,0	...	...	...
Profils de santé et de soins reçus						
En bonne santé, peu de soins reçus [†]	1,0 ^E	0,5	1,9	1,0	...	...
Relativement en bonne santé, soins reçus en quantité modérée	7,0 ^{*E}	4,9	10,0	6,5 *	2,9	14,4
Relativement en mauvaise santé, peu de soins reçus	4,1 ^{*E}	2,4	6,9	4,4 *	1,8	10,9
En mauvaise santé, soins importants reçus	17,2 *	12,7	22,9	18,9 *	8,7	41,1
Genre						
Femmes	7,4	5,7	9,4	1,3	0,8	2,1
Hommes [†]	5,1 ^E	3,5	7,3	1,0	...	...
Âge						
85 à 89 ans [†]	5,4	4,1	7,0	1,0	...	...
90 ans et plus	9,1 ^{*E}	6,6	12,5	1,3	0,8	2,0
État matrimonial						
Marié ou en union libre	4,0 ^{*E}	2,5	6,2	0,5 *	0,3	0,9
Divorcé, séparé, veuf ou célibataire [†]	8,0	6,3	10,1	1,0	...	...
Statut d'immigrant						
Immigrant	7,2 ^E	4,4	11,7	1,0	0,6	2,0
Personne née au Canada [†]	6,2	5,0	7,7	1,0	...	...
Niveau de scolarité						
Pas de diplôme d'études postsecondaires	6,7	5,2	8,7	0,9	0,5	1,6
Études postsecondaires [†]	5,7 ^E	3,9	8,2	1,0	...	...
Revenu du ménage						
Faible (déciles 1 à 4)	6,3	4,8	8,2	0,7	0,4	1,4
Moyen (déciles 5 à 6)	6,0 ^E	3,4	10,6	0,9	0,4	1,9
Élevé (déciles 7 à 10) [†]	7,2 ^E	4,7	10,9	1,0	...	...
Lieu de résidence						
Région urbaine [†]	6,4	5,0	8,0	1,0	...	...
Région rurale	7,2 ^E	4,7	11,0	1,2	0,7	2,0
Moment de l'enquête						
Avant les restrictions liées à la COVID-19 [†]	7,3	5,8	9,3	1,0	...	...
Au cours de la pandémie de COVID-19	5,0 ^E	3,2	7,8	0,5 *	0,3	0,9

... n'ayant pas lieu de figurer

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

^E à utiliser avec prudence

[†] catégorie de référence

Notes : Selon l'analyse des cas disponibles (taille d'échantillon inégale entre les prédicteurs). Environ 46 000 Canadiens âgés de 85 ans et plus (6,5 %, intervalle de confiance à 95 % : 5,3 à 8,0) ont déclaré avoir des besoins insatisfaits en matière de soins à domicile au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Source : Enquête canadienne sur la santé des aînés de 2019-2020.

santé, peu de soins reçus » présentaient les probabilités les plus élevées de bonne santé et les plus faibles probabilités de soins reçus, alors que celles de la classe « en mauvaise santé, soins importants reçus » avaient les plus faibles probabilités de bonne santé et les plus fortes probabilités de soins reçus (tableau 2).

Des pourcentages pondérés et des tableaux croisés des profils de santé et de soins reçus ont été estimés. La régression logistique multinomiale a été utilisée pour évaluer les facteurs associés aux profils de santé et de soins reçus. Une régression logistique multivariée a été utilisée pour examiner le lien entre les besoins insatisfaits en matière de soins à domicile et les profils de santé et de soins reçus après un ajustement pour tenir compte des covariables pertinentes. Le nombre de cas manquants était très faible, allant de 0,01 % (accès à un fournisseur habituel de soins de santé) à 2,2 % (scolarité). La suppression par liste des cas manquants a été appliquée lors du calage des modèles de régression.

Des poids d'échantillonnage ont été utilisés pour tenir compte du plan d'enquête et des cas de non-réponse. Des poids bootstrap ont été appliqués au moyen de la version 11.0.3 du logiciel SUDAAN exécutable par SAS pour tenir compte de la sous-estimation des erreurs-types attribuable au plan de sondage complexe³⁷. Le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$.

Résultats

Caractéristiques de la population à l'étude

La population à l'étude représente 712 000 Canadiens âgés de 85 ans et plus (38,9 % d'hommes et 61,1 % de femmes) vivant dans des ménages privés dans les 10 provinces. La majorité d'entre eux étaient âgés de 85 à 89 ans; divorcés, séparés, veufs ou célibataires (jamais mariés); nés au Canada. Environ les deux tiers de la population étudiée (61,6 %) n'avaient pas fait d'études postsecondaires. Plus de la moitié de la population étudiée (56,4 %) provenait de ménages à faible revenu. La plupart d'entre eux avaient un fournisseur habituel de soins de santé (94,8 %) et vivaient dans des régions urbaines (84,3 %). La majorité d'entre eux ont été interviewés avant que les restrictions liées à la COVID-19 ne soient mises en place (tableau A.1 en annexe).

Prévalence des profils de santé et de soins reçus

Selon l'ECSCA de 2019-2020, environ 201 000 personnes très âgées au Canada (28,2 %) ont été classées « en bonne santé, peu de soins reçus », 180 000 (25,3 %) « relativement en bonne santé, soins reçus en quantité modérée », 194 000 (27,2 %) « relativement en mauvaise santé, peu de soins reçus » et 137 000 (19,2 %) « en mauvaise santé, soins importants reçus ». Comparativement aux personnes âgées de 85 à 89 ans, les personnes âgées de 90 ans et plus étaient plus susceptibles d'être classées « en mauvaise santé, soins importants reçus » et

moins susceptibles d'être classées « en bonne santé, peu de soins reçus » (tableau 3).

Les personnes mariées ou vivant en union libre étaient moins nombreuses dans la classe « relativement en bonne santé, soins reçus en quantité modérée », mais plus nombreuses dans la classe « relativement en mauvaise santé, peu de soins reçus » que celles qui étaient divorcées, séparées, veuves ou célibataires, jamais mariées. Les immigrants, les personnes qui n'avaient pas fait d'études postsecondaires et celles qui avaient un médecin de famille étaient moins nombreux dans la classe « en bonne santé, peu de soins reçus », mais plus nombreux dans la classe « en mauvaise santé, soins importants reçus ».

Facteurs associés aux profils de santé et de soins reçus

Dans l'analyse multivariée qui a tenu compte des facteurs démographiques, socioéconomiques et géographiques, le vieillissement était associé à un moins bon état de santé et à une plus grande probabilité de soins reçus. Par exemple, comparativement aux personnes âgées de 85 à 89 ans, les personnes âgées de 90 ans et plus étaient 1,8 fois plus susceptibles d'être classées comme étant « relativement en bonne santé, soins reçus en quantité modérée » et 2,6 fois plus susceptibles d'être classées comme étant « en mauvaise santé, soins importants reçus » que d'être classées comme étant « en bonne santé, peu de soins reçus » (tableau 4).

De même, comparativement à la population née au Canada, les immigrants étaient plus susceptibles d'être classés comme étant « en mauvaise santé, soins importants reçus » (2,6 fois) que comme étant « en bonne santé, peu de soins reçus ». De plus, le fait d'avoir un niveau de scolarité plus faible était constamment associé à un mauvais état de santé et à une plus grande probabilité de recevoir des soins. Par exemple, comparativement aux personnes ayant fait des études postsecondaires, les personnes n'ayant pas fait d'études postsecondaires étaient 2,1 fois plus susceptibles d'être classées comme étant « relativement en mauvaise santé, peu de soins reçus » et 2,4 fois plus susceptibles d'être classées comme étant « en mauvaise santé, soins importants reçus » que d'être classées comme étant « en bonne santé, peu de soins reçus ».

Besoins insatisfaits en matière de soins à domicile

Selon l'ECSCA de 2019-2020, environ 46 000 Canadiens âgés de 85 ans et plus (6,5 %, intervalle de confiance à 95 % : 5,3 à 8,0) ont déclaré avoir des besoins insatisfaits en matière de soins à domicile. Les besoins insatisfaits en matière de soins à domicile étaient plus fréquents pour les personnes dans les classes « relativement en bonne santé, soins reçus en quantité modérée » (7,0 %), « relativement en mauvaise santé, peu de soins reçus » (4,1 %) et « en mauvaise santé, soins importants reçus » (17,2 %) que pour celles dans la classe « en bonne santé, peu de soins reçus » (1,0 %) (tableau 5).

Par rapport à la classe « en bonne santé, peu de soins reçus », la probabilité plus élevée d'avoir des besoins insatisfaits en

matière de soins à domicile parmi les trois autres profils de santé et de soins reçus persistait même après la prise en compte des facteurs démographiques, socioéconomiques et géographiques sélectionnés dans l'analyse de régression à variables multiples.

Discussion

La présente étude a permis de classer les personnes très âgées vivant dans la collectivité en fonction de leur état de santé multidimensionnel et de leurs caractéristiques de soins reçus, c'est-à-dire selon la santé physique, mentale et psychosociale et l'utilisation de soins à domicile, de soins informels et de services communautaires. Les résultats de la présente étude sont généralisables aux Canadiens âgés de 85 ans et plus vivant dans la collectivité. Comme pour de nombreuses enquêtes sur la santé de la population, l'ECSCA de 2019/2020 exclut les personnes vivant en établissements institutionnels (p. ex. les établissements de soins de longue durée). Toutefois, comme l'analyse vise à dresser le profil des personnes qui vivent toujours dans la collectivité, cette exclusion n'est pas une limitation.

Plus de la moitié des personnes très âgées vivant dans la collectivité au Canada étaient relativement en santé et recevaient peu de soins. Cependant, environ la moitié d'entre eux ont été classés comme étant « relativement en mauvaise santé, peu de soins reçus » ou « en mauvaise santé, soins importants reçus ». La probabilité d'être classé comme étant « en mauvaise santé, soins importants reçus » était plus élevée chez les personnes de 90 ans et plus. Le fait que l'état de santé se détériore avec l'âge chez les personnes très âgées au Canada, ce qui comprend une plus forte concentration de problèmes de santé chroniques, de limitations fonctionnelles et de mauvaise santé psychosociale, est conforme aux recherches précédentes^{12,38}.

Un niveau de scolarité plus faible était associé à une plus grande probabilité de faire partie des classes caractérisées par une santé relativement moins bonne et des soins reçus plus importants. L'effet à long terme de la scolarité sur l'état de santé et les soins reçus chez les personnes très âgées au Canada correspond aux conclusions d'études précédentes³⁹⁻⁴¹. L'influence de la scolarité sur la santé et le bien-être plus tard dans la vie s'explique par le recours à l'hypothèse des avantages (désavantages) cumulatifs, qui laisse entendre que la scolarité reproduit et augmente les avantages (désavantages) liés à la santé qui deviennent plus visibles avec l'âge³⁹. L'influence positive de la scolarité sur l'état de santé peut également être renforcée par un mode de vie sain et une plus grande sécurité financière du milieu à la fin de la vie.

La présente étude a permis de révéler que les immigrants étaient plus susceptibles que les personnes nées au Canada de faire partie de la classe caractérisée par un mauvais état de santé, des limitations fonctionnelles plus importantes et des soins importants reçus. Ce résultat concorde avec les études antérieures qui ont révélé les désavantages en matière de santé

chez les immigrants, en particulier chez les immigrants de longue date (ceux vivant au Canada depuis 10 ans et plus), comparativement aux personnes nées au Canada⁴²⁻⁴⁵. Les désavantages en matière de santé chez les immigrants de longue date ont été attribués à divers facteurs, y compris les défis associés à l'établissement dans le nouveau pays, les obstacles linguistiques, les réseaux sociaux inadéquats et la discrimination perçue dans la société d'accueil^{46,47}. Il convient de mentionner que 99,2 % des immigrants de la population à l'étude étaient des immigrants de longue date.

Parmi les quatre profils de santé et de soins reçus, les besoins insatisfaits en matière de soins à domicile étaient plus fréquents dans la classe « en mauvaise santé, soins importants reçus ». Bien qu'elles ne soient pas directement comparables en raison des différences entre la population à l'étude et l'indicateur clé de la variable d'intérêt, des études antérieures ont également révélé des besoins insatisfaits en matière de soins à domicile plus élevés chez les adultes plus âgés vivant avec des limitations fonctionnelles, comme des difficultés en matière de mobilité, de la douleur, une déficience auditive et une mauvaise santé cognitive⁴⁸⁻⁵¹. De plus, les besoins insatisfaits en matière de soins à domicile étaient plus élevés chez les ménages à statut socioéconomique inférieur. Les besoins insatisfaits en matière de soins à domicile plus élevés chez les ménages à statut socioéconomique inférieur peuvent être attribuables à plusieurs facteurs, comme des taux plus élevés de problèmes de santé chroniques et le manque de ressources²⁵.

Dans cette étude, un cinquième des personnes très âgées ont été classé comme étant relativement en mauvaise santé, mais recevaient également peu de soins. Leurs problèmes de santé ne sont peut-être pas suffisamment graves pour nécessiter beaucoup de soins, ou ces personnes peuvent faire face à des obstacles qui les empêchent d'accéder aux soins à domicile dont elles ont besoin et qui pourraient les aider à maintenir leur autonomie. Bien que les raisons pour lesquelles les besoins en matière de soins à domicile sont insatisfaits ne peuvent pas être évaluées dans le cadre de la présente étude, les facteurs potentiels comprennent les besoins complexes en matière de soins, les services limités dans la région, les contraintes financières et les obstacles physiques ou cognitifs à l'accès aux soins.

Points forts et limites

À la connaissance des auteurs, il s'agit de la première étude à déterminer les profils de santé et de soins reçus chez les Canadiens âgés de 85 ans et plus vivant dans la collectivité tout en examinant une série de facteurs sociodémographiques, géographiques et habilitants associés aux profils. De plus, cette étude a permis d'évaluer la mesure dans laquelle les besoins insatisfaits en matière de soins à domicile variaient d'un profil à l'autre.

En revanche, la présente étude comporte certaines limites. Il était impossible de stratifier les analyses selon le genre en raison

de la taille insuffisante de l'échantillon. La taille de l'échantillon a également empêché l'inclusion de catégories distinctes pour les immigrants récents (ceux qui vivent au Canada depuis moins de 10 ans) et les immigrants de longue date. De plus, en raison de la taille insuffisante de l'échantillon, la mesure dans laquelle divers types de besoins insatisfaits en matière de soins à domicile (p. ex. soins de santé à domicile, services de soutien) variaient selon les profils d'état de santé et de soins reçus n'a pas pu être examinée. La collecte de données de l'ECSCA de 2020 a été interrompue en raison de la pandémie de COVID-19 et l'impossibilité de mener des interviews en personne pendant la pandémie a entraîné une baisse des taux de réponse. Des facteurs de pondération ont été utilisés dans les analyses pour réduire au minimum tout biais potentiel pouvant être attribuable à de faibles taux de réponse. Il pourrait y avoir un biais si les personnes dont l'état de santé est moins bon ou qui ont des besoins élevés en matière de soutien et de services pour les aider à vivre dans la collectivité étaient moins susceptibles de participer à l'enquête. Enfin, l'ECSCA de 2019-2020 est un ensemble de données transversales, et aucune causalité ne peut être déduite.

Conclusion

À l'aide d'un échantillon représentatif de Canadiens âgés de 85 ans et plus, la présente étude a permis de définir quatre profils distincts de santé et de soins reçus pour les personnes très âgées au Canada vivant de façon autonome. Plus de la moitié d'entre elles étaient relativement en santé et recevaient

peu de soins. Mais le fait d'être plus âgé, d'avoir un niveau de scolarité plus faible et d'être un immigrant était associé à un risque plus élevé de mauvaise santé et à des besoins plus importants en matière de soins et de soutien pour les personnes vivant dans la collectivité. Les personnes dans les classes « relativement en bonne santé, soins reçus en quantité modérée », « relativement en mauvaise santé, peu de soins reçus » et « en mauvaise santé, soins importants reçus » étaient plus susceptibles que celles dans la classe « en bonne santé, peu de soins reçus » d'avoir des besoins insatisfaits en matière de soins à domicile.

La définition des différents profils de santé et de soins reçus chez les Canadiens âgés de 85 ans et plus vivant dans la collectivité améliore les connaissances sur l'hétérogénéité au sein de ce groupe. Plus précisément, une compréhension du lien entre les différents profils et les besoins insatisfaits en matière de soins à domicile permettra de cibler les services de soins à domicile en fonction des besoins particuliers des personnes très âgées au Canada. De futures recherches pourraient porter sur l'examen des types de services de soins à domicile reçus par les personnes très âgées au Canada et sur la détermination des obstacles à l'accès aux services de soins à domicile qu'elles rencontrent.

Annexe – Tableau A.1

Répartition en pourcentage pondérée parmi les profils de santé et de soins reçus et les caractéristiques sélectionnées, population à domicile âgée de 85 ans et plus, Canada, à l'exclusion des territoires, 2019-2020

Caractéristiques	Nombre en milliers	Pourcentage	Intervalle de confiance à 95 %	
			de	à
Profils de santé et de soins reçus				
En bonne santé, peu de soins reçus	201	28,2	25,5	31,1
Relativement en bonne santé, soins reçus en quantité modérée	180	25,3	23,0	27,8
Relativement en mauvaise santé, peu de soins reçus	194	27,2	24,8	29,9
En mauvaise santé, soins importants reçus	137	19,2	16,9	21,8
Genre				
Femmes	435	61,1	61,0	61,1
Hommes	277	38,9	38,9	39,0
Âge				
85 à 89 ans	499	70,1	67,5	72,6
90 ans et plus	213	29,9	27,4	32,5
État civil				
Marié ou en union libre	260	36,8	34,0	39,6
Divorcé, séparé, veuf ou célibataire	447	63,2	60,4	66,0
Statut d'immigrant				
Immigrant	205	28,7	25,6	32,1
Personne née au Canada	507	71,3	67,9	74,4
Niveau de scolarité				
Pas de diplôme d'études postsecondaires	426	61,6	58,7	64,4
Études postsecondaires	266	38,4	35,6	41,3
Revenu du ménage				
Faible (déciles 1 à 4)	402	56,4	53,4	59,3
Moyen (déciles 5 à 6)	122	17,2	15,1	19,4
Élevé (déciles 7 à 10)	189	26,5	23,7	29,4
A un médecin de famille				
Oui	675	94,8	93,5	95,9
Non	37	5,2	4,1	6,5
Lieu de résidence				
Région urbaine	601	84,3	82,5	86,0
Région rurale	112	15,7	14,0	17,5
Moment de l'enquête				
Avant les restrictions liées à la COVID-19	455	63,9	62,1	65,7
Au cours de la pandémie de COVID-19	257	36,1	34,3	37,9

Notes : Selon l'analyse des cas disponibles (taille d'échantillon inégale entre les prédicteurs). La population à l'étude représente 712 000 Canadiens âgés de 85 ans et plus (38,9 % d'hommes et 61,1 % de femmes).

Source : Enquête canadienne sur la santé des aînés de 2019-2020.

Annexe – Tableau B.1

Répartition en pourcentage pondéré des indicateurs de santé et de soins reçus, population à domicile âgée de 85 ans et plus, Canada, à l'exclusion des territoires, 2019-2020

Caractéristiques	%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à
État de santé générale autoévalué			
Très bon ou excellent	37,1	34,2	40,2
Mauvais, passable ou bon	62,9	59,8	65,8
Multimorbidité			
Oui	80,8	78,5	83,0
Non	19,2	17,0	21,5
État de santé cognitive			
Capable de se souvenir et de penser	55,9	52,7	59,0
Partiellement capable ou incapable de se souvenir et de penser	44,1	41,0	47,3
État de santé émotionnelle			
Heureux et aimant la vie	69,9	66,9	72,8
Malheureux et la vie ne vaut pas la peine d'être vécue	30,1	27,2	33,1
État de santé auditive			
Capable de bien entendre	66,8	63,8	69,7
Appareil auditif requis ou incapacité d'entendre	33,2	30,3	36,2
État de santé relatif à la mobilité			
Capable de marcher sans difficulté	54,3	51,4	57,2
Capable de marcher, mais avec difficulté ou aide nécessaire	45,7	42,8	48,6
État de santé relatif à la douleur			
Sans douleur ou malaise	59,8	56,5	63,0
Douleur empêche quelques activités ou la plupart des activités	40,2	37,0	43,5
Santé mentale autoévaluée			
Très bonne ou excellente	66,2	63,1	69,1
Mauvaise, passable ou bonne	33,8	30,9	36,9
Stress perçu dans la vie			
Stressant	39,1	36,2	42,1
Pas du tout ou pas très stressant	60,9	57,9	63,8
Solitude			
Oui	22,7	20,3	25,4
Non	77,3	74,6	79,7
Services de soins à domicile reçus			
Oui	33,8	30,9	36,8
Non	66,2	63,2	69,1
Services de soins informels reçus			
Oui	41,3	38,5	44,2
Non	58,7	55,8	61,5
Services communautaires reçus			
Oui	20,2	17,9	22,7
Non	79,8	77,3	82,1

Source : Enquête canadienne sur la santé des aînés de 2019-2020.

Références

1. DeSantis CE, Miller KD, Dale W, et coll. (2019). Cancer statistics for adults aged 85 years and older. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2019; 69(6), p. 452 à 467. <https://doi.org/10.3322/caac.21577>.
2. Statistique Canada. Recensement en bref : Portrait de la population croissante des personnes âgées de 85 ans et plus au Canada selon le Recensement de 2021. 2022. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021004/98-200-X2021004-fra.pdf>.
3. Statistique Canada. (2023). Projections démographiques pour le Canada (2018 à 2068), les provinces et les territoires (2018 à 2043); Produit n° 91-520-X au catalogue. https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/91-520-x/91-520-x2019001-fra.pdf?st=VhiaCQa_.
4. Statistique Canada. (2024). Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2023 à 2073. *Le Quotidien*, 24 juin 2024. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/240624/dq240624b-fra.pdf?st=sbdgGG8H>.
5. La Marche des dix sous du Canada. (2021). La transformation des vies à l'aide d'adaptations des habitations : Un sondage national de la Marche des dix sous du Canada. <https://www.marchofdimes.ca/fr-ca/anotresujet/presse/pr/Pages/MODC-Home-Modification-Survey.aspx>.
6. Statistique Canada. (2022). Type de logement collectif, âge et genre pour la population dans les logements collectifs : Canada, provinces et territoires. Tableau 98-10-0045-01. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/fr/tv.action?pid=9810004501&reqst_locale=fr.
7. Statistique Canada. (2022). Tableau 98-10-0027-01; Âge (en années), âge moyen et âge médian et genre : Canada et régions de tri d'acheminement. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/fr/tv.action?pid=9810002701>.
8. Lafortune L, Béland F, Bergman H, et coll. (2009). Health state profiles and service utilization in community-living elderly. *Medical Care*; 47(3), P. 286 à 294. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181894293>.
9. Grundstrom AC, Guse CE, Layde PM. (2012). Risk factors for falls and fall-related injuries in adults 85 years of age and older. *Archives of Gerontology and Geriatrics*; 54(3), p. 421 à 428. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.06.008>.
10. Hawkins R.J, P.A, Main, Locker D. (1998). Oral health status and treatment needs of Canadian adults aged 85 years and over. *Special Care in Dentistry* 1998; 18(4), p. 164 à 169. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.1998.tb01139.x>.
11. Mathillas J, Lövheim H, Gustafson Y. (2011). Increasing prevalence of dementia among very old people. *Age and Ageing*; 42(2), p. 243 à 249. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq173>.
12. Agence de la santé publique du Canada. (2020). Vieillesse et maladies chroniques : Profil des aînés canadiens. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/diseases-and-conditions/aging-chronic-diseases/canadian-seniors-report_2021-fra.pdf.
13. Statistique Canada. (2022). Enquête canadienne sur la santé des aînés (ECSA), 2019-2020. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/220419/dq220419c-fra.pdf?st=B2-JYkee>.
14. Garner R, Tanuseputro P, Manuel DG, et coll. (2018). Transitions vers les soins de longue durée et les soins en établissement chez les Canadiens âgés, *Rapports sur la santé*, 29(5), p. 13 à 23.
15. Ingham N, Labonté K, Dube L, Paquet C, Nielsen DE. (2023). A more supportive social environment may protect against nutritional risk: a cross-sectional analysis using data from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *The Journal of Nutrition*, 1^{er} juin ; 153(6), p. 1793 à 1802. <https://doi.org/10.1016/j.tjnut.2023.01.020>.
16. Strozza C, Pasqualetti P, Egidi V et coll. (2020). Health profiles and socioeconomic characteristics of nonagenarians residing in Mugello, a rural area in Tuscany (Italy). *BMC Geriatrics*, 20 : 1-1. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01689-3>.
17. Ng CW, Luo N, Heng BH. (2014). Health status profiles in community-dwelling elderly using self-reported health indicators: a latent class analysis. *Quality of Life Research*; 23, p. 2889 à 2898. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0723-7>.
18. Association canadienne des soins de santé. (2009). Les soins à domicile au Canada : de l'exclusion à l'intégration. Ottawa : Association canadienne des soins de santé.
19. Sands LP, Wang Y, McCabe GP, et coll. (2006). Rates of acute care admissions for frail older people living with met versus unmet activity of daily living needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2), p. 339 à 344. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00590.x>.
20. Kalánková D, Stolt M, Scott PA, et coll. (2021). RANCARE COST Action CA15208. Unmet care needs of older people: A scoping review. *Nursing Ethics*, 28(2), p. 149 à 178. <https://doi.org/10.1177/0969733020948112>.
21. Chen Y-M, Thompson EA. (2010). Understanding factors that influence success of home- and community-based services in keeping older adults in community settings. *Journal of Aging and Health*, 22(3), p. 267 à 291. <https://doi.org/10.1177/0898264309356593>.
22. Zhen Z, Feng Q, Gu D. (2015). The impacts of unmet needs for long-term care on mortality among older adults in China. *Journal of Disability Policy Studies*, 25(4), p. 243 à 251. <https://doi.org/10.1177/1044207313486521>.
23. Choi GN, McDougall G. (2009). Unmet needs and depressive symptoms among low-income older adults. *Journal of Gerontological Social Work*; 52, p. 567 à 583. <https://doi.org/10.1080/01634370802609270>.
24. Turcotte M. (2014). Les Canadiens dont les besoins en soins à domicile sont non comblés. *Regards sur la société canadienne*, septembre : p. 1 à 11. Produit n° 75-006-X au catalogue. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/75-006-x/2014001/article/14042-fra.pdf?st=pN-SsTgK>.

25. Statistique Canada. (2022). Recours aux soins à domicile et besoins non satisfaits en matière de soins à domicile au Canada, 2021, *Le Quotidien*. Produit n° 11-001-X au catalogue; 26 août. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/220826/dq220826a-fra.pdf?st=nn6P-xjv>.
26. Gilmour, H. (2018.) Besoins insatisfaits en matière de soins à domicile au Canada. Statistique Canada. *Rapports sur la santé*, 29(11), 2009, p. 3 à 11. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2018011/article/00002-fra.pdf?st=5hLLQ4sw>.
27. Hoover M, Rotermann M. (2012). Le recours aux soins à domicile par les personnes âgées et les besoins insatisfaits, 2009. *Rapports sur la santé*, 23(4), p. 55 à 60. https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2012004/article/11760-fra.pdf?st=KQfPe_-Q.
28. Goodridge D, Hawranik P, Duncan V, et coll. (2012). Socioeconomic disparities in home health care service access and utilization: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*; 49, p. 1310 à 1319. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.01.002>.
29. Solar O, Irwin A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Service de production de documents de l'OMS*. <https://nccd.hk.ca/fr/resources/entry/a-conceptual-framework>.
30. Conseil national des aînés. (2020). Élaborer des politiques, des initiatives et des programmes qui favorisent le vieillissement en santé : Une optique stratégique adaptée aux personnes âgées et au vieillissement en bonne santé. <https://www.canada.ca/content/dam/esdc-edsc/documents/corporate/reports/seniors-aging/support-healthy-aging/spped-nsclens-fr.pdf>.
31. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, et coll. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging*; 26(6), p. 655 à 672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>.
32. Gilmour, H. (2012). Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada. *Rapports sur la santé*, 23(4), p. 1 à 12. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2012004/article/11720-fra.pdf?st=5m0pbakD>.
33. Feeny D, Furlong W, Torrance GW, et coll. (2002). Multiattribute and single-attribute utility functions for the Health Utilities Index Mark 3 System. *Medical Care*; 40(2), p. 113 à 128. <https://doi.org/10.1097/00005650-200202000-00006>.
34. Feng Y., Bernier J., McIntosh C. et coll. (2009). Validation of disability categories derived from Health Utilities Index Mark 3 scores. *Rapports sur la santé*, 20(2), p. 43 à 50.
35. Feeny D, Furlong W. (1997). Classification of Levels in Health Utilities Index Mark 2 System (HUI2) and Mark 3 System (HUI3) into Disability Categories: None, Mild, Moderate, and Severe. 23 octobre 1997. Non publié.
36. Weller BE, Bowen NK, Faubert SJ. (2020). Latent class analysis: A guide to best practice. *Journal of Black Psychology*; 46(4), p. 287 à 311. <https://doi.org/10.1177/0095798420930932>.
37. Rust KF et Rao JNK. (1996). Variance estimation for complex surveys using replication techniques. *Statistical Methods in Medical Research*; 5(3), p. 283 à 310. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/096228029600500305>.
38. von Heideken Wågert P, Gustavsson JM, Lundin-Olsson L, et coll. (2006). Health status in the oldest old: Age and sex differences in the Umeå 85+ Study. *Aging Clinical and Experimental Research*; 18(2), p. 116 à 126. <https://doi.org/10.1007/BF03327426>.
39. Leopold L. (2018). Education and physical health trajectories in later life: a comparative study. *Demography*, 1^{er} juin; 55(3), p. 901 à 927. <https://doi.org/10.1007/s13524-018-0674-7>.
40. Cagney KA, Lauderdale DS. (2002). Education, wealth, and cognitive function in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*; 57(2), p. 163 à 172. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.2.p163>.
41. Raghupathi V, Raghupathi W. (2020). The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. *Archives of Public Health*; 78(20). <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00402-5>.
42. Guruge S, Birpreet B, Samuels-Dennis JA. (2015). Health status and health determinants of older immigrant women in Canada: a scoping review. *Journal of Aging Research*; 2015(1), 393761. <https://doi.org/10.1155/2015/393761>.
43. Newbold KB, Filice JK. (2006). Health status of older immigrants to Canada. *La Revue canadienne du vieillissement*; 25(3), p. 305 à 319. <https://doi.org/10.1353/cja.2007.0009>.
44. McDonald, J. T. et Kennedy, S. (2004). Insights into the “healthy immigrant effect”: health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine*; 59(8), p. 1613 à 1627. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.004>.
45. Ng E, Wilkins R, Gendron F, et coll. (2005). L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population. Produit n° 82-618 au catalogue de Statistique Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-618-m/2005002/pdf/4241548-fra.pdf?st=GQww-O_u.
46. Elshahat S, Moffat T, Newbold KB. (2022). Understanding the healthy immigrant effect in the context of mental health challenges: A systematic critical review. *Journal of Immigrant and Minority Health*; 24(6), p. 1564 à 1579. <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01313-5>.
47. Vang ZM, Sigouin J, Flenon A, et coll. (2017). Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada. *Ethnicity & Health*, 22(3), p. 209 à 241. <https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1246518>.
48. Dostalova V, Bártová A, Blahova H, et coll. (2021). The needs of older people receiving home care: a scoping review. *Aging Clinical and Experimental Research*; 33, p. 495 à 504. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01505-3>.

49. Dubuc N, Dubois MF, Raïche M, et coll. (2011). Meeting the home-care needs of disabled older persons living in the community: does integrated services delivery make a difference? *BMC Geriatrics*; 11, p. 1 à 3. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-67>.
50. Li L, Sun N, Yu L, et coll. (2020). The needs of older adults with disabilities with regard to adaptation to aging and home care: Questionnaire study. *JMIR Rehabilitation and Assistive Technologies*; 7(2), p. e16012. <https://doi.org/10.2196/16012>.
51. Tousignant M, Dubuc N, Hébert R, Coulombe C. (2007). Home - care programmes for older adults with disabilities in Canada: How can we assess the adequacy of services provided compared with the needs of users? *Health & Social Care in the Community* janvier; 15(1), p. 1 à 7. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00645.x>.