



Composante du produit n° 82-618-MWF2005004 au catalogue de Statistique Canada

ISSN : 1713-8892

ISBN : 0-662-79919-4

En santé aujourd'hui, en santé demain? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population

Vieillir en santé

par Laurent Martel, Alain Bélanger, Jean-Marie Berthelot et
Yves Carrière

Division de la démographie
1^{er} étage, immeuble Principal, Ottawa, K1A 0T6

Groupe d'analyse et de mesure de la santé
24^e étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa, K1A 0T6

Téléphone : 1 613 951-1746



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Vieillir en santé

par Laurent Martel, Alain Bélanger,
Jean-Marie Berthelot et
Yves Carrière

Une longue vie est une chose fort enviable surtout si elle est vécue en bonne santé. Bien qu'il apparaisse normal, lorsqu'on avance en âge, de souffrir de problèmes de santé, certaines personnes vieillissent en bonne santé, ce qui accroît leurs chances de jouir de leur retraite et de mieux vivre leur vieillesse. Qui sont ces personnes et pourquoi demeurent elles en bonne santé?

Dans les pays comme le Canada où la proportion des personnes âgées croît rapidement, il est important de mieux comprendre les déterminants du vieillissement en bonne santé. Le vieillissement des générations nombreuses du baby-boom devrait accroître la demande en soins à domicile et en services de santé. On peut habiliter les gens à prendre soin de leur santé en les informant des dangers que représentent certains comportements, en les protégeant contre certains risques évitables et en créant un environnement social sain. Cette aide pourrait limiter la croissance appréhendée de la demande de soins de santé et ainsi contribuer à réduire le fardeau de la maladie et de la dépendance sur le système public de santé et sur les aidants naturels tels que les conjoints et les enfants.



La présente étude vise à identifier les facteurs associés au maintien de la bonne santé à partir de 45 ans. Elle met à profit des données longitudinales provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), qui est réalisée tous les deux ans depuis 1994-1995 auprès d'un échantillon représentatif de Canadiens (voir *Définitions et Méthodologie*). Les cinq cycles de l'enquête sont utilisés, soit les cycles 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2002-2003. La période d'observation couvre donc huit années.

L'analyse porte sur un large éventail de déterminants de la santé et de la mortalité, à savoir les caractéristiques démographiques et socioéconomiques (âge, sexe, mode de cohabitation, niveau de scolarité, revenu du ménage, résidence en région rurale/urbaine), les habitudes de vie à l'égard de la santé (tabagisme, consommation d'alcool, activité physique durant les loisirs, poids corporel), les facteurs psychosociaux (stress, sentiment de cohésion, soutien social), les problèmes de santé chroniques et la fréquence des consultations médicales.

Deux groupes sont considérés, soit les adultes d'âge mûr qui, en 1994-1995, avaient de 45 à 64 ans ainsi que les aînés (personnes âgées de 65 ans et plus). Du point de vue analytique, cette distinction est utile car pour demeurer en bonne santé durant ses vieux jours, il convient d'abord d'atteindre l'âge de 65 ans en bonne santé. En outre, qu'elle s'améliore ou qu'elle se détériore, la santé n'évolue généralement pas au même rythme ni dans le même contexte d'un groupe d'âge au suivant. Enfin, les effets néfastes de plusieurs habitudes de vie, comme le tabagisme, ne seraient ressentis sur la santé qu'à moyen ou à long terme; conséquemment, les facteurs déterminant du vieillissement en bonne santé pourraient fort bien être différents pour les deux groupes.

La dynamique de la santé à 45 ans et plus

En 1994-1995, deux adultes d'âge mûr sur trois étaient en bonne santé. À 65 ans et plus,

MESURE DE LA SANTÉ

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁶. Partant de cette définition, *quatre critères* sont utilisés pour définir la santé dans la présente analyse : deux sont reliés à la santé physique, c'est-à-dire l'incapacité et la dépendance à l'égard d'autrui, un troisième fait référence à la santé mentale (la dépression) et un quatrième, à l'état de santé perçue par les répondants.

Par incapacité, on entend la perte partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales. Les questions de l'ENSP sur les incapacités portent sur huit attributs, à savoir l'ouïe, la vue, l'élocution, la mobilité, la dextérité, les capacités cognitives, la douleur et les émotions. Tous, sauf le dernier, ont été utilisés pour mesurer l'état de santé physique dans la présente analyse. Les personnes sans incapacité ou ayant une incapacité entièrement corrigée (p. ex., par le port de lunettes) satisfont au *premier critère* de bonne santé.

La dépendance à l'égard d'autrui est une mesure d'autonomie des individus. Pour satisfaire au *deuxième critère* de bonne santé, une personne doit déclarer qu'elle n'a pas besoin de l'aide d'autrui pour préparer les repas, faire les courses, faire l'entretien ménager quotidien, se donner les soins personnels et se déplacer dans la maison.

L'échelle de dépression fondée sur les travaux de Kessler et Mroczek⁷ concernant la probabilité d'avoir vécu un épisode de dépression majeur l'année précédente a été utilisée comme mesure de la santé mentale. Les personnes dont les réponses à une série de questions induit une probabilité égale ou inférieure à 0,05 (un indicateur de bonne santé mentale) d'avoir vécu un tel épisode l'année précédente du cycle en question satisfont au *troisième critère* de bonne santé.

Enfin, les personnes ayant déclaré que, dans l'ensemble, leur état de santé était « bon », « très bon » ou « excellent », par opposition à « passable » ou « mauvais », satisfont au *quatrième critère* de bonne santé.

Pour être considérés en bonne santé, les répondants doivent être vivants et ne présenter aucun des problèmes de santé associés à ces quatre critères. Autrement dit, ils n'ont pas d'incapacité, ne dépendent pas d'autrui, n'ont pas vécu d'épisode dépressif majeur et ont déclaré leur état de santé comme bon, très bon ou excellent. Les répondants qui n'ont pas fourni de réponse pour l'une de ces quatre mesures, mais dont les trois autres portent à croire qu'ils sont en bonne santé, ont été considérés comme tel. Les répondants pour lesquels une réponse est manquante pour au moins deux mesures ont été exclus de l'étude.



une personne sur deux était en bonne santé, constat que la santé a tendance à se dégrader avec l'avancée en âge. Ces adultes d'âge mûr et ces aînés en bonne santé forment la population à l'étude dans cette recherche et ont été observés pendant les huit années suivantes afin de déterminer lesquels sont demeurés en bonne santé durant toute la période.

Entre chacun des cycles de deux ans, environ un adulte d'âge mûr sur cinq (20%) perdait sa bonne santé ou décédait. À la fin de la période d'observation (2002-2003), un peu plus de deux adultes d'âge mûr sur cinq (44%) étaient encore en vie et avaient conservé leur bonne santé.

Sans surprise, la détérioration de l'état de santé était encore plus prononcée chez les personnes plus âgées : environ un aîné sur trois (30 %) a ainsi perdu sa bonne santé ou est décédé durant chaque intervalle de deux ans. Après les huit années d'observation, seulement 22 % des aînés en bonne santé en 1994-1995 étaient encore en vie et en bonne santé.

Les caractéristiques démographiques

Tel que prévu, l'âge au moment du premier cycle de l'ENSP est significativement corrélé à la détérioration de la santé. Plus les individus étaient âgés en 1994-1995, moins ils étaient susceptibles de demeurer en bonne santé au cours des huit années suivantes (tableau 1).

Aucune différence n'a été décelée entre les hommes et les femmes quant à leurs chances de demeurer en vie et en bonne santé durant la période. Ce résultat pourrait être dû au fait que les décès ont été considérés comme une perte de la bonne santé dans l'analyse. Puisque la mortalité est plus élevée chez les hommes, mais que la morbidité est plus forte chez les femmes, ces deux effets conjugués pourraient s'être neutralisés.

Même si le mode de cohabitation n'est associé significativement au maintien d'une bonne santé que chez les adultes d'âge mûr, une tendance similaire est observée chez les

aînés. Ceux qui cohabitaient avec d'autres personnes que le conjoint en 1994-1995 ont moins de chances de demeurer en bonne santé que ceux qui vivaient avec leur conjoint ou seuls. Vivre avec d'autres personnes que le conjoint constituant souvent une stratégie de maintien à domicile¹, il est possible que ces personnes étaient, en 1994-1995, plus fragiles à cause de précédents problèmes de santé et que conséquemment, ils couraient un plus grand risque de perdre leur bonne santé que les autres.

Aucune différence significative n'est apparue entre les immigrants et les Canadiens de naissance quant à leurs chances de demeurer en bonne santé pendant la période d'observation. La population cible de l'étude étant les personnes âgées de 45 ans et plus, peu d'immigrants de ce groupe sont récemment arrivés au pays, ne permettant pas de dégager l'« effet de la bonne santé des immigrants » dû à la sélection des immigrants basée entre autres sur des critères de bonne santé.

De même, le fait de vivre en région rurale ou urbaine n'est pas associé au maintien d'une bonne santé.

Les facteurs socioéconomiques : déterminant chez les adultes d'âge mûr

Vivre dans un ménage à revenu moyen-supérieur ou supérieur augmente les chances de demeurer en bonne santé chez les adultes d'âge mûr. Chez les aînés, les différences d'un groupe de revenu du ménage à l'autre ne sont pas significatives, suggérant que l'effet du revenu sur le maintien de la bonne santé s'estompe avec l'âge. De plus, le revenu du ménage ne constitue pas le meilleur indicateur de richesse chez les aînés². Enfin, un effet de sélection est possible, les personnes dont les revenus du ménage étaient faibles ayant moins de chances de parvenir à 65 ans en bonne santé que celles ayant des revenus plus élevés; les aînés dans cette situation pourraient donc être plus résistants.



Tableau 1

Rapports de risques corrigés de demeurer en bonne santé entre 1994-1995 et 2002-2003 selon certaines caractéristiques et pour deux groupes d'âge, population âgée de 45 ans et plus vivant dans un ménage privé, Canada, territoires non compris

Caractéristiques en 1994-1995	45 à 64 ans		65 ans et plus		Caractéristiques en 1994-1995	45 à 64 ans		65 ans et plus	
	Rapport de risques corrigés [†]	Intervalle de confiance à 90 %	Rapport de risques corrigés [†]	Intervalle de confiance à 90 %		Rapport de risques corrigés [†]	Intervalle de confiance à 90 %	Rapport de risques corrigés [†]	Intervalle de confiance à 90 %
Cycle de l'ENSP					Activité physique durant les loisirs				
1994-1995 à 1996-1997 [†]	1,0	...	1,0	...	Actif	1,0	0,9 - 1,2	1,2*	1,0 - 1,4
1996-1997 à 1998-1999	0,9	0,7 - 1,0	0,8**	0,7 - 0,9	Inactif [†]	1,0	...	1,0	...
1998-1999 à 2000-2001	1,0	0,8 - 1,2	0,7***	0,5 - 0,8	Indice de masse corporelle				
2000-2001 à 2002-2003	1,0	0,8 - 1,2	0,6***	0,5 - 0,8	Poids santé	1,0	0,8 - 1,2	1,3**	1,1 - 1,5
Caractéristiques démographiques					Poids insuffisant/excès de poids/obèse [†]	1,0	...	1,0	...
Âge					Consommation d'alcool				
45 à 49 ans/65 à 69 ans [†]	1,0	...	1,0	...	N'a jamais consommé d'alcool	0,9	0,7 - 1,2	0,7***	0,5 - 0,8
50 à 54 ans/70 à 74 ans	0,9	0,8 - 1,1	0,8*	0,7 - 1,0	Consomme de l'alcool régulièrement ou ancien consommateur [†]	1,0	...	1,0	...
55 à 59 ans/75 à 79 ans	0,8*	0,6 - 0,9	0,5****	0,4 - 0,7	Caractéristiques psychosociales				
60 à 64 ans/80 ans et plus	0,8	0,7 - 1,0	0,3****	0,3 - 0,4	Stress chronique				
Sexe					Stressé [†]				
Hommes	1,0	0,9 - 1,2	1,0	0,8 - 1,2	Pas stressé				
Femmes [†]	1,0	...	1,0	...	Stressé [†]				
Mode de cohabitation					Pas stressé				
Avec le conjoint [†]	1,0	...	1,0	...	Stressé [†]				
Seul(e)	1,1	0,9 - 1,3	1,1	1,0 - 1,4	Pas stressé				
Avec d'autres (sauf conjoint)	0,8*	0,6 - 1,0	0,8	0,6 - 1,1	Stressé [†]				
Pays de naissance					Sentiment de cohésion				
Autres pays (immigrants)	0,9	0,8 - 1,1	0,9	0,7 - 1,0	Élevé				
Canada [†]	1,0	...	1,0	...	Faible [†]				
Lieu de résidence					Soutien social				
Région rurale	0,9	0,8 - 1,1	1,0	0,8 - 1,2	Élevé				
Région urbaine [†]	1,0	...	1,0	...	Faible [†]				
Caractéristiques socioéconomiques					Problèmes de santé chroniques[†]				
Catégorie de revenu du ménage					Asthme				
Autre [†]	1,0	...	1,0	...	Arthrite				
Moyen-supérieur et supérieur	1,3***	1,1 - 1,5	1,0	0,8 - 1,2	Maux de dos				
Niveau de scolarité					Bronchite/Emphysème				
Pas de diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...	1,0	...	Diabète				
Diplôme d'études postsecondaires	1,4***	1,2 - 1,7	1,3*	1,0 - 1,7	Maladies cardiaques				
Habitudes de vie à l'égard de la santé					Cancer				
Tabagisme					Incontinence urinaire				
N'a jamais fumé ou a arrêté depuis au moins les dix dernières années	1,2	1,0 - 1,3	1,3**	1,1 - 1,6	Glaucome/Cataracte				
Fumeur ou qui a arrêté au cours des dix dernières années [†]	1,0	...	1,0	...	Consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois précédant le premier cycle de l'enquête				
Caractéristiques socioéconomiques					Aucune				
Catégorie de revenu du ménage					Une ou deux [†]				
Autre [†]	1,0	...	1,0	...	Au moins trois				
Moyen-supérieur et supérieur	1,3***	1,1 - 1,5	1,0	0,8 - 1,2	Aucune				
Niveau de scolarité					Une ou deux [†]				
Pas de diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...	1,0	...	Au moins trois				
Diplôme d'études postsecondaires	1,4***	1,2 - 1,7	1,3*	1,0 - 1,7	Aucune				
Habitudes de vie à l'égard de la santé					Une ou deux [†]				
Tabagisme					Au moins trois				
N'a jamais fumé ou a arrêté depuis au moins les dix dernières années	1,2	1,0 - 1,3	1,3**	1,1 - 1,6	Aucune				
Fumeur ou qui a arrêté au cours des dix dernières années [†]	1,0	...	1,0	...	Une ou deux [†]				
Caractéristiques socioéconomiques					Au moins trois				
Catégorie de revenu du ménage					Aucune				
Autre [†]	1,0	...	1,0	...	Une ou deux [†]				
Moyen-supérieur et supérieur	1,3***	1,1 - 1,5	1,0	0,8 - 1,2	Au moins trois				
Niveau de scolarité					Aucune				
Pas de diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...	1,0	...	Une ou deux [†]				
Diplôme d'études postsecondaires	1,4***	1,2 - 1,7	1,3*	1,0 - 1,7	Au moins trois				
Habitudes de vie à l'égard de la santé					Aucune				
Tabagisme					Une ou deux [†]				
N'a jamais fumé ou a arrêté depuis au moins les dix dernières années	1,2	1,0 - 1,3	1,3**	1,1 - 1,6	Au moins trois				
Fumeur ou qui a arrêté au cours des dix dernières années [†]	1,0	...	1,0	...	Aucune				

Source des données : Cycles de 1994-1995 à 2002-2003 de l'Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal.

[†] Catégorie de référence.

‡ La catégorie de référence est l'absence de problèmes de santé chroniques.

* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,10$).

** Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

*** Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,01$).

**** Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,001$).

... N'ayant pas lieu de figurer.



Outre certains problèmes de santé chroniques, le niveau de scolarité est un des rares facteurs à l'étude à être significativement associé au maintien de la bonne santé pour les deux groupes d'âge, les personnes ayant un niveau de scolarité plus élevé étant davantage susceptibles de demeurer en bonne santé que les autres. Il est probable que ces personnes plus scolarisées soient davantage conscientes des risques pour la santé et ainsi adopteraient plus souvent des comportements bénéfiques pour la santé. Elles utiliseraient également les services médicaux plus efficacement³.

Les habitudes de vie : déterminant chez les aînés

Chez les adultes d'âge mûr, l'analyse ne révèle aucun lien significatif entre le tabagisme, la consommation d'alcool, l'inactivité physique durant les loisirs, un poids non-santé et le maintien d'une bonne santé sur les huit années de la période d'observation. Il semble donc que les effets néfastes de ces habitudes de vie n'entraînent pas encore de conséquences mesurables sur la santé des adultes de cette tranche d'âge.

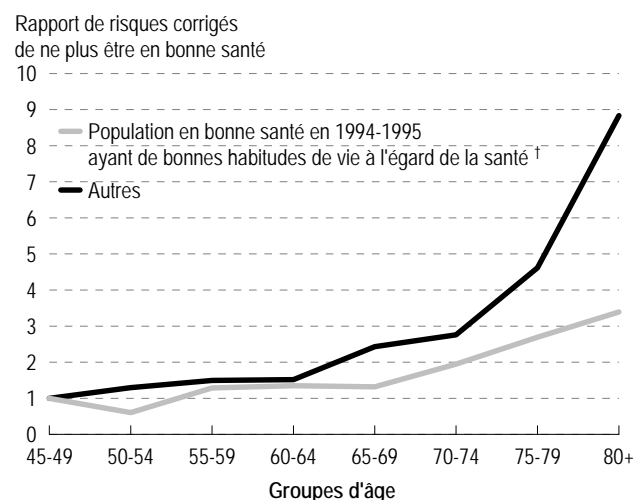
Une fois atteint l'âge de 65 ans, la situation est fort différente. Les aînés qui fument ou qui ont arrêté de fumer au cours des dix dernières années sont moins susceptibles de demeurer en bonne santé que ceux qui n'ont jamais fumé ou qui ont arrêté depuis au moins dix ans. Bien que le tabagisme soit néfaste à tout âge, ce n'est vraisemblablement qu'après un certain nombre d'années de tabagisme que les maladies causées par cette habitude se manifestent, réduisant les chances de vieillir en santé⁴. En outre, chez les aînés, l'activité physique durant les loisirs, la consommation d'alcool ainsi que le maintien d'un poids santé sont des facteurs positivement associés au vieillissement en santé.

Les aînés qui n'ont jamais consommé d'alcool dans leur vie sont plus à risque de perdre leur bonne santé que ceux qui consomment ou qui

consommaient de l'alcool. Ce résultat a été observé par de nombreux chercheurs qui ont montré que la consommation modérée d'alcool protège en fait de certaines maladies⁵. Étant donné la taille relativement petite de l'échantillon, les données de l'ENSP n'ont pas permis de distinguer les individus ayant une forte consommation d'alcool des autres, empêchant l'identification du seuil à partir duquel cette consommation devient néfaste pour la santé.

Pour illustrer l'effet des bonnes habitudes de vie sur le maintien de la bonne santé après 45 ans, on a comparé les personnes âgées de 45 ans et plus qui étaient à la fois en bonne santé et qui avaient de bonnes habitudes de vie à l'égard du tabagisme, de l'activité physique ainsi qu'un poids santé aux autres. Les risques de perdre la bonne santé en vieillissant sont moins élevés à tous les âges pour le groupe ayant de bonnes habitudes de vie, et l'écart grandit avec l'âge (graphique 1). Ce résultat permet d'émettre l'hypothèse que l'effet des bonnes habitudes de vie est cumulatif à travers le temps.

Graphique 1
Les personnes ayant de bonnes habitudes de vie à l'égard de la santé courent un moins grand risque de perdre leur bonne santé



Sources des données : Cycles de 1994-1995 à 2002-2003 de l'Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal.
† N'a jamais fumé ou a arrêté depuis au moins dix ans, physiquement actif durant les loisirs, poids dans la fourchette normale.



Une attitude positive : aide au maintien de la bonne santé

Plusieurs maladies et problèmes émotionnels sont associés au stress. D'ailleurs, chez les adultes d'âge mûr dont le niveau de stress chronique est faible, les chances de vieillir en bonne santé sont plus élevées que pour les autres. Chez les aînés, la situation est inverse : les personnes peu stressées ont moins de chances de vieillir en bonne santé. Ce résultat contre intuitif pourrait être imputable aux mesures de stress chronique utilisées dans l'analyse. En effet, les facteurs de stress inclus dans le questionnaire de l'ENSP semblent moins pertinents pour les aînés. Par exemple, il a été démontré que les facteurs de stress mentionnés le plus fréquemment, c'est-à-dire vouloir entreprendre trop de choses à la fois et manquer de temps, ont des conséquences néfastes pour la santé aux âges adultes. Par contre, chez les aînés, ce genre de situation pourrait être gratifiante et refléter qu'elles ont une vie plus active que leurs pairs.

En fait, chez les aînés, une variable analogue, un fort sentiment de cohésion, qui se traduit par l'aptitude à donner un sens à la vie, à la maîtriser et à la comprendre, est positivement associé au vieillissement en bonne santé. Comme un fort sentiment de cohésion augmente les chances de vieillir en bonne santé, une attitude positive à l'égard de la vie apparaît donc souhaitable. En revanche, la fréquence des contacts sociaux n'est pas reliée significativement au fait de vieillir en bonne santé ni chez les adultes d'âge mûr, ni chez les aînés.

Les problèmes de santé chroniques : pas de surprises

Les critères utilisés pour définir la santé dans cette analyse rend possible d'être à la fois déclaré « en bonne santé fonctionnelle et perçue » en 1994-1995 tout en déclarant un problème de santé chronique. Conformément aux attentes, l'existence de certains problèmes de santé réduit de façon significative les

chances de vieillir en santé. C'est ainsi que les personnes ayant déclaré souffrir d'arthrite, du diabète ou de maladies cardiaques ont moins de chances de demeurer en bonne santé tant chez les adultes d'âge mûr que chez les aînés. Le cancer et la bronchite/emphysème ont également un effet significatif, mais chez les aînés seulement. La déclaration d'autres problèmes de santé chroniques – asthme, les maux de dos et le glaucome/cataracte – n'entraîne pas de conséquences significatives sur la bonne santé pour les deux groupes à l'étude.

Consultation chez un médecin : important chez les aînés

Chez les adultes d'âge mûr, le fait de ne pas avoir consulté de professionnels de la santé au cours de l'année qui précédait la première entrevue de l'ENSP n'est pas associé au maintien de la bonne santé. En revanche, les aînés dans la même situation ont significativement moins de chances de demeurer en bonne santé. Cette variable peut être considérée comme un indicateur de l'assiduité des répondants à subir un examen médical régulier. Le fait de ne pas avoir consulté un médecin pourrait témoigner de l'existence d'un comportement durable susceptible d'avoir un effet néfaste sur la santé. Par ailleurs, tant les personnes d'âge mûr que les aînés qui ont dit avoir consulté un médecin au moins trois fois dans l'année précédant l'enquête ont significativement moins de chances que les autres de vieillir en bonne santé.

Conclusion

Les facteurs associés au vieillissement en bonne santé durant l'intervalle de huit ans entre 1994-1995 et 2002-2003 ne sont pas les mêmes pour les adultes d'âge mûr que pour les aînés.

Chez les adultes d'âge mûr, les caractéristiques socioéconomiques, surtout le niveau de scolarité et le revenu du ménage, jouent un rôle important. Par contre, le tabagisme, l'inactivité physique durant les loisirs



et un poids non-santé ne sont pas des déterminants significatifs du vieillissement en bonne santé, suggérant que les conséquences des habitudes de vie néfastes à l'égard de la santé n'ont pas encore eu le temps de se manifester.

Cependant, de mauvaises habitudes de vie à l'égard de la santé finissent par rattraper les individus qui les ont adoptées. Les aînés qui étaient en bonne santé en 1994-1995 couraient un risque significativement plus élevé d'avoir perdu leur bonne santé en 2002-2003 s'ils fumaient ou avaient arrêté de fumer au cours des dix dernières années, s'ils étaient physiquement inactifs durant leurs loisirs ou si leur poids ne se situait pas dans la fourchette appropriée pour leur taille.

Une étude plus approfondie de l'effet positif des bonnes habitudes de vie sur le maintien de la bonne santé après 45 ans a montré que cet effet positif augmentait avec l'âge, supportant l'hypothèse d'un effet cumulatif à travers le cycle de vie. Ce résultat renforce le message de santé publique que de bonnes habitudes de vie sont profitables tout au long du cycle de vie.

Certains problèmes de santé chroniques tels que l'arthrite, le diabète et les maladies cardiaques sont de clairs obstacles au maintien

d'un bon état de santé en vieillissant, ce qui n'a rien d'étonnant. Conséquemment, la prévention à l'égard de ces maladies avant l'âge de 65 ans pourrait se traduire par une amélioration de la santé des personnes âgées.

L'effet du niveau de revenu du ménage sur le vieillissement en bonne santé des adultes d'âge mûr soulève la nécessité de mieux comprendre les mécanismes par lesquelles un faible revenu influe sur la santé. Une meilleure compréhension de ces mécanismes pourrait permettre aux pouvoirs publics de développer des programmes qui atténueraient cet effet et par conséquent amélioreraient la santé de la population. La relation positive entre le niveau de scolarité et le maintien d'un bon état de santé est encourageante dans la mesure où chacune des générations qui se succèdent est plus scolarisée que la précédente.

Les leviers pour améliorer l'état de santé de la population canadienne sont donc nombreux et relèvent à la fois de responsabilités individuelles et collectives. Vieillir en santé afin de profiter de ses vieux jours ne semble donc pas être réservé à un petit groupe d'individus détenant un secret bien gardé : la présente étude montre qu'en conjuguant efforts personnels et volonté publique, beaucoup peuvent y arriver. ■■

Références

1. N.J. Vetter, P.A. Lewis et L. Llewellyn, « Supporting Elderly Dependent People at Home », *British Medical Journal*, 304 (6837), 1992, p. 1290-1292.
2. D.B. Radner, « Assessing the Economic Status of the Aged and Nonaged Using the Alternative Income-Wealth Measures », *Social Security Bulletin*, 53 (3), 1990, p. 2-14.
3. Agence de santé publique du Canada, « L'éducation comme facteur déterminant de la santé », (2002), http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/apercu_repercussions/10_education.html, dernier accès, 19 avril 2005.
4. J. Daver et R. Bierme, « Les bénéfices à court et à long termes de l'arrêt de la consommation de tabac », *Annales de cardiologie et d'angéiologie*, 50 (4), 2001, p. 224-228.
5. T.S. Naimi, D.W. Brown, R.D. Brewer, W.H. Giles, G. Mensak, M.K. Serdula, A.H. Mokdad, D.W. Hungerford, J. Lando, S. Naimi et D.F. Stroup « Cardiovascular Risk Factors and Confounders Among Nondrinking and Moderate Drinking U.S. Adults », *American Journal of Preventive Medicine*, 28 (4), 2005, p. 369-373.
6. Organisation Mondiale de la Santé. Préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, adopté lors de la Conférence Internationale sur la Santé, New York, 19 au 22 juin 1946, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Archives officielles de l'OMS, no.2, p.100) et entré en application le 7 avril 1948.
7. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3e édition, texte révisé, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.
8. A. Antonovsky, « The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale », *Social Science and Medicine*, 36 (6), 1993, p. 725-733.



DÉFINITIONS

À part l'âge, le sexe et le statut d'immigrant, un certain nombre de déterminants démographiques et socioéconomiques ainsi que des habitudes de vie sont pris en compte dans cette étude. Tous ces déterminants de la santé sont mesurés en 1994-1995, c'est-à-dire au moment du premier cycle de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP).

Le mode de cohabitation distingue les répondants selon qu'ils vivent seuls, avec leur conjoint (avec ou sans autres personnes dans le ménage), ou avec d'autres personnes (à l'exclusion de leur conjoint).

Le niveau de scolarité comporte deux catégories, à savoir les personnes titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires et les personnes ne possédant pas ce diplôme.

Le répondant est considéré faire partie d'un ménage à revenu supérieur moyen si le revenu annuel brut de son ménage est de 30 000 \$ à 59 999 \$ pour les ménages d'une ou deux personnes, de 40 000 \$ à 79 999 \$ pour les ménages de trois ou quatre personnes ou de 60 000 \$ à 79 999 \$ pour les ménages de cinq personnes ou plus. Pour être assigné à un ménage à revenu supérieur, le répondant vit dans un ménage dont le revenu annuel brut est de 60 000 \$ et plus pour les ménages d'une ou deux personnes ou de 80 000 \$ et plus pour les ménages de trois personnes ou plus.

Une distinction est faite entre les personnes habitant les régions rurales et celles vivant dans les régions urbaines (population d'au moins 1 000 habitants et densité de population d'au moins 400 habitants par kilomètre carré). Cette variable sert également d'indicateur pour l'accès différentiel aux services de santé, l'hypothèse étant que l'accès à ces services pourrait être plus difficile dans les régions rurales.

On a demandé aux répondants si un professionnel de la santé avait diagnostiqué chez eux un ou plusieurs problèmes de santé chroniques. Neuf problèmes de santé chroniques sont pris en compte dans cette étude, à savoir l'asthme, l'arthrite, les maux de dos, la bronchite ou l'emphysème, le diabète, les maladies cardiaques, le cancer, l'incontinence et le glaucome ou la cataracte.

On distingue également les répondants ayant consulté une ou deux fois un médecin de famille ou un

omnipraticien dans les 12 derniers mois précédant le premier cycle de l'enquête de ceux n'en ayant pas consulté et de ceux en ayant consulté un à au moins trois occasions, voire plus.

La variable portant sur le tabagisme différencie les répondants n'ayant jamais fumé et les anciens fumeurs occasionnels ou réguliers qui ont arrêté depuis au moins les dix dernières années des autres, c'est-à-dire les fumeurs occasionnels et réguliers ainsi que ceux ayant arrêté au cours des 10 dernières années.

Pour être classée dans la catégorie des personnes physiquement actives, une personne doit s'adonner à des activités physiques durant ses loisirs au moins 15 minutes par jour, trois fois par semaine.

Les personnes ayant un poids santé sont celles dont l'indice de masse corporelle (calculé en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres) est compris entre 18,6 et 24,9.

La variable portant sur la consommation d'alcool distingue les individus n'ayant jamais consommé d'alcool des autres.

Un indice spécifique du stress chronique disponible dans l'enquête a été utilisé pour distinguer les répondants les moins stressés (indice égal à 0) des autres. Cet indice de stress repose sur des questions posées aux répondants à propos de leurs relations, de leur vie familiale, de leurs enfants, de leur santé ainsi que de celle des membres de leur famille, de leur situation financière et de leur environnement.

L'échelle de sentiment de cohésion élaborée par Antonovsky⁸ a été utilisée pour distinguer les répondants en fonction de leur capacité à comprendre les événements de la vie, à les maîtriser et à leur donner un sens. On a distingué les personnes ayant un fort sentiment de cohésion (indice égal ou supérieur à 70) des autres.

Le niveau de soutien social des répondants a été évalué au moyen d'un indice indiquant le nombre moyen de contacts, au cours des 12 derniers mois, avec des amis, des voisins et des membres de la famille ne faisant pas partie du ménage. On a distingué les répondants ayant des contacts sociaux fréquents (indice égal ou supérieur à 5 sur une échelle allant de 0 à 6) des personnes plus isolées.



MÉTHODOLOGIE

Source des données

La composante longitudinale de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) est fondée sur un échantillon de 17 276 personnes qui vivaient dans des ménages privés et de 2 182 personnes qui vivaient en établissement de santé en 1994-1995. L'enquête est réalisée tous les deux ans depuis 1994-1995. Sa population cible n'inclut pas les membres des Forces canadiennes ni les habitants des réserves indiennes et de certaines régions éloignées.

Aucun nouveau répondant n'est ajouté d'un cycle de l'enquête à l'autre. Une attrition est observée, certains répondants présents en 1994-1995 refusant de participer à l'enquête aux cycles subséquents ou n'étant tout simplement pas retracés. Cette attrition demeure relativement faible d'un cycle à l'autre, n'altérant pas la précision des estimations statistiques. Le modèle statistique utilisé dans cette étude permet de tenir compte de cette attrition.

Pour cette étude, on a retenu 6 627 répondants âgés de 45 ans et plus. Pour 375 d'entre eux, soit 7 % (valeur pondérée), il était impossible de définir un état de santé en 1994-1995; ils ont donc été exclus de l'analyse.

La population de départ de cette étude comprend les répondants qui, en 1994-1995, étaient en bonne santé ; conséquemment, les résidents des institutions de santé ont été exclus en supposant qu'ils étaient tous en mauvaise santé. En tout, 2 498 répondants âgés entre 45 et 64 ans et 1 310 répondants âgés de 65 ans et plus étaient, selon notre définition, en bonne santé en 1994-1995. Pour les besoins de cette étude, il y avait deux façons de perdre sa bonne santé, le décès et une réelle perte de bonne santé.

Techniques d'analyse

La technique d'analyse utilisée dans cette étude est une adaptation du modèle à risque proportionnel (Cox regression). Le modèle original de Cox ne permettant pas de tenir compte de la méthode de pondération « bootstrap » qui permet de calculer des variances et des intervalles de confiance qui prennent en compte les effets du plan d'enquête complexe, un modèle de

régression logistique avec lien « cloglog » a été utilisé. Ce modèle produit les mêmes résultats qu'une régression de Cox, et permet l'utilisation d'une pondération avec la technique « bootstrap ».

Outre les variables démographiques et socioéconomiques, les habitudes de vie à l'égard de la santé, les facteurs psychosociaux et les problèmes de santé chroniques, une variable a été introduite dans le modèle afin de tenir compte du passage du temps, ou de la durée. Cette variable reflète simplement les chances de demeurer vivant et en bonne santé au fil des cycles qui se succèdent, toutes choses étant égales par ailleurs. Cette variable n'est pas significative chez les adultes âgés de 45 à 64 ans, suggérant que le temps qui passe n'a pas encore d'effet marqué sur la santé, l'usure de l'organisme n'étant probablement pas encore très important. Chez les personnes âgées toutefois, cette variable est significative, montrant bien qu'avec chaque nouveau cycle de l'enquête, les chances de demeurer en bonne santé s'amenuisent.

Les répondants pour lesquels des données n'étaient pas disponibles pour un cycle de l'enquête - que ce soit la conséquence d'un refus de participer ou que cela découle de l'impossibilité de les retracer ont vu leur état de santé imputé comme « bon » lorsque celui-ci était bon, très bon ou excellent aux cycles encadrants. Lorsque la mauvaise santé était observée au cycle suivant la non-réponse, on a censuré le répondant au dernier cycle complété avant le cycle de non-réponse, sous l'hypothèse qu'il était alors impossible de savoir précisément à quel cycle la mauvaise santé était apparue. Il en va de même pour les répondants présentant une non-réponse à deux cycles consécutifs.

Même si le cadre conceptuel d'analyse se voulait le plus complet possible, certaines variables importantes ont pu être omises, soit par leur absence de l'enquête, soit pour des difficultés d'ordre méthodologiques. Par exemple, on n'a pas pu tenir compte des antécédents familiaux car ces questions n'ont été posées qu'au cycle 3 (1998-1999) de l'enquête ; conséquemment, elles ne concernaient que les survivants jusqu'à ce cycle.

