



Rapport de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV) sur la santé et le vieillessement au Canada

résultats de la collecte de données (2010-2015)

Parminder Raina
Christina Wolfson
Susan Kirkland
Lauren Griffith



élcvc clsa Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement
Canadian Longitudinal Study on Aging

Chapitres

Avant-propos	5
Yves Joannette et Steven Hoffman	
Chapitre 1: Introduction	6
Parminder Raina, Christina Wolfson et Susan Kirkland	
Chapitre 2: Méthodologie de l'ÉLCV.	14
Lauren Griffith, Edwin van den Heuvel, Parminder Raina, Susan Kirkland, Christina Wolfson, Mary Thompson, Changbao Wu, Urun Erbas Oz, Nazmul Sohel, Harry Shannon, David Kanters et Geva Maimon	
Chapitre 3: Caractéristiques sociodémographiques et populations clés	30
Susan Kirkland, Yoko Ishigami-Doyle, Yukiko Asada, Lauren Griffith, Christina Wolfson et Parminder Raina	
Chapitre 4: La retraite dans l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement.	48
Tammy Schirle et Michael R. Veall	
Chapitre 5: Solitude, isolement social et engagement social	64
Andrew Wister, Verena Menec and Gerald Mugford	
Chapitre 6: Les soins donnés et reçus	86
Debra Sheets, Lynne Young, Lauren Griffith et Parminder Raina	
Chapitre 7: Santé	98
Christina Wolfson, Christopher Patterson, David B. Hogan et Philip St. John	
Chapitre 8: Fonctions physiques, incapacité, et chutes	122
Alexandra Mayhew et Parminder Raina	
Chapitre 9: Santé psychologique et bien-être	166
Holly Tuokko, Vanessa Taler, Martine Simard, Megan O'Connell, Lauren Griffith et Gerald Mugford	
Chapitre 10: Mode de vie et comportement	182
Nancy Presse, Hélène Payette, Dominique Lorrain, Isabelle Viens et Isabelle J. Dionne	
Chapitre 11: Mobilité dans les transports	200
Brenda Vrkljan, Michael Cammarata, Shawn Marshall, Gary Naglie, Mark Rapoport, Ruheena Sangrar, Arne Stinchcombe et Holly Tuokko	
Chapitre 12: Le vieillissement chez les personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles	216
Arne Stinchcombe et Kimberley Wilson	

Avant-propos

L'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV) a été conçue en tenant compte du fait que la population du Canada vieillit et avec la vision que nous pouvons révéler les déterminants de la santé et du bien-être lorsque nous prenons de l'âge. Nous avons atteint un palier démographique essentiel en 2016, lorsque pour la première fois, le nombre de Canadiens âgés de plus de 65 ans dépassait le nombre de Canadiens âgés de 14 ans et moins. D'ailleurs, d'ici 2031, un Canadien sur quatre aura au moins 65 ans.

En tant que nation où l'espérance de vie moyenne est de 80 ans pour les hommes et de 84 ans pour les femmes, nous vivons plus longtemps. L'ajout de ces quelques années de vie est un bon signe en soi. Il démontre le niveau de vie élevé du Canada, une santé publique innovante et des soins de santé de haute qualité. Mais nous devons nous assurer que ces années supplémentaires valent le coup d'être vécues : plus de temps pour travailler et mettre à profit ses richesses et sa sagesse pour le bien de la société, et plus de temps pour en profiter avec sa famille et ses amis.

En soutenant l'ÉLCV, les IRSC veulent s'assurer que l'on aura une meilleure compréhension de la recherche sur les déterminants de la santé et le vieillissement actif et que ces déterminants seront partagés avec tous les Canadiens, ce qui permettra à ces derniers de maintenir leur santé et leur qualité de vie durant toute leur vie.

Les renseignements recueillis à des sites dans tout le pays auprès de plus de 50 000 Canadiens participant à l'ÉLCV représentent une ressource nationale importante. Ils ont une grande valeur pour les chercheurs, les responsables des poli-

tiques en matière de santé, les professionnels de la santé publique et toute personne souhaitant que les Canadiens conservent une bonne santé. Nous voulons que les données de l'ÉLCV guident l'élaboration de politiques et de programmes à l'appui du vieillissement en santé pour les décennies à venir.

Le présent rapport est seulement le début d'un long chemin vers de meilleures connaissances sur les déterminants du vieillissement en santé. À titre de rapport initial, il représente un point de départ nécessaire pour mesurer la trajectoire des Canadiens en matière de santé. Il nous aidera finalement à concevoir un plan pour jouir d'une vie plus longue et en santé.

Nous tenons à féliciter les chercheurs de l'ÉLCV, les participants et le personnel pour le travail incroyable qu'ils ont effectué à ce jour. Nous sommes très reconnaissants envers l'équipe de recherche et tous les Canadiens qui ont participé à l'ÉLCV; ils jouent un rôle important pour faire avancer les connaissances.

Nous espérons que le présent rapport sera le premier pas vers un investissement dans un futur plus en santé pour les Canadiens.

Dr Yves Joanette

Directeur scientifique, Institut du vieillissement des IRSC

Dr Steven Hoffman

Directeur scientifique, Institut de la santé publique et des populations des IRSC



1

Introduction

Parminder Raina *Université McMaster*

Christina Wolfson *Université McGill*

Susan Kirkland *Université Dalhousie*



Introduction

Pourquoi mener une Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement?

Partout dans le monde, la population vieillit. Pour la première fois, en 2017, la population canadienne âgée de 65 ans et plus était plus nombreuse que le nombre d'enfants de moins de 15 ans. Il est facile de voir le vieillissement comme un défi pour l'individu et la société et, en fait, on a tendance à percevoir le vieillissement comme une série de symptômes physiques, par organe ou par maladie, et de pointer le fardeau personnel, social et financier qui est imposé aux familles et aux sociétés. Le vieillissement est simplement présenté comme un déclin et une perte. La perception

individuelle de ce que signifie être une personne âgée dans les années 1960, 1970, 1980 et 1990 n'a pas suivi le rythme de la médecine moderne, encore moins la façon dont nous avons optimisé les années supplémentaires que nous confèrent la santé publique et la médecine moderne. Si nous cessons d'envisager le vieillissement seulement comme le déclin et la dépendance, nous pourrions tirer parti des aspects positifs du vieillissement et investir dans les politiques et les programmes qui encouragent non seulement une longue vie, mais également une vie en santé. La contribu-

tion continue possible des personnes âgées à la société sera perdue si la perception de négativité inévitable du vieillissement ne change pas.

Précisément à la suite du changement de mentalité susmentionné, les chercheurs ainsi que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont déterminé le besoin de données longitudinales afin d'éclairer les décisions d'élaborer des interventions et des politiques qui permettront d'améliorer la santé et le bien-être des aînés d'aujourd'hui et de demain. En réalité, après avoir revu un certain nombre d'enjeux politiques concernant le vieillissement de la population canadienne, en 2000, Cheal¹ a fait remarquer le besoin pressant d'élaborer des données non seulement pour éclairer les politiques, mais également pour faire progresser la science du vieillissement. Il exigeait explicitement la collecte de données longitudinales afin que l'élaboration de politiques s'adapte de manière appropriée aux enjeux complexes et émergents d'une population vieillissante. Les données longitudinales recueillies dans le but d'éclairer l'élaboration de politiques éviteraient le problème d'agir à la hâte en fonction des mythes, des croyances populaires ou de renseignements anecdotiques concernant le vieillissement. L'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV) a été élaborée afin de combler le manque de données qui fourniraient les données probantes pour éclairer les politiques en matière de santé et de soins sociaux au Canada pour les aînés d'aujourd'hui et de demain.

Contexte de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

L'une des nombreuses conséquences pressantes sur le plan des politiques d'une population de plus en plus vieillissante au Canada est la capacité de payer pour les soins de santé et les soins sociaux. Des prévisions conservatrices² semblent indiquer que la proportion de la population canadienne âgée de 65 ans ou plus augmentera au cours des 20 prochaines années pour atteindre environ 23 % à 25 % de la population canadienne ou près de 10 millions de Canadiens d'ici 2036. Cette augmentation est sans précédent. Les dépenses totales en soins de santé et en soins sociaux au Canada dépassent maintenant les 300 milliards de dollars, en comptant les soins de santé seulement qui atteignent environ 211 milliards de dollars, les dépenses les plus élevées des budgets provinciaux. Alors que la génération du baby-boom se dirige vers la retraite ou entame une seconde carrière (un phénomène émergent), les défis et les possibilités du Canada afin de soutenir une population vieillissante diversifiée et multiethnique se multiplieront. Les choix de mode de vie changeants de la génération du baby-boom constituent l'une des données démographiques les plus intéressantes à étudier. Un défi que doivent relever les décideurs politiques en matière de soins de santé et de soins sociaux est le manque de données probantes solides afin d'éclairer la prise de décisions en matière de politiques de santé publique et de politiques sociales qui visent à prévenir la morbidité et à améliorer la santé de la population vieillissante canadienne³.

Des études prospectives sur le vieillissement de la population ont établi leur valeur scientifique en vue d'évaluer l'exposition extrinsèque et intrinsèque en lien avec le vieillissement en santé ainsi que les résultats psychosociaux et les effets des maladies. La conception de la cohorte prospective présente un avantage en raison de sa capacité de mesurer la fréquence de l'exposition avant l'apparition des effets et d'évaluer les nombreuses expositions et les nombreux résultats dans une seule étude. Toutefois, très peu de cohortes à grande échelle ont été conçues pour comprendre le lien entre des expositions multiples ainsi que les *transitions* et les *trajectoires* du vieillissement en santé.

Les récents progrès dans le domaine des biosciences (p. ex. la génétique, l'épigénétique et la métabolomique), de l'informatique et de la recherche sur la santé de la population ont changé la recherche en santé, par la présentation de nouvelles possibilités stimulantes pour la découverte scientifique. Afin de maximiser le potentiel de ces sciences émergentes et de les convertir en recherche et en connaissances révolutionnaires, les nouvelles plateformes de recherche doivent assurer la transition entre les biosciences ainsi que la population et les sciences de la santé publique. Ce besoin a entraîné la demande d'études longitudinales multidisciplinaires sur le vieillissement. Plusieurs facteurs différencient ces études plus complexes des études précédentes. La principale différence consiste en la capacité d'étudier des facteurs biologiques (en particulier la génétique et l'épigénétique), physiques, liés au mode de vie et psychosociaux chez les mêmes personnes, en combinaison avec des échantillons de grande

taille, ce qui a entraîné un pouvoir statistique accru pour aborder les interrelations complexes et étudier des résultats ou des événements rares. Grâce à l'émergence de techniques analytiques à plusieurs niveaux, nous avons aussi les outils nécessaires pour étudier l'influence des facteurs contextuels et individuels. Par conséquent, à l'ère moderne de la recherche longitudinale, nous allons au-delà de simplement décrire le changement au fil du temps pour étudier réellement les déterminants dynamiques des changements chez une personne et entre les personnes à long terme. De plus, très peu de protocoles d'études sur le vieillissement ont intégré l'échantillonnage biologique multiple pour un grand nombre de personnes afin de comprendre le rôle des biomarqueurs changeants chez une même personne au fil du temps, dans le but d'expliquer le processus du vieillissement et d'étudier comment les processus biologiques changeants interagissent avec les environnements physiques, économiques et psychosociaux changeants en vue de produire des résultats nuisibles ou positifs sur la santé.

L'ÉLCV est à la fois une étude de recherche conçue avec soin et une plateforme de recherche moderne conçue pour appuyer la collecte, la préparation et la diffusion des données et des échantillons biologiques ainsi que pour renforcer la capacité afin de mener de la recherche de grande qualité sur le vieillissement au Canada et ailleurs dans le monde. L'ÉLCV permettra aux chercheurs de répondre avec agilité à un large éventail de questions liées à la recherche qui éclairent les politiques et les pratiques en leur évitant de devoir concevoir leurs propres études pour répondre aux questions auxquelles la plateforme de l'ÉLCV fournit des réponses⁴.

Pour que les interventions et les politiques futures atteignent les objectifs multiples d'améliorer la santé, en permettant aux personnes de vieillir de manière optimale en fin de vie et d'accroître la qualité de vie et la durée de la vie, il faut accélérer notre compréhension du processus du vieillissement, de ses modificateurs et de ses conséquences. L'ÉLCV encourage la recherche innovatrice dans la compréhension de la façon dont les facteurs biologiques, physiques, psychologiques, sociaux et environnementaux influencent individuellement, et en combinaison, la santé et le bien-être des personnes âgées. L'ÉLCV en tant que plateforme de recherche se fonde sur un cadre conceptuel qui permettra aux chercheurs d'examiner les liens parmi les précurseurs (comme les variantes génétiques ou la nutrition), les changements du caractère quantitatif (comme la cognition ou les biomarqueurs inflammatoires) et les conséquences du phénotype changeant sur le développement ou la prévention des maladies (comme la démence ou la dépression), l'incapacité (comme la fragilité ou les limitations physiques) et les résultats psychosociaux (comme le trouble émotionnel ou l'isolement social). Les données sur les facteurs sociaux, y compris les transitions professionnelles et la planification de la retraite, les soins de santé et les facteurs économiques, fourniront également des données probantes afin d'éclairer les politiques en matière de santé et de soins sociaux. La profondeur et l'étendue des données recueillies permettront à ce programme de recherche d'aborder des questions comme les suivantes :

- Quels sont les déterminants des changements des fonctions biologiques, physiques, psychologiques et sociales au fil du temps et des âges?
- Quelle est l'importance des facteurs génétiques et épigénétiques dans le processus du vieillissement?
- Pourquoi certaines personnes connaissent-elles un vieillissement en santé alors que d'autres non?
- Y a-t-il des modèles reconnaissables de fonctionnement cognitif à l'âge mûr qui prédisent l'apparition de la démence plus tard au cours de la vie?
- Comment les transitions professionnelles et familiales ainsi que les changements négatifs et positifs des réseaux sociaux et du soutien social s'entrecroisent-ils et comment ces transitions influencent-elles l'état de santé général?

Aperçu du rapport

Le premier suivi de l'ÉLCV tire présentement à sa fin, et les premières données longitudinales sur la cohorte seront publiées d'ici le début de 2019. Les prochains chapitres décrivent la méthodologie de l'ÉLCV (chapitre 2) et présentent des données initiales dans les domaines des caractéristiques démographiques (chapitre 3), la retraite (chapitre 4), les activités sociales et l'isolement social (chapitre 5), les soins donnés et reçus (chapitre 6), l'état de santé général (chapitre 7), les fonctions physiques, l'incapacité et les chutes (chapitre 8), la santé psychologique (chapitre 9), le mode de vie et le comportement (chapitre 10), le transport (chapitre 11) et le vieillissement chez les personnes lesbiennes, les gaies et les bisexuelles (chapitre 12). Tous les chapitres mettent l'accent sur les conclusions clés à partir des données initiales, des défis et des prochaines étapes possibles de l'ÉLCV. Dans la mesure du possible, les tableaux comprennent des estimations pondérées afin de refléter la population canadienne. Le numéro de la version de l'ensemble des données de l'ÉLCV, les mesures incluses et le calcul de tout composé ou de toutes les variables dérivées sont expliqués dans chacun des chapitres. La proportion de données manquantes dans l'ensemble de l'ÉLCV était faible (< 5 %), mais l'examen de certaines combinaisons de variables dans certaines parties de la population peut donner lieu à des échantillons de petite taille. Les auteurs indiquent comment les données manquantes ont été gérées dans chaque chapitre, le cas échéant. Les estimations fondées sur moins de cinq observations ont été omises des sommaires de données tout au long du rapport.

Remerciements

L'ÉLCV est une plateforme et une infrastructure de recherche multidisciplinaires nationales de pointe mises à la disposition de la recherche sur le vieillissement à l'aide de données longitudinales qui s'échelonnent sur 20 ans ou plus auprès de 50 000 participants âgés de 45 à 85 ans au moment du recrutement. La direction générale de l'ÉLCV est fournie par le chercheur principal en chef, le Dr Parminder Raina, et deux co-chercheuses principales, les D^{res} Christina Wolfson et Susan Kirkland. En outre, l'Équipe de gestion scientifique est appuyée par les D^{res} Lauren Griffith (directrice scientifique associée) et Ine Wauben (directrice générale). Les échantillons recueillis lors des visites aux Sites de collecte de données de l'ÉLCV sont analysés et entreposés dans un seul et même endroit : la Biobanque de l'ÉLCV. Cynthia Balion, l'une des co-chercheurs de l'ÉLCV, en est la directrice. L'ÉLCV bénéficie également de l'appui de 11 chercheurs responsables localement qui dirigent les efforts de collecte de données pour l'ÉLCV, les groupes de travail et plus de 250 membres du personnel spécialisés sur l'ÉLCV (www.clsa-elcv.ca/fr). Il faut surtout souligner que la réussite de l'ÉLCV est le résultat de la contribution de nos 50 000 participants et plus qui sont dévoués afin de faire progresser nos connaissances sur la santé et le vieillissement et qui investissent bénévolement de leur temps afin de participer à cette étude.

Cette première plateforme de recherche est possible grâce à l'appui de bailleurs de fonds, de partenaires et de partisans visionnaires qui partagent notre passion pour la recherche de grande qualité, la prise de décisions fondées sur des données probantes, l'application des connaissances et le développement de services et de produits qui pro-

figureront à la santé et au bien-être des personnes à mesure qu'elles vieillissent. Le financement des opérations et de l'infrastructure de l'ÉLCV est fourni par le gouvernement du Canada au moyen des Instituts de recherche en santé du Canada, de la Fondation canadienne pour l'innovation et des provinces de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba, de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario et du Québec. Des fonds supplémentaires qui ont contribué à la collecte des données initiales de l'ÉLCV ont également été fournis par les partenaires ainsi que les entités et les établissements suivants : le ministère des Transports de l'Ontario, l'Institut de recherche Bruyère, l'Université Dalhousie, l'Université McGill, l'Université McMaster, l'Université Memorial, l'Université Simon Fraser, l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill, l'Université de Sherbrooke, l'Université de la Colombie-Britannique, l'Université de Calgary, l'Université du Manitoba, l'Université d'Ottawa, l'Université de Victoria, Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, Statistique Canada, Anciens Combattants Canada ainsi que les contributions en nature du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Saskatchewan.

Ce rapport est coparrainé par l'Agence de la santé publique du Canada et Emploi et Développement social Canada. Les chapitres sont rédigés par les chercheurs de l'ÉLCV et le rapport a été préparé avec l'aide de David Kanters, Geva Maimon, Ph. D., Philippe Boileau, D' Sohel Nazmul, et Roxanne Cheeseman.

La version française de ce rapport est une traduction du rapport anglais préparé par des traducteurs de tierce partie et est parrainée par l'Agence de la santé publique du Canada. Si vous avez des questions concernant les conclusions décrites dans le rapport de l'ÉLCV ou si vous voulez obtenir plus de renseignements sur la plateforme de

l'ÉLCV, veuillez envoyer un courriel à l'adresse suivante : info@clsa-elcv.ca.

Références

1. Cheal D.
Aging and demographic change.
Can Public Policy. 2000;26(Suppl 2):
S109-S122. Accès : [www.jstor.org/
stable/3552574](http://www.jstor.org/stable/3552574).
2. Statistique Canada.
Une population vieillissante.
Accès : [https://www.statcan.gc.ca/pub/
11-402-x/2010000/chap/pop/pop02-fra.htm](https://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2010000/chap/pop/pop02-fra.htm).
Consulté le 26 mars 2018.
3. Orton L, Lloyd-Williams F, Taylor-Robinson D,
O’Flaherty M, Capewell S.
**The Use of Research Evidence in Public
Health Decision Making Processes:
Systematic Review.** PLoS ONE. 2011;6(7).
DOI: 10.1371/journal.pone.0021704
4. Raina PS, Wolfson C, Kirkland SA, *et al.*
**The Canadian Longitudinal Study
on Aging (CLSA).** Can J Aging. 2009;28
(Special Issue 03):221-229. DOI: 10.1017/
S0714980809990055.



2

Méthodologie de l'ÉLCV

Lauren Griffith *Université McMaster*
Edwin van den Heuvel *Technische Universiteit Eindhoven*
Parminder Raina *Université McMaster*
Susan Kirkland *Université Dalhousie*
Christina Wolfson *Université McGill*
Mary Thompson *Université de Waterloo*
Changbao Wu *Université de Waterloo*
Urun Erbas Oz *Université McMaster*
Nazmul Sohel *Université McMaster*
Harry Shannon *Université McMaster*
David Kanters *Université McMaster*
Geva Maimon *L'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill*



Méthodologie de l'ÉLCV

Ce chapitre présente un résumé de la méthodologie de l'étude pour l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV) initiale^{1,2}. Il comprend une brève description de la conception de l'étude, de l'approche d'échantillonnage, de la mise au point du questionnaire et des mesures et indicateurs, des taux de réponse et de l'élaboration des pondérations d'échantillonnage.

Conception de l'étude

La taille de l'échantillon cible de l'ÉLCV était de 50 000 participants; en 2015, l'ÉLCV a effectué le recrutement et la collecte des données initiales auprès de 51 338 hommes et femmes âgés de 45 à 85 ans vivant en société dans tout le Canada^{1,2}. On a demandé aux participants de fournir un ensemble de données fondamentales sur les caractéristiques démographiques, les indicateurs relatifs au mode de vie et aux comportements, les

indicateurs sociaux, les mesures physiques, les indicateurs psychologiques, les mesures économiques, les indicateurs de l'état de santé et l'utilisation des services de santé. Les participants à l'ÉLCV seront soumis à des vagues répétées de collecte de données tous les trois ans et seront suivis pendant au moins vingt ans, ou jusqu'à leur décès (ou jusqu'à la survenue d'une autre raison justifiant leur abandon de l'étude). La conception et l'avancement actuel de l'ÉLCV sont présentés dans la figure 1.

CONCEPTION DE L'ÉCHANTILLONNAGE

Les participants à l'ÉLCV ont été sélectionnés dans l'un des deux volets de l'étude, qui utilisent des méthodes différentes d'échantillonnage et de collecte de données : 21 241 participants ont été sélectionnés de façon aléatoire dans les dix provinces canadiennes et ont fourni des données en répondant au questionnaire lors d'entrevues téléphoniques (« évaluation de surveillance »), et 30 097 participants ont été sélectionnés de façon aléatoire dans des régions d'un rayon de 25 à 50 km autour de l'un des 11 Sites de collecte de données situés dans tout le Canada et ont fourni des données lors d'une entrevue à domicile et d'une visite à un Site de collecte de don-

nées (« évaluation globale »). Ces sites ont été choisis de façon à représenter quatre régions du Canada : la côte du Pacifique (Victoria [Université de Victoria], Vancouver et Surrey [Université de la Colombie-Britannique et Université Simon-Fraser]), les Prairies (Calgary [Université de Calgary] et Winnipeg [Université du Manitoba]), le centre du Canada (Hamilton [Université McMaster], Ottawa [Université d'Ottawa], Montréal [Université McGill] et Sherbrooke [Université de Sherbrooke]) et la région de l'Atlantique (Halifax [Université Dalhousie] et St. John's [Université Memorial de Terre-Neuve]). Pour la plupart des sites, l'échantillonnage a été limité à un rayon de 25 kilomètres; toutefois, dans les régions où la densité de popu-

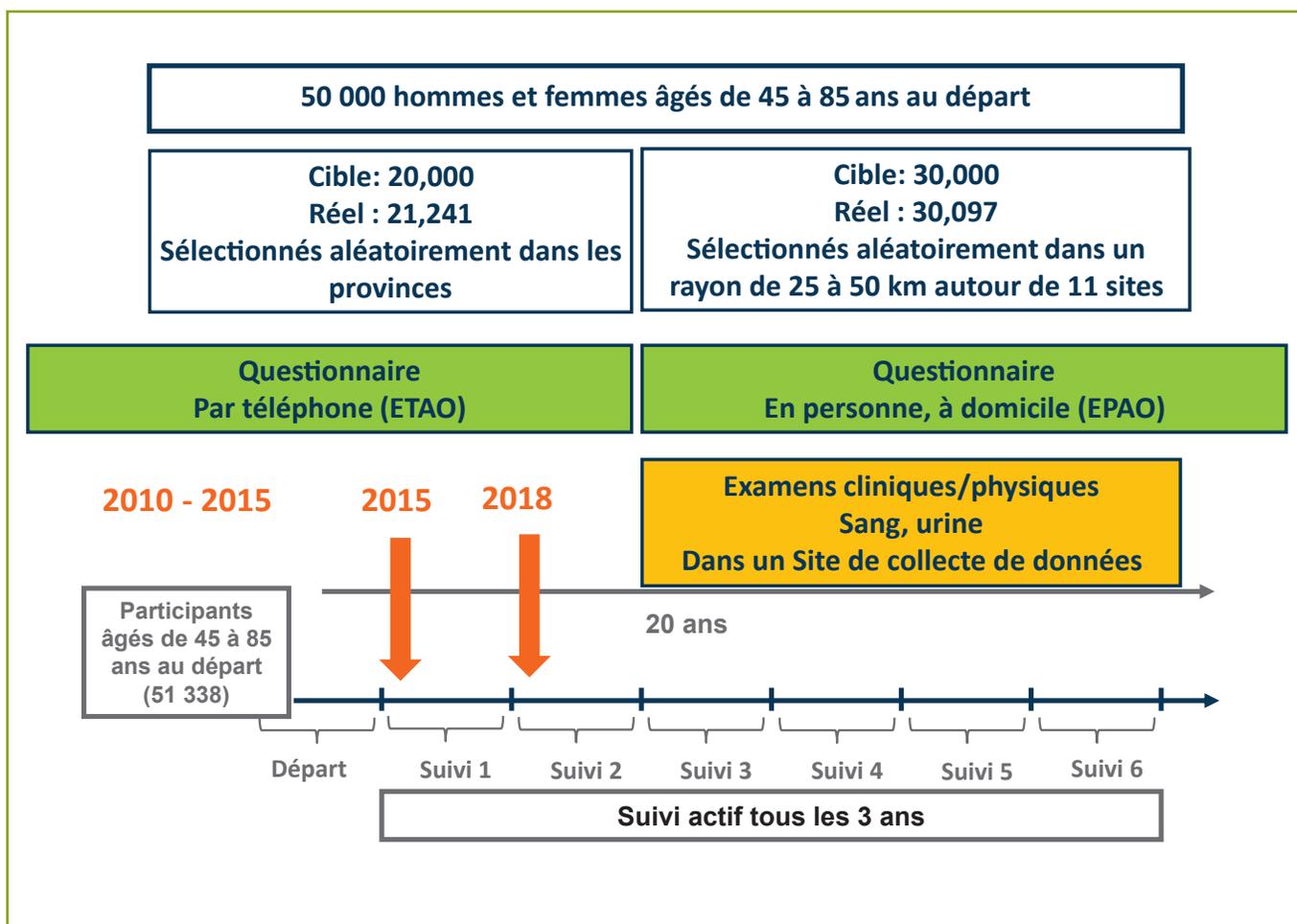


Figure 1 – Échéancier de collecte de données de l'ÉLCV

lation est plus faible (c.-à-d. Victoria, Sherbrooke, St. John's), le rayon a été élargi pour faciliter le recrutement du nombre nécessaire de participants³.

PARTICIPANTS À L'ÉTUDE

Les participants de l'évaluation de surveillance de l'ÉLCV ont été recrutés à partir de trois bases d'échantillonnage : l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé (ESCC-VS)⁴, les registres de santé provinciaux et la composition aléatoire. Les participants de l'évaluation globale ont été recrutés en utilisant les registres de santé provinciaux et la composition aléatoire comme bases d'échantillonnage. Ont été exclus de l'ÉLCV les résidents des trois territoires, les personnes vivant dans les réserves fédérales des Premières Nations, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes, les personnes vivant dans des institutions, les personnes incapables de répondre en anglais ou en français et celles atteintes d'une déficience cognitive⁵.

Les tailles des échantillons cibles et réels par province, par âge et par sexe pour les participants des évaluations de surveillance et globale sont présentées à l'annexe 1, dans le tableau 3. La taille totale de l'échantillon cible pour l'évaluation de surveillance était de 20 000 participants. L'échantillon de l'évaluation de surveillance a été divisé entre les provinces selon la méthode de répartition du pouvoir, à condition que chaque province compte au moins 125 participants par catégorie d'âge et de sexe. Le but était d'assurer un degré minimum de précision pour les analyses par province. À l'intérieur de la province, l'échantillon a été réparti de façon à correspondre à la distribution globale en fonction de l'âge et du sexe de l'ÉLCV (tableau 4 de l'annexe 1). L'échantillonnage de l'évaluation de surveillance visait à fournir des résultats pouvant être généralisés à l'ensemble de la population canadienne, mais, en

revanche, ce n'était pas le but de l'échantillonnage de l'évaluation globale. Bien que l'échantillon de l'évaluation globale ne soit pas représentatif de la population nationale, il est néanmoins de portée nationale. La taille de l'échantillon cible pour l'évaluation globale de l'ÉLCV était de 30 000 personnes. Au total, 9 Sites de collecte de données devaient recruter 3 000 participants chacun, tandis qu'en Colombie-Britannique, les sites de Vancouver et de Surrey devaient recruter 1 500 participants chacun. Des pondérations d'échantillonnage ont été créées de façon à ce que l'échantillon complet de l'ÉLCV (évaluation de surveillance + évaluation globale) soit également généralisable à l'ensemble de la population canadienne.

Les participants de l'évaluation de surveillance ont rempli le questionnaire au moyen d'une entrevue téléphonique assistée par ordinateur (ETAO), tandis que ceux de l'évaluation globale y ont répondu lors d'une entrevue en personne assistée par ordinateur (EPAO) et ont fourni des mesures physiques et des échantillons biologiques aux Sites de collecte de données. Il a été demandé à tous les participants à l'ÉLCV s'ils souhaitaient fournir leur numéro d'assurance-maladie afin de permettre de faire le lien avec les données administratives⁶. Il n'était pas obligatoire de fournir son numéro d'assurance-maladie ni de fournir des échantillons biologiques (évaluation globale uniquement) pour être recruté; toutefois, 90,2 % des participants de l'évaluation de surveillance et 96,2 % des participants de l'évaluation globale ont fourni leur numéro d'assurance-maladie et 98,8 % des participants de l'évaluation globale ont accepté de fournir des échantillons biologiques. Les données initiales ont été recueillies entre septembre 2011 et mai 2014 pour les participants de l'évaluation de surveillance, et entre mai 2012 et mai 2015 pour les participants de l'évaluation globale. L'entrevue initiale a été complétée par une

TABLEAU 1 RÉSUMÉ DES MESURES ET INDICATEURS RECUEILLIS DANS L'ÉLCV PAR DOMAINE

Mesures et indicateurs recueillis par domaine*	Évaluation de surveillance (n = 21 241)	Évaluation globale (n = 30 097)
MODE DE VIE/COMPORTEMENTS		
Consommation d'alcool	✓	✓
Tabagisme	✓	✓
Nutrition	Non	✓
Risque nutritionnel	✓	✓
Usage de suppléments alimentaires	✓	✓
Activité physique	✓	✓
ÉTAT DE SANTÉ		
Activités de la vie quotidienne	✓	✓
Activités domestiques	✓	✓
Douleur	✓	✓
Sommeil Non	Non	✓
Santé des femmes	✓	✓
Médicaments	✓	✓
Réseautage social en ligne	Non	✓
Capacité fonctionnelle autodéclarée	✓	Non
État de santé/vieillessement en santé	✓	✓
Maladies chroniques	✓	✓
Symptômes de maladies chroniques	Non	✓
Blessures	✓	✓
Santé buccale	✓	✓
Taille et poids autodéclarés	✓	S.O.
Vision et audition autodéclarées	✓	✓
Chutes et produits de consommation	✓	✓
MESURES PHYSIQUES		
Poids et taille	Non	✓
Tour de hanches et de taille	Non	✓
Pouls et tension artérielle	Non	✓
Électrocardiogramme	Non	✓
Spirométrie	Non	✓
Densité osseuse et impédance bioélectrique (DEXA)	Non	✓
Audition	Non	✓

Mesures et indicateurs recueillis par domaine*	Évaluation de surveillance (n = 21 241)	Évaluation globale (n = 30 097)
Test chronométré de marche sur 4 mètres	Non	✓
Test « up and go » minuté (TUG)	Non	✓
Équilibre debout	Non	✓
Transfert assis-debout : équilibre et coordination	Non	✓
Acuité visuelle	Non	✓
Tonométrie	Non	✓
Balayage de rétine	Non	✓
Force de préhension	Non	✓
ÉCHANTILLONS BIOLOGIQUES		
Sang	Non	✓
Urine	Non	✓
INDICATEURS SOCIAUX ET DÉMOGRAPHIQUES		
Dépression	✓	✓
Satisfaction à l'égard de la vie	✓	✓
Courte batterie de tests cognitifs	✓	Non
Batterie complète de tests cognitifs	Non	✓
Détresse psychologique	Non	✓
Trouble de stress post-traumatique	✓	✓
Traits de personnalité	Non	✓
INDICATEURS SOCIAUX ET DÉMOGRAPHIQUES		
Réseaux sociaux et disponibilité du soutien social	✓	✓
Participation sociale	✓	✓
Les soins à domicile et les autres types de soins donnés et reçus	✓	✓
Transitions dans le travail et la retraite	✓	✓
Inégalités sociales	✓	✓
Richesse/revenu	✓	✓
Propriété du logement	✓	✓
Environnements bâtis	✓	✓
Migration, mobilité, transport	✓	✓
Évaluation de l'aire de mobilité	Non	✓
Études	✓	✓
Origine ethnique, langue, religion	✓	✓
Situation familiale et dans le ménage	✓	✓

Mesures et indicateurs recueillis par domaine*	Évaluation de surveillance (n = 21 241)	Évaluation globale (n = 30 097)
Travail payé et non payé	✓	✓
Soins donnés	✓	✓
Identificateurs de vétérans	✓	✓
UTILISATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ		
Visites des professionnels de services sociaux et de santé	✓	✓
Services préventifs de santé	✓	✓
Lien avec les bases de données provinciales sur la santé	✓	✓

* Pour une explication détaillée des mesures et indicateurs particuliers et des outils et instruments utilisés, veuillez consulter le site Web de l'ÉLCV à l'adresse www.clsa-elcv.ca/fr.

TABLEAU 2 RÉSUMÉ DES ÉCHANTILLONS BIOLOGIQUES CONSERVÉS DANS LA BIOBANQUE DE L'ÉLCV

	Catégorie	N	Biomarqueurs
Disponible	HÉMATOLOGIE Sites de collecte de données	25,425	<ul style="list-style-type: none"> Érythrocytes Granulocytes Hématocrite Hémoglobine Lymphocytes Plaquettes VGM TCMH CCMH VPM IDR
Disponible à la mi-2018	CHIMIE Services de laboratoire de Calgary	27,170	<ul style="list-style-type: none"> Albumine Alanine aminotransférase (ALT) Protéine C-réactive (CRP) Créatinine Cholestérol Ferritine T4 libre Cholestérol HDL Cholestérol LDL Cholestérol Non-HDL Thyréostimuline (TS) Triglycérides 25-hydroxyvitamine D Hémoglobine A1c (n = 26961)
	GÉNÉTIQUE Centre de génétique et d'épigénétique	10,000	<ul style="list-style-type: none"> Génotypage du génome entier ADN extrait de la couche leuco-plaquettaire des échantillons (n = 26 884) Puce 820K UK Biobank Axiom Array (Affymetrix)
	ÉPIGÉNÉTIQUE Centre de génétique et d'épigénétique	1,500	<ul style="list-style-type: none"> Méthylation de l'ADN ADN extrait de cellules mononuclées de sang périphérique Puce 850K Infinium MethylationEPIC BeadChip (Illumina)
	MÉTABOLOMIQUE Kyoto, Japon	1,000	<ul style="list-style-type: none"> Spectrométrie de masse

brève entrevue téléphonique pour recueillir des données supplémentaires ainsi que pour mettre à jour les coordonnées, dans le but de réduire le plus possible le risque de perte lors du suivi.

APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

L'ÉLCV a travaillé en collaboration avec tous les comités d'éthique de la recherche associés du Canada afin de créer un processus d'éthique coordonné. Par ce processus, l'ÉLCV a reçu l'approbation des comités d'éthique de la recherche pour le départ, le premier suivi et les modifications suivantes.

STRUCTURE ET CONTENU DE L'ENTREVUE INITIALE

Au début de la planification de l'étude, six groupes de travail ont été constitués pour élaborer des mesures et des indicateurs précis biologiques, physiques, psychologiques, sociaux et relatifs au mode de vie et aux comportements à inclure dans l'ÉLCV^{1,5,7}. Ces groupes de travail se composaient d'équipes pluridisciplinaires d'experts en matière de recherche sur le vieillissement. La liste finale des mesures et des indicateurs est présentée dans le tableau 1. Un processus similaire a été entrepris par le groupe de travail sur les mesures biologiques pour guider la collecte des échantillons biologiques dans le cadre de l'ÉLCV. Le tableau 2 dresse la liste des biomarqueurs disponibles au départ. Tous les échantillons biologiques sont traités sur les Sites de collecte de données, et les échantillons biologiques sont congelés et expédiés dans des récipients de transport en phase vapeur à la Biobanque de l'ÉLCV⁸.

Taux de réponse et pondération

Un groupe de travail sur la méthodologie de l'ÉLCV a été constitué et était responsable de l'élaboration des méthodes d'échantillonnage pour l'étude. Cette section porte sur les proportions de réponse et la création des pondérations pour l'ÉLCV. Pour chaque approche d'échantillonnage, plusieurs étapes étaient nécessaires pour être inscrit dans la cohorte de l'ÉLCV. La première étape, le « pré-recrutement », a eu lieu lorsque les personnes sélectionnées ont fourni leur nom, leurs coordonnées et leur consentement pour que les chercheurs de l'ÉLCV prennent contact avec elles et les invitent à participer à l'étude. Une personne était désignée comme « pré-recrue » lorsqu'elle fournissait ses coordonnées ou acceptait que ses coordonnées soient envoyées à l'ÉLCV. Dans la deuxième étape, les pré-recrues ayant terminé toutes les entrevues et évaluations initiales requises étaient considérées comme « recrutées ». Les recrues n'étaient considérées comme « inscrites » à l'ÉLCV qu'après réception du consentement signé. Les taux de réponse sont un produit des proportions de pré-recrutement, des proportions de recrutement et des proportions d'inscription à l'étude. Le calcul de chaque élément des taux de réponse variait en fonction de la base d'échantillonnage. Par exemple, dans le cas des registres de santé, nous savions combien de personnes étaient échantillonnées dans chacune des strates en fonction de l'âge et du sexe, et ce nombre constituait le dénominateur de notre taux de pré-recrutement dans la province en question. Dans le cas de la composition aléatoire, une société commerciale a fourni une liste de numéros de téléphone, parmi lesquels un sous-ensemble consistait en des numéros résidentiels valides. À partir de ces numéros, nous avons déterminé si le ménage était admissible en fonction de l'âge et,

si plus d'une personne était admissible dans un ménage, nous avons choisi au hasard une personne. Le taux de pré-recrutement a été obtenu en multipliant ces sous-probabilités (voir le document technique de l'ÉLCV sur l'échantillonnage à l'adresse www.clsa-elcv.ca/fr).

Des stratégies semblables ont été utilisées pour recruter les participants des évaluations de surveillance et globale, mais les participants de l'évaluation globale étaient en outre soumis à la restriction géographique. Nous n'avons inscrit qu'un seul participant de l'évaluation de surveillance par ménage. De même, nous n'avons inscrit qu'un seul participant de l'évaluation globale par ménage. Il était possible, en revanche, qu'un même ménage comprenne un participant de l'évaluation de surveillance et un participant de l'évaluation globale. Le taux de réponse global était d'environ 15 %. Toutefois, le taux de participation (la proportion de pré-recrues qui sont devenues des participants) était d'environ 50 %.

Des pondérations d'échantillonnage sont nécessaires pour corriger les différences dans l'échantillon qui peuvent donner lieu à un biais et à d'autres écarts entre l'échantillon et la population de référence. Ces différences peuvent découler de la sélection d'unités ayant des probabilités inégales, d'une non-couverture de la population et d'une absence de réponse. Dans l'ÉLCV, nous avons calculé à la fois des pondérations d'inflation et des pondérations analytiques.

Les pondérations d'inflation ont pour but de fournir aux chercheurs une estimation du nombre de personnes dans chaque province (et au Canada) qui sont « représentées » par chaque participant à l'ÉLCV. Les pondérations d'inflation servent à s'assurer que, lors de l'estimation de la valeur de la population (moyenne ou proportion) d'une variable, la valeur obtenue n'est pas biaisée, c.-à-d. qu'elle est représentative de la popula-

tion provinciale (et canadienne) admissible. Les pondérations d'inflation ont été calculées à partir des réciproques des probabilités d'inclusion des personnes, puis calibrées à la somme de la population canadienne ciblée (admissible) au moyen des pondérations données par Statistique Canada pour l'ESCC – Vieillesse en santé (VS), puisque l'ÉLCV utilisait les critères d'inclusion de l'ESCC-VS. Les évaluations de surveillance et globale se sont chacune vues attribuer leurs propres pondérations. La somme des pondérations de l'évaluation de surveillance correspond à la taille de la population canadienne vivant en société âgée de 45 à 85 ans en 2008-2009. La somme des pondérations de l'évaluation globale correspond à la taille de cette population vivant dans les régions d'échantillonnage autour de chaque Site de collecte de données. Des pondérations « globales » ont également été calculées et recalibrées selon les pondérations de population de l'ESCC-VS pour les analyses utilisant tous les participants.

Les pondérations analytiques sont utilisées dans les analyses de régression dont l'objet est d'estimer les associations entre les variables. Les pondérations analytiques sont, au fond, des pondérations d'inflation qui ont été remises à l'échelle pour correspondre au total à la taille réelle de l'échantillon de l'ÉLCV. Les pondérations analytiques de l'évaluation globale sont les pondérations d'inflation remises à l'échelle pour correspondre au total à la taille de l'échantillon dans la région du Site de collecte de données de chaque province. Les pondérations analytiques globales et celles de l'évaluation de surveillance sont remises à l'échelle pour correspondre au total à la taille de l'échantillon dans chaque province. Pour une description complète des pondérations d'échantillonnage de l'ÉLCV, reportez-vous au document technique de l'ÉLCV à l'adresse www.clsa-elcv.ca/fr.

Une comparaison des caractéristiques sociodémographiques de la population entre les données de l'ÉLCV pondérées, les données de l'ESCC-VS pondérées et le recensement du Canada de 2011 indique que la population de l'étude peut être généralisée à l'ensemble de la population canadienne (voir le tableau 3 à l'annexe 1).

Accès à la plateforme et aux données de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

En tant que plateforme de recherche, l'ÉLCV a pour but de fournir aux chercheurs et aux stagiaires les ressources (données et échantillons biologiques) essentielles pour poursuivre des recherches de pointe. L'un des principes fondamentaux de l'ÉLCV est de mettre les données à la disposition du milieu de la recherche tout en protégeant la vie privée et la confidentialité des participants et la sécurité des données, conformément à la Politique d'accès aux données et aux échantillons biologiques de l'étude. Le processus et l'échéancier d'accès aux données est présenté dans la figure 2. Actuellement, l'ÉLCV fixe trois

ou quatre dates limites par an pour présenter une demande d'utilisation des données de l'ÉLCV à l'adresse access@clsa-elcv.ca. Les demandes pour des projets de recherche sont soumises à un examen administratif et statistique afin de vérifier leur exhaustivité et leur faisabilité. Un Comité indépendant chargé de l'accès aux données et aux échantillons biologiques examine ensuite toutes les demandes. L'Équipe de gestion scientifique de l'ÉLCV examine la recommandation du Comité et, si la demande est approuvée, le demandeur en est informé et une Entente d'accès aux données de l'ÉLCV est préparée. Une fois cette entente signée et l'approbation du comité éthique obtenue par le demandeur, l'ensemble de données est préparé par le personnel du Centre d'analyse statistique de l'ÉLCV et transmis au demandeur. Le processus entier peut prendre jusqu'à six mois. Étant donné que le traitement d'un ensemble de données d'aussi grande ampleur est un processus continu, chaque ensemble de données comprend un numéro de version pour indiquer précisément l'ensemble de données qui a été communiqué. Lorsque de nouvelles versions deviennent disponibles, les chercheurs en sont informés et se voient proposer la version la plus à jour.

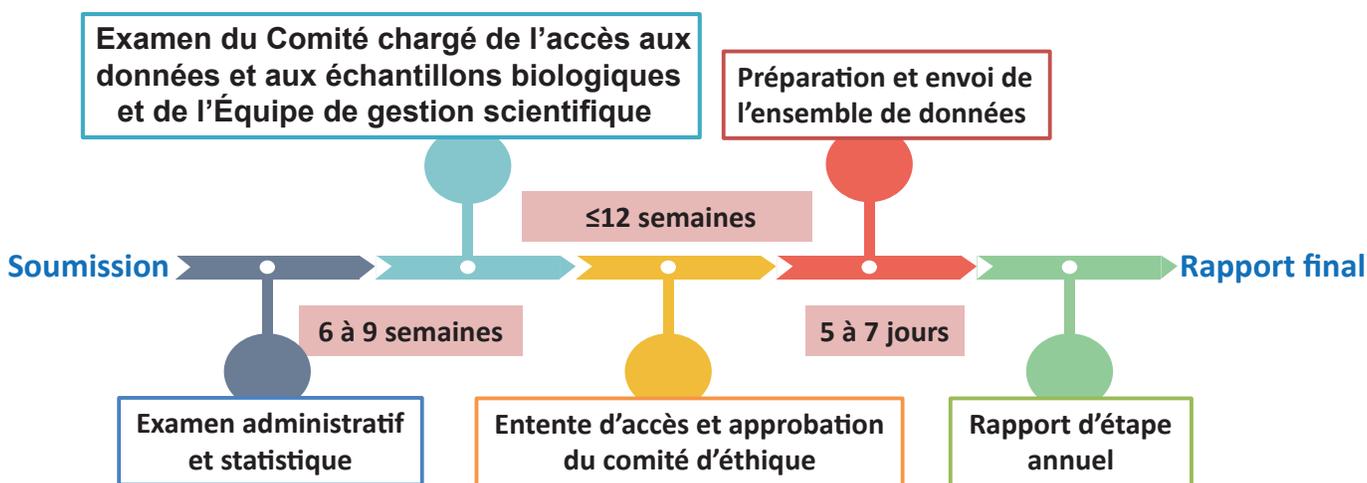


Figure 2 – Processus chronologique d'accès aux données

Références

1. Raina PS, Wolfson C, Kirkland SA, et al. **The Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA)**. Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement. 2009;28 (Special Issue 03):221–229. doi:10.1017/S0714980809990055
2. Kirkland SA, Griffith LE, Menec V, et al. **Mining a Unique Canadian Resource: The Canadian Longitudinal Study on Aging**. Can J Aging. 2015;34(3):366-377. doi:10.1017/S071498081500029X
3. Kirkland SA, Raina PS, Wolfson C, et al. **Exploring the acceptability and feasibility of conducting a large longitudinal population-based study in Canada**. Can J Aging. 2009;28(3):231-242. doi:10.1017/S0714980809990043
4. Wolfson C, Raina PS, Kirkland SA, et al. **The Canadian community health survey as a potential recruitment vehicle for the Canadian longitudinal study on aging**. Can J Aging. 2009;28(3):243-249. doi:10.1017/S0714980809990031
5. Wolfson C, Kirkland SA, Raina PS, et al. **Telephone-administered cognitive tests as tools for the identification of eligible study participants for population-based research in aging**. Can J Aging. 2009;28(3):251-259. doi:10.1017/S0714980809990092
6. Raina PS, Kirkland SA, Wolfson C, et al. **Accessing health care utilization databases for health research: a Canadian longitudinal study on aging feasibility study**. Can J Aging. 2009;28(3):287-294. doi:10.1017/S0714980809990079
7. Raina PS, Wolfson C, Kirkland SA, et al. **Ascertainment of chronic diseases in the Canadian longitudinal study on aging (CLSA), systematic review**. Can J Aging. 2009;28(3):275-285. doi:10.1017/S071498080999002X
8. Balion CM, Raina PS, Wolfson C, et al. **Feasibility of biological specimen collection for the Canadian longitudinal study on aging (CLSA) biorepository**. Can J Aging. 2009;28(3):261-274. doi:10.1017/S0714980809990080

Annexe 1

TABLEAU 3 – TAILLE DE L'ÉCHANTILLON CIBLE ET RÉEL DANS CHAQUE PROVINCE CANADIENNE, PAR ÂGE ET PAR SEXE

Province*	Groupe d'âge	Sexe	ÉVALUATION DE SURVEILLANCE		ÉVALUATION GLOBALE	
			Nombre cible de participants dans la strate	Nombre réel de participants dans la strate	Nombre cible de participants dans la strate	Nombre réel de participants dans la strate
Alb.	45 à 54	Femmes	306	339	450	384
Alb.	45 à 54	Hommes	306	311	450	329
Alb.	55 à 64	Femmes	306	348	450	509
Alb.	55 à 64	Hommes	306	314	450	492
Alb.	65 à 74	Femmes	189	204	300	371
Alb.	65 à 74	Hommes	189	205	300	375
Alb.	75 à 85	Femmes	189	190	300	253
Alb.	75 à 85	Hommes	189	196	300	244
C.-B.	45 à 54	Femmes	379	407	900	831
C.-B.	45 à 54	Hommes	379	360	900	782
C.-B.	55 à 64	Femmes	379	431	900	1 030
C.-B.	55 à 64	Hommes	379	403	900	980
C.-B.	65 à 74	Femmes	234	271	600	724
C.-B.	65 à 74	Hommes	234	255	600	737
C.-B.	75 à 85	Femmes	234	255	600	573
C.-B.	75 à 85	Hommes	234	238	600	597
Man.	45 à 54	Femmes	212	228	450	415
Man.	45 à 54	Hommes	212	224	450	366
Man.	55 à 64	Femmes	212	240	450	527
Man.	55 à 64	Hommes	212	216	450	511
Man.	65 à 74	Femmes	141	141	300	373
Man.	65 à 74	Hommes	141	149	300	367
Man.	75 à 85	Femmes	141	151	300	279
Man.	75 à 85	Hommes	141	135	300	275
T.-N.-L.	45 à 54	Femmes	173	190	450	309

Province*	Groupe d'âge	Sexe	ÉVALUATION DE SURVEILLANCE		ÉVALUATION GLOBALE	
			Nombre cible de participants dans la strate	Nombre réel de participants dans la strate	Nombre cible de participants dans la strate	Nombre réel de participants dans la strate
T.-N.-L.	45 à 54	Hommes	173	173	450	274
T.-N.-L.	55 à 64	Femmes	173	189	450	379
T.-N.-L.	55 à 64	Hommes	173	196	450	343
T.-N.-L.	65 à 74	Femmes	125	126	300	265
T.-N.-L.	65 à 74	Hommes	125	128	300	264
T.-N.-L.	75 à 85	Femmes	125	123	300	179
T.-N.-L.	75 à 85	Hommes	125	128	300	201
N.-É.	45 à 54	Femmes	205	227	450	391
N.-É.	45 à 54	Hommes	205	223	450	378
N.-É.	55 à 64	Femmes	205	251	450	499
N.-É.	55 à 64	Hommes	205	233	450	460
N.-É.	65 à 74	Femmes	137	167	300	389
N.-É.	65 à 74	Hommes	137	170	300	424
N.-É.	75 à 85	Femmes	137	131	300	270
N.-É.	75 à 85	Hommes	137	151	300	267
Ont.	45 à 54	Femmes	658	694	900	803
Ont.	45 à 54	Hommes	658	674	900	781
Ont.	55 à 64	Femmes	658	755	900	1 070
Ont.	55 à 64	Hommes	658	722	900	1 051
Ont.	65 à 74	Femmes	439	518	600	780
Ont.	65 à 74	Hommes	439	460	600	788
Ont.	75 à 85	Femmes	439	459	600	554
Ont.	75 à 85	Hommes	439	440	600	591
Qc	45 à 54	Femmes	525	581	900	792
Qc	45 à 54	Hommes	525	526	900	760
Qc	55 à 64	Femmes	525	577	900	1 075
Qc	55 à 64	Hommes	525	575	900	930
Qc	65 à 74	Femmes	350	349	600	786
Qc	65 à 74	Hommes	350	366	600	719

Province*	Groupe d'âge	Sexe	ÉVALUATION DE SURVEILLANCE		ÉVALUATION GLOBALE	
			Nombre cible de participants dans la strate	Nombre réel de participants dans la strate	Nombre cible de participants dans la strate	Nombre réel de participants dans la strate
Qc	75 à 85	Femmes	350	314	600	510
Qc	75 à 85	Hommes	350	320	600	491
N.-B.	45 à 54	Femmes	190	210		
N.-B.	45 à 54	Hommes	190	195		
N.-B.	55 à 64	Femmes	190	212		
N.-B.	55 à 64	Hommes	190	201		
N.-B.	65 à 74	Femmes	127	138		
N.-B.	65 à 74	Hommes	127	143		
N.-B.	75 à 85	Femmes	127	131		
N.-B.	75 à 85	Hommes	127	129		
Î.-P.-É.	45 à 54	Femmes	150	165		
Î.-P.-É.	45 à 54	Hommes	150	160		
Î.-P.-É.	55 à 64	Femmes	150	165		
Î.-P.-É.	55 à 64	Hommes	150	151		
Î.-P.-É.	65 à 74	Femmes	125	127		
Î.-P.-É.	65 à 74	Hommes	125	127		
Î.-P.-É.	75 à 85	Femmes	125	121		
Î.-P.-É.	75 à 85	Hommes	125	127		
Sask.	45 à 54	Femmes	202	217		
Sask.	45 à 54	Hommes	202	189		
Sask.	55 à 64	Femmes	202	221		
Sask.	55 à 64	Hommes	202	215		
Sask.	65 à 74	Femmes	134	146		
Sask.	65 à 74	Hommes	134	144		
Sask.	75 à 85	Femmes	134	129		
Sask.	75 à 85	Hommes	134	131		

* Alb. = Alberta; C.-B. = Colombie-Britannique; Man = Manitoba; N.-B. = Nouveau-Brunswick; T.-N.-L. = Terre-Neuve-et-Labrador; N.-É. = Nouvelle-Écosse; Ont. = Ontario; Î.-P.-É. = Île-du-Prince-Édouard; Qc = Québec; Sask. = Saskatchewan.

TABLEAU 4 CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET RELATIVES AU MODE DE VIE ET À L'ÉTAT DE SANTÉ DES PARTICIPANTS DE L'ÉLCV

(n = 51 338) comparativement aux participants de l'ESCC – Vieillesse en santé (n = 20 087), aux participants du volet annuel 2011-2012 de l'ESCC (n = 69 639) et à la population générale (Statistique Canada, Cycle 3 de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 2011)

		Évaluations combinées de l'ÉLCV %	CCHS Healthy Aging %	CCHS 2011-2012 Annual %	CHMS Cycle-3 %	NHS 2011 %
Sexe	Femmes	51,50	51,49	51,48	51,44	51,82
Âge (en années)	45 à 54	37,56	39,66	36,16	s. o.	38,21
	55 à 64	30,88	30,38	32,45	s. o.	31,36
	65 à 74	19,17	18,19	20,10	s. o.	18,98
	75 à 85	12,39	11,77	11,27	s. o.	11,46
État matrimonial	Marié/en union libre	74,74	73,79	65,59	73,54	61,96*
Pays de naissance	Né au Canada	84,66	74,41	74,68	68,85	73,30
Langue	Anglais parlé au domicile	73,23	66,40	65,59	62,67	65,99
Urbain/rural	Résidant en zone urbaine	70,46	75,85	75,48	s. o.	78,60
Études	Éducation postsecondaire	72,55	55,27	59,72	60,94	54,15
Situation professionnelle	Non retraité(e)s	51,59	56,43	s. o.	s. o.	s. o.
	Retraité	38,64	35,67	s. o.	s. o.	s. o.
	Partiellement retraité(e)s	9,77	7,90	s. o.	s. o.	s. o.

		Évaluations combinées de l'ÉLCV %	CCHS Healthy Aging %	CCHS 2011-2012 Annual %	CHMS Cycle-3 %	NHS 2011 %
Revenu du ménage	< 20 000 \$	5,22	9,03	8,75	8,72	9,28
	De 20 000 à 49 999 \$	23,43	29,07	31,25	27,39	25,24
	De 50 000 à 99 999 \$	36,06	36,24	33,91	33,37	33,91
	100 000 \$ ou plus	19,37	16,22	15,29	16,72	17,64
Santé générale autoévaluée	Excellente	20,02	20,45	17,32	14,06	s. o.
	Très bonne	39,08	33,80	35,16	34,26	s. o.
	Bonne	29,33	30,42	31,67	36,83	s. o.
	Passable	9,09	11,47	11,55	10,22	s. o.
	Mauvaise	2,48	3,86	4,30	4,63	s. o.
Santé mentale autoévaluée	Excellente	30,29	37,55	34,15	31,30	s. o.
	Très bonne	39,19	36,19	36,23	39,53	s. o.
	Bonne	25,18	20,55	23,37	20,81	s. o.
	Passable	4,64	4,87	5,03	6,00	s. o.
	Mauvaise	0,70	0,85	1,24	2,35	s. o.
Tabagisme	Fumeur actuel	30,60	33,29	33,48	23,64	s. o.
	Ancien fumeur	38,03	34,27	33,76	31,55	s. o.
	N'a jamais fumé	31,37	32,44	32,76	44,81	s. o.
Consommation d'alcool	Boit régulièrement	72,58	62,13	61,82	68,11	s. o.

* Marié légalement.

ÉLCV : Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

ECMS : Enquête canadienne sur les mesures de la santé

ENSP : Enquête nationale sur la santé de la population



3

Caractéristiques sociodémographiques et populations clés

Susan Kirkland *Université Dalhousie*

Yoko Ishigami-Doyle *Université Dalhousie*

Yukiko Asada *Université Dalhousie*

Lauren Griffith *Université McMaster*

Christina Wolfson *Université McGill*

Parminder Raina *Université McMaster*



Caractéristiques sociodémographiques et populations clés

Principaux points saillants

Le nombre croissant de personnes âgées dans les pays développés, et la proportion croissante qu'elles représentent dans l'ensemble de la population, ont d'importantes répercussions sur les politiques sociales et les politiques en matière de santé publique. En 2016, pour la première fois au Canada, les adultes âgés de 65 ans et plus étaient plus nombreux que les enfants de 0 à 14 ans, et on s'attend à ce que la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus augmente de 14 % en 2010 à 25 % d'ici 2031¹. L'ÉLCV fournit une riche source de données pour étudier d'importantes questions liées au vieillissement dans le cadre de recherches scientifiques sur le vieillissement, ainsi que pour étayer les politiques sociales et les politiques en matière de santé. L'ÉLCV offre une occasion unique d'examiner un large éventail de questions nécessaires pour comprendre les interactions entre les aspects sociaux, psychologiques et physiques du vieillissement. Le présent chapitre donne un aperçu des caractéristiques de l'échantillon examiné dans le cadre de l'ÉLCV en regard d'importants facteurs sociodémographiques.

- La majorité des participants à l'ÉLCV disent être des personnes de race blanche (91,8 %), nées au Canada (84,1 %) et parlant le plus souvent l'anglais à la maison (79,1 %).
- Parmi le reste des participants, 3,7 % se sont identifiés comme étant des Autochtones, notamment des Indiens de l'Amérique du Nord, des Métis et des Inuits.
- Dans l'ensemble, la majorité des participants à l'ÉLCV sont des personnes mariées ou qui vivent en union de fait (68,7 %), les résultats variant toutefois selon le sexe et selon l'âge.
- Dans le groupe d'âge le plus avancé (les 75 à 85 ans), 73,5 % des hommes, mais seulement 35,7 % des femmes, sont mariés, et les personnes veuves sont majoritairement des femmes (44,8 % contre 15,7 % chez les hommes).
- Près de la moitié (43,8 %) des participants à l'ÉLCV ont un animal de compagnie.
- La majorité des participants à l'ÉLCV se disent être chrétiens (64,4 %). Parmi eux, environ la moitié (47,4 %) se dit catholique.

- Vingt et un pour cent (21,0 %) des participants à l'ÉLCV disent n'avoir aucune religion, la proportion étant plus élevée chez les hommes (24,8 %) que chez les femmes (17,5 %).
- Les participants à l'ÉLCV ont un bon niveau de scolarité : 74 % possèdent un diplôme ou un grade d'études postsecondaires, 7,5 % ont fait certaines études postsecondaires et 11,1 % ont terminé des études secondaires. Seulement 7,1 % des participants disent ne pas avoir terminé leurs études secondaires.
- La plus grande proportion des participants à l'ÉLCV (33,4 %) ont déclaré un revenu annuel total du ménage compris entre 50 000 et 100 000 \$, et 5,7 % ont déclaré un revenu annuel total du ménage inférieur à 20 000 \$.
- Les femmes âgées de 75 à 85 ans forment le groupe au sein duquel on observe la plus forte proportion (12 %) de personnes disposant d'un revenu du ménage total inférieur à 20 000 \$.
- En ce qui a trait à la retraite, 45,3 % des participants à l'ÉLCV disent être à la retraite et 10,8 % se disent en semi-retraite. Dans le groupe d'âge des 75 à 85 ans, 89,5 % des femmes et 86 % des hommes indiquent qu'ils sont complètement à la retraite.

Introduction

De nombreuses études témoignent de la valeur d'adopter une perspective fondée sur le parcours de vie à l'égard du vieillissement et de l'utilité de cette approche pour l'examen de multiples aspects de la santé physique, psychologique et sociale²⁻⁵. En ce qui a trait à l'état matrimonial, par exemple, les recherches montrent qu'il est utile de connaître les antécédents matrimoniaux et l'état matrimonial actuel pour comprendre le niveau de solitude. Il est également essentiel d'examiner les interactions entre ces différents aspects et aussi de prendre en compte l'état de santé, la situation sociale et les conditions économiques des personnes âgées en regard de divers environnements, y compris les environnements bâtis (p. ex. le logement et les commodités dans le quartier), les environnements sociaux (p. ex. la situation dans le ménage, les réseaux de soutien, les relations familiales, les habitudes de migration, les aspects politiques et économiques, le revenu personnel et du ménage et les immobilisations communautaires), ainsi que les environnements

géographiques ou physiques (p. ex. la mobilité, le transport et la qualité de l'air et de l'eau). Un des principaux avantages de l'ÉLCV réside dans la collecte de données qui permettent d'établir des liens entre différents aspects du parcours de vie et différentes trajectoires de vie (individus, famille, etc.) chez différents groupes de personnes (selon le sexe, le statut socioéconomique, l'âge, l'ethnicité, etc.), pour comprendre et étudier différents aspects de la santé et du vieillissement, y compris les inégalités en matière de santé. La collecte de données sociodémographiques dans le cadre de l'ÉLCV vise deux objectifs principaux. Premièrement, l'établissement de comparaisons entre le profil démographique de l'échantillon de l'ÉLCV et le profil de la population canadienne âgée de 45 à 85 ans permet d'évaluer le biais de sélection potentiel et la représentativité. Deuxièmement, les facteurs démographiques sont liés à un grand nombre de résultats sur la santé, tant directement qu'indirectement comme médiateurs et modérateurs.

Caractéristiques sociodémographiques

Nous présentons ici les principales caractéristiques sociodémographiques connues pour influencer la santé et le vieillissement, ainsi que leur répartition au sein de l'évaluation de surveillance (version 3.3) et de l'évaluation globale (version 3.2) de l'ÉLCV qui ont été réunies et qui comptent ensemble 51 338 participants. Les tableaux et figures inclus présentent les caractéristiques par groupe d'âge de 10 ans et par sexe. Les données sont également ventilées par province, lorsque cela est pertinent; cependant, à l'exception du tableau 1, la ventilation par province n'est pas présentée. Le présent chapitre porte sur l'échantillon de l'ÉLCV; toutes les proportions présentées sont donc non pondérées.

Âge, sexe et province de résidence

L'âge et le sexe sont deux importants facteurs liés à la mortalité^{6,7}. Bien que l'espérance de vie continue d'augmenter à la fois chez les femmes et les hommes, les femmes ont tendance en moyenne à vivre plus longtemps que les hommes, mais aussi à avoir besoin davantage de soins de santé⁸⁻¹⁰. L'utilisation accrue des soins de santé par les femmes pourrait être attribuable au fait qu'elles vivent plus longtemps, ou qu'elles vivent plus longtemps seules, que les hommes. De fait, on compte au Canada deux fois plus de femmes que d'hommes âgés de plus de 85 ans¹¹.

† Il est difficile d'établir une distinction entre le sexe biologique et le genre attribué par la société aux hommes et aux femmes, pour l'examen des répercussions. Aux fins de l'ÉLCV, les données recueillies portent sur le sexe biologique plutôt que sur le genre attribué par la société.

Le plan d'étude de l'ÉLCV prévoit des proportions à peu près égales d'hommes et de femmes (49,0 % et 51,0 %, respectivement). Au départ, les proportions d'hommes et de femmes dans chaque groupe d'âge sont donc à peu près égales. L'échantillon a volontairement été pondéré de manière à inclure une plus proportion plus élevée (58,1 %) de participants plus jeunes (45 à 64 ans) que de participants plus âgés (65 à 85 ans) [41,9 %].

Il a également été démontré que la province de résidence influe sur les soins de santé (Association médicale canadienne, 2016). Au Canada, comme le système de soins de santé est un système financé par l'État dont la mise en œuvre est régie par treize différents régimes provinciaux et territoriaux, il n'est pas étonnant que les services offerts, l'accès aux services et les modèles de paiement varient selon la province ou le territoire. L'ÉLCV offre la possibilité d'étudier la manière dont la santé, les besoins sociaux et les résultats diffèrent en fonction de l'âge, du sexe et de la province de résidence. Ainsi qu'il est indiqué au chapitre sur la méthodologie, les participants à l'ÉLCV ont été sélectionnés de façon aléatoire pour former des strates par âge et par sexe. En plus de la répartition par âge et par sexe, la répartition de l'échantillon dans l'évaluation de surveillance a été conçue de manière à être proportionnelle à la population des provinces et territoires, afin de pouvoir établir des comparaisons entre les provinces et territoires pour des variables clés. Dans le cas des provinces plus petites, les estimations sont plus stables lorsqu'elles sont établies par région (p. ex. Prairies, Atlantique/Maritimes).

Le tableau 1 présente la fréquence et la proportion des participants à l'ÉLCV par groupe d'âge de 10 ans, par sexe et par province. Comme on peut s'y attendre, les provinces comptant les plus

TABLEAU 1 – FRÉQUENCE ET PROPORTION DES PARTICIPANTS À L'ÉLCV PAR PROVINCE, PAR GROUPE D'ÂGE DE 10 ANS ET PAR SEXE

Groupe d'âge et le	Province		Total
45 à 54 ans, femmes	N	6941	
	%		
45 à 54 ans, hommes	N	6486	
	%		
55 à 64 ans, femmes	N	8465	
	%		
55 à 64 ans, hommes	N	7955	
	%		
65 à 74 ans femmes	N	6028	
	%		
65 à 74 ans hommes	N	5968	
	%		
75 à 85 ans femmes	N	4721	
	%		
75 à 85 ans hommes	N	4774	
	%		
Total	N	51338	
	%		
	Alberta	701 10,10	
	Colombie-Britannique	1202 17,32	
	Manitoba	624 8,99	
	Nouveau-Brunswick	193 2,78	
	Terre-Neuve-et-Labrador	488 7,03	
	Nouvelle-Écosse	607 8,75	
	Ontario	1451 20,90	
	Île-du-Prince-Édouard	147 2,12	
	Québec	1331 19,18	
	Saskatchewan	197 2,84	

fortes proportions de participants sont l'Ontario (n = 11 140; 21,7 %) et le Québec (n = 9 672; 18,8 %), alors que les proportions les plus faibles sont observées à l'Île du Prince Édouard (n = 1 142; 2,2 %) et au Nouveau-Brunswick (n = 1 359; 2,7 %).

Ethnicité et langue

Le Canada est un pays multiethnique. Il a également été démontré que l'origine ethnique et la race sont associées à la santé, et ce lien a été bien documenté au^{12,13} et ailleurs^{14,15}. C'est le cas notamment pour les populations autochtones, y compris les Autochtones vivant hors réserve, dont l'état de santé est bien pire, sur le plan de la morbidité et de la mortalité, que celui de la population en général¹³. Les membres de minorités visibles et les Autochtones peuvent également être victimes de stigmatisation et de discrimination, ce qui peut avoir une incidence sur leur santé et bien-être^{16,17}. Il existe toutefois peu de données sur les groupes ethniques au Canada pouvant être utilisées pour établir les priorités en matière de recherche et de politique en vue de combler ces lacunes des soins de santé¹⁸.

Environ sept millions de personnes (soit 20,6 % de la population totale) disent être nées à l'étranger et environ 1,5 million (4,3 % de la population totale) se sont identifiées comme des Autochtones¹⁹. Il a été démontré que les immigrants ont tendance à être en meilleure santé que la population en général lorsqu'ils arrivent au Canada^{20,21}. Cette tendance peut être attribuable à des facteurs qui appuient l'immigration, tels qu'une bonne santé physique, un bon niveau de scolarité et des ressources financières. Cependant, il a également été démontré que la santé des immigrants se rapproche, au fil des ans, de celle des habitants de leur pays hôte²¹. On ne sait pas vraiment pourquoi il en est ainsi, mais il est probable que ce

soit le résultat d'un ensemble de facteurs incluant des changements dans le régime alimentaire, le profil d'activités et l'emploi et de facteurs sociaux tels que la situation au sein de la collectivité et le sentiment d'appartenance.

Les différences socioéconomiques qui existent entre les immigrants et les non-immigrants²², ainsi qu'entre les groupes ethniques et raciaux²³, sont d'autres facteurs qui influent sur la santé et le bien-être. La santé et le bien-être peuvent également différer selon le statut d'immigrant ou l'ethnicité, lequel n'est souvent pas précisé¹⁸.

L'ÉLCV offre la possibilité d'étudier la manière dont la santé, les besoins sociaux et les résultats diffèrent en fonction de l'ethnicité et de la langue. Il pourrait toutefois être impossible de réaliser des analyses par sous-groupe, compte tenu du nombre peu élevé de participants au sein des groupes ethniques et linguistiques. Les personnes vivant sur des territoires domaniaux, y compris des réserves, ont été exclues de l'ÉLCV en raison des bases d'échantillonnage disponibles. Les Autochtones vivant hors réserve étaient toutefois admissibles. En ce qui a trait à la langue, seules les personnes pouvant participer à des entrevues se déroulant en anglais ou en français étaient admissibles, ce qui pourrait avoir limité l'inclusion de minorités ethniques.

La majorité des participants à l'ÉLCV disent être des personnes de race blanche (91,8 %), nées au Canada (84,1 %) et parlant le plus souvent l'anglais à la maison (79,1 %). Parmi les participants nés à l'extérieur du Canada, la plus forte proportion d'immigrants sont originaires d'Europe (10,7 %). Les écarts les plus notables s'observent au niveau de la langue parlée par province; ainsi, dans la majorité des provinces, la proportion de personnes déclarant parler le plus souvent l'anglais à la maison est supérieure à 90 %, alors

qu'elle est de 76,3 % au Nouveau-Brunswick et de 8,4 % au Québec (données provinciales non présentées).

Les participants ont été interrogés sur leurs antécédents culturels et raciaux, ainsi que sur leur ascendance ethnique. Parmi les participants à l'ÉLCV, 91,8 % disent être des personnes de race blanche, 3,7 % disent être des Autochtones, ce groupe incluant les Indiens de l'Amérique du Nord, les Métis et les Inuits, 0,8 % se disent originaires d'Asie du Sud, 0,6 % s'identifient comme étant de race noire et 0,6 % s'identifient comme étant des Chinois. Le reste des groupes minoritaires ont été combinés en raison de leur faible nombre; ces groupes représentent 1,6 % des participants à l'ÉLCV. L'Ontario est la province affichant les plus fortes proportions de personnes se disant de race noire (1,0 %) ou originaires d'Asie du Sud (1,3 %), parmi les participants à l'ÉLCV, alors que c'est en Colombie-Britannique que les personnes s'identifiant comme des Chinois est la plus élevée (1,5 %). L'Île-du-Prince-Édouard est la province qui affiche la plus faible diversité, 95,7 % des participants de cette province se disant de race blanche.

Outre la langue la plus souvent parlée à la maison, les participants ont aussi été interrogés sur la première langue qu'ils ont apprise et qu'ils comprennent toujours. Au total, 69,3 % des participants ont déclaré que l'anglais est la première langue qu'ils ont apprise et qu'ils comprennent toujours, 19,9 % ont indiqué le français et 9,0 % ont indiqué une langue autre que l'anglais ou le français. Là encore, des différences significatives ont été observées selon la province, principalement au Québec où 86,6 % des participants ont déclaré le français comme première langue apprise et encore comprise. En ce qui a trait à la participation à l'ÉLCV, 81,4 % des participants ont choisi de faire l'entrevue en anglais et 18,6 % ont choisi le français (données non présentées).

État matrimonial, composition familiale et caractéristiques des ménages

On sait que l'état matrimonial est lié à la santé et à la mortalité²⁴. Les personnes mariées présentent systématiquement un meilleur état de santé et un plus faible taux de mortalité que les personnes célibataires, veuves ou divorcées²⁵, les différences étant plus marquées chez les hommes que chez les femmes. Au Canada, c'est parmi le groupe des 55 à 59 ans que le taux déclaré de divorces est le plus élevé²⁶. Les variations dans la situation dans le ménage augmentent donc à partir du milieu de la vie. À titre d'exemple, la proportion de personnes des deux sexes vivant dans un appartement ou une copropriété augmente avec l'âge, tout comme la proportion de personnes vivant dans une résidence pour personnes âgées²⁷. De même, la proportion de personnes vivant dans leur domicile familial diminue avec l'âge, bien que davantage d'hommes que de femmes vivent avec leur époux(se), dans leur domicile familial, à un âge plus avancé²⁷.

La structure familiale, le nombre d'enfants et l'absence d'enfants ont aussi une incidence sur la santé des personnes âgées²⁸⁻³⁰. En Norvège, par exemple, le taux de mortalité s'est révélé plus élevé chez les hommes et les femmes sans enfant que chez ceux qui avaient des enfants³⁰. L'avantage d'avoir des enfants a été le même, quel que soit le sexe de l'enfant (garçon ou fille). Dans le même ordre d'idée, l'état de cohabitation, davantage que l'état matrimonial, pourrait être plus étroitement lié au taux de mortalité³¹, lequel reflète peut-être la qualité du soutien.

La vaste dispersion géographique des enfants est un phénomène relativement nouveau qui a une incidence sur les connexions sociales, la présence d'aidants naturels et la qualité de vie. Bien que le fait d'avoir un enfant ait un effet positif sur la santé à un âge plus avancé, on ne sait pas si le nombre d'enfants a une incidence sur la qualité du soutien. Il a également été démontré que le fait de posséder un animal de compagnie a des effets positifs sur la santé et le bien-être^{32,33}. Au Canada, environ 40 % des ménages ont au moins un chien ou un chat³⁴. Outre la compagnie que procurent ces animaux, il est possible que le sens des responsabilités et le sentiment de but à atteindre qu'ils apportent influent sur la santé des personnes âgées. L'ÉLCV offre la possibilité d'étudier la manière dont la santé, les besoins sociaux et les résultats diffèrent en fonction de l'état matrimonial, de la composition de la famille et des caractéristiques du ménage.

Dans l'ÉLCV, la majorité des participants sont des personnes mariées ou qui vivent en union de fait (68,7 %), bien que les résultats varient entre les hommes et les femmes (figure 1). Fait peu étonnant, ces proportions varient à mesure que le groupe d'âge augmente. Dans le groupe des plus âgés (les 75 à 85 ans), 73,5 % des hommes, mais seulement 35,7 % des femmes, sont mariés. Comme on peut s'y attendre, la majorité des personnes veuves dans ce groupe d'âge sont des femmes (44,8 % contre 15,7 % des hommes).

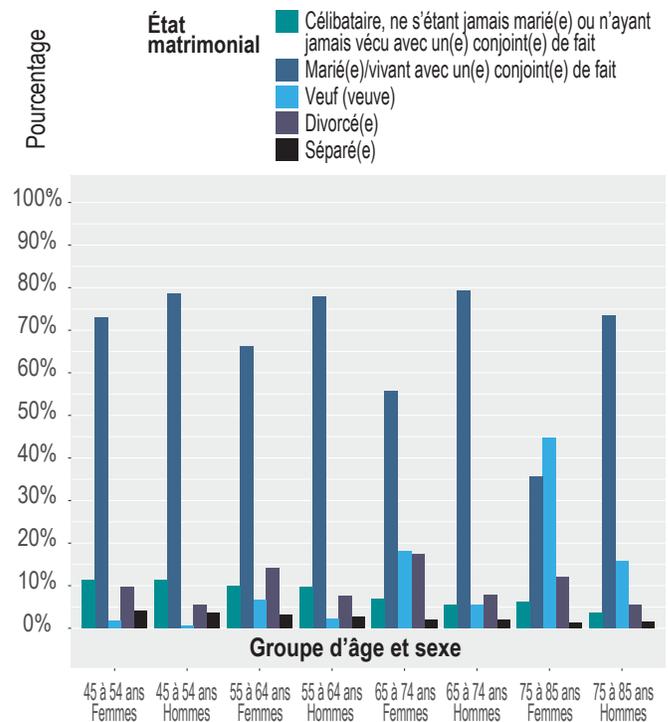


Figure 1 – État matrimonial des participants à l'ÉLCV, par groupe d'âge de 10 ans et par sexe

Le nombre moyen d'enfants chez les participants à l'ÉLCV augmente avec le groupe d'âge, passant de 2,0 (écart-type = 1,3) chez les 45 à 54 ans à 3,0 (écart-type = 1,9) chez les 75 à 85 ans. Les enfants incluent les enfants biologiques, les enfants adoptés et les enfants d'un conjoint ou d'une conjointe. Le nombre moyen de frères et sœurs vivants passe d'un sommet de 3,2 (écart-type = 2,4) dans le groupe des 55 à 64 ans à un creux de 2,3 (écart-type = 2,3) chez les 75 à 85 ans.

Le nombre moyen de personnes dans le ménage (en plus du participant) varie de 2,0 (écart-type = 1,3) chez les femmes et les hommes âgés de 45 à 54 ans à 0,5 (écart-type = 0,7) chez les femmes et à 0,8 (écart-type = 0,7) chez les hommes âgés de 75 à 85 ans. En ce qui concerne la situation dans le ménage, 71,2 % des participants à l'ÉLCV vivent dans un ménage monogénérationnel, 27,0 % dans un ménage bigénérationnel et 1,6 %

dans un ménage trigénérationnel.

De manière générale, le type d'habitation dans laquelle la majorité des participants à l'ÉLCV vivent est une maison (81,3 %), le reste des participants vit dans un appartement ou un condominium (17,2 %) ou dans des logements pour aînés (0,8 %). On remarque des différences importantes entre les groupes d'âge plus avancé et par sexe. Parmi les personnes âgées de 75 à 85 ans, 60,2 % des femmes et 74 % des hommes vivent dans une maison; et 3,8 % des femmes et 1,7 % des hommes vivent dans des logements pour aînés. Au début de l'ÉLCV, il faut que les participants résident dans la communauté; toutefois, ils seront suivis dans les institutions par la suite.

La majorité (85 %) des participants à l'ÉLCV sont propriétaires de leur maison, le reste des participants louent leur maison (14,1 %) ou ont une autre situation dans le ménage (0,8 %). Le seul groupe d'âge et groupe de sexe pour lequel la différence est importante est le groupe des femmes âgées. Parmi les femmes âgées de 75 à 85 ans, 72,9 % sont propriétaires de leur maison, 24,9 % louent leur maison et 2,1 % ont une autre situation dans le ménage. Comparativement, 83,6 % des hommes âgés de 75 à 85 ans sont propriétaires de leur maison.

Près de la moitié (43,8 %) des participants à l'ÉLCV ont un animal de compagnie. Le groupe d'âge de 45 à 54 ans est le groupe ayant le plus de propriétaires d'animaux de compagnie. Dans ce groupe, 64,2 % des femmes et 57,2 % des hommes ont un animal de compagnie. En revanche, le groupe d'âge des 75 à 85 ans est le groupe ayant le moins de propriétaires d'animaux de compagnie; en effet, 24,9 % des femmes et 24,8 % des hommes ont un animal de compagnie. Les participants au Québec ont le taux le plus faible quant au nombre de propriétaires d'animaux

de compagnie (39,7 %), et ceux des provinces maritimes ont le taux le plus élevé (N.-B., 48,4 %; N.-É., 47,2 %; et Î.-P.-É., 49,3 %) [les données provinciales ne sont pas indiquées].

Religion et spiritualité

La religion et la spiritualité sont l'un des facteurs qui influencent la santé et la mortalité. En particulier, on a laissé entendre que la croyance religieuse pouvait être un important déterminant de bien-être des adultes plus âgés³⁵. À noter, toutefois, que les différences d'affiliation religieuse peuvent être liées aux différences de statut socioéconomique, notamment l'éducation et le revenu. Comme l'ont proposé Mackenzie et ses collègues, si l'expérience subjective de la spiritualité est ce qui compte, l'activité religieuse, c'est-à-dire de participer à des services religieux, plutôt que l'affiliation religieuse, est peut-être ce qui compte vraiment. En effet, la fréquentation des églises a été signalée comme ayant une incidence positive sur la santé des adultes plus âgés^{36,37}. Il est possible que le fait de participer à des services religieux offre aux adultes plus âgés non seulement un soutien spirituel, mais également un soutien physique. Ceux qui ont participé à des services religieux ont peut-être une connexion plus forte avec les amis et la famille, qui à leur tour leur offre un soutien au besoin³⁷. L'ÉLCV permet d'étudier la manière dont la santé, les besoins sociaux et les résultats diffèrent en fonction de l'affiliation religieuse et de l'activité religieuse.

La majorité des participants à l'ÉLCV se disent être chrétiens (64,4 %). Parmi eux, environ la moitié (47,4 %) se dit catholique. Vingt et un pour cent (21 %) des participants à l'ÉLCV déclarent

qu'ils n'ont pas de religion et le reste se disent non chrétiens, notamment juifs (1 %), musulmans (0,4 %) hindous (0,3 %), bouddhistes (0,5 %), sikhs (0,1 %) ou d'une autre religion (1,8 %). Plus d'hommes que de femmes signalent ne pas avoir de religion. Il y a une variation considérable en ce qui concerne la religion entre les provinces. Par exemple, 82 % des participants au Québec se disent catholiques, par rapport à seulement 11,5 % en Colombie-Britannique. On voit l'inverse pour les participants qui signalent qu'ils n'ont pas de religion – 38,1 % en Colombie-Britannique et 10,7 % au Québec. En ce qui concerne la participation à des activités religieuses, 23,6 % des participants à l'ÉLCV indiquent qu'ils y participent au moins une fois par semaine; 9,9 % au moins une fois par mois, 18,7 % au moins une fois par an et 46,6 % indiquent ne jamais y avoir participé (figure 2).

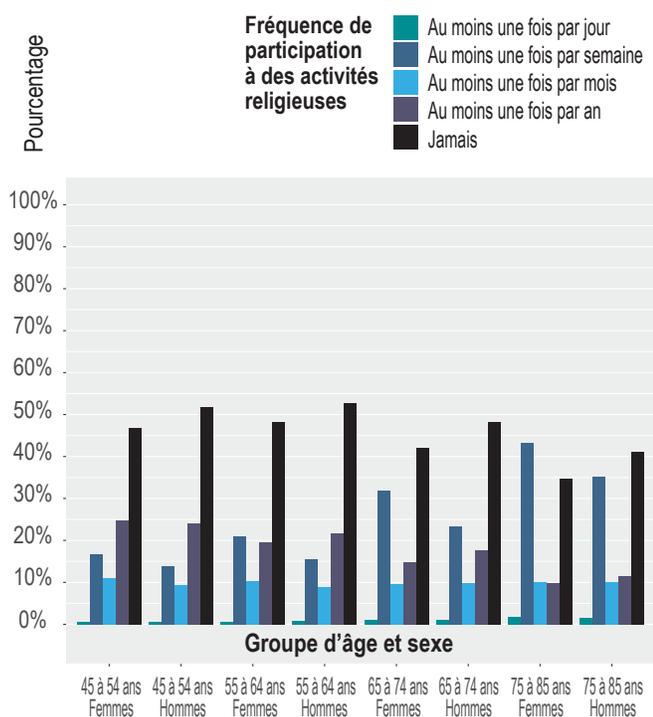


Figure 2 – Participation à des activités religieuses parmi les participants de l'ÉLCV, par groupe d'âge de 10 ans et par sexe

Études

Les études constituent l'un des principaux déterminants sociaux en matière de santé et il est bien établi en tant que facteur critique associé à la mortalité et à la morbidité³⁸⁻⁴¹. On a trouvé qu'un niveau d'instruction élevé était lié à une mortalité et à une morbidité plus faibles dans tous les groupes d'âge. Le niveau d'instruction est également associé à d'autres déterminants de santé sociaux, notamment au revenu et au métier. Il est également possible que les personnes qui ont un niveau d'instruction plus élevé soient mieux intégrées aux réseaux sociaux et aux structures sociales qui appuient des comportements sains en matière de santé et fournissent un meilleur accès aux soins de santé. Cependant, on ne sait pas exactement la raison pour laquelle le niveau d'étude est différemment lié à la santé entre les hommes et les femmes, ainsi que parmi les hommes et les femmes, à un âge avancé. L'ÉLCV permet d'étudier la manière dont la santé, les besoins sociaux et les résultats, notamment la mortalité, diffèrent en fonction des études par âge, par sexe et selon la province de résidence.

La majorité des répondants à l'ÉLCV ont un bon niveau d'étude. Comme l'indique la figure 3, 74 % signalent qu'ils ont un diplôme ou un certificat d'études postsecondaires, 7,5 % indiquent qu'ils ont un certain niveau d'étude postsecondaire et 11,1 % indiquent qu'ils ont obtenu leur diplôme de l'école secondaire. Seulement 7,1 % des participants indiquent qu'ils ont moins qu'un diplôme d'études secondaires. Il n'y a qu'une très faible variation par province, mais une plus grande variation par âge et par sexe. Dans la catégorie d'âge de 45 à 54 ans, il n'y a pas de différence notable entre les hommes et les femmes en ce qui concerne le nombre d'entre eux ayant un diplôme ou certificat d'études postsecondaires, mais dans les groupes d'âge plus avancé, une

plus grande proportion d'hommes que de femmes ont un diplôme ou un certificat d'études postsecondaires. En ce qui concerne l'âge, la proportion ayant un diplôme ou un certificat d'études postsecondaires varie de 81,7 % de femmes et de 81,1 % d'hommes dans la catégorie d'âge de 45 à 54 ans à 59,8 % de femmes et à 66 % d'homme avec un diplôme ou certificat d'études postsecondaires dans la catégorie d'âge de 75 à 85 ans. Inversement, la proportion de femmes et d'hommes ayant un niveau inférieur à un diplôme d'école secondaire varie de 2,7 % de femmes et 3,7 % d'hommes âgés de 45 à 54 ans à 16,5 % de femmes et à 14 % d'hommes âgés de 75 à 85 ans.

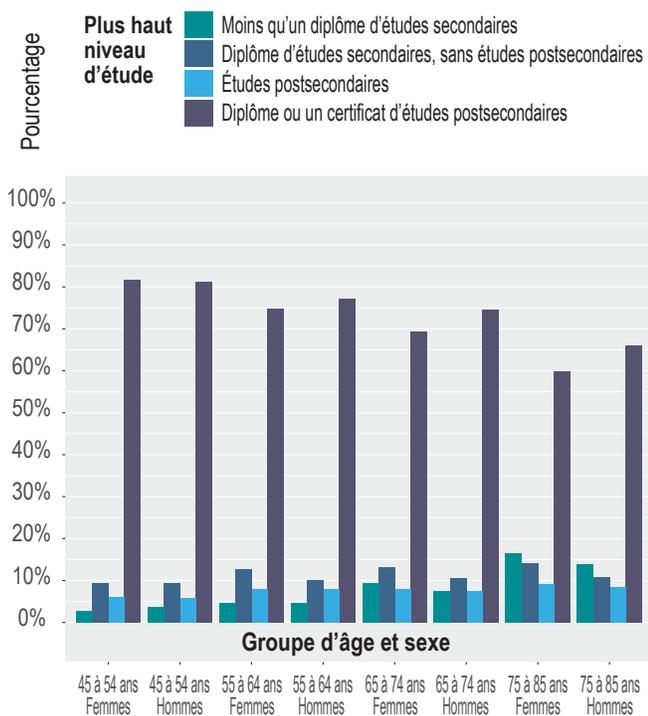


Figure 3 – Plus haut niveau d'étude chez les participants à l'ÉLCV, par catégorie d'âge de 10 ans et par sexe

Revenu

Le revenu, comme le niveau d'étude, est l'un des indicateurs clés du statut socioéconomique et a un lien fort avec la santé⁴². Une récente étude menée au Canada⁴³ soutient cette tendance et montre que le niveau de revenu affecte la mortalité, quelle que soit la cause du décès. Le revenu est lié à des facteurs qui ont une incidence sur la santé, notamment l'accès aux services de santé et les comportements liés à la santé⁴⁴. Cependant, la relation entre le revenu et la santé n'est peut-être pas linéaire. Une étude des États-Unis a révélé que la relation est bien plus forte parmi les gens ayant un revenu plus faible. Le revenu médian du ménage au Canada est différent dans les provinces et les territoires⁴⁵. L'ÉLCV permet d'étudier la manière dont la santé, les besoins sociaux et les résultats, notamment la mortalité, diffèrent en fonction du revenu par âge, par sexe et selon la province de résidence.

Contrairement à de nombreuses études et enquêtes dans lesquelles le taux de réponse aux questions sur le revenu est faible, la majorité des participants à l'ÉLCV ont décidé de répondre aux questions relatives au revenu. Seulement 6,5 % des participants n'ont pas répondu à la question relative au revenu total du ménage, et 7,2 % n'ont pas répondu à la question sur le revenu total personnel. Comme l'indique la figure 4, la plus grande partie des participants à l'ÉLCV (33,4 %) a indiqué que le total du revenu annuel du ménage était compris entre 50 000 et 100 000 \$; 5,7 % des participants ont indiqué que le revenu annuel total du ménage était inférieur à 20 000 \$. Les femmes âgées de 75 à 85 ans sont le groupe âge-sexe ayant la plus grande proportion dont le total du revenu du ménage est inférieur à 20 000 \$ (12 %). Les provinces ayant la proportion la plus élevée et la plus faible de participants ayant un revenu

du ménage supérieur à 150 000 \$ sont l'Alberta (23 %) et le Nouveau-Brunswick (6,5 %), respectivement. Les provinces ayant les proportions les plus élevées et les plus faibles de participants ayant un revenu du ménage inférieur à 20 000 \$ sont le Québec (8,8 %) et l'Alberta et l'Ontario (tous les deux 4 %), respectivement.

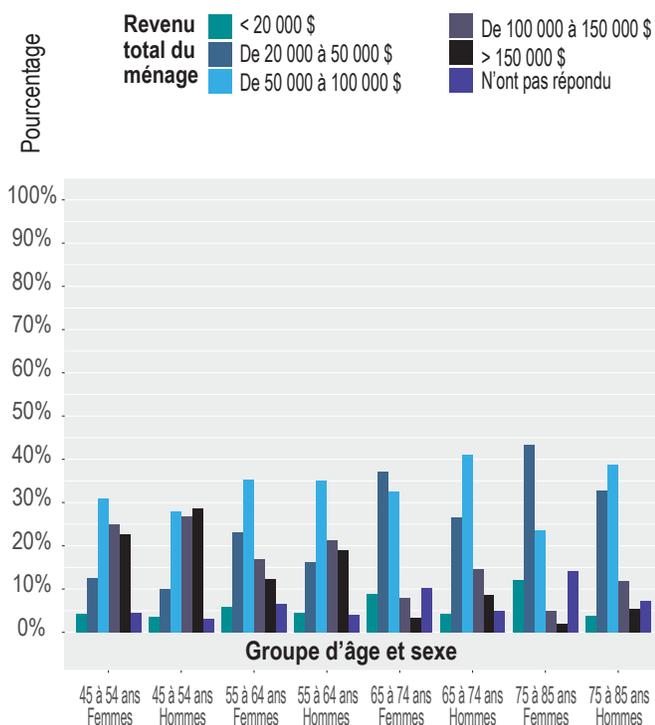


Figure 4 – Catégorie du revenu total du ménage chez les participants à l'ÉLCV, par groupe d'âge de 10 ans et par sexe

Travail et retraite

En plus du fait que la proportion de Canadiens de plus de 65 ans dépasse maintenant la proportion de jeunes âgés de 0 à 14 ans, la proportion de la population qui fait partie de la population active rétrécit. En raison de ce changement, des problèmes tels que le renouvellement de la main-d'œuvre et le transfert des connaissances deviennent de plus en plus importants. Cependant, le taux d'emploi pour les adultes âgés de 55 ans et plus a augmenté pour les femmes et

les hommes⁴⁶, ce qui explique une main-d'œuvre généralement plus âgée. De plus, la tendance de l'emploi chez les adultes plus âgés n'est pas statique. Nous avons été témoins d'une tendance à la hausse d'adultes plus âgés qui intégraient de nouveau la population active après leur retraite, en alternant entre les emplois à temps plein et à temps partiel⁴⁷.

L'âge moyen de la retraite au Canada a augmenté en passant de 61 ans en 2005 à 63 ans en 2015¹¹ et devrait continuer d'augmenter. La santé, la richesse, l'incapacité et la prestation de soins contribuent à la planification de la retraite et à l'âge de la retraite. En général, on a observé que la retraite était associée à des améliorations de la santé psychologique et du bien-être, mais il n'y a aucune tendance uniforme en ce qui concerne la santé physique⁴⁸. Bien que le Canada ait un régime de pension public, de nombreux segments de la société, tels que les immigrants et les travailleurs pauvres, peuvent ne pas être admissibles à une pension ou ne pas recevoir une pension adaptée, ce qui contribue aux inégalités en matière de santé pour une population vieillissante.

Comme l'indique la figure 5, 45,3 % des participants à l'ÉLCV indiquent qu'ils sont entièrement à la retraite; 10,8 % indiquent qu'ils sont partiellement à la retraite. Sans surprise, la proportion des personnes à la retraite augmente avec l'âge pour les hommes, comme pour les femmes. Parmi les femmes, 5,6 % de celles âgées de 45 à 54 ans indiquent qu'elles sont complètement à la retraite; cette proportion augmente et passe à 37,9 % parmi celles âgées de 55 à 64 ans. Chez les hommes, la retraite complète passe de 3,3 % dans le groupe d'âge des 45 à 54 ans à 31 % dans le groupe d'âge des 55 à 64 ans. Dans le groupe d'âge des 75 à 85 ans, 89,5 % des femmes et 86 % des hommes indiquent qu'ils sont complètement à la retraite.

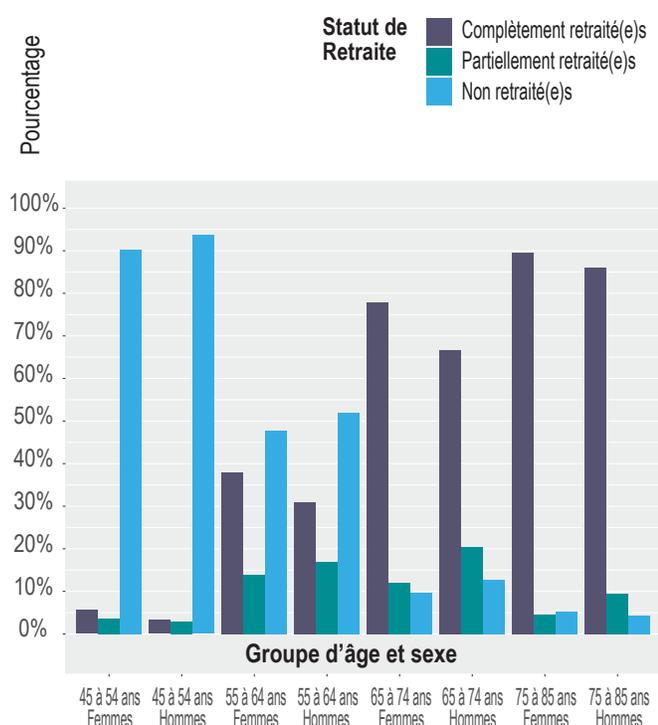


Figure 5 – Statut de retraite chez les participants à l'ÉLCV, par groupe d'âge de 10 ans et par sexe

Parmi les participants ayant indiqué qu'ils n'étaient pas entièrement ou partiellement à la retraite, la grande majorité (plus de 99 %) des participants à l'ÉLCV indiquent qu'ils ont fait partie de la population active à un moment de leur vie, à l'exception des femmes de la catégorie d'âge 75 à 85 ans, dont 31,4 % indiquent qu'elles n'ont jamais été employées. Ces données reflètent probablement la manière dont les questions ont été posées; en effet, les femmes âgées qui n'ont jamais travaillé officiellement dans la population active ne se sont donc jamais considérées à la retraite.

On a demandé aux participants qui ont indiqué qu'ils n'étaient pas entièrement ou partiellement à la retraite s'ils travaillaient actuellement. Parmi les participants non retraités, la grande majorité a indiqué qu'ils travaillaient actuellement; à l'exception des femmes âgées de 75 à 85 ans (45,2 %). De plus, 17,2 % des répondants ont indiqué qu'ils avaient plusieurs emplois; la proportion la plus

grande se trouvait chez les hommes âgés de 75 à 85 ans (19,9 %) [données non illustrées].

Principales populations et intersectionnalité

L'un des avantages que présente une étude de l'envergure de celle de l'ÉLCV est qu'elle permet d'examiner des sous-groupes des principales populations, en particulier ceux qui sont vulnérables et à risque d'inégalités en matière de santé lorsqu'ils grandissent. Ces sous-groupes manquent souvent de renseignements sur eux-mêmes. De tels sous-groupes incluent notamment, par exemple, les peuples autochtones, les minorités visibles, les immigrants, les vétérans et les gais, lesbiennes et bisexuels. À cet égard, le chapitre 12 traite de facteurs pertinents en matière de santé et de vieillissement dans la communauté des gais, lesbiennes et bisexuels. D'autres sous-groupes sur lesquels l'ÉLCV peut obtenir des renseignements utiles sont, par exemple, les populations urbaines et rurales (75 % et 25 % des participants à l'ÉLCV, respectivement), et ceux qui sont fragiles ou vivent avec une maladie chronique particulière. Toutefois, les analyses des sous-groupes peuvent être difficiles en raison des faibles effectifs et du manque de représentativité, même dans une étude de l'ampleur de l'ÉLCV. Il faut effectuer de telles analyses avec soin et sensibilité. L'une des principales préoccupations lorsque l'on traite de l'intersectionnalité, ou de l'intersection de caractéristiques sociodémographiques telles que la race, la classe et le genre, est que les tailles des cellules peuvent devenir trop petites pour faire des estimations stables et peuvent même mettre en danger l'identité des personnes. Les études qui traitent des sous-groupes des principales populations doivent être réalisées avec l'engagement actif et la supervision de personnes issues de la sous-population à l'étude.

Discussion

Caractériser la population est une étape importante vers l'atteinte de l'objectif à long terme qui consiste à comprendre l'influence réciproque complexe des facteurs qui ont des répercussions sur la santé et le vieillissement. Même si les participants à l'ÉLCV ont tendance à être bien lotis en termes de caractéristiques sociodémographiques de manière générale, on a révélé des différences importantes par groupe d'âge, sexe et province. Chose importante, on a remarqué que les femmes, en particulier les femmes plus âgées, s'en sortaient moins bien que les hommes pour un certain nombre de caractéristiques essentielles connues pour avoir un impact sur la santé, notamment le revenu et le fait de vivre seul. L'intersection des caractéristiques sociodémographiques telles que la race, les études et le genre creusaient également les différences. Comprendre et traiter les inégalités améliorera la trajectoire du vieillissement pour tous les adultes plus âgés. L'ÉLCV est une ressource pleine de richesse pour enquêter sur la santé et le vieillissement chez les Canadiens.

Références

1. Government of Canada SC. **Annual Demographic Estimates: Canada, Provinces and Territories.** <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-215-x/91-215-x2015000-eng.htm>. Published none. Accessed April 24, 2018.
2. Crosnoe R, Elder. GH. **Successful adaptation in the later years: A life course approach to aging.** *Social Psychology Quarterly.* 2002;65(4):309–328.
3. Koenen KC, Rudenstine S, Susser E, Galea S. **A Life Course Approach to Mental Disorders.** Oxford: Oxford University Press; 2013. doi:10.1093/acprof:oso/9780199657018.001.0001
4. Kuh D, Karunanathan S, Bergman H, Cooper R. **A life-course approach to healthy ageing: maintaining physical capability.** *Proceedings of the Nutrition Society.* 2014;73(2):237-248. doi:10.1017/S0029665113003923
5. Kuh D. **A Life Course Approach to Healthy Aging, Frailty, and Capability.** *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007;62(7):717-721. doi:10.1093/gerona/62.7.717
6. Martel L. **Mortality: Overview, 2010 and 2011.** Statistics Canada Catalogue no. 91-209-X. <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-209-x/2013001/article/11867-eng.pdf>. Accessed April 13, 2018.
7. Government of Canada SC. **A profile of persons with disabilities among Canadians aged 15 years or older, 2012.** <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-654-x/89-654-x2015001-eng.htm>. Published February 25, 2015. Accessed April 13, 2018.
8. Dunlop S, Coyte PC, McIsaac W. **Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey.** *Social Science & Medicine.* 2000;51(1):123-133. doi:10.1016/S0277-9536(99)00424-4
9. Blackwell DL, Martinez ME, Gentleman JF, Sanmartin C, Berthelot J-M. **Socioeconomic Status and Utilization of Health Care Services in Canada and the United States.** *Medical Care.* 2009;47(11):1136-1146. doi:10.1097/MLR.0b013e3181adcbe9
10. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. **Gender differences in the utilization of health care services.** *The Journal of Family Practice.* 2000;49(2):147-152.
11. Government of Canada SC. **Census Profile, 2016 Census.** <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=E>. Published February 8, 2017. Accessed April 13, 2018.
12. Health Canada. **A statistical profile on the health of First Nations in Canada: vital statistics for Atlantic and western Canada, 2003–2007.** 2014. Published July 2014. Accessed April 13, 2018.

13. Public Health Agency of Canada H. **Health Status of Canadians 2016: Report of the Chief Public Health Officer.** Statistics Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/2016-health-status-canadians.html>. Published December 15, 2016. Accessed April 13, 2018.
14. Paradies Y, Ben J, Denson N, et al. **Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis.** PLOS ONE. 2015;10(9):e0138511. doi:10.1371/journal.pone.0138511
15. Barber S, Diez Roux AV, Cardoso L, et al. **At the intersection of place, race, and health in Brazil: Residential segregation and cardio-metabolic risk factors in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil).** Soc Sci Med. 2018;199:67-76. doi:10.1016/j.socscimed.2017.05.047
16. Bobowik M, Basabe N, Páez D. **“Heroes of adjustment”: Immigrant’s stigma and identity management.** International Journal of Intercultural Relations. 2014;41:112-124.
17. Chiu M. **Ethnic Differences in Mental Health and Race-Based Data Collection.** Healthc Q. 2017;20(3):6-9.
18. Khan M, Kobayashi K, Lee S, Vang Z. (In) **Visible Minorities in Canadian Health Data and Research.** Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series/ Un Réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie Document de travail. 2015;3(1). <https://ir.lib.uwo.ca/pclcv/vol3/iss1/5>.
19. Government of Canada SC. **The Daily — 2011 National Household Survey: Immigration, place of birth, citizenship, ethnic origin, visible minorities, language and religion.** <https://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/130508/dq130508b-eng.htm>. Published May 8, 2013. Accessed April 24, 2018.
20. Zhao J, Xue L, Gilkinson T. **Health Status and Social Capital of Recent Immigrants in Canada Evidence from the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada.** In: McDonald JT, Queen’s University (Kingston, Ont.), Metropolis Project, eds. Canadian Immigration: Economic Evidence for a Dynamic Policy Environment. Queen’s policy studies series. Montreal ; Ithaca: School of Policy Studies, Queen’s University; 2010. <https://www.canada.ca/content/dam/ircc/migration/ircc/english/pdf/research-stats/immigrant-survey.pdf>. Accessed April 24, 2018.
21. Ng E. **The healthy immigrant effect and mortality rates.** Statistics Canada Catalogue no. 82-003-XPE (vol. 22). <https://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2011004/article/11588-eng.htm>. Accessed April 13, 2018.
22. Government of Canada SC. **Skills in Canada: First Results from the Programme for the International Assessment of Adult Competencies (PIAAC).** <https://www.statcan.gc.ca/pub/89-555-x/89-555-x2013001-eng.htm>. Published 2013. Accessed April 13, 2018.
23. Williams DR, Priest N, Anderson NB. **Understanding associations among race, socioeconomic status, and health: Patterns and prospects.** Health Psychol. 2016;35(4):407-411. doi:10.1037/hea0000242

24. Robards J, Evandrou M, Falkingham J, Vlachantoni A. **Maturitas marital status , health and mortality.** *Maturitas.* 2012;73(4):295-299. doi:10.1016/j.maturitas.2012.08.007
25. Kravdal Ø, Grundy E, Keenan K. **The increasing mortality advantage of the married: The role played by education.** *Demographic Research.* 2018;38(20):471-512. doi:10.4054/DemRes.2018.38.20
26. Milan A. **Marital Status: Overview, 2011.** Statistics Canada Catalogue no. 91-209-X. <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-209-x/2013001/article/11788-eng.pdf>. Published 2013. Accessed April 13, 2018.
27. Milan A. **Census: Families, Households and Marital Status.** Statistics Canada. <http://www5.statcan.gc.ca/olc-cel/olc.action?objId=98-312-X201100311705&objType=47&lang=en&limit=0>. Published September 19, 2012. Accessed April 24, 2018.
28. Turagabeci AR, Nakamura K, Kizuki M, Takano T. **Family structure and health, how companionship acts as a buffer against ill health. Health and Quality of Life Outcomes.** 2007;5:1-9. doi:10.1186/1477-7525-5-61
29. Agerbo E, Bo Mortensen P, Munk-Olsen T. **Childlessness, parental mortality and psychiatric illness: A natural experiment based on in vitro fertility treatment and adoption.** *Journal of Epidemiology and Community Health.* 2013;67(4):374-376. doi:10.1136/jech-2012-201387
30. Kravdal Ø, Grundy E, Lyngstad TH, Wiik KA. **Family life history and late mid-life mortality in norway.** *Population and Development Review.* 2012;38(2):237-257. doi:10.1111/j.1728-4457.2012.00491.x
31. Lund R, Due P, Modvig J, Holstein BE, Damsgaard MT, Andersen K. **Cohabitation and marital status as predictors of mortality - an eight year follow-up study.** *Social Science & Medicine.* 2002;55:673-679. doi:10.1016/S0277-9536(01)00219-2
32. McNicholas J, Gilbey A, Rennie A, Ahmedzai S, Dono J-A, Ormerod E. **Pet ownership and human health: a brief review of evidence and issues.** *BMJ.* 2005;331(7527):1252-1254. doi:10.1136/bmj.331.7527.1252
33. McConnell AR, Brown CM, Shoda TM, Stayton LE, Martin CE. **Friends with benefits: On the positive consequences of pet ownership.** *Journal of Personality and Social Psychology.* 2011;101(6):1239-1252. doi:10.1037/a0024506
34. Canadian Animal Health Institute. **Latest Canadian Pet Population Figures Released.** <https://www.canadianveterinarians.net/documents/canadian-pet-population-figures-cahi-2017>. Published 2017. Accessed April 13, 2018.
35. Mackenzie E, Rajagopal D, Meilbohm M, Lavizzo-Mourey R. **Spiritual support and psychological well-being: Older adults' perceptions of the religion and health connection.** *Alternative Therapies in Health and Medicine.* 2000;6(6):37-45.

36. Bruce MA, Martins D, Duru K, et al. **Church attendance, allostatic load and mortality in middle aged adults.** Abe T, ed. PLOS ONE. 2017;12(5):e0177618. doi:10.1371/journal.pone.0177618
37. Sullivan AR. **Mortality differentials and religion in the U.S.: Religious affiliation and attendance.** Journal for the Scientific Study of Religion. 2010;49(4):740-753. doi:10.1111/j.1468-5906.2010.01543.x
38. Vogli R De, Gimeno D, Med MK. **Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries.** New England Journal of Medicine. 2008;359(12):1290-1291. doi:10.1056/NEJMc081414
39. Skalická V, van Lenthe F, Bambra C, Krokstad S, Mackenbach J. **Material, psychosocial, behavioural and biomedical factors in the explanation of relative socio-economic inequalities in mortality: evidence from the HUNT study.** Int J Epidemiol. 2009;38(5):1272-1284. doi:10.1093/ije/dyp262
40. Cutler D, Lleras-Muney A. **Education and Health: Evaluating Theories and Evidence.** Cambridge, MA; 2006. doi:10.3386/w12352
41. Mustard C, Derksen S, Berthelot J, Wolfson M, Roos L. **Age-specific education and income gradients in morbidity and mortality in a Canadian province.** Social Science & Medicine. 1997;45(3):383-397.
42. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Smith GD. **Indicators of socioeconomic position (part 1).** Journal of Epidemiology and Community Health. 2006;60(1):7-12. doi:10.1136/jech.2004.023531
43. Tjepkema M, Wilkins R, Long A. **Cause specific mortality by income adequacy in Canada: A 16-year follow-up study.** Health Reports. 2013;24(7):14-22.
44. Adler NE, Newman K. **Socioeconomic disparities in health: pathways and policies.** Health Aff (Millwood). 2002;21(2):60-76. doi:10.1377/hlthaff.21.2.60
45. Government of Canada SC. **The Daily — Household income in Canada: Key results from the 2016 Census.** <https://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/170913/dq170913a-eng.htm>. Published September 13, 2017. Accessed April 13, 2018.
46. Carrière Y, Galarneau D. **Delayed retirement: A new trend? 2011.** <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2011004/article/11578-eng.pdf>. Accessed April 13, 2018.
47. Bonikowska A, Schellenberg G, Statistics Canada, Analytical Studies Branch. **Employment transitions among older workers leaving long-term jobs: evidence from administrative data.** <http://www.statcan.gc.ca/pub/11f0019m/11f0019m2014355-eng.pdf>. Published 2014. Accessed April 13, 2018.
48. Di Gessa G, Corna LM, Platts LG, et al. **Is being in paid work beyond state pension age beneficial for health? Evidence from England using a life-course approach.** J Epidemiol Community Health. 2017;71(5):431-438. doi:10.1136/jech-2016-208086



4

La retraite dans l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Tammy Schirle *Université Wilfrid Laurier*

Michael R. Veall *Université McMaster*



La retraite dans l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Principaux points saillants

L'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV) promet d'être un excellent outil pour l'étude de la retraite, car elle permet de suivre les personnes visées avant, pendant et après leur(s) retraite(s) [certaines personnes prennent leur retraite plus d'une fois]. Toutefois, il y a d'importants éclaircissements à tirer des données initiales, notamment :

- Pour le groupe d'âge des 55 à 59 ans, les taux de retraite complète chez les femmes varient considérablement selon la province, passant d'environ 20 % en Colombie-Britannique à environ 30 % au Québec et à Terre-Neuve-et-Labrador. Des différences comparables peuvent être observées chez les 60 à 64 ans, mais l'écart commence à s'estomper chez les 65 à 69 ans.
- Le même écart à l'échelle provinciale s'applique sur le plan des taux de retraite chez les hommes, mais les taux de retraite sont légèrement inférieurs chez les hommes de moins de 65 ans.
- Pour les femmes et les hommes, les taux de retraite totaux (retraite partielle et complète) chez les 70 à 74 ans varient relativement peu selon la province, bien que des différences considérables demeurent au niveau des taux de retraite partielle.
- Dans une question où les réponses multiples étaient autorisées, aucun des motifs énoncés n'a recueilli la majorité des réponses. Le quatrième motif le plus courant était la santé; environ le quart des femmes et des hommes retraités ont choisi cette réponse, citant plus souvent des raisons de santé physique que mentale.

- Chez les personnes retraitées, environ 20 % des femmes et 30 % des hommes « reportent leur retraite » à un moment ou à un autre. Une minorité importante de chaque groupe a déclaré l'avoir fait pour des raisons financières. Toutefois, si l'on tient compte de leurs revenus, seulement 5 % des personnes qui ont interrompu leur retraite ont déclaré avoir un niveau de vie inadéquat.
- La plupart des retraités qui réintègrent le marché du travail le font à temps partiel, en particulier ceux qui travaillaient déjà à temps partiel avant de prendre leur retraite.
- Les femmes et les hommes qui prennent leur retraite complète ou partielle à un plus jeune âge sont beaucoup plus susceptibles d'avoir au moins une limitation sur le plan des activités domestiques. Toutefois, la différence entre les retraités et les non-retraités est plutôt petite chez les personnes de 60 à 75 ans.
- Les écarts de revenu d'un groupe d'âge à l'autre se rétrécissent à mesure que l'âge augmente. La répartition du revenu dans l'échantillon de l'ÉLCV est très semblable à celle observée dans l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011, laquelle était associée au recensement.
- Dans l'ensemble, près de 80 % des retraités ont affirmé qu'ils s'en sortent très bien ou assez bien, alors que 17 % ont affirmé « se débrouiller » et que seulement 3 % ont affirmé avoir de la difficulté à s'en sortir ou éprouver des difficultés financières.

Introduction

L'un des avantages des données initiales de l'ÉLCV dans l'étude de la retraite est que certaines des questions sont rétrospectives et présentent une information longitudinale. Comme nous pouvons le constater, l'éventail très large de questions de sondage permet de relier les comportements en matière de retraite à d'autres caractéristiques, en particulier la santé, ce que nous ne pouvons pas faire avec les autres ensembles de données canadiennes. Cette capacité est particulièrement importante parce que les caractéristiques des programmes gouvernementaux, comme les impôts et les transferts, ainsi que la prestation par le gouvernement d'avantages ou de services en nature, comme les médicaments d'ordonnance, les autres types de soins médicaux et l'aide à la vie autonome, sont différentes

au Canada par rapport aux autres pays. Par conséquent, les conclusions de l'analyse empirique des données d'autres pays pourraient ne pas s'appliquer au Canada[†].

Nous démontrons la valeur de l'ÉLCV par le biais de quelques illustrations en nous basant sur les échantillons initiaux, interrogés entre 2011 et 2015. Premièrement, nous examinons les données sur la retraite, en comparant les taux de retraite et les taux de retraite complète et de retraite partielle d'une province à l'autre. Deuxièmement, nous examinons la permanence de

[†] En outre, il y a suffisamment d'écart au Canada pour permettre l'étude potentielle des répercussions stratégiques par voie de comparaison entre les provinces. Ici, nous nous contentons de mentionner que ces possibilités existent.

la retraite et les éléments de preuve de l'ÉLCV portant sur l'interruption de la retraite pour faire un retour dans la population active.

Troisièmement, nous examinons l'information contenue dans l'ÉLCV qui décrit les limitations des personnes sur le plan des activités domestiques. Cela améliore notre capacité d'envisager la possibilité de prolonger la vie professionnelle des Canadiens plus âgés, ce qui, selon nous, constitue un enjeu stratégique clé. Des études antérieures ont démontré que la santé est un déterminant important de la décision de prendre sa retraite, même si l'on tient compte des incitatifs financiers¹⁻³. D'après des études récentes, la vie professionnelle des Canadiens pourrait être considérablement prolongée⁴. ‡ Une prolongation de la vie professionnelle pourrait augmenter le revenu agrégé par habitant, et donc le niveau de vie moyen. Il en découlerait en outre une réduction de la pression sur les budgets du gouvernement en augmentant les recettes fiscales et en diminuant l'ampleur et la durée des paiements de transfert aux retraités⁵. Toutefois, pour qu'une telle politique soit valable, l'une des conditions est qu'une partie importante de la population des personnes âgées doit être physiquement apte à travailler. Qui plus est, nous souhaitons mieux comprendre dans quelle mesure les personnes qui ont des problèmes de santé importants prennent leur retraite de façon disproportionnée.

‡ Milligan et Schirle (2017)⁴ étudient la santé et la mortalité des Canadiens âgés, ce qui donne à penser qu'il est fort possible d'augmenter le taux d'emploi des hommes et des femmes plus âgés. Toutefois, contrairement aux autres pays à l'étude dans Wise (2017)⁴, l'étude de Milligan et Schirle (2017)⁴ n'est pas fondée sur des données d'enquête longitudinales et se limite à l'utilisation de mesures transversales de la santé et de l'emploi.

Enfin, nous examinons certains des renseignements contenus dans l'ÉLCV concernant les principaux préparatifs pour la retraite. À l'aide de ces données et des données sur les revenus, nous nous penchons aussi sur les inégalités et sur les liens entre ces inégalités et l'âge des personnes plus âgées.

Retraite par province

Les chercheurs qui étudient la retraite ont souvent de la difficulté à « opérationnaliser » le concept (voir Denton et Spencer, 2009)⁶. Que signifie être « retraité »? Quelqu'un qui a quitté son emploi principal, mais qui travaille encore un petit nombre d'heures par année est-il à la retraite? Cela fait-il une différence que la personne travaille pour son employeur initial ou pour un nouvel employeur? Si une personne a passé la majorité de sa vie active hors du marché du travail rémunéré, est-elle retraitée?

L'ÉLCV aborde la question en misant sur le principe de l'auto-identification, en demandant aux répondants s'ils sont retraités ou semi-retraités. La figure 1 présente le taux de retraite total (y compris une ventilation des retraites complètes et partielles) par province chez les femmes et les hommes faisant partie des groupes d'âge suivants : 55 à 59 ans, 60 à 64 ans, 65 à 69 ans, et 70 à 74 ans (c.à.d. les quatre groupes d'âge qui regroupent la majeure partie des transitions à la retraite).

Pour les femmes et les hommes, les taux de retraite totaux (c.à.d. les taux de retraite complète plus les taux de retraite partielle) augmentent avec l'âge. (C'est-à-dire que les taux de retraite sont plus élevés pour les groupes inférieurs qui représentent les personnes plus âgées, par opposition aux groupes supérieurs qui représentent les personnes moins âgées.) La plupart des départs

à la retraite sont des retraites complètes et il n'est pas étonnant de constater que le nombre de retraites complètes augmente également avec l'âge, tant chez les femmes que chez les hommes. Toutefois, chez les femmes, les taux de retraite partielle affichent une tendance mixte jusqu'au groupe d'âge des 65 à 69 ans (dans la plupart des cas, ils augmentent ou ils demeurent les mêmes, alors que dans d'autres, ils baissent légèrement). Jusqu'à l'âge de 65 à 69 ans, les taux de retraite partielle augmentent chez les hommes dans toutes les provinces. Toutefois, chez les 70 à 74 ans, les taux de retraite partielle chez les femmes et les hommes chutent nettement dans toutes les provinces.

Il existe des différences intéressantes d'une province à l'autre. À la figure 1, chez les femmes de 55 à 59 ans, on observe une certaine variation. Par exemple, le taux de retraite complète chez les femmes est d'environ 30 % au Québec et à Terre-Neuve-et-Labrador, mais inférieur à 20 % en Colombie-Britannique. Les différences entre ces provinces au niveau des taux de retraite totaux sont encore plus marquées. Ces trois provinces affichent des taux de retraite partielle pour les femmes d'environ 10 % dans ce groupe d'âge, ce qui est légèrement inférieur à celui des autres provinces.

À des âges plus avancés, l'écart est moindre au niveau des estimations des taux de retraite totaux. Pour les groupes d'âge de 65 à 69 ans et de 70 à 74 ans, le Québec, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador affichent des taux de retraite totaux relativement élevés pour les femmes, mais un moins grand nombre de retraites partielles. Saskatchewan affiche des taux de retraite partielle très élevés pour les femmes (environ 20 %) chez les 55 à 59 ans et les 60 à 64 ans. Cependant, le taux de retraite partielle chez les femmes en Saskatchewan est plus typique (environ 10 %)

pour les personnes d'âge plus avancé. De 70 à 74 ans, les taux élevés de retraite complète et les faibles taux de retraite partielle chez les femmes (habituellement autour de 5 %) sont stables dans toutes les provinces et varient relativement peu, bien que l'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard affichent des taux plus élevés de retraite partielle chez les femmes que les autres provinces.

De façon générale, les mêmes tendances s'appliquent à la figure 1 pour les hommes. Encore une fois, les résultats varient considérablement d'une province à l'autre. Chez les 60 à 64 ans, le taux de retraite complète pour les hommes au Nouveau-Brunswick se chiffre à près de 60 %, alors qu'il n'est que de 30 % en Alberta, en Saskatchewan et à l'Île-du-Prince-Édouard. Les taux de retraite totaux ne diffèrent pas tant d'une province à l'autre, car chez les 60 à 64 ans, certains des écarts à l'échelle provinciale au niveau des taux de retraite complète pour les hommes sont compensés par les écarts au niveau des taux de retraite partielle. Tout comme pour les femmes, la Saskatchewan affiche un taux de retraite partielle relativement élevé pour les hommes. Toutefois, contrairement aux femmes, les taux de retraite partielle pour les hommes en Saskatchewan demeurent plus élevés que dans les autres provinces pour les groupes d'âge plus avancé et continuent d'excéder 20 % chez les 70 à 74 ans. Le Nouveau-Brunswick affiche le taux de retraite partiel le plus faible (environ 10 %) pour les hommes de cet âge.

Dans l'ensemble, nous constatons que les différences entre les provinces, le sexe et les groupes d'âge dans les taux de retraite complète reflètent en grande partie les différences entre les groupes dans leur taux de participation au sein de la population active. Par exemple, la proportion de femmes de l'Ontario de 55 à 59 ans qui ont pris leur retraite complètement était de 25 % dans



Figure 1 – Pourcentage des Canadiens complètement ou partiellement retraités par âge, par le sexe, et par province

l'échantillon de l'ÉLCV. Le taux de participation comparable des femmes de l'Ontario de 55 à 59 ans était de 70 % (moyenne pour la période de 2010 à 2015, selon l'Enquête sur la population active)[§]. De même, alors que 18 % des hommes de l'Ontario âgés de 55 à 59 ans étaient complètement à la retraite, 78 % faisaient encore partie de la population active. Au Québec, 32 % (23 %) des femmes (hommes) du groupe d'âge 55 à 59 ans étaient complètement à la retraite et 65 % (76 %) des femmes (hommes) du même groupe d'âge faisaient encore partie de la population active.

L'ÉLCV fournit des renseignements sur les raisons pour lesquelles les personnes prennent leur retraite. Dans une question où les réponses multiples étaient autorisées, environ 45 % des femmes et des hommes ont indiqué qu'ils voulaient simplement « cesser de travailler ». Ces données ne semblent fournir aucune information sur les départs à la retraite volontaires et involontaires (p. ex. Gomez et Gunderson, 2011)⁷, car une question subséquente qui portait spécifiquement sur le sujet révèle que seulement environ un cinquième des retraités ont affirmé ne pas avoir pris leur retraite de façon volontaire.

En revenant à la question à réponses multiples sur les motifs de retraite, aucune des réponses proposées n'a recueilli la majorité des voix, mais le motif le plus souvent cité (« parce que c'était financièrement possible ») a été choisi par 38 % des femmes et par 49 % des hommes; au deuxième rang, 23 % des femmes et 39 % des

hommes ont répondu avoir « accumulé le nombre requis d'années de service pour être admissible à la retraite ». Venaient ensuite la santé, le « désir de s'adonner à des passe-temps ou à d'autres activités d'intérêt » et « un accord conclu avec son/sa époux(se) ou conjoint(e) de fait »[¶], recueillant chacun entre 20 % et 25 % des réponses totales, avec seulement de légères différences entre les femmes et les hommes. Les « incitatifs à la retraite » et la « restructuration organisationnelle » se chiffraient à environ 10 % (les taux étaient légèrement plus élevés chez les hommes), et « l'observation d'une politique obligatoire de l'employeur » se chiffrait à moins de 5 %. Environ 14 % des femmes et 4 % des hommes ont indiqué prendre leur retraite pour s'occuper de quelqu'un d'autre. Moins de 1 % des femmes et des hommes ont fourni une réponse dans la catégorie « Autre ».

Même si la santé représentait un motif important – quoique pas le plus souvent cité – l'ÉLCV permet de pousser l'analyse un peu plus loin. Parmi ceux et celles qui ont cité des raisons de santé, environ 55 % des femmes et 59 % des hommes ont évoqué des raisons de santé physique, alors que seulement un peu plus de 20 % des hommes et des femmes ont évoqué des raisons de santé émotionnelle/mentale, y compris le stress. Les autres répondants ont évoqué une combinaison de problèmes de santé physique et mentale. À mesure que l'aspect longitudinal de l'ÉLCV continuera de se développer, il sera possible d'étudier l'incidence de la retraite sur la santé⁸.

§ Les estimations sur le taux de participation à la population active de l'Enquête sur la population active dont il est question dans cette section se trouvent dans le tableau CANSIM 282-0002 de Statistique Canada, qui établit des taux annuels moyens pour la période de 2010 à 2015.

¶ Voir Schirle (2008)¹ sur l'interdépendance des taux de participation à la population active des hommes plus âgés avec leurs époux

« Report de la retraite »

Dans l'échantillon de surveillance de l'ÉLCV, 1 245 femmes et 1 748 hommes ont répondu avoir pris leur retraite, mais travailler à l'heure actuelle. Si, aux fins de comparaison, nous prenons ces nombres et que nous les convertissons en pourcentages par rapport aux personnes qui affirment être actuellement à la retraite, ces pourcentages seraient d'environ 20 % pour les femmes et de 30 % pour les hommes. Chez les femmes qui ont interrompu leur retraite pour retourner dans la population active, environ 32 % des répondantes ont affirmé être retournées travailler pour leur dernier employeur (avant leur retraite), 57 % ont trouvé un emploi chez un nouvel employeur et 10 % ont lancé une nouvelle entreprise. Chez les hommes, les pourcentages correspondants sont de 22 %, 60 % et 17 %.

Environ 70 % des femmes et 54 % des hommes qui ont « reporté leur retraite » travaillent à temps partiel. L'ÉLCV leur demandait également si leur situation d'emploi était permanente (sans date de fin déterminée) ou contractuelle (à durée déterminée). Chez les femmes qui sont retournées au travail, une faible majorité (52 %) a signalé occuper un emploi permanent, alors que 41 % ont signalé avoir un emploi contractuel ou à durée déterminée. Cependant, chez les hommes, les répondants sont légèrement plus susceptibles d'occuper un emploi contractuel (50 %) que permanent (47 %). Dans l'ensemble, parmi tous ceux et celles qui ont reporté leur retraite, moins du quart des répondants ont déclaré avoir occupé un emploi à temps partiel immédiatement avant leur retraite; la très grande majorité de ces personnes travaillent à temps partiel en attendant leur retraite. Toutefois, même parmi ceux qui avaient un emploi à temps plein

avant la retraite, environ 60 % des répondantes déclarent avoir reporté leur retraite pour accepter un poste à temps partiel.

Il est également intéressant de constater qu'environ 85 % des femmes et des hommes qui retournent au travail après leur retraite ont déclaré avoir un niveau de vie adéquat, 10 % ont déclaré avoir un niveau de vie à peine suffisant et moins de 5 % ont déclaré avoir un niveau de vie inadéquat. Ces pourcentages laissent entendre que la rémunération de ce type d'emplois est suffisante pour de nombreuses personnes. Parmi les personnes qui ont reporté leur retraite, seulement 37 % des femmes et 41 % des hommes ont affirmé que les considérations financières avaient joué un rôle dans leur décision.

Pour certaines personnes, l'argent n'est pas la principale motivation qui les incite à retourner au travail. Par exemple, 7 % des femmes et des hommes ont répondu que l'amélioration de leur condition de santé avait joué un rôle dans leur décision de retourner au travail.

Limitations sur le plan des activités de la vie quotidienne et retraite

Le chapitre 8 du présent rapport aborde en détail les aspects de la fonction physique, de l'incapacité et des chutes. Dans ce chapitre, nous nous pencherons seulement sur la relation empirique qui existe entre les activités domestiques, le statut de retraité et l'âge. Il est possible que les limitations sur le plan des activités domestiques soient un facteur déterminant de la capacité en milieu de travail comme un indicateur de la santé, ce qui, comme nous l'avons constaté, présente une certaine corrélation avec la retraite anticipée. Dans tous les cas, la figure 2 indique le pourcentage

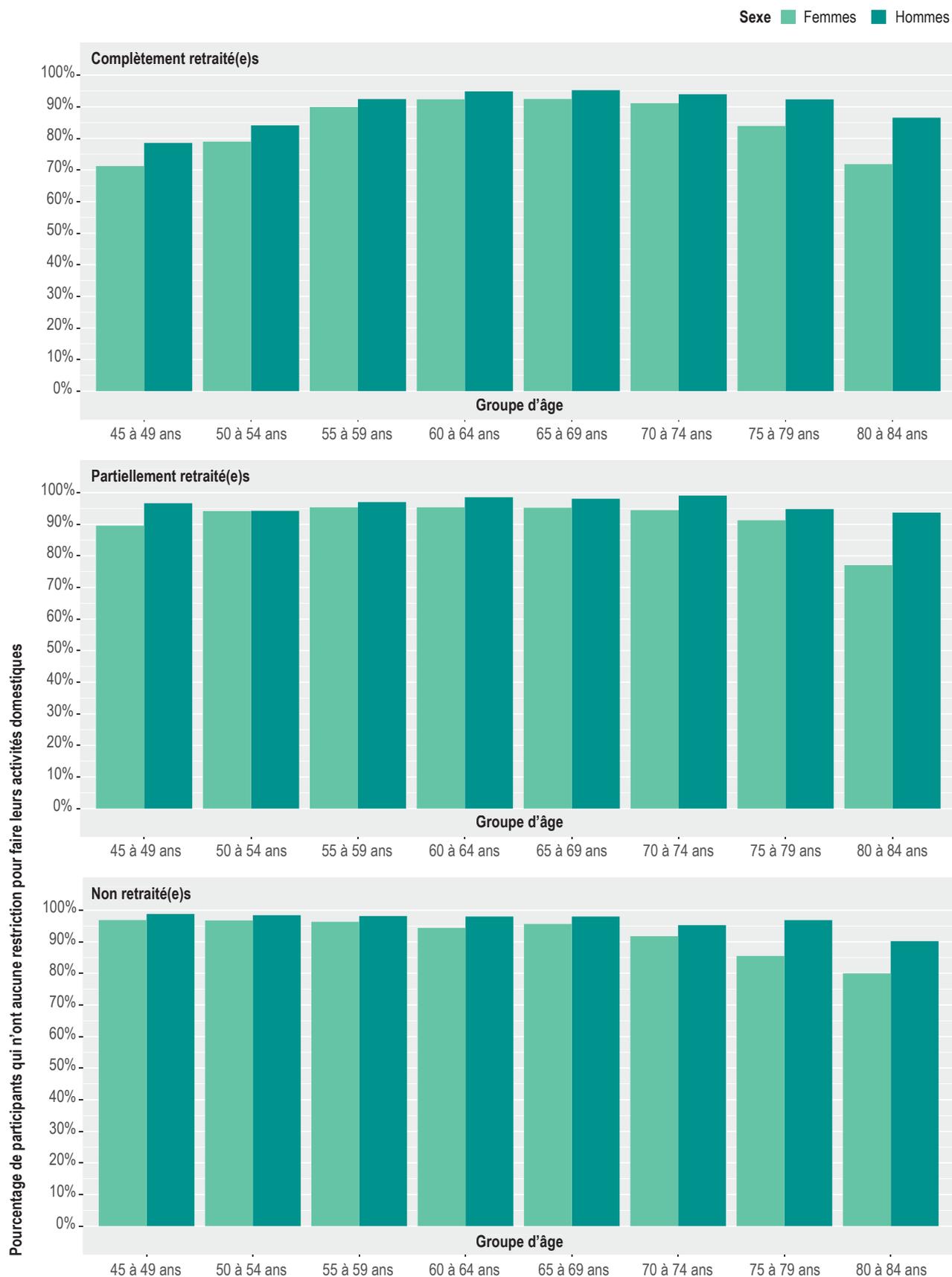


Figure 2 – Pourcentage de femmes et d'hommes canadiens qui n'ont aucune restriction dans leurs activités domestiques, par statut de la retraite

de femmes dans l'échantillon de l'ÉLCV qui n'ont aucune limitation sur le plan des activités domestiques, d'après leur statut de retraite et leur âge. On constate que dans le groupe des 45 à 49 ans, les personnes qui ont pris leur retraite complètement sont moins susceptibles de n'avoir aucune limitation sur le plan des activités domestiques, en dépit du fait que même chez les personnes qui ont pris leur retraite complètement, seulement 70 % des répondants n'ont aucune limitation sur le plan des activités domestiques, comparativement à 88 % chez les femmes ayant pris partiellement leur retraite et à 95 % chez les femmes qui ne sont pas à la retraite. L'écart entre ces groupes de femmes diminue quelque peu pour les groupes d'âge de 50 à 54 ans et de 55 à 59 ans. Il n'y a pratiquement aucune différence dans les pourcentages de personnes n'ayant aucune limitation sur le plan des activités domestiques chez les 60 à 75 ans. Toutefois, les écarts entre les groupes des femmes retraitées complètement, partiellement ou qui ne sont pas à la retraite réapparaissent pour chez les 75 à 79 ans et les 80 à 85 ans. Il semblerait que les limitations sur le plan des activités domestiques chez les 60 à 75 ans jouent un rôle relativement restreint dans la détermination du statut de retraite chez les femmes. À la lumière de la figure 2 et de diverses études montrant les effets importants de la politique de revenu de retraite sur les hommes et les femmes de ce groupe d'âge^{1,9-12}, les résultats des activités domestiques pour les femmes âgées de 60 à 75 ans semblent indiquer que l'on pourrait adopter des leviers politiques pour stimuler l'emploi chez les femmes de ce groupe d'âge.

En outre, les mêmes constats généraux s'appliquent également aux hommes, bien que les

taux déclarés de limitations sur le plan des activités domestiques soient encore plus faibles. Ce qui est frappant, c'est que tant pour les femmes que pour les hommes de l'échantillon de l'ÉLCV, il n'y a aucune discontinuité pendant les âges normaux de la retraite de 60 à 70 ans. Chez les femmes, les limitations sur le plan des activités domestiques semblent être plus courantes autour de 75 ans, alors que chez les hommes, ce serait plutôt autour de 80 ans.

Le niveau de vie à la retraite

Ici, nous examinons les indicateurs qui aident à décrire le niveau de vie dans l'échantillon de l'ÉLCV. Premièrement, nous prenons en compte le revenu du ménage. Deuxièmement, nous examinons les rapports indiquant si l'on s'attendait à ce que le niveau de vie d'une personne soit suffisant avant sa retraite. Nous établissons des liens entre ces attentes préalables à la retraite et les rapports individuels, afin de déterminer à quel point ils concordent sur le plan financier.

À la figure 3, nous présentons une ventilation des revenus bruts des ménages (par souci de concision, nous avons regroupé les données sur les hommes et les femmes de l'échantillon de l'ÉLCV). On constate que les revenus diminuent avec l'âge, ce qui est toutefois attribuable en grande partie à des réductions importantes du pourcentage de ménages dont le revenu dépasse 100 000 \$ (voir aussi Veall, 2009)¹³. En ce sens, les revenus ont tendance à s'égaliser dans les groupes d'âge plus avancés. Parallèlement aux études sur la pauvreté chez les aînés qui montrent une probabilité accrue de faible revenu chez les personnes plus âgées¹⁴, le pourcentage de personnes dans l'échantillon de l'ÉLCV dont le revenu du ménage est inférieur à 20 000 \$ augmente

de façon constante avec l'âge. Toutefois, même pour le groupe d'âge des 80 à 85 ans, le pourcentage des ménages dont le revenu est inférieur à 20 000 \$ n'atteint pas 10 %. Avec l'âge, une proportion croissante de l'échantillon de l'ÉLCV a un revenu compris entre 20 000 \$ et 50 000 \$. Entre 65 et 69 ans, 30 % des répondants ont des revenus dans cette fourchette; entre 80 et 85 ans, ce pourcentage grimpe à près de 40 %.

L'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 (associée au recensement), nous voyons des tendances remarquablement semblables. La figure 4 montre qu'une proportion croissante des ménages de l'Enquête nationale auprès des ménages se situe dans la tranche entre 20 000 \$ et 50 000 \$. Les proportions sont légèrement plus élevées dans l'Enquête nationale auprès des ménages, car 34 % des ménages âgés de 65 à 69 ans ont un revenu se situant dans cette tranche.

Passons maintenant aux données sur le niveau de vie des personnes visées par l'ÉLCV. L'ÉLCV nous permet de relier ce que les retraités ont déclaré comme étant leurs attentes préalables à la retraite sur le plan du niveau de vie aux réponses actuelles. Même si les questions proviennent de deux sondages différents et en dépit du faible niveau d'attrition et de l'éventuelle question du biais de rappel, il est néanmoins frappant de constater que tout juste un peu moins de 80 % des retraités ont affirmé qu'avant de prendre leur retraite, ils s'attendaient à avoir un niveau de vie adéquat. Environ 85 % d'entre eux ont indiqué que maintenant qu'ils sont à la retraite, ils s'en sortent très bien ou assez bien, alors que 12 % d'entre eux ont affirmé être en mesure de « se débrouiller ». Moins de 2 % ont affirmé avoir du mal à s'en sortir ou éprouver des difficultés financières.

Environ 12 % des retraités ont dit qu'avant leur retraite, ils s'attendaient à ce que leur niveau de vie soit « à peine adéquat ». De ce nombre, 57 % ont dit qu'une fois à la retraite, ils s'en sortent très bien ou assez bien, 34 % ont dit « se débrouiller » et seulement environ 7 % ont affirmé avoir du mal à s'en sortir ou éprouver des difficultés financières.

En outre, avant leur retraite, environ 7 % de tous les retraités s'attendaient à ce que leur niveau de vie à la retraite soit « insuffisant ». De ce nombre, 50 % ont affirmé s'en sortir très bien ou assez bien, et environ 34 % ont affirmé « se débrouiller ». Environ 15 % d'entre eux affirment avoir du mal à s'en sortir ou éprouver des difficultés financières.

Dans l'ensemble, près de 80 % des retraités ont affirmé qu'ils s'en sortent très bien ou assez bien, alors que 17 % ont affirmé « se débrouiller » et que seulement 3 % ont affirmé avoir de la difficulté à s'en sortir ou éprouver des difficultés financières. On constate donc que les retraités se souviennent avoir prédit leur niveau de vie à la retraite de manière assez juste, quoique quelque peu pessimiste, et qu'un tout petit pourcentage de retraités déclarent éprouver des difficultés financières.

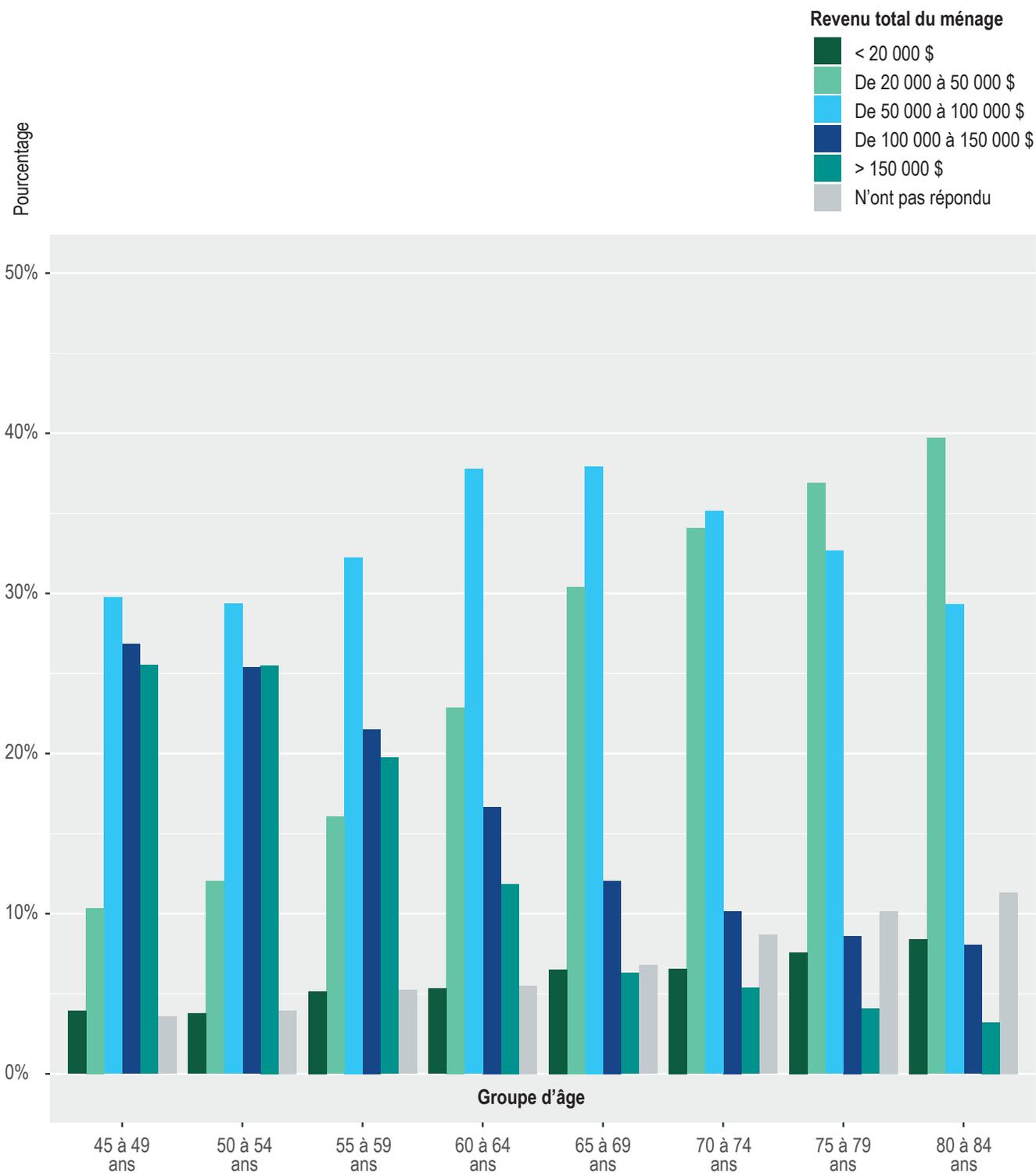


Figure 3 – Pourcentage de population échantillon de l'ÉLCV dans les fourchettes de revenus par groupe d'âge

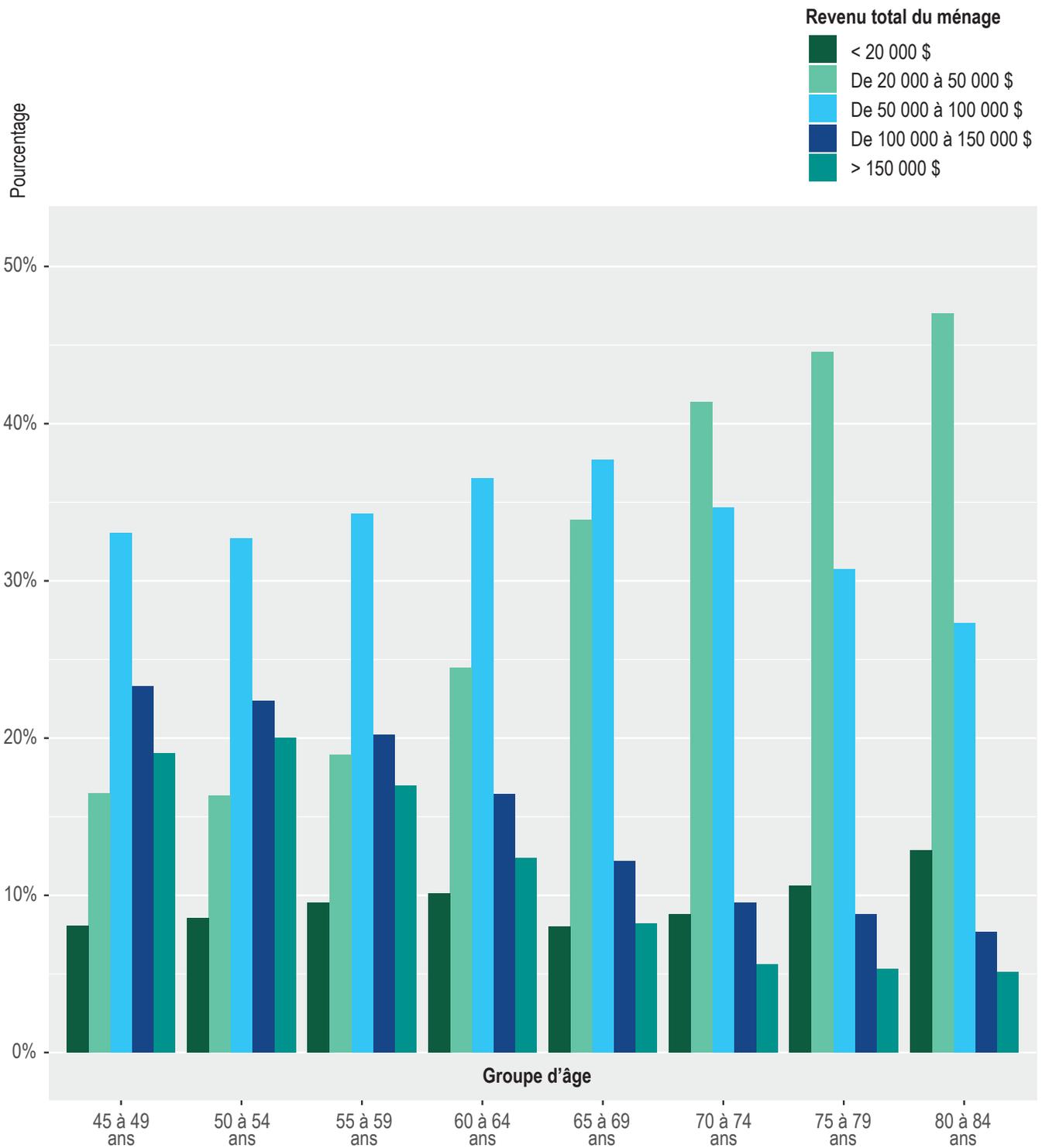


Figure 4 – Pourcentage des répondants à l'Enquête nationale auprès des ménages dans chaque tranche de revenu, par âge

Discussion

Même sans tenir compte de l'aspect longitudinal, l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV) fournit des renseignements importants sur la nature de la retraite et les liens qui existent entre la retraite, la santé et le niveau de vie. Les écarts provinciaux au niveau des comportements de retraite semblent indiquer que la composition de l'industrie et les politiques économiques éventuelles peuvent faire une différence. Les données sur les activités domestiques semblent indiquer que les limitations sur le plan des activités jouent un rôle important dans la retraite anticipée, dans une moindre mesure entre 60 et 74 ans, puis de manière plus marquée à partir de 75 ans chez les femmes et de 80 ans chez les hommes. La répartition du revenu dans l'échantillon de l'ÉLCV est uniforme dans le cas des personnes d'âge plus avancé. Environ 60 % à 65 % des personnes qui approchent de l'âge de la retraite déclarent s'attendre à avoir un niveau de vie adéquat (plutôt que « à peine suffisant » ou « inadéquat ») pendant leur retraite.

Dans ce court chapitre, nous n'avons pas exploré en profondeur ces questions. L'objectif ici est plutôt d'illustrer la nature des données et de tâter le terrain en prévision des recherches à venir. De toute évidence, les perspectives d'analyse augmenteront de façon exponentielle lorsque les résultats du deuxième cycle seront disponibles (document de suivi 1) et que la réalisation d'une véritable étude longitudinale sera possible.

Références

1. Schirle T.
Why Have the Labor Force Participation Rates of Older Men Increased since the Mid-1990s? *Journal of Labor Economics*. 2008;26(4):549-594. doi:10.1086/589457
2. Au DWH, Crossley TF, Schellhorn M. **The effect of health changes and long-term health on the work activity of older Canadians.** *Health Economics*. 2005;14(10):999-1018. doi:10.1002/hec.1051
3. Bélanger A, Carrière Y, Sabourin P.
Understanding Employment Participation of Older Workers: The Canadian Perspective. *Canadian Public Policy*. 2016;41(1):94-109. doi:10.3138/cpp.2015-042
4. Milligan K, Schirle T.
Health Capacity to work at Older Ages: Evidence from Canada. In: *David A. Wise (Ed.) Social Security Programs Around the World: The Capacity to Work at Older Ages*. University of Chicago Press; 2017. <http://www.press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/S/bo20250257.html>. Accessed April 3, 2018.
5. Hicks P.
The Surprisingly Large Policy Implications of Changing Retirement Durations. McMaster University; 2011. <https://ideas.repec.org/p/mcm/sedapp/284.html>. Accessed April 3, 2018.
6. Denton FT, Spencer BG.
What is retirement? A review and assessment of alternative concepts and measures. *Can J Aging*. 2009;28(1):63-76. doi:10.1017/S0714980809090047
7. Gomez R, Gunderson M.
For Whom the Retirement Bell Tolls: Accounting for Changes in the Expected Age of Retirement and the Incidence of Mandatory Retirement in Canada. *Canadian Public Policy / Analyse de Politiques*. 2011;37(4):513-539. <http://www.jstor.org/stable/23074919>. Accessed April 3, 2018.
8. Latif E.
The Impact of Retirement on Health in Canada. *Canadian Public Policy / Analyse de Politiques*. 2012;38(1):15-29. <http://www.jstor.org/stable/41445227>. Accessed April 3, 2018.
9. Baker M.
The Retirement Behavior of Married Couples: Evidence from the Spouse's Allowance. *The Journal of Human Resources*. 2002;37(1):1-34. doi:10.2307/3069602
10. Baker Michael, Gruber Jonathan, Milligan Kevin.
The retirement incentive effects of Canada's Income Security programs. *Canadian Journal of Economics/Revue canadienne d'économique*. 2004;36(2):261-290. doi:10.1111/1540-5982.t01-1-00001

11. Baker M, Benjamin D.
Early Retirement Provisions and the Labor Force Behavior of Older Men: Evidence from Canada. *Journal of Labor Economics.* 1999;17(4):724-756. doi:10.1086/209937
12. Milligan K, Schirle T.
Option value of disability insurance in Canada. In: *David A. Wise (Ed.) Social Security Programs and Retirement around the World.* University of Chicago Press; 2016:137-178. <http://www.press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/S/bo20250257.html>. Accessed April 3, 2018.
13. Veall M.
The Distribution of Seniors' Income in Canada, 1992-2005. In: *M. Abbott, C. Beach, R. Boadway and J. MacKinnon (Eds.), Retirement Policy Issues in Canada.* McGill-Queen's University Press; 2009.
14. Schirle T.
Senior Poverty in Canada: A Decomposition Analysis. *Canadian Public Policy / Analyse de Politiques.* 2013;39(4):517-540. <http://www.jstor.org/stable/23594730>. Accessed April 3, 2018.



5

Solitude, isolement social et engagement social

Andrew Wister *Université Simon-Fraser*

Verena Menec *Université du Manitoba*

Gerald Mugford *Université Memorial de Terre-Neuve*



Solitude, isolement social et engagement social

Principaux points saillants

Le présent chapitre a pour objet d'examiner les tendances en matière de solitude, d'isolement social et d'engagement social dans l'ÉLCV et la façon dont ils sont liés aux facteurs sociodémographiques, notamment le groupe d'âge, le sexe, l'état matrimonial et la situation dans le ménage. On y aborde également les associations par rapport au bonheur perçu, à la satisfaction à l'égard de la vie et à la dépression. Les résultats donnent un aperçu exploratoire de ce sujet important et peuvent être utilisés pour stimuler la recherche future dans ce domaine.

Les analyses présentées dans ce chapitre révèlent ce qui suit :

- L'isolement social est un concept multidimensionnel, comme l'indique la variation des associations dans les différentes mesures.
- Le pourcentage de personnes déclarant se sentir seules au moins une partie du temps est plus élevé chez les femmes de tous âges que chez les hommes, et ce pourcentage n'augmente avec l'âge que chez les femmes.
- La préférence pour un plus grand nombre d'activités est élevée dans l'ensemble, mais elle diminue dans tous les groupes d'âge.
- Le nombre moyen d'activités communautaires (fourchette = de 0 à 8 activités) tourne autour de 4 activités pour tous les groupes d'âge, soit le point médian de la fourchette, mais ce nombre est légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes.
- Les scores moyens au titre de l'échelle de soutien social de la Medical Outcome Study varient

entre 78,81 (femmes de 45 à 64 ans) et 82,78 (hommes de 65 à 74 ans), ce qui reflète des niveaux relativement élevés de soutien social pour tous les groupes d'âge et les sexes.

- Le pourcentage de personnes déclarant se sentir seules une partie ou la totalité du temps est plus élevé chez les personnes non mariées/qui n'ont pas de conjoint(e) (c.-à-d. les personnes veuves, divorcées/séparées et célibataires, dans cet ordre). De plus, la solitude est plus importante chez les femmes mariées que chez les hommes mariés, mais cette différence selon le sexe change pour tous les autres groupes de personnes qui n'ont pas de conjoint(e). Les taux de solitude déclarés diminuent dans les trois groupes d'âge, sauf chez les femmes mariées.
- Le désir d'une plus grande participation aux activités est plus élevé dans le groupe des personnes divorcées/séparées, et dégage une forte association inverse parmi les groupes d'âge.
- La solitude perçue est beaucoup plus répandue chez les personnes vivant seules que chez celles qui vivent avec quelqu'un. Cette tendance est plus prononcée chez les hommes, et elle peut être observée dans tous les groupes d'âge, à de légères variations près.
- La préférence pour la participation à un plus grand nombre d'activités est la plus élevée chez les personnes d'âge moyen (de 45 à 64 ans), comparativement aux groupes d'âge des 65 à 74 ans et des 75 ans et plus, et cette tendance est la même chez les personnes vivant seules ou non.
- Les personnes qui déclarent se sentir seules au moins une partie du temps sont beaucoup moins susceptibles de se déclarer heureuses, et cette tendance diminue avec l'âge. Les personnes qui déclarent rarement/ne jamais se sentir seules affichent des niveaux de bonheur plus élevés; cette constatation s'applique à tous les groupes d'âge, tant pour les femmes que les hommes.
- Les personnes qui expriment leur désir de participer à un plus grand nombre d'activités ont tendance à se déclarer moins heureuses que celles qui ne souhaitent pas faire plus d'activités, quel que soit leur âge ou leur sexe.
- Les personnes qui déclarent se sentir seules au moins une partie du temps affichent un niveau de satisfaction à l'égard de la vie moins élevé que celles qui disent rarement/ne jamais se sentir seules.
- Le désir de participer à un plus grand nombre d'activités est légèrement associé à un moindre niveau de satisfaction à l'égard de la vie.
- La solitude est fortement associée aux scores de dépistage de la dépression du CES-D.
- Le désir de participer à un plus grand nombre d'activités n'est que faiblement associé à la mesure de la dépression de du CES-D, mais fortement associé au schéma de dépistage de la dépression du CES-D.
- Les données de l'ÉLCV offrent des possibilités d'examiner et de comprendre davantage les causes complexes et les conséquences de la solitude, de l'isolement social, de l'engagement social et du vieillissement.

Introduction

L'engagement social est un aspect fondamental de la condition humaine. L'isolement social reflète l'absence d'engagement social et de liens sociaux au sein de la famille, des cercles d'amis et des réseaux sociaux communautaires. Il s'agit d'un concept multidimensionnel qui est souvent défini comme étant « le fait d'avoir peu de contacts et de piètre qualité avec autrui » et qui tient compte du nombre et des types de contacts sur les réseaux sociaux, du sentiment d'appartenance, du sentiment d'engagement envers autrui et des attributs connexes¹⁻⁵. Ces dimensions sociales ont retenu l'attention dans la littérature du domaine gériatologique, étant donné que les réseaux sociaux, qui comprennent la famille et les amis, ont tendance à rétrécir avec l'âge, que la résilience diminue et qu'il devient de plus en plus difficile de vivre de façon autonome au sein de la collectivité au fil de l'âge⁶⁻⁸. De plus, l'isolement social a été associé à un recours accru aux services de soins de santé et à une mauvaise santé chez les personnes d'âge plus avancé^{9,10}.

Alors que l'isolement social se rapporte habituellement aux contacts sociaux objectifs dans le réseau social d'une personne, la solitude est la perception subjective que les besoins intimes et sociaux ne sont pas satisfaits. Ainsi, l'isolement social et la solitude ont en commun des dimensions conceptuelles et empiriques, mais ils sont également uniques. Par exemple, une personne ayant des liens sociaux modérés peut se sentir seule et, à l'inverse, une personne isolée socialement peut ne pas se sentir seule parce qu'elle préfère cette situation. Les perceptions subjectives de la solitude et les évaluations objectives de l'isolement social tous deux des corrélats importants de la santé et du bien-être à un âge moyen et à un âge avancé, incluant la santé mentale, la fragilité, les maladies chroniques et la mortalité^{7,9,11}.

Dans des études antérieures, la prévalence de l'isolement social variait selon la population et le type d'enquête. Selon les estimations, environ 16 % des personnes âgées se sentaient isolées souvent ou à l'occasion, d'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes¹² de 2008-2009; et 22,7 % se sentaient seules, d'après les analyses de l'évaluation de surveillance des données de départ de l'ÉLCV 2010-2013 (21 241)¹³. Cependant, on estime que la prévalence des personnes qui sont isolées ou qui se sentent seules de façon chronique est considérablement inférieure; environ 10 % déclarent avoir été touchées par l'isolement social pendant de longues périodes^{3,14}.

Une autre façon d'examiner les liens sociaux consiste à se pencher sur l'engagement social, l'activité sociale ou le capital social, qui ont tous été jugés comme étant des facteurs importants pour la santé et le bien-être^{5,15,16}. Les liens sociaux peuvent prendre différentes formes en fonction de la quantité ou de la qualité des réseaux sociaux (famille ou cercle d'amis), des configurations différentes ou des types de groupes de réseaux⁶, ainsi que de la participation à des organismes communautaires (p. ex. bénévolat, loisirs ou activités religieuses), qui contribuent tous à l'isolement ou à l'engagement social tout au long de la vie¹⁷. Bien que la plupart des personnes d'âge moyen et des personnes plus âgées fassent partie d'un réseau de soutien social mutuel et qu'elles soient généralement engagées socialement, il existe un sous-ensemble de personnes qui doivent composer avec des niveaux d'isolement social et de solitude qui sont néfastes pour leur santé mentale et physique ainsi que pour leur bien-être.

Des lacunes sur le plan de la recherche persistent au chapitre de l'établissement des facteurs de risque et de protection associés à l'isolement social, à la solitude et à l'engagement social,

ainsi qu'à leurs effets sur la santé et le bien-être, surtout chez les groupes plus âgés vulnérables. Les groupes ciblés comprennent, sans toutefois s'y limiter : les personnes veuves, qui vivent dans la pauvreté, qui vivent seules et qui vivent dans des régions rurales ou éloignées; les aidants naturels; les membres de groupes marginalisés; et les personnes aux prises avec des problèmes épisodiques ou permanents de santé physique ou mentale^{2,3,7,11,13}.

L'échantillon de l'ÉLCV

Les données des évaluations globale et de surveillance combinées (versions 3.2 et 3.3, respectivement, de l'ÉLCV, n = 51 338) ont été utilisées aux fins de ces analyses (voir le chapitre 2 du présent rapport pour de plus amples détails). Les données ont été pondérées à l'aide des coefficients de pondération combinés simplifiés de l'ÉLCV pour les analyses descriptives. Nous avons utilisé l'échantillon complet des personnes de 45 à 85 ans. Il n'y avait que de faibles pourcentages de données manquantes, mais ces données ont été supprimées de toutes les figures et de tous les graphiques.

Même s'il existe de nombreuses mesures possibles de la solitude, de l'isolement social et de l'engagement social, ainsi que divers corrélats et résultats découlant de ces mesures, le présent rapport porte uniquement sur quelques facteurs clés. Ce chapitre présente une description des tendances liées aux associations, mais ne comprend pas de tests statistiquement significatifs.

Mesures

VENTILATION SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Les taux de prévalence (y compris les intervalles de confiance) des indicateurs de solitude, d'isolement social et d'engagement social sélectionnés

ont été ventilés selon le groupe d'âge (de 45 à 64 ans, de 65 à 74 ans et 75 ans et plus), ainsi que selon le sexe. Il convient de préciser que l'ÉLCV n'englobait que des participants âgés de 85 ans et moins.

SOLITUDE, ISOLEMENT SOCIAL ET ENGAGEMENT SOCIAL

Le présent rapport présente les tendances qui se dégagent en matière d'isolement social (y compris la solitude) et d'engagement social fondés sur les données de départ de l'ÉLCV. Quatre mesures ont été utilisées dans les analyses subséquentes.

1) La *solitude* se fonde sur un seul élément de l'échelle d'évaluation de l'état dépressif du Centre for Epidemiological Studies Depression (CES-D)¹⁸, qui vise à évaluer la fréquence à laquelle les participants s'étaient sentis seuls au cours de la dernière semaine. Cette mesure allait de « tout le temps, de 5 à 7 jours », « occasionnellement, de 3 à 4 jours », « parfois, de 1 à 2 jours » à « rarement ou jamais, moins de 1 jour ». Cette échelle de Likert a été recodée en dichotomie (« au moins une partie du temps » et « rarement ou jamais »). Les analyses impliquant des associations entre l'échelle de solitude à un seul élément n'ont pas été menées à l'aide des scores du CES-D en raison d'un biais possible; toutefois, elles ont été réalisées pour le dépistage de la dépression, étant donné l'effet moindre que cela aurait sur l'atteinte du seuil d'inclusion du CES-D. 2) Le *désir de participer à un plus grand nombre d'activités sociales* était évalué au moyen d'une série de questions à réponse « oui ou non ». 3) La *fréquence de la participation à la vie communautaire/sociale* a été calculée selon le nombre d'activités auxquelles les participants avaient participé plus d'une fois par mois au cours des douze derniers mois. Nous avons utilisé les huit activités citées dans l'ensemble de données de l'ÉLCV : sport, religion, bénévolat, activités éducatives ou

culturelles, clubs ou fraternités, associations de quartier, autres loisirs, et famille/amis à l'extérieur de la maison. La participation sociale était une mesure catégorique élaborée par les chercheurs de l'ÉLCV. Cette variable permettait de connaître la fréquence de participation aux activités avec la famille ou les amis au cours des douze derniers mois. Les choix de réponse étaient « une fois par jour », « au moins une fois par semaine », « au moins une fois par mois », « au moins une fois par année » et « jamais ». Cette question a été recodée à « au moins une fois par semaine ou plus » et à « au moins une fois par mois ou moins ». 4) Le *soutien social* a été mesuré au moyen de l'échelle de soutien social de l'Étude des issues médicales¹⁹. Cette étude comprend 19 éléments qui permettent de mesurer les éléments du soutien émotionnel/informationnel, le soutien affectif, le soutien tangible et les interactions sociales positives. Chaque question varie de 1 (jamais) à 5 (tout le temps). Les scores de l'échelle varient de 19 à 95, et un score plus élevé dénote un meilleur soutien social.

Corrélat et mesures des résultats

Par ordre de présentation dans les tableaux, les mesures suivantes ont été utilisées : 1) L'état matrimonial a été codé de la manière suivante : « marié/vivant avec un(e) conjoint(e) de fait », « jamais marié ou n'ayant jamais vécu avec un(e) conjoint(e) de fait », « divorcé(e)/séparé(e) » et « veuf(veuve) ». 2) *Vivant seul(e)* a été codé comme une question à réponse « oui ou non », selon une caractéristique de la situation dans le ménage. 3) Le *bonheur* a été déterminé au moyen d'un seul élément ordinal, dichotomisé comme suit : « rarement ou jamais », « tout le temps/parfois/à l'occasion » et « tout le temps » (compte tenu de l'asymétrie négative de la distribution pour

cette variable). 4) L'Échelle de satisfaction de vie de Diener à cinq énoncés²⁰ va de 5 à 35, les scores les plus élevés indiquant une plus grande satisfaction à l'égard de la vie. On répondait aux questions individuelles sur une échelle allant de 1 (« tout à fait en désaccord ») à 7 (« tout à fait d'accord »). 5) L'échelle de dépression du CES-D-10¹⁸ comporte dix questions sur des symptômes précis de la dépression comme l'espoir, l'appétit et la concentration. Chaque question comporte des choix de réponse pouvant aller de 0 (« rarement ou jamais, moins de 1 jour ») à 3 (« la plupart du temps ou tout le temps, 5 à 7 jours »), et le score total peut varier de 0 à 30. 6) Le *dépistage de la dépression du CES-D-10* est une classification dichotomique de la dépression fondée sur les scores du CES-D-10.

Tendances en matière de solitude, d'isolement social et d'engagement social selon l'âge et le sexe

LA SOLITUDE TOUCHE DAVANTAGE LES FEMMES PLUS ÂGÉES

Le tableau 1 présente les tendances de nos quatre mesures : la solitude, le désir de participer à un plus grand nombre d'activités sociales, la participation communautaire et l'échelle de soutien social de la Medical Outcome Study par groupe d'âge (de 45 à 64 ans, de 65 à 74 ans et 75 ans et plus) et selon le sexe. Deux tendances clés peuvent être observées dans ces données. Le pourcentage de personnes déclarant se sentir seules au moins une partie du temps est plus élevé chez les femmes de tous âges que chez les hommes, et ce pourcentage n'augmente avec l'âge que chez les femmes. Par exemple, 23,10 % des femmes âgées de 45 à 64 ans, 24,71 % des femmes âgées de 65 à 74 ans et un taux élevé

de 30,83 % des femmes âgées de 75 ans et plus déclarent se sentir seules au moins une partie du temps. Chez les hommes, ces pourcentages sont de 20,44 %, de 17,91 % et de 19,41 % respectivement, par groupe d'âge. En effet, il semble que la solitude soit relativement stable, avec un profil légèrement curviligne pour les hommes de ces groupes d'âge.

LE DÉSIR D'UN PLUS GRAND NOMBRE D'ACTIVITÉS SOCIALES EST ÉLEVÉ ET DIMINUE AVEC L'ÂGE

Le tableau 1 indique également le pourcentage de personnes déclarant vouloir participer à un plus grand nombre d'activités selon le groupe d'âge et le sexe. La préférence pour un plus grand nombre d'activités est élevée dans l'ensemble, mais elle diminue dans tous les groupes d'âge.

Elle est également légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Le nombre de femmes manifestant le désir de faire plus d'activités diminue avec l'âge, passant de 48,86 % chez les 45 à 64 ans, à 35,42 % chez les 65 à 74 ans, et à 32,75 % chez les plus de 75 ans. Chez les hommes, ces pourcentages sont de 46,90 %, de 31,15 % et de 30,51 %, respectivement.

LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE/ SOCIALE DEMEURE STABLE DANS TOUS LES GROUPES D'ÂGE ET EST UN PEU PLUS ÉLEVÉE CHEZ LES FEMMES

Le tableau 1 présente également le niveau moyen des huit mesures de participation communautaire selon le groupe d'âge et le sexe. La fréquence moyenne (fourchette = de 0 à 8) de la participation tourne autour de 4 dans tous les groupes d'âge,

TABLEAU 1 SOLITUDE, DÉSIR DE PARTICIPER À UN PLUS GRAND NOMBRE D'ACTIVITÉS SOCIALES, PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE ET ÉCHELLE DE SOUTIEN SOCIAL DE L'ÉTUDE DES ISSUES MÉDICALES PAR GROUPE D'ÂGE ET SELON LE SEXE

Mesure de l'isolement social	Groupe d'âge et le sexe					
	45 à 64 ans		65 à 74 ans		75 ans et plus	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Solitude au moins une partie du temps (%)	23,10%	20,44%	24,71%	17,91%	30,83%	19,41%
Désirent participer à un plus grand nombre d'activités sociales (%)	48,86%	46,90%	35,42%	31,15%	32,75%	30,51%
Participation aux activités communautaires Moyenne (Écart-type)	3,75 (1,77)	3,59 (1,76)	4,05 (1,85)	3,83 (1,90)	3,94 (1,92)	3,77 (1,98)
Échelle de soutien social de la Medical Outcome Study Moyenne (Écart-type)	83,87 (16,00)	83,20 (17,58)	82,93 (16,66)	83,75 (17,71)	79,99 (17,54)	81,75 (18,70)

mais elle est légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Chez les femmes, elle varie de 3,75 % (de 45 à 64 ans) à 4,05 % (de 65 à 74 ans), alors que chez les hommes, elle varie de 3,59 % (de 65 à 74 ans) à 3,83 % (75 ans et plus).

LE SOUTIEN SOCIAL EST ÉLEVÉ ET DEMEURE STABLE DANS TOUS LES GROUPES D'ÂGE

Le tableau 1 indique également le niveau moyen (fourchette = de 0 à 100) de l'échelle de soutien social de la Medical Outcome Study selon le groupe d'âge et le sexe. Il convient de souligner qu'il s'agit d'une échelle composite permettant de mesurer les critères du soutien émotionnel/informationnel, du soutien affectif, du soutien tangible et de l'interaction sociale positive. Les scores moyens de la Medical Outcome Study se situent entre 83,87 (femmes de 45 à 64 ans) et 83,75 (hommes de 65 à 74 ans), ce qui reflète des niveaux relativement élevés de soutien social stable pour tous les groupes d'âge et tous les sexes.

En résumé, la solitude touche davantage les femmes plus âgées que les hommes, et le désir de participer à un plus grand nombre d'activités sociales s'atténue avec l'âge. Le nombre moyen d'activités communautaires et sociales et l'échelle de soutien social de l'Étude des issues médicales sont relativement stables dans tous les groupes d'âge, et seul le premier présente un nombre moyen d'activités communautaires/sociales plus élevé pour les femmes que pour les hommes.

Tendances en matière de solitude, d'isolement social et d'engagement social selon l'état matrimonial, l'âge et le sexe

INTERACTIONS ENTRE L'ÉTAT MATRIMONIAL, L'ÂGE ET LE SEXE EN CE QUI A TRAIT À LA SOLITUDE

Comme le montre la figure 1a (voir les tableaux complets à l'annexe), il y a trois principales tendances : a) la solitude perçue est nettement plus élevée chez les personnes veuves, divorcées/séparées et célibataires, et chez les personnes mariées/vivant avec un(e) conjoint(e) de fait, dans cet ordre (comparer les colonnes groupées selon l'état matrimonial); b) la solitude est plus importante chez les femmes mariées que chez les hommes mariés, mais cette tendance se renverse pour tous les autres états matrimoniaux non groupés; et c) la solitude est moins marquée dans les trois groupes d'âge, sauf pour les femmes mariées. Chez les femmes mariées, le pourcentage de personnes déclarant se sentir seules au moins une partie du temps s'élève à 18,71% chez les 45 à 64 ans, à 17,52 % chez les 65 à 74 ans et à 20,40 % chez les 75 ans et plus. Chez les hommes mariés, ces taux s'élèvent à 14,83 %, à 12,66 % et à 12,89 % respectivement. En revanche, les taux de personnes affirmant se sentir seules sont beaucoup plus élevés chez les personnes veuves. Chez les femmes veuves, le pourcentage de personnes déclarant se sentir seules au moins une partie du temps s'élève à 39,63 % chez les 45 à 64 ans, à 42,20 % chez les 65 à 74 ans et à 41,21 % chez les 75 ans et plus. Chez les hommes veufs, ces taux s'élèvent à 56,34 %, à 59,23 % et à 50,16 % respectivement.

Comme nous pouvons le voir à la figure 1a, les tendances au chapitre de la solitude chez les personnes seules et divorcées/séparées se situent entre ces extrêmes et sont relativement semblables à quelques nuances près, par exemple chez les femmes célibataires de 75 ans et plus qui affichent le plus faible taux de solitude (27,63 %).

En résumé, dans l'ensemble, la tendance au chapitre du sentiment de solitude est plus prononcée chez les personnes veuves, en particulier chez les hommes veufs âgés de 45 à 64 ans, quoique les autres groupes d'âge affichent eux aussi des taux élevés de solitude. Par conséquent, l'état matrimonial a une incidence plus marquée sur la solitude, suivi de l'âge et du sexe, mais la combinaison de ces variables se traduit par des interactions intéressantes. Par exemple, les hommes veufs âgés de 45 à 64 ans affichent le plus haut taux de solitude déclarée, alors que les hommes mariés âgés de 75 ans et plus affichent le taux le plus faible. De même, les taux de solitude les plus élevés chez les personnes mariées sont signalés chez les femmes plus âgées (75 ans et plus), comparativement aux autres catégories d'âge et de sexe (voir la figure 1a). Ces résultats cadrent avec ce que l'on trouve dans la documentation montrant que le mariage a un effet protecteur plus prononcé pour les hommes, et que l'expérience du veuvage plus tôt dans la vie est plus difficile qu'à un stade plus avancé de la vie²¹.

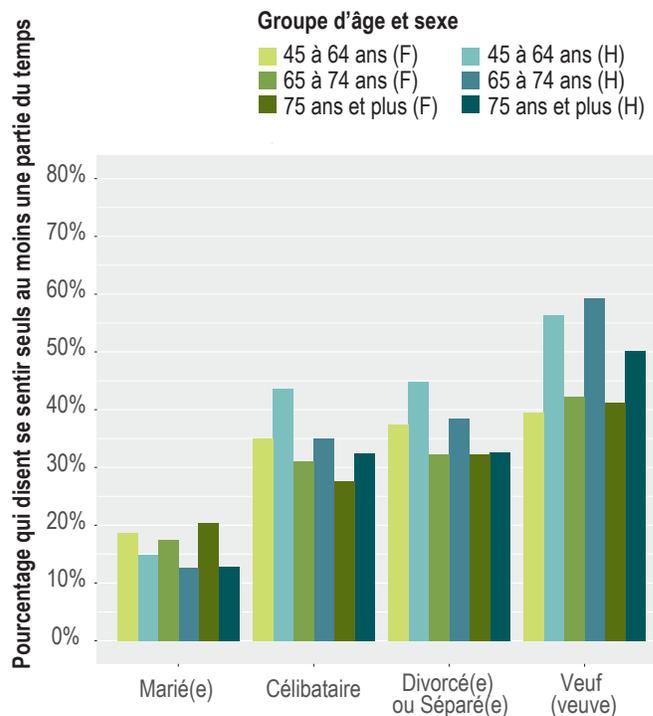


Figure 1a – Pourcentage des Canadiens qui disent se sentir seuls au moins une partie du temps, stratifié par état matrimonial, par âge et par sexe

Comme le montre la figure 1b, on observe clairement une tendance inversée des âges sur le plan du désir de participer à un plus grand nombre d'activités, en particulier chez les 45 à 64 ans et dans les deux groupes plus âgés, parmi tous les groupes d'état matrimonial. Bien que la tendance la plus marquée soit la diminution avec l'âge, la préférence la plus marquée pour une participation accrue peut être observée chez les personnes divorcées/séparées de tous les groupes d'âge et de tous les sexes. Par exemple, chez les femmes divorcées/séparées, le désir de participer à un plus grand nombre d'activités se chiffre à 50,90 % chez les 45 à 64 ans et chute à 36,16 % et à 37,63 % chez les 65 à 74 ans et les 75 ans et plus, respectivement. Chez les femmes mariées, il est de 43,98 % et chute à 36,93 % et à 28,57 %

chez les 65 à 74 ans et les 75 ans et plus, respectivement. La question de savoir si cela témoigne d'un déclin avec l'âge du besoin de prendre part à des activités ou des processus adaptatifs (p. ex. l'acceptation d'un niveau d'activité inférieur avec l'âge) devra être abordée dans une autre étude.

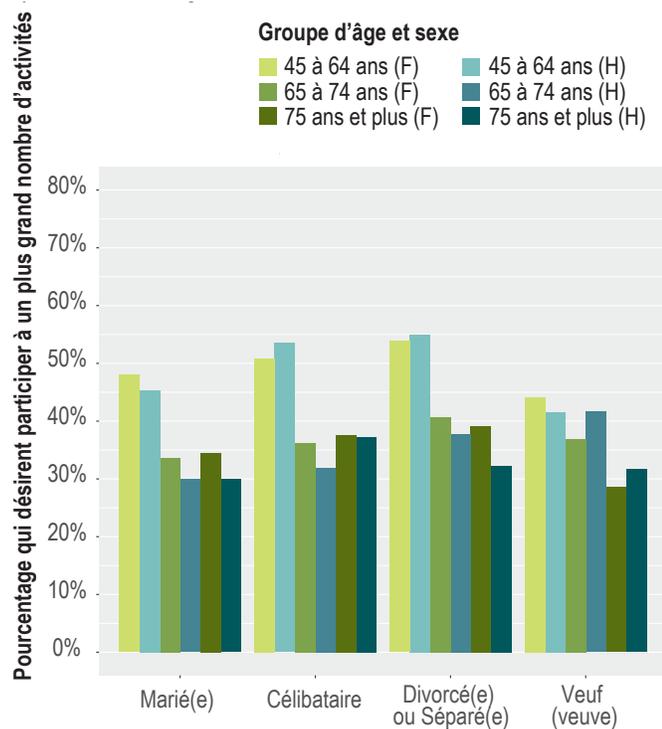


Figure 1b – Pourcentage des Canadiens qui désirent participer à un plus grand nombre d'activités, stratifié par état matrimonial, par âge et par sexe

Tendances au chapitre de la solitude et de l'isolement social, selon la situation dans le ménage, l'âge et le sexe

LA SOLITUDE EST PLUS PRÉSENTE CHEZ LES PERSONNES VIVANT SEULES, EN PARTICULIER LES HOMMES

Trois observations importantes peuvent se dégager de la figure 1c : a) la solitude perçue est beaucoup plus répandue chez les personnes vivant seules que chez celles qui ne vivent pas seules; b) cette tendance est plus prononcée chez les hommes; et c) les tendances ci-dessus sont observées dans tous les groupes d'âge, sous réserve de variations modestes. Le pourcentage de personnes déclarant se sentir seules au moins une partie du temps varie d'environ 40 % à 50 % chez les personnes vivant seules pour tous les groupes d'âge et quel que soit le sexe, alors que ce pourcentage n'est que de 13 % et 21 % respectivement pour les personnes qui ne vivent pas seules. En comparant les niveaux de solitude perçue chez les hommes vivant seuls, on constate que 50,98 % des 45 à 64 ans, 47,95 % des 65 à 74 ans et 44,90 % des 75 ans et plus affirment se sentir seuls, comparativement à 40,71 %, à 39,14 % et à 40,82 % (respectivement) chez les femmes vivant seules et faisant partie des mêmes groupes d'âge (voir la figure 1c, tableau 1c). Bien que les personnes vivant seules ne soient pas forcément isolées socialement, la situation dans le ménage est un corrélat important de cette condition, quels que soient les autres facteurs démographiques.

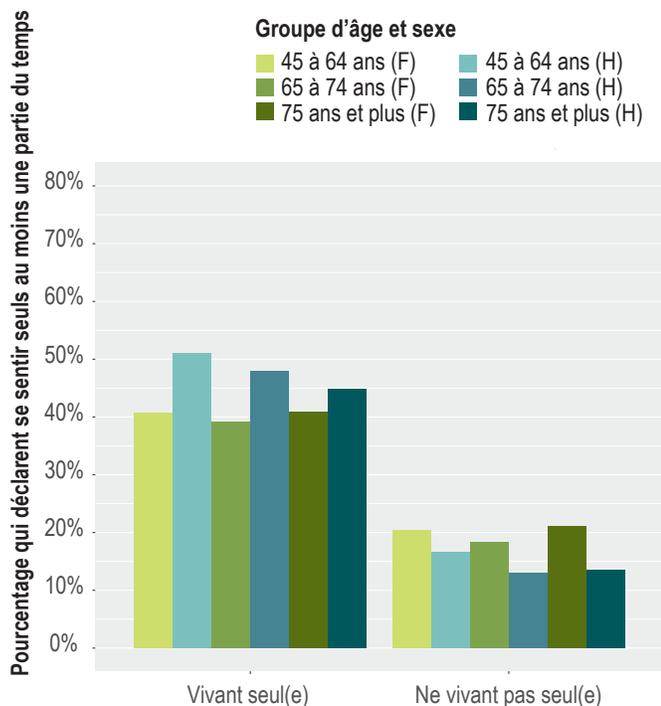


Figure 1c – Pourcentage qui déclarent se sentir seuls au moins une partie du temps, stratifié par situation dans le ménage, par âge et par sexe

LE DÉSIR D'UN PLUS GRAND NOMBRE D'ACTIVITÉS DIMINUE AVEC L'ÂGE, GRANDEMENT D'UNE SITUATION DANS LE MÉNAGE À L'AUTRE

La figure 1d présente les pourcentages de personnes ayant manifesté le désir de participer à un plus grand nombre d'activités selon la situation dans le ménage, l'âge et le sexe. La tendance la plus forte est que cette préférence est la plus élevée chez les personnes d'âge moyen dans l'échantillon. Même si certaines petites différences peuvent être observées chez les personnes vivant seules ou non (taux un peu plus élevés chez les personnes vivant seules) selon l'âge et le sexe, le désir de participer à un plus grand nombre d'activités est invariablement élevé. Par exemple, chez les femmes vivant seules, le pourcentage de personnes désirant participer à un plus grand nombre

d'activités est de 49,70 % chez les 45 à 54 ans, puis passe à 38,78 % chez les 65 à 74 ans et à 31,78 % chez les 75 ans et plus. Des taux semblables peuvent être observés chez les hommes vivant seuls (voir la figure 1d, tableau 1d). Il semblerait que les changements liés au vieillissement ou à l'âge aient une plus grande influence que la situation dans le ménage sur le désir de participer à un plus grand nombre d'activités.

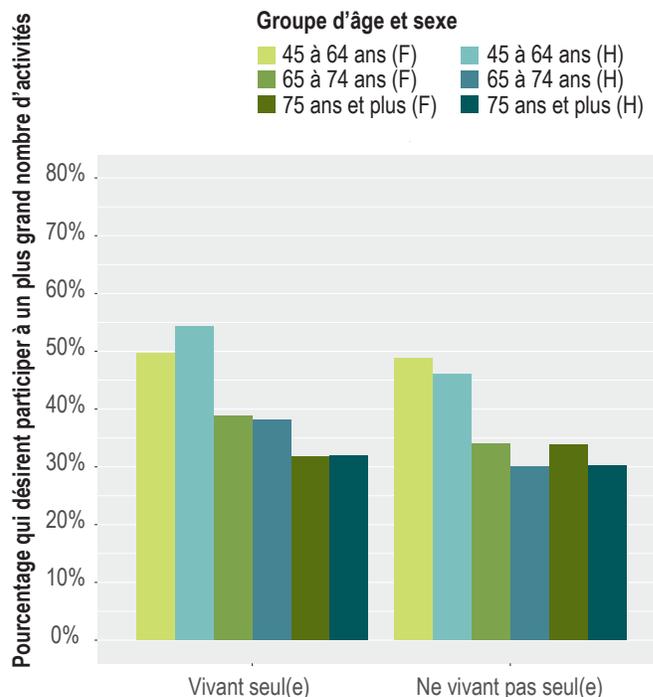


Figure 1d – Pourcentage qui désirent participer à un plus grand nombre d'activités, stratifié par situation dans le ménage, par âge et par sexe

Tendances au chapitre de la solitude et de l'isolement social en fonction du bonheur, de la satisfaction à l'égard de la vie et de la dépression

LA SOLITUDE EST ASSOCIÉE À UN NIVEAU DE BONHEUR MOINDRE ET AUGMENTE AVEC L'ÂGE

La figure 2a montre la répartition des personnes qui ont déclaré être heureuses en tout temps, selon qu'elles aient affirmé se sentir seules. Deux tendances se dégagent : a) les personnes qui ont déclaré se sentir seules au moins une partie du temps sont considérablement moins susceptibles de se déclarer heureuses (en tout temps); et b) cette tendance diminue avec l'âge. Chez les femmes qui se sentent seules, le pourcentage de personnes qui se disent être heureuses est de 40,11 % chez les 45 à 54 ans, de 48,38 % chez les 65 à 74 ans et de 51,04 % chez les 75 ans et plus. De même, pour les hommes déclarant se sentir seuls, les pourcentages sont respectivement de 37,38 %, de 45,49 % et de 54,88 % pour les mêmes groupes d'âge. Chez les personnes qui se sentent rarement seules ou qui ne se sentent jamais seules, les pourcentages pour ce qui est du bonheur sont très élevés et relativement stables dans tous les groupes d'âge et pour les deux sexes, variant entre 67,98 % (hommes de 45 à 64 ans) et 76,53 % (femmes de 75 ans et plus). Comme prévu, la solitude est associée à d'autres états subjectifs, comme le bonheur, mais cette association semble diminuer quelque peu chez les personnes plus âgées.

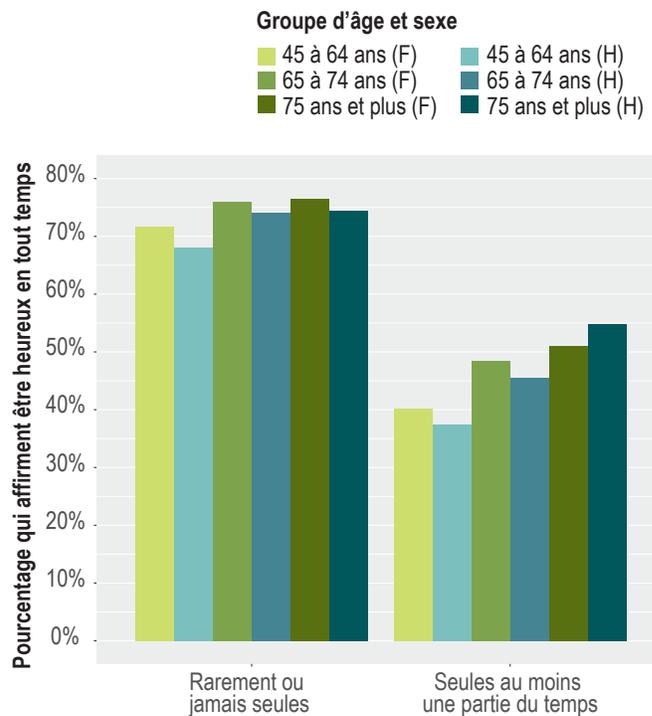


Figure 2a – Pourcentage qui affirment être heureux en tout temps, stratifié en fonction du niveau de solitude déclaré, de l'âge et du sexe

LE DÉSIR D'UN PLUS GRAND NOMBRE D'ACTIVITÉS EST SYSTÉMATIQUEMENT ASSOCIÉ À UN NIVEAU DE BONHEUR MOINDRE

Comme le montre la figure 2b, les personnes qui désirent participer à un plus grand nombre d'activités ont tendance à déclarer des niveaux de bonheur plus faibles (en tout temps) que celles qui n'éprouvent pas le désir de participer à un plus grand nombre d'activités, quel que soit leur âge ou leur sexe. Toutefois, ces différences sont moins importantes que celles observées au niveau de la solitude perçue. Parmi les personnes qui désirent participer à un plus grand nombre d'activités, le pourcentage de personnes qui se disent heureuses varie entre 55,20 % (hommes de 45 à 64 ans) et 65,61 % (hommes de 75 ans et plus); chez les personnes ne manifestant pas ce désir,

la propension au bonheur varie entre 67,48 % (hommes de 45 à 64 ans) et 72,86 % (femmes de 65 à 74 ans). Les taux pour les femmes sont très semblables à ceux des hommes pour tous les groupes d'âge. Ces tendances soulignent l'incidence de l'isolement social sur les indicateurs du bien-être subjectif.

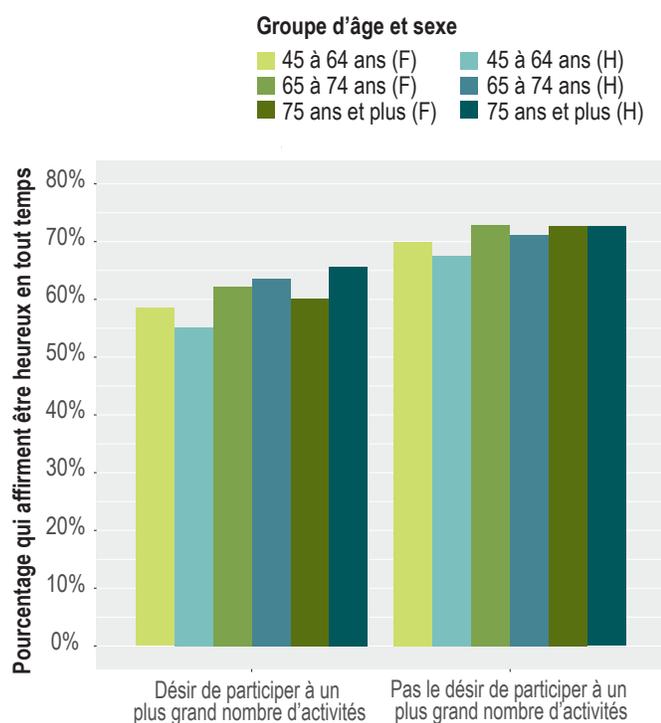


Figure 2b – Pourcentage qui affirment être heureux en tout temps, stratifié en fonction du desir de participer à un plus grand nombre d'activités, de l'âge et du sexe

LA SOLITUDE EST LIÉE À DES NIVEAUX PLUS FAIBLES DE SATISFACTION À L'ÉGARD DE LA VIE

Comme on pouvait s'y attendre, les personnes qui déclarent se sentir seules au moins une partie du temps affichent des niveaux moyens inférieurs sur l'échelle d'évaluation de la satisfaction à l'égard de la vie que celles qui affirment se sentir seules rarement ou jamais (voir le tableau 2c). Par exemple, les scores moyens sur l'échelle d'évaluation de satisfaction à l'égard de la vie chez les personnes qui ont déclaré se sentir seules

varient entre 23,40 (femmes de 45 à 64 ans) et 26,70 (hommes de 75 ans et plus). En revanche, il n'y a que peu de variation dans l'ensemble des groupes d'âge chez les personnes qui ont déclaré ne jamais ou rarement se sentir seules, lesquelles affichent des scores moyens entre 29,01 (hommes de 45 à 64 ans) et 29,99 (hommes de 65 à 74 ans). Le fait que la variation entre les groupes d'âge soit plus grande pour les personnes disant se sentir seules reflète les constatations sur le bonheur pour tous les groupes d'âge (les personnes plus âgées sont plus heureuses, même si elles se sentent seules), et laisse entrevoir la possibilité que des processus de résilience et d'adaptation soient en cause.

LE DÉSIR D'UN PLUS GRAND NOMBRE D'ACTIVITÉS N'EST QUE MODÉRÉMENT ASSOCIÉ À DES NIVEAUX INFÉRIEURS DE SATISFACTION À L'ÉGARD DE LA VIE

Le tableau 2d présente les différences modestes qui peuvent être observées au chapitre des scores de satisfaction à l'égard de la vie (SV) parmi les catégories désirant participer à un plus grand nombre d'activités, ainsi qu'une variation minime au niveau de l'âge et du sexe. Les personnes qui désirent participer à un plus grand nombre d'activités ont des scores de SV variant entre 26,29 (femmes de 65 à 74 ans) et 27,65 (hommes de 75 ans et plus), alors que chez les personnes qui n'éprouvent pas le desir de participer à un plus grand nombre d'activités, la fourchette demeure étroite, à savoir entre 29,08 (hommes de 45 à 64 ans) et 30,00 (hommes de 65 à 74 ans). Comme dans les associations susmentionnées, ces tendances pourraient être attribuables aux niveaux élevés de satisfaction à l'égard de la vie (asymétrie) et à la variabilité réduite de cette mesure.

LA SOLITUDE EST FORTEMENT ASSOCIÉE AU DÉPISTAGE ET À LA PRÉSENCE DE DÉPRESSION

La probabilité de satisfaire aux critères de dépistage de la dépression du CES-D était plus élevée chez les personnes disant se sentir seules (tableau 2e). Par exemple, chez les personnes qui se sentaient seules, la prévalence la plus élevée du dépistage positif des cas de dépression était de 50,46 % (femmes de 45 à 64 ans), comparativement à seulement 9,42 % chez les femmes âgées de 45 à 64 ans qui ont affirmé ne jamais ou rarement se sentir seules. Même si ces constatations indiquent que la solitude est associée à la dépression, il pourrait y avoir une certaine bidirectionnalité dans cette association. En d'autres termes, la solitude peut entraîner la dépression et, inversement, les personnes déprimées peuvent couper leurs liens sociaux.

LE DÉSIR D'UN PLUS GRAND NOMBRE D'ACTIVITÉS EST ASSOCIÉ À LA DÉPRESSION

Comme le montre le tableau 2f, les scores de dépression sont légèrement plus élevés chez les personnes qui désirent participer à un plus grand nombre d'activités que chez celles qui n'ont pas ce désir. Ces associations sont beaucoup plus prononcées lorsque nous examinons les résultats à l'aide du dépistage positif de la présence de dépression. Par exemple, le pourcentage le plus élevé de personnes visées par un dépistage de la dépression (30,77 %) a pu être observé chez les femmes de 75 ans et plus qui désirent participer à un plus grand nombre d'activités, comparativement à seulement 16,60 % chez les femmes de 75 ans et plus qui ne désirent pas participer à un plus grand nombre d'activités. On observe aussi des différences marquées entre les femmes et les hommes, en vertu desquelles les femmes ayant

fait l'objet d'un dépistage de dépression sont beaucoup plus susceptibles de manifester un désir de participer à un plus grand nombre d'activités (voir le tableau 2f). Par exemple, chez les personnes désirent participer à un plus grand nombre d'activités, seulement 18,87 % des hommes de 75 ans et plus ont fait l'objet d'un dépistage de dépression, comparativement à 30,77 % des femmes du même groupe d'âge. Ces constatations mettent en évidence l'importance que joue l'isolement social à l'égard de la santé mentale chez les adultes d'âge moyen et les personnes âgées.

LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE/ SOCIALE EST ASSOCIÉE AU DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION

Dans l'ensemble, le nombre moyen de types de participations varie légèrement selon l'âge et le sexe, mais il est légèrement plus élevé chez les personnes qui n'ont pas atteint le seuil d'inclusion pour le dépistage de la dépression comparativement à celles qui l'ont atteint (voir le tableau 2g). Par exemple, parmi les personnes souffrant de dépression d'après l'instrument de dépistage, le nombre moyen de participations à des activités communautaires/sociales varie entre 2,93 pour les hommes de 45 à 64 ans et 3,60 pour les femmes de 65 à 74 ans. Parmi les personnes qui n'ont pas fait l'objet d'un dépistage de la dépression, le nombre moyen de participations à des activités communautaires/sociales est légèrement plus élevé, variant entre 3,70 pour les hommes de 45 à 64 ans et 4,15 pour les femmes de 65 à 74 ans. Ces différences subtiles pourraient témoigner de l'absence de variabilité sur le plan de la participation communautaire/sociale dans l'ÉLCV.

Discussion

L'isolement social retient de plus en plus l'attention dans la documentation gérontologique didactique, gouvernementale et générale^{1,4,6,7}. Ce chapitre vise à faire l'examen initial des composantes subjectives et objectives de l'isolement social en se fondant sur les données de départ récemment publiées de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement et des évaluations de surveillance et globale combinées. Ces analyses ont pour but de mettre en évidence le potentiel des données de l'ÉLCV pour ce qui est du traitement des questions importantes en matière de recherche et de politiques.

Même si l'isolement social peut être défini de différentes façons et que les mesures couvrent un large spectre, nous avons décidé d'inclure la solitude, le désir de participer à un plus grand nombre d'activités, les niveaux de participation communautaire et l'échelle de soutien social de l'Étude des issues médicales. Ces indicateurs de l'isolement social font l'objet d'une enquête visant trois groupes d'âge (de 45 à 64 ans, de 65 à 74 ans et 75 ans et plus), ainsi que les femmes et les hommes. Un certain nombre de tendances se dégagent selon la mesure de l'isolement social utilisée. Nous présentons également ces données pour les personnes vivant seules ou non et pour différents états matrimoniaux, compte tenu de l'importance de ces facteurs sociodémographiques dans la détermination des tendances au chapitre de l'isolement social. De solides associations sont ressorties entre les mesures de l'isolement social et l'état matrimonial, ainsi qu'avec le mode de vie (personnes vivant seules ou non). Enfin, on examine les associations entre les mesures sélec-

tionnées de l'isolement social et quatre corrélats potentiels : le bonheur, la satisfaction à l'égard de la vie, le score de dépression et le dépistage clinique de la dépression. De solides associations sont ressorties entre les variables de l'isolement social sélectionnées et ces quatre résultats. Dans l'ensemble, ces analyses exploratoires révèlent un certain nombre de tendances et d'associations importantes dans les mesures de l'isolement social, mais méritent d'être approfondies.

L'analyse de tous ces liens et domaines dépasse la portée du présent chapitre, mais ceux-ci témoignent néanmoins de l'importance de s'attaquer à la solitude, à l'isolement social et à l'engagement social, qui sont des enjeux sociaux de plus en plus présents auxquels doit faire face la population vieillissante du Canada. L'ÉLCV nous offre l'occasion d'approfondir nos connaissances dans ces domaines de recherche importants.

Les recherches futures dans ce domaine devront permettre d'approfondir les éléments de causalité fondamentaux entourant l'isolement social, ainsi que l'éventail complet des résultats potentiels à court et à long terme des niveaux épisodiques, modérés et chroniques de l'isolement social. Tout d'abord, il faudra recueillir des données longitudinales pour déterminer la complexité de ces processus et de ces liens, par exemple en élaborant des processus de modération, de médiation et d'interaction ainsi que des associations bidirectionnelles. Ensuite, il faudra examiner les changements dus au vieillissement au fil du temps, afin d'établir une distinction entre les effets de l'âge, de la période et de la cohorte, dans la mesure du possible. Troisièmement, des lacunes persistent dans l'étude d'un plus vaste éventail de mesures potentielles de l'isolement social et des concepts connexes dans l'ÉLCV. Cela comprend l'élaboration d'indices et d'échelles composites pouvant tenir compte du caractère multidimensionnel de

l'isolement social, exprimée dans des études conceptuelles, théoriques et empiriques. Quatrièmement, il nous faut des recherches qui mettent l'accent sur l'isolement social chez les groupes d'adultes âgés vulnérables, à savoir : les personnes ayant subi des pertes au niveau cognitif, sensoriel ou physique; les immigrants plus âgés ou les personnes plus âgées d'une autre origine ethnique; les aînés autochtones; les aînés qui sont des lesbiennes, des gais, des bisexuels ou des transsexuels; les aidants naturels accablés d'un lourd fardeau; et les personnes vivant dans des régions rurales ou éloignées. Finalement, nous devons mener des recherches permettant d'estimer et de préciser les répercussions à court terme et à long terme de l'isolement social sur les soins de santé, lesquelles pourraient être renforcées au moyen de liens entre l'ÉLCV et les données administratives. Le domaine de l'isolement social et du vieillissement s'élargit rapidement, et les données telles que celles contenues dans l'ÉLCV offrent de nouvelles perspectives dans ce domaine d'études.

Références

1. Courtin, E., Knapp, M.
Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health and Social Care in the Community*. 2015. doi:10.1111/hsc.12311
2. National Seniors Council.
Report on the Social Isolation of Seniors, 2013-2014. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/national-seniors-council/programs/publications-reports/2014/social-isolation-seniors.html>. Published July 25, 2016. Accessed April 25, 2018.
3. National Seniors Council.
Scoping Review of the Literature Social Isolation of Seniors 2013-2014. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/national-seniors-council/programs/publications-reports/2014/scoping-social-isolation.html>. Published July 25, 2016. Accessed April 25, 2018.
4. Nicholson, N.E. Jr.
Social isolation in older adults: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65.(6.):1342-1352.
5. Zavaleta, D., Samuel, K., Mills, C.
Measures of social isolation. *Social Indicators Research*. 2017;131.(1.):367-391. doi:10.1007/s11205-016-1252-2
6. Harasemiw, O., Newall, N., Shooshtari, S., Mackenzie, C., Menec, V.
From social integration to social isolation: The social network types and perceived availability of social support in a national sample of older Canadians. *Research on Aging*. 2017;1-25. doi:10.1177/0164027517734587
7. National Seniors Council.
Who's at risk and what can be done about it? A review of the literature on the social isolation of different groups of seniors. Employment and Social Development Canada. <https://www.canada.ca/en/national-seniors-council/programs/publications-reports/2017/review-social-isolation-seniors.html>. Published March 6, 2017. Accessed April 25, 2018.
8. Wister, A., Coatta, K., Schuurman, N., Lear, S., Rosin, M., MacKey, D.
A Lifecourse model of resilience applied to aging with multimorbidity. *International Journal of Aging and Human Development*. 2016;82.(4.):290-313. doi:10.1177/0091415016641686
9. Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker M, Harris, T., Stephenson, D.
Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*. 2015;10.(2.):227-237.
10. Newall, N., McArthur, J., Menec, V.H.
A longitudinal examination of social participation, loneliness, and use of physician and hospital services. *Journal of Aging and Health*. 2015;27.(3.):500-518. doi:10.1177/0898264314552420

11. De Jong Gierveld, J., Keating, N., Fast, J.E.
Determinants of loneliness among older adults in Canada. *Canadian Journal on Aging.* 2015;34(2):125-136.
12. Statistics Canada.
Cycle 4.2 of Canadian Community Health Survey – Healthy Aging. <http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/pub/5146-eng.htm>. Published 2010. Accessed April 21, 2018.
13. Kirkland, S.A., Griffith, L.E., Menec, V., et al.
Mining a unique Canadian resource: The Canadian Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging.* 2015;34.(3.):366-377.
14. Kobus-Matthews, S., Barr, J., Jackson, S., et al. **Best Practice Guidelines for Mental Health Promotion Programs: Older Adults 55+ .** Toronto, ON.: Centre for Addiction and Mental Health.; 2010.
15. Kawachi, I., Berkman, L.
Social cohesion, social capital, and health. In: *Social Epidemiology.* New York: Oxford University Press; 2000:174-190.
16. Mohnen, S., Volker, B., Flap, H., Groenewegen, P.
Health-related behavior as a mechanism behind the relationship between neighborhood social capital and individual health—a multilevel analysis. *BMC Public Health.* 2012;12.(116.):1-12. doi:10.1186/1471-2458-12-116.
17. Toepoel, V.
Ageing, leisure, and social connectedness: How could leisure help reduce social isolation of older people?™. *Social Indicators Research.* 2013;113.:355-372.
18. Radloff, L.S.
The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement.* 1977;1.(3.):385-401. doi:10.1177/014662167700100306
19. Sherbourne CD, Stewart AL.
The MOS social support survey. *Soc Sci Med.* 1991;32(6):705-714.
20. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S.
The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment.* 1985;49(1):71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
21. Wister, A.
Ageing as a Social Process. 7th. ed. Canadian Perspectives.; In Press.

Annexe 1

TABLEAU 1A POURCENTAGE DES CANADIENS DISENT SE SENTIR SEULS AU MOINS UNE PARTIE DU TEMPS, STRATIFIÉ PAR ÉTAT MATRIMONIAL, PAR ÂGE ET PAR SEXE

État matrimonial	Groupe d'âge et le sexe					
	45 à 64 ans		65 à 74 ans		75 ans et plus	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Veuf (veuve)	39,63%	56,34%	42,21%	59,23%	41,21%	50,16%
Divorcé(e)/séparé(e)	37,38%	44,92%	32,20%	38,55%	32,32%	32,53%
Célibataire	35,05%	43,55%	30,99%	34,97%	27,63%	32,45%
Marié(e)	18,71%	14,83%	17,52%	12,66%	20,40%	12,89%

TABLEAU 1B POURCENTAGE DES CANADIENS DÉSIRENT PARTICIPER À UN PLUS GRAND NOMBRE D'ACTIVITÉS, STRATIFIÉ PAR ÉTAT MATRIMONIAL, PAR ÂGE ET PAR SEXE

État matrimonial	Groupe d'âge et le sexe					
	45 à 64 ans		65 à 74 ans		75 ans et plus	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Veuf (veuve)	48,01%	45,40%	33,68%	29,93%	34,56%	29,94%
Divorcé(e)/séparé(e)	50,90%	53,50%	36,16%	31,92%	37,63%	37,28%
Célibataire	53,86%	54,99%	40,74%	37,81%	39,08%	32,25%
Marié(e)	43,98%	41,59%	36,93%	41,63%	28,57%	31,66%

TABLEAU 1C POURCENTAGE DES CANADIENS DISENT SE SENTIR SEULS AU MOINS UNE PARTIE DU TEMPS, STRATIFIÉ PAR SITUATION DANS LE MÉNAGE, PAR ÂGE ET PAR SEXE

Situation dans le ménage	Groupe d'âge et le sexe					
	45 à 64 ans		65 à 74 ans		75 ans et plus	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Vivant seul(e)	40,71%	50,98%	39,14%	47,95%	40,82%	44,90%
Vivant avec au moins une autre personne	20,47%	16,65%	18,41%	13,01%	21,08%	13,42%

TABLEAU 1D POURCENTAGE DES CANADIENS DÉSIRENT PARTICIPER À UN PLUS GRAND NOMBRE D'ACTIVITÉS, STRATIFIÉ PAR SITUATION DANS LE MÉNAGE, PAR ÂGE ET PAR SEXE

Situation dans le ménage	Groupe d'âge et le sexe					
	45 à 64 ans		65 à 74 ans		75 ans et plus	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Vivant seul(e)	49,70%	54,23%	38,78%	38,19%	31,78%	31,86%
Vivant avec au moins une autre personne	48,74%	46,00%	33,96%	30,01%	33,76%	30,22%

TABLEAU 2A POURCENTAGE DES CANADIENS AFFIRMENT ÊTRE HEUREUX EN TOUT TEMPS, STRATIFIÉ EN FONCTION DU NIVEAU DE SOLITUDE DÉCLARÉ, DE L'ÂGE ET DU SEXE

Fréquence du sentiment de solitude	Groupe d'âge et le sexe					
	45 à 64 ans		65 à 74 ans		75 ans et plus	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Rarement ou jamais	71,69%	67,98%	76,05%	74,12%	76,53%	74,43%
Au moins une partie du temps	40,11%	37,38%	48,38%	45,49%	51,04%	54,88%

TABLEAU 2B POURCENTAGE DES CANADIENS AFFIRMENT ÊTRE HEUREUX EN TOUT TEMPS, STRATIFIÉ EN FONCTION DU DÉSIR DE PARTICIPER À UN PLUS GRAND NOMBRE D'ACTIVITÉS, DE L'ÂGE ET DU SEXE

Désir de participer à un plus grand nombre d'activités sociales	Groupe d'âge et le sexe					
	45 à 64 ans		65 à 74 ans		75 ans et plus	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Oui	58,50%	55,20%	62,18%	63,61%	60,15%	65,61%
Non	69,96%	67,48%	72,83%	71,22%	72,72%	72,61%

TABLEAU 2C SATISFACTION À L'ÉGARD DE LA VIE, STRATIFIÉE EN FONCTION DU NIVEAU DE SOLITUDE DÉCLARÉ, DE L'ÂGE ET DU SEXE

Groupe d'âge et le sexe		Rarement ou jamais		Au moins une partie du temps	
		Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
45 à 64 ans	Femmes	29,50	5,70	23,73	7,98
	Hommes	29,01	5,74	23,40	7,93
65 à 74 ans	Femmes	29,47	5,46	24,93	7,23
	Hommes	29,99	4,97	25,39	7,07
75 ans et plus	Femmes	29,43	5,09	25,72	6,65
	Hommes	29,81	4,96	26,70	6,10

TABLEAU 2D SATISFACTION À L'ÉGARD DE LA VIE, STRATIFIÉE EN FONCTION DU DÉSIR DE PARTICIPER À UN PLUS GRAND NOMBRE D'ACTIVITÉS, DE L'ÂGE ET DU SEXE

Groupe d'âge et le sexe		Désir de participer à un plus grand nombre d'activités			
		Oui		Non	
		Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
45 à 64 ans	Femmes	26,82	7,33	29,48	5,84
	Hommes	26,50	7,04	29,08	6,02
65 à 74 ans	Femmes	26,29	7,05	29,48	5,46
	Hommes	27,34	6,47	30,00	5,08
75 ans et plus	Femmes	26,32	6,70	29,25	5,19
	Hommes	27,65	6,05	29,89	4,85

TABLEAU 2E POURCENTAGE DES CANADIENS QUI ONT UN DÉPISTAGE POSITIF DE LA DÉPRESSION (CES-D), STRATIFIÉS EN FONCTION DU NIVEAU DE SOLITUDE DÉCLARÉ, DE L'ÂGE ET DU SEXE

Fréquence du sentiment de solitude	Groupe d'âge et le sexe					
	45 à 64 ans		65 à 74 ans		75 ans et plus	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Rarement ou jamais	9,42%	7,25%	10,55%	5,97%	11,64%	7,46%
Au moins une partie du temps	50,46%	42,31%	44,45%	39,56%	42,80%	33,76%

TABLEAU 2F POURCENTAGE DES CANADIENS QUI ONT UN DÉPISTAGE POSITIF DE LA DÉPRESSION (CES-D), STRATIFIÉS EN FONCTION DU DÉsir DE PARTICIPER À UN PLUS GRAND NOMBRE D'ACTIVITÉS, DE L'ÂGE ET DU SEXE

Désir de participer à un plus grand nombre d'activités sociales	Groupe d'âge et le sexe					
	45 à 64 ans		65 à 74 ans		75 ans et plus	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Oui	23,94%	18,30%	26,05%	18,28%	30,77%	18,87%
Non	14,02%	11,01%	14,90%	9,11%	16,60%	9,79%

TABLEAU 2G SATISFACTION À L'ÉGARD DE LA VIE, STRATIFIÉE EN FONCTION DU DÉPISTAGE POSITIF DE LA DÉPRESSION, DE L'ÂGE ET DU SEXE

Groupe d'âge et le sexe		Dépistage positif de la dépression (CES-D)			
		Oui		Non	
		Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
45 à 64 ans	Femmes	3,14	1,78	3,89	1,74
	Hommes	2,93	1,79	3,70	1,73
65 à 74 ans	Femmes	3,60	1,95	4,15	1,81
	Hommes	3,38	1,94	3,90	1,89
75 ans et plus	Femmes	3,48	1,95	4,08	1,90
	Hommes	3,48	2,06	3,82	1,96



6

Les soins donnés et reçus

Debra Sheets *Université de Victoria*
Lynne Young *Université de Victoria*
Lauren Griffith *Université McMaster*
Parminder Raina *Université McMaster*



Les soins donnés et reçus

Principaux points saillants

Ce chapitre présente les tendances en matière de soins donnés et de soins reçus en fonction des caractéristiques sociodémographiques, de la santé autodéclarée et du type de soins prodigués et reçus. De plus, les statistiques descriptives résument les relations entre les soins donnés et les soins reçus ainsi que les indicateurs de la qualité de vie (p. ex. les activités sociales et la satisfaction de vivre). Tous les résultats sont fondés sur le sous-échantillon de participants à l'ÉLCV qui déclarent donner des soins, recevoir des soins, ou donner et recevoir des soins.

- Dans l'ensemble, 44,4 % des participants à l'ÉLCV ont déclaré être un aidant naturel, alors que 14,3 % des participants ont déclaré bénéficier de soins.
- 38,2 % des participants ont déclaré *uniquement* donner des soins à d'autres, alors que 8,1 % des participants ont déclaré *uniquement* recevoir des soins et 6,2 % des participants ont dit donner des soins et en bénéficier.
- Les taux de soins donnés sont les plus élevés chez les personnes âgées de 55 à 64 ans (48,5 %) et les personnes recevant des soins sont les plus nombreuses parmi les personnes âgées de 75 ans et plus (36,1 %).
- Les femmes représentent une proportion plus importante que les hommes parmi les personnes qui déclarent donner des soins (53,9 %), recevoir des soins (57,7 %) et prodiguer et recevoir des soins (64,0 %).
- Les bénéficiaires de soins (9,7 %) et ceux qui déclarent être à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (6,2 %) ont plus fréquemment déclaré être en mauvaise santé que les aidants naturels (0,9 %).
- Les taux de maladies chroniques courantes chez les bénéficiaires de soins et ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins sont presque le double de ceux des aidants naturels.
- Les bénéficiaires de soins signalent des taux de « sorties » avec la famille et les amis qui sont plus bas que les aidants naturels, ce qui soulève des inquiétudes quant à la possibilité de l'isolement social.
- Dans l'ensemble, la proportion de bénéficiaires de soins (20,3 %) et de personnes qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (19,5 %) qui déclarent être insatisfaits de leur vie est presque le double du taux des aidants naturels (10,6 %).

Introduction

Donner des soins est devenu un rôle commun que doivent assumer les familles canadiennes, car le nombre de personnes âgées souffrant de comorbidité, d'incapacité et de fragilité qui ont besoin d'aide dans le cadre de leurs activités quotidiennes (p. ex. la préparation de repas et le transport) continue de croître¹. Dans les années à venir, ces chiffres devraient augmenter rapidement même si la capacité de la famille à fournir des soins diminue². On estime que huit millions de Canadiens sont des aidants naturels pour des membres de la famille ou des amis en raison d'un problème de santé ou d'une limitation qui a une incidence sur les activités quotidiennes³. Il est de plus en plus clair que la prestation de soins peut avoir des conséquences négatives chez les aidants naturels qui signalent une dépression et des difficultés financières à un taux plus élevé que les personnes qui ne sont pas des aidants naturels^{3,4}. Bien que la plupart des personnes âgées préfèrent recevoir des soins à domicile, ces derniers ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*, même lorsqu'ils sont considérés comme « médicalement nécessaires »⁵. Par conséquent, il existe une variabilité dans l'ensemble des provinces et des territoires et à l'intérieur de ceux-ci en matière d'accès et de prestation de services de soins à domicile. En 2012, environ 2,2 millions (8 %) de Canadiens âgés de 15 ans et plus recevaient des soins à domicile, mais environ 15 % avaient des besoins « partiellement satisfaits » et 461 000 autres Canadiens avaient des besoins « non satisfaits »⁶.

L'ÉLCV est la première étude longitudinale visant à recueillir des données sur les soins donnés et reçus dans un échantillon de population de Canadiens âgés de 45 à 85 ans. Elle offre une occasion unique d'examiner les modèles de soins donnés

et de soins reçus (p. ex. qui fournit les soins, quels sont les types de soins, les répercussions sur les réseaux sociaux et les relations), les effets négatifs des soins donnés et des soins reçus (p. ex. les effets sur le travail et la santé psychologique et physique), ainsi que les aspects positifs des soins donnés et des soins reçus (p. ex. les prédicteurs de résultats positifs, l'incidence des aides fonctionnelles et de l'environnement physique). Il est intéressant de noter que 6,2 % (n = 3 179) des participants à l'ÉLCV sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins. Il n'y a que dans un ensemble de données nationales de grande ampleur qu'il est possible de collecter des données sur un sous-groupe aussi précis de façon à obtenir un échantillon de taille suffisante pour être analysé.

Ce bref chapitre donne un aperçu des possibilités qu'offre l'ÉLCV pour examiner et comparer les aidants naturels et les bénéficiaires de soins sur le plan des caractéristiques sociodémographiques, des types de soins et de la relation entre les soins donnés et les soins reçus avec des variables pertinentes liées à la santé telles que l'état de santé, les activités sociales et la satisfaction de vivre. Des analyses supplémentaires sont nécessaires au moyen de données longitudinales afin d'examiner les tendances et les relations qui fourniront des résultats pour éclairer les politiques publiques.

Mesures

Le présent chapitre compare les caractéristiques des participants à l'ÉLCV qui sont des aidants naturels, des bénéficiaires de soins et des personnes qui déclarent être à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins. Des analyses descriptives ont été effectuées sur les données initiales recueillies entre 2012 et 2015 dans les ensembles de données réunis de l'évaluation de surveillance (version 3.3) et de l'évaluation

globale (version 3.2) de l'ÉLCV. Étant donné que le présent chapitre porte sur un sous-échantillon de participants, les données non pondérées sont utilisées. L'ÉLCV comporte plusieurs mesures détaillées concernant les soins donnés et les soins reçus. Celles-ci sont décrites ci-dessous.

Mesures relatives aux soins donnés

On a posé aux participants un éventail de questions concernant les soins donnés, y compris : le type de soins, le nombre de personnes prodiguant des soins, si ces dernières vivent avec le bénéficiaire des soins, le sexe du bénéficiaire des soins, la relation qu'elles entretiennent avec le bénéficiaire des soins et l'intensité (le nombre de semaines au cours de l'année précédente dédiées à prodiguer des soins et les heures par semaine consacrées à la prestation de soins). Voir l'encadré 1 pour un résumé des questions au sujet des soins donnés.

Encadré 1 – Questions au sujet de l'aide offerte et à qui elle est destinée

1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous apporté l'une ou l'autre des formes d'aide suivantes à une personne en raison d'un problème de santé ou de limitations?
 - a. Des soins personnels comme de l'aide pour manger, s'habiller, prendre un bain ou utiliser les toilettes
 - b. Des soins médicaux comme de l'aide pour prendre des médicaments ou de l'aide pour les soins infirmiers (p. ex. changer des pansements ou soins des pieds)
 - c. De la gestion des soins comme prendre des rendez-vous

- d. De l'aide pour diverses activités comme les travaux ménagers, l'entretien de la maison et des travaux extérieurs
 - e. Du transport comme pour les visites chez le médecin ou pour le magasinage
 - f. De la préparation ou livraison des repas
2. Au cours des 12 derniers mois, à combien de personnes avez-vous apporté de l'aide en raison d'un problème de santé ou de limitations, y compris de l'aide financière?
3. Est-ce que la personne que vous avez le plus aidée habite [à l'intérieur ou à l'extérieur] de votre maison?
4. Est-ce que la personne que vous avez le plus aidée est de sexe masculin ou de sexe féminin?
5. Quel est le lien entre vous et [cette personne]?
6. Au cours des 12 derniers mois, pendant environ combien de semaines avez-vous apporté de l'aide à cette personne?
7. En moyenne, pendant environ combien d'heures par semaine avez-vous apporté de l'aide à cette personne?

SOINS REÇUS

Bon nombre des questions sur les soins donnés et les soins reçus sont semblables. Des questions supplémentaires concernant les soins reçus sont posées pour savoir si le répondant reçoit une aide professionnelle ou de l'aide de sa famille ou d'un ami. Les questions au sujet des soins professionnels sont résumées dans l'encadré 2. Une question examine le montant du coût qui a été versé par le participant ou d'autres membres de la famille pour l'aide reçue.

Encadré 2 – Questions au sujet de l'aide reçue des professionnels ou des organismes

1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu de l'aide professionnelle, de courte ou de longue durée, en raison d'un problème de santé ou de limitations affectant votre vie quotidienne, concernant l'une ou l'autre des activités suivantes?
 - a. Des soins personnels comme de l'aide pour manger, s'habiller, prendre un bain ou utiliser les toilettes
 - b. Des soins médicaux comme de l'aide pour prendre des médicaments ou de l'aide pour les soins infirmiers (p. ex. changer des pansements ou soins des pieds)
 - c. De la gestion des soins comme prendre des rendez-vous
 - d. De l'aide pour diverses activités comme les travaux ménagers, l'entretien de la maison et des travaux extérieurs
 - e. Du transport comme pour les visites chez le médecin ou pour le magasinage
 - f. De la préparation ou livraison des repas
2. Au cours des 12 derniers mois, pendant approximativement combien de semaines cette personne ou cet organisme vous a-t-il aidé?
3. Approximativement combien d'heures par semaine, en moyenne, cette personne ou cet organisme vous offrait-il cette aide?
4. Avez-vous (ou quelqu'un d'autre faisant partie de votre famille) directement payé, en partie ou en totalité, pour l'aide que vous avez reçue? Réponses : Oui, nous avons payé la totalité des coûts; Oui, nous avons payé une partie des coûts; Non, il n'y avait pas de coûts associés à cette aide (p. ex. donné par un bénévole ou inclus dans un régime d'assurance-soins médicaux); Non, nous n'avons pas payé les coûts associés à cette aide.

Les soins prodigués par la famille, les amis ou les voisins sont également examinés et les questions explorent les points suivants : le type de soins prodigués ou d'activité pour laquelle l'aide est reçue, le nombre de personnes offrant de l'aide, le nombre de semaines de soins reçus au cours de la dernière année, le nombre d'heures de soins reçus par semaine, le type d'activité pour laquelle le plus d'aide a été reçue, ainsi qu'un nombre de questions sur la personne qui a consacré le plus de temps et de ressources au bénéficiaire des soins (p. ex. la situation dans le ménage, la relation, l'âge, le sexe et la durée de l'aide reçue en mois) et l'intensité (le nombre de semaines au cours de la dernière année et le nombre d'heures consacrées par semaine). Les questions concernant les soins reçus de la famille ou des amis sont résumées dans l'encadré 3.

Encadré 3 – Questions au sujet de l'aide reçue de la famille ou des amis

1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu de l'aide à court ou à long terme, en raison d'un problème de santé ou de limitations affectant votre vie quotidienne, de la part de la famille, d'amis, ou de voisins pour accomplir l'une ou l'autre des activités suivantes?
 - a. Des soins personnels comme de l'aide pour manger, s'habiller, prendre un bain ou utiliser les toilettes
 - b. Des soins médicaux comme de l'aide pour prendre des médicaments ou de l'aide pour les soins infirmiers (p. ex. changer des pansements ou soins des pieds)
 - c. De la gestion des soins comme prendre des rendez-vous

- d. De l'aide pour diverses activités comme les travaux ménagers, l'entretien de la maison et des travaux extérieurs
 - e. Du transport comme pour les visites chez le médecin ou pour le magasinage
 - f. De la préparation ou livraison des repas
2. Au cours des 12 derniers mois, approximativement combien de personnes différentes (parmi votre famille, vos amis et vos voisins) vous ont aidé?
3. Au cours des 12 derniers mois, pendant approximativement combien de semaines cette ou ces personne(s) vous a-t-elle/ont-elles aidé? Inclure l'aide reçue de tous les membres de la famille, des amis et des voisins dans votre estimation.
4. Pendant approximativement combien d'heures par semaine, en moyenne, cette ou ces personne(s) vous offrai(en)t-elle(s) cette aide? Inclure l'aide reçue de tous les membres de la famille, des amis et des voisins dans votre estimation.
5. Vous avez mentionné que, durant les 12 derniers mois, vous avez reçu de l'aide pour [l'activité]. Pour quel type d'activité avez-vous reçu le plus d'aide?
6. Nous aimerions en savoir un peu plus sur la personne qui a consacré le plus de temps et de ressources à vous aider.
- a. Est-ce que la personne qui vous a aidé le plus habite [à l'intérieur ou à l'extérieur] de votre maison?

- b. Est-ce que la personne qui vous a aidé le plus est de sexe masculin ou de sexe féminin?
- c. Quel âge a [cette personne]?
- d. Quel est le lien entre vous et [cette personne]?
- e. Depuis combien de temps recevez-vous de l'aide de [cette personne]? (mois)
- f. Au cours des 12 derniers mois, pendant approximativement combien de semaines avez-vous reçu de l'aide de la part de [cette personne]?
- g. Approximativement combien d'heures par semaine, en moyenne, [cette personne] vous offrait-il/elle de l'aide avec cette [activité]?
7. Les gens prennent leur retraite pour de nombreuses raisons. Quelles raisons, parmi les suivantes, ont motivé votre décision de prendre votre retraite? [Devait prendre soin d'un membre de la famille ou d'un(e) ami(e)].

Santé

Consulter le chapitre 7 pour une description détaillée de l'état de santé et des maladies chroniques autodéclarés.

Activités sociales avec la famille et les amis

On a demandé aux participants : « Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous participé à des activités familiales ou avec des amis à l'extérieur du ménage? » L'échelle de cinq points comprenait les choix suivants : au moins une fois par jour; au moins une fois par semaine; au moins une fois par mois; au moins une fois par année; jamais. Satisfaction de vivre

La satisfaction de vivre a été mesurée à l'aide de l'Échelle de satisfaction à l'égard de la vie, une mesure en cinq points de la satisfaction globale de vie à l'aide d'une échelle de Likert de sept points allant de fortement d'accord à fortement en désaccord. Une note élevée indique une plus grande satisfaction⁷.

Caractéristiques sociodémographiques

ÂGE

La prévalence de soins donnés est la plus élevée chez les participants âgés de 55 à 64 ans (48,5 %). Les soins donnés sont moins fréquents chez les personnes de 75 ans et plus (36,1 %). Les soins reçus sont plus fréquents chez les 75 ans et plus (21,9 %) et, sans surprise, la moins fréquente chez les 45 à 54 ans (11,9 %). La proportion de personnes qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins est la plus élevée chez les 75 ans et plus (7,4 %) et légèrement moins fréquente chez tous les participants âgés de 64 ans et moins (5,9 %). L'âge moyen

des bénéficiaires de soins (moyenne : 66,6 ans; écart-type : 11,3) était légèrement supérieur à l'âge moyen des aidants naturels (moyenne : 61,7 ans; écart-type : 9,8) (Figure 1).

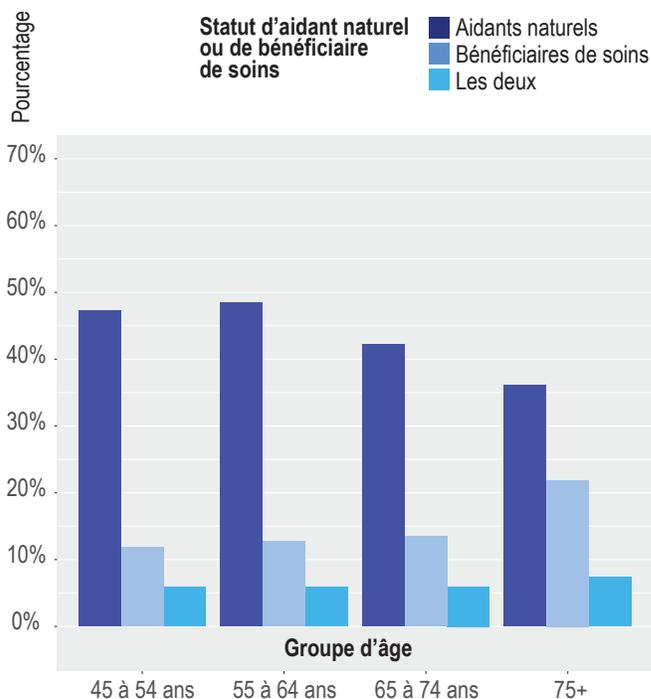


Figure 1 – Prévalence d'aidants naturels, de bénéficiaires de soins et de personnes qui sont les deux en fonction de l'âge

SEXE

Une plus grande proportion d'aidants naturels (53,9 %), de bénéficiaires de soins (57,7 %) et de personnes qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (64 %) étaient des femmes dans cette échantillon.

ÉTAT MATRIMONIAL

Les aidants naturels ont plus souvent déclaré leur état matrimonial comme étant mariés (71,7 %) que les bénéficiaires de soins (55,4 %). Les participants qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins se situent entre les deux (61,7 %). Les bénéficiaires de soins ont indiqué le plus souvent qu'ils étaient veufs (18,5 %)

comparativement aux aidants naturels (8,1 %) et à ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (12,7 %). Les taux de divorce et de séparation étaient plus élevés parmi les bénéficiaires de soins (15,9 %) et ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (15,6 %) que parmi les aidants naturels (12,0 %). Il est intéressant de noter que la proportion de personnes indiquant n'avoir jamais été mariées était similaire entre les aidants naturels (8,1 %), les bénéficiaires de soins (10,2 %) et ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (10,0 %).

ÉTUDES

Les bénéficiaires de soins ont indiqué qu'ils n'avaient pas obtenu leur diplôme d'études secondaires plus fréquemment (11,2 %) que les aidants naturels (5,6 %) ou ceux qui étaient à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (7,4 %). Les aidants naturels (76,3 %) et les participants qui sont la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (72,4 %) affichent des taux d'achèvement d'études postsecondaires plus élevés que les bénéficiaires de soins (66,6 %).

SITUATION DANS LE MÉNAGE

La situation la plus courante était la catégorie « vit avec son conjoint seulement », les proportions étant similaires parmi les aidants naturels (45,3 %), les bénéficiaires de soins (38,1 %) et les participants qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (40,6 %). Une proportion plus élevée de bénéficiaires de soins (35,1 %) et de ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (29,8 %) déclarent vivre seuls que les aidants naturels (19,6 %). Une variabilité a été relevée dans les

proportions de personnes vivant avec un(e) conjoint(e) et un enfant entre les aidants naturels (21,4 %), les bénéficiaires de soins (13,6 %) et les participants qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (15,1 %).

SITUATION DE L'EMPLOI

En ce qui concerne l'emploi, parmi les aidants naturels, une proportion plus élevée était à la retraite (41,9 %) par rapport à ceux qui travaillaient 30 heures et plus par semaine (34,4 %). En revanche, parmi les bénéficiaires de soins, le taux de retraités (60,6 %) était considérablement plus élevé que le taux de personnes travaillant 30 heures et plus par semaine (18,5 %). Les participants qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins se situent au milieu, avec 52,8 % se déclarant à la retraite et 22,3 % travaillant encore 30 heures et plus par semaine.

Santé

SANTÉ AUTODÉCLARÉE

Une proportion plus élevée d'aidants naturels (64,6 %) déclare avoir une santé « excellente » ou « très bonne » par rapport aux bénéficiaires de soins (35,0 %) ou à ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (38,2 %). Les proportions de participants ayant déclaré avoir une « bonne » santé sont semblables pour les aidants naturels (28,0 %), les bénéficiaires de soins (34,5 %) et ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (36,6 %). On observe une importante variation dans la proportion de participants qui déclarent avoir une santé « passable » parmi les bénéficiaires de soins (20,6 %) et ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (18,7 %), dont le taux est trois fois plus élevé que celui des aidants naturels (6,5 %). De la

même façon, les bénéficiaires de soins (9,7 %) et ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (6,2 %) déclarent avoir une santé « mauvaise » dans des proportions beaucoup plus élevées que les aidants naturels (0,9 %) (Figure 2).

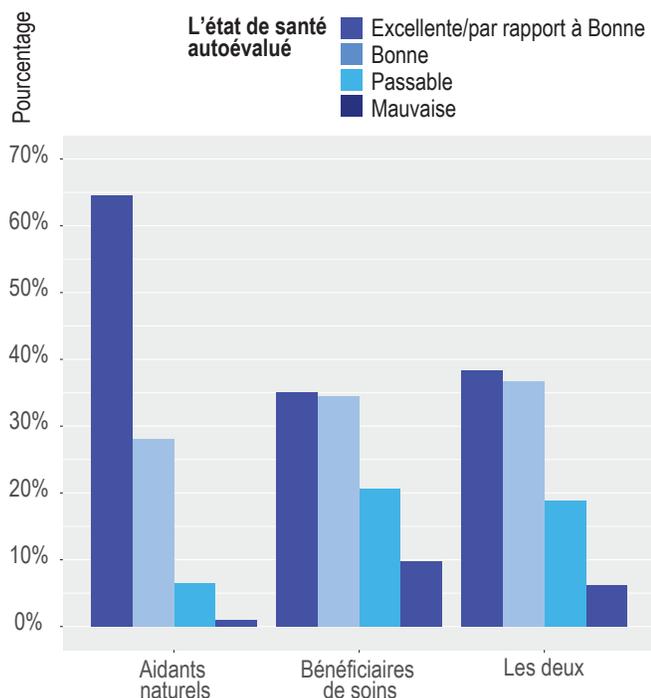


Figure 2 – Comparaison de l'état de santé autoévalué parmi les aidants naturels, les bénéficiaires de soins et ceux qui sont les deux

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE ET ACTIVITÉS DOMESTIQUES

L'ÉLCV a recruté un échantillon de personnes âgées vivant dans la collectivité, de sorte qu'au départ, la prévalence des limitations dans les activités de la vie quotidienne et les activités domestiques soit faible (voir le chapitre 8 du présent rapport pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet). Comme on pouvait s'y attendre, cette proportion est plus élevée chez les bénéficiaires de soins (36,5 %) et chez ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins

(26,2 %) que chez les aidants naturels (2,8 %), car ceux qui ont des limitations dans les activités nécessaires à la vie quotidienne nécessitent des soins d'autres personnes.

MALADIES CHRONIQUES

Les taux de six maladies chroniques ont été examinés pour les aidants naturels, les bénéficiaires de soins et ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins : les maladies du cœur, la BPCO, le cancer, le diabète, l'AVC et la dépression. La dépression était fréquente chez les aidants naturels (15,7 %), chez les bénéficiaires de soins (23,6 %) et chez ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (26,6 %). Le diabète était également une maladie courante chez les aidants naturels (15,1 %), les bénéficiaires de soins (27 %) et ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (23,4 %). Le cancer était la troisième maladie la plus fréquente chez les aidants naturels (13,9 %) et ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (22,7 %). Comme les autres maladies chroniques, les taux de maladies du cœur parmi les bénéficiaires de soins (19,8 %) et ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (16,5 %) étaient presque deux fois plus élevés que ceux des aidants naturels (8,7 %). Les analyses futures devraient examiner ces variations dans les maladies chroniques en contrôlant les covariables telles que l'âge et le sexe. De plus, la gravité des maladies chroniques n'est pas apparente dans ces analyses descriptives (Figure 3).

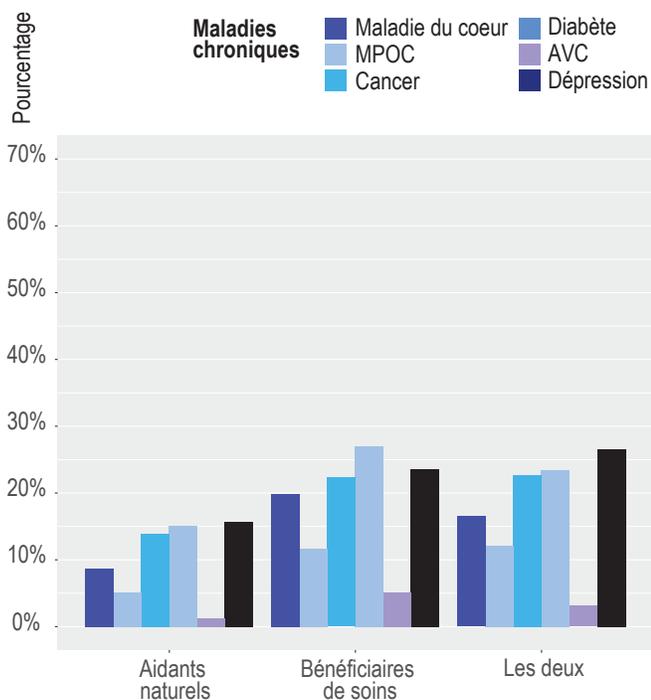


Figure 3 – Prévalence des maladies chroniques courantes chez les aidants naturels, les bénéficiaires de soins et ceux qui sont les deux

Qualité de vie

ACTIVITÉS SOCIALES

Il existe une préoccupation croissante à l'égard de la solitude et de l'isolement social chez les aidants naturels et les bénéficiaires de soins. Bien que la moitié des aidants naturels (56,5 %) et de ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (55,8 %) déclarent sortir au moins une fois par semaine pour des activités familiales ou amicales, ce taux est plus faible chez les bénéficiaires de soins (46,1 %). Plus préoccupant encore, 14,1 % des bénéficiaires de soins signalent sortir seulement au moins une fois par année ou ne jamais sortir comparativement à 7,1 % des aidants naturels et à 9,1 % de ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins.

SATISFACTION DE VIVRE

Dans l'ensemble, les bénéficiaires de soins (20,3 %) et ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (19,5 %) déclarent presque le double du taux d'insatisfaction à l'égard de la vie comparativement aux bénéficiaires de soins (10,6 %). Les bénéficiaires de soins (3,9 %) ont affiché les taux d'insatisfaction les plus élevés par rapport aux aidants naturels (1,1 %) et à ceux qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (2,9 %). Il n'est pas surprenant de constater, compte tenu des résultats précédents, que le taux de personnes étant extrêmement plus satisfaites soit inférieur chez les bénéficiaires de soins (31,9 %) et ceux qui sont

à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins (32,9 %) que chez les aidants naturels (43,4 %). Pourtant, les niveaux moyens de la satisfaction de vivre étaient semblables chez les aidants naturels (moyenne : 28,2 %; écart-type : 6,3) et chez les bénéficiaires de soins (moyenne : 25,8 %; écart-type : 7,6).

Discussion

Les données transversales présentées dans l'ÉLCV initiale donnent un aperçu des caractéristiques de trois sous-groupes d'aidants naturels et de bénéficiaires de soins. Les prochaines étapes pour la recherche relative aux soins donnés et aux soins reçus à l'aide des données de l'ÉLCV devraient être axées sur des analyses descriptives des types d'aide donnée et reçue, de l'intensité et de la durée, des liens entre les aidants naturels et les bénéficiaires de soins et de la situation dans le ménage. Les résultats soulignent également la nécessité d'une modélisation multivariée afin de comprendre les facteurs qui influent sur les soins donnés et les soins reçus, y compris les différences entre les provinces. Le sous-groupe de participants qui sont à la fois des aidants naturels et des bénéficiaires de soins éveille la curiosité et est celui qui marque un nouveau domaine d'étude. À notre connaissance, l'ÉLCV est la première étude longitudinale fondée sur la population qui permet la comparaison de ces trois sous-groupes. Un autre domaine propre à l'ÉLCV, c'est qu'elle offre une rare occasion d'examiner les besoins en matière de soins donnés

et de soins reçus parmi plusieurs groupes vieillissants ayant une incapacité permanente (p. ex. la polio, la sclérose en plaques, la polyarthrite rhumatoïde ou le traumatisme cérébral)⁸⁻¹⁰. Les analyses ultérieures à l'aide des données de l'ÉLCV devraient comprendre des analyses longitudinales afin d'examiner la façon dont les soins donnés et les soins reçus évoluent au fil du temps.

Références

1. Theou O, Rockwood MRH, Mitnitski A, Rockwood K.
Disability and co-morbidity in relation to frailty: how much do they overlap? *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;55(2):e1-e8. doi:10.1016/j.archger.2012.03.001
2. Fast J.
Caregiving for Older Adults with Disabilities: Present Costs, Future Challenges. IRPP. <http://irpp.org/research-studies/study-no58/>. Published December 16, 2015. Accessed April 13, 2018.
3. Turcotte M.
Family caregiving: What consequences? Statistics Canada. <https://www.statcan.gc.ca/pub/75-006-x/2013001/article/11858-eng.htm>. Published September 10, 2013. Accessed April 13, 2018.
4. Sheets DJ, Black K, Kaye LW.
Who cares for caregivers? Evidence-based approaches to family support. *J Gerontol Soc Work.* 2014;57(6-7):525-530. doi:10.1080/01634372.2014.920606
5. Canadian Healthcare Association.
Home Care in Canada: From the Margins to the Mainstream. http://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/PolicyDocs/2009/External/EN/HomeCareCanada_MarginsMainstream_EN.pdf. Accessed April 13, 2018
6. Turcotte M.
Canadians with unmet home care needs. <https://www.statcan.gc.ca/pub/75-006-x/2014001/article/14042-eng.htm>. Published September 9, 2014. Accessed April 13, 2018.
7. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S.
The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment.* 1985;49(1):71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
8. Campbell ML, Putnam M.
Reducing the Shared Burden of Chronic Conditions among Persons Aging with Disability and Older Adults in the United States through Bridging Aging and Disability. *Healthcare (Basel).* 2017;5(3). doi:10.3390/healthcare5030056
9. Campbell ML, Sheets D, Strong PS.
Secondary health conditions among middle-aged individuals with chronic physical disabilities: implications for unmet needs for services. *Assist Technol.* 1999;11(2):105-122. doi:10.1080/10400435.1999.10131995
10. Putnam M, Molton IR, Truitt AR, Smith AE, Jensen MP.
Measures of aging with disability in U.S. secondary data sets: Results of a scoping review. *Disabil Health J.* 2016;9(1):5-10. doi:10.1016/j.dhjo.2015.07.002



7

Santé

Christina Wolfson *Université McGill*

Christopher Patterson *Université McMaster*

David B. Hogan *Université de Calgary*

Philip St. John *Université du Manitoba*

Principaux points saillants

- La majorité des participants à l'ÉLCV ont évalué leur santé générale comme étant bonne ou excellente au début de l'étude.
- À quelques exceptions près, la prévalence à vie de la plupart des maladies chroniques au départ était semblable à celle présentée dans d'autres recherches ayant des répartitions comparables selon l'âge et le sexe.
- Les variations de la fréquence des problèmes de santé entre l'ÉLCV et les autres études sont probablement attribuables aux critères d'inclusion et d'exclusion de l'ÉLCV.
- L'ÉLCV constitue une excellente façon d'étudier les problèmes de santé par rapport à une variété d'autres caractéristiques environnementales, sociales et psychologiques au cours de la durée de l'étude.

Introduction

Le vieillissement de la population entraîne souvent des changements en matière de santé physique et mentale. Dans le cadre de l'ÉLCV, on demande aux participants de déclarer non seulement les affections diagnostiquées par des médecins, mais également leur perception de leur état de santé (à la fois physique et mentale). L'autoévaluation de la santé est une mesure subjective qui représente probablement des aspects de la santé qui sont difficiles à relever au moyen de questions portant sur des affections réellement diagnostiquées. La documentation indique que, lorsqu'une personne vieillit, elle évalue son propre état de santé en fonction de sa situation et de ses attentes. De plus, il a été signalé que l'autoévaluation de la santé peut influencer l'état de santé réel (p. ex. taux de mortalité toutes causes confondues¹) ainsi que les comportements liés à la santé².

L'ÉLCV ne comprenait pas d'évaluation clinique par des médecins, des infirmières ou d'autres professionnels de la santé visant à diagnostiquer des maladies ou à relever des maladies précédemment diagnostiquées. Dans l'ensemble, les renseignements sur les maladies diagnostiquées par un médecin ont été établis au moyen de questions d'autodéclaration, une approche ayant été utilisée précédemment dans de nombreuses autres études à grande échelle qui fait généralement partie des enquêtes nationales menées par Statistique Canada.

Comme le décrit le chapitre 2 (Méthodologie) du présent rapport, de plus amples renseignements sont accessibles sur les maladies, les affections et les médicaments actuels recueillis auprès d'environ 30 000 participants à l'évaluation globale³. Ils ont été recueillis dans le cadre du questionnaire sur les contre-indications utilisé avant le début de la visite sur les Sites de collecte de données

ou au cours de l'évaluation elle-même, dans le cadre du « Questionnaire sur les symptômes ». Plusieurs algorithmes de diagnostic de maladies ont été mis au point pour l'ÉLCV^{4,5}, mais étant donné que certains nécessitaient des données actuellement inaccessibles (c.-à-d. des résultats en matière de médicaments et de biomarqueurs), nous ne présentons pas les résultats fondés sur ces algorithmes; nous nous concentrons plutôt sur les affections pour lesquelles nous possédons les données autodéclarées équivalentes de l'ensemble des participants (conformément au tableau 1).

Dans le présent chapitre, nous offrons un aperçu des affections physiques autodéclarées et de l'état de santé autoévalué au moment de l'évaluation de départ de l'ÉLCV. Le chapitre 9 (Santé psychologique et bien-être) présente les données sur la santé mentale autodéclarée tirées de l'évaluation de départ de l'ÉLCV. Nous n'incluons pas les renseignements sur la démence dans le présent rapport étant donné que la présence de déficience cognitive constituait un critère d'exclusion de l'ÉLCV. Même si un petit nombre de participants à l'ÉLCV ont répondu oui à la question « Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint de démence ou de la maladie d'Alzheimer? » dans le cadre du questionnaire initial, nous n'avons pas jugé cette information suffisamment fiable pour la déclarer ici ou pour l'utiliser comme fondement de l'estimation de la prévalence. Toutefois, au cours de l'ÉLCV, il sera possible de déterminer des cas de démence (y compris la maladie d'Alzheimer)⁶.

Même si l'on sait que la prévalence des multimorbidités, définies comme la coexistence d'au moins deux maladies chroniques⁷ augmente considérablement avec l'âge, dans le présent chapitre, nous indiquons la présence d'affections individuelles autodéclarées au moment de l'évaluation de départ de l'ÉLCV. L'examen des multimorbidités

dépasse la portée du présent chapitre et nécessite une évaluation plus approfondie de la présence d'affections qui va au-delà d'une simple déclaration ou d'un dénombrement des affections individuelles⁸.

Mesures

Les questions d'autodéclaration sur lesquelles sont fondés les résultats du présent chapitre sont de type « Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous... » Dans l'ÉLCV, la question est posée par rapport à de nombreuses maladies chroniques (c.-à-d. affections qui devraient être présentes pendant au moins six mois ou qui le sont depuis cette même période). Veuillez consulter le tableau 1 pour obtenir la liste des maladies visées par le présent chapitre. Pour les affections sélectionnées (p. ex. parkinsonisme/maladie de Parkinson, épilepsie), des questions supplémentaires ont été posées à l'ensemble des participants, mais les résultats de ces analyses sont présentés ailleurs⁹. En outre, nous présentons la santé générale autoévaluée et le vieillissement en santé autoévalué. Les statistiques descriptives (c.àd. pourcentages) sont stratifiées par groupe d'âge et par sexe pour tous les participants de l'ÉLCV au départ. Dans le présent chapitre, les estimations de la prévalence fondées sur la pondération d'échantillonnage de l'ÉLCV (globale et stratifiée par groupe d'âge) ainsi que l'intervalle de confiance de bootstrap sont calculés pour l'ensemble des problèmes de santé.

Résultats

Les évaluations globale (version 3.2) et de surveillance (version 3.3) combinées de l'ÉLCV ont été utilisées pour les résumés de données présentés (n = 51 338). Les figures 1 à 28 présentent de simples histogrammes (stratifiés par groupe d'âge et par sexe) pour le vieillissement en santé

autoévalué, la santé autoévaluée et les affections figurant dans le tableau 1. Ces figures présentent le pourcentage de participants à l'ÉLCV, stratifiés par groupe d'âge et par sexe, qui ont autodéclaré les affections indiquées (c.-à-d. résultats non pondérés). Les observations générales tirées des figures sont présentées ci-dessous. Le tableau 2 comprend les estimations pondérées de la prévalence globale et par sexe (pour 1 000 habitants) pour chacun des problèmes de santé.

SANTÉ AUTOÉVALUÉE

En réponse à la question « En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou médiocre? », à chaque groupe d'âge et pour les deux sexes, entre 86 % et 90 % des participants ont répondu que leur santé était bonne, très bonne ou excellente. Les participants à l'ÉLCV devaient également évaluer leur « vieillissement en santé » en répondant à la question suivante : « En ce qui concerne votre propre vieillissement en santé, diriez-vous qu'il est excellent, très bon, bon, passable ou médiocre? » Dans chaque sous-groupe selon l'âge et le sexe, au moins 89 % des participants ont déclaré que leur vieillissement en santé était bon, très bon ou excellent.

AFFECTIONS MUSCULO-SQUELETTIQUES (OSTÉOPOROSE/POLYARTHRITE RHUMATOÏDE)

Dans le cadre de l'ÉLCV, les femmes étaient beaucoup plus susceptibles d'autodéclarer un diagnostic d'ostéoporose. La proportion augmentait avec l'âge, passant de moins de 3 % chez les femmes de 45 à 59 ans à près de 30 % chez les femmes du groupe d'âge le plus avancé (de 80 à 85 ans). La proportion d'hommes ayant déclaré l'ostéoporose était inférieure à 6 % dans chaque groupe d'âge, même si une augmentation en fonction de l'âge a également été observée (de 0,66 % dans le groupe d'âge le plus jeune à 5,97 %

dans le groupe d'âge le plus avancé). Ce profil reflète ce qu'on connaît de l'épidémiologie de l'ostéoporose¹⁰; la prévalence est plus faible chez les hommes et l'incidence augmente chez les deux sexes en fonction de l'âge. Les données de Statistique Canada révèlent des estimations semblables; la prévalence globale de l'ostéoporose chez les hommes est de 3,4 %, passant de 2,5 % chez les hommes de 50 à 70 ans à 5,3 % chez les hommes âgés de 71 ans et plus. Les estimations correspondantes chez les femmes sont de 19,2 % globalement, passant de 14,7 % chez les femmes âgées de 50 à 70 ans à 29,5 % chez les femmes âgées de 71 ans et plus¹¹. Ces valeurs correspondent largement aux résultats de l'ÉLCV au départ. Chez les hommes, l'autodéclaration peut représenter un sous-diagnostic, étant donné que les proportions de prévalence fondées sur la densité osseuse sont considérablement plus élevées. Par exemple, dans l'étude CaMOS, les hommes de plus de 70 ans présentaient une prévalence de 8 %¹². Veuillez consulter le tableau 2a pour les estimations de la prévalence dans lesquelles la prépondérance chez les femmes est confirmée et les intervalles de confiance propres au sexe ne se chevauchent pas.

Pour la polyarthrite rhumatoïde, la différence en fonction du sexe était semblable; la polyarthrite rhumatoïde était toutefois déclarée plus fréquemment chez les femmes. La prévalence augmente avec l'âge, passant de 3 % dans le groupe d'âge le plus jeune à près de 7 % dans le groupe d'âge le plus avancé. Chez les hommes, les valeurs correspondantes sont de 1,7 % dans le groupe d'âge le plus jeune et de 4,7 % dans le groupe d'âge le plus avancé. Veuillez consulter le tableau 2a pour les estimations de la prévalence. Comme pour l'ostéoporose, la prépondérance chez les femmes est confirmée et les intervalles de confiance ne se chevauchent pas.

AFFECTIONS RESPIRATOIRES (ASTHME/MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE)

Dans l'ÉLCV, le pourcentage de déclaration d'asthme était stable parmi les groupes d'âge chez les femmes (15 et 16 %) jusqu'à l'âge de 70 ans, point auquel les participants plus âgés étaient moins susceptibles de déclarer avoir reçu un diagnostic d'asthme (de 10 à 13 %). Le profil était semblable chez les hommes : de 10 à 12 % ont déclaré l'affection dans les groupes d'âge plus jeunes et ce pourcentage chutait à 8 ou 9 % après l'âge de 75 ans. Veuillez consulter le tableau 2a pour les estimations de la prévalence. L'estimation de la prévalence à vie de l'asthme était beaucoup plus élevée chez les femmes que chez les hommes (134,9 cas pour 1 000 habitants comparativement à 100,5 cas pour 1 000 habitants avec des intervalles de confiance ne se chevauchant pas).

Pour la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), le pourcentage de participants ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de MPOC variait de moins de 5 % dans les groupes d'âge plus jeunes (< 55 ans) à 9 % dans les groupes d'âge les plus avancés (70 ans et plus). Les données non pondérées n'indiquent que de faibles variations entre les hommes et les femmes. Dans le tableau 2a, on observe une prévalence de MPOC légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Ce résultat diffère de la documentation actuelle¹³ et nécessite une évaluation plus approfondie dans le cadre de l'ÉLCV.

MALADIES CARDIOVASCULAIRES HYPERTENSION ARTÉRIELLE

La proportion de participants à l'ÉLCV ayant déclaré de l'hypertension artérielle était élevée et augmentait constamment avec l'âge chez les deux sexes, la prévalence étant plus élevée chez les hommes que chez les femmes sauf

dans les deux groupes d'âge les plus avancés (de 75 à 79 ans et de 80 à 85 ans). Avec l'âge, les pourcentages sont passés de 14,5 % (chez les femmes) et de 18,5 % (chez les hommes) dans les groupes d'âge plus jeunes à 61,3 % et à 55,7 %, respectivement, dans les groupes d'âge plus avancés. Veuillez consulter le tableau 2b pour les estimations de la prévalence.

Maladie du cœur

La déclaration de maladie du cœur présentait une différence marquée entre les sexes. Cette différence devenait particulièrement apparente en fonction de l'âge. Dans le groupe d'âge de 60 à 64 ans, les hommes étaient deux fois plus susceptibles que les femmes de déclarer un diagnostic de maladie du cœur (12,5 % par rapport à 6,8 %, respectivement). La probabilité de maladie du cœur augmentait avec l'âge chez les deux sexes. Veuillez consulter le tableau 2b pour les estimations de la prévalence dans lesquelles la prépondérance chez les hommes est confirmée (estimation de la prévalence dans la population : 113,3 cas pour 1 000 habitants chez les hommes et 68,5 cas pour 1 000 habitants chez les femmes).

Maladie vasculaire périphérique

La déclaration d'un diagnostic de maladie vasculaire périphérique augmentait en fonction de l'âge, mais les variations entre les hommes et les femmes étaient faibles. Les femmes déclaraient cette affection légèrement plus souvent. Les pourcentages de déclaration par groupe d'âge variaient de 3,87 % à 12,80 % chez les femmes et de 2,57 % à 11,22 % chez les hommes. Veuillez consulter le tableau 2b pour les estimations de la prévalence.

DIABÈTE

La proportion de personnes ayant déclaré le diabète était systématiquement plus élevée chez les hommes que chez les femmes, particulièrement au sein des groupes d'âge plus avancés. Parmi les femmes, la proportion ayant déclaré le diabète (par groupe d'âge) variait de 8 % à 18 % comparativement à une variation de 9 % à 24 % chez les hommes. Le tableau 2b indique que la prévalence du diabète au sein de la population cible de l'ÉLCV était élevée : prévalence globale de 153,4 cas pour 1 000 habitants, plus élevée chez les hommes (166,2 cas pour 1 000 habitants) que chez les femmes (141,3 cas pour 1 000 habitants) et les intervalles de confiance ne se chevauchent pas.

Pathologies neurologiques

MALADIE DE PARKINSON

La proportion de participants à l'ÉLCV ayant déclaré le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson est inférieure à 1 % chez les femmes parmi tous les groupes d'âge. On a observé une augmentation de 0,08 % à 0,78 % parmi les groupes d'âge. Chez les hommes, le pourcentage de déclaration est plus élevé dans les groupes d'âge les plus avancés, dans lesquels le taux est le double de celui observé chez les femmes. Chez les hommes, les résultats variaient de 0,08 % à 1,16 %. Le tableau 2c présente les estimations pondérées de la prévalence globale et par sexe. L'estimation de la prévalence globale est faible (0,36 %, IC à 95 % : de 0,28 % à 0,44 %) et la prépondérance chez les hommes a été confirmée.

SCLÉROSE EN PLAQUES

Pour la sclérose en plaques (SP), l'ÉLCV indique que le ratio femmes:hommes bien connu est d'au moins 2:1 dans tous les groupes d'âge à l'exception du groupe des 75 à 79 ans. La déclaration de la sclérose en plaques, contrairement à la plupart des autres affections, n'augmentait pas

en fonction de l'âge. En effet, on observe une forte baisse de la déclaration chez les groupes d'âge plus avancé. Cela pourrait s'expliquer par une mortalité accrue chez les personnes atteintes de sclérose en plaques grave depuis un bon moment. Cette baisse pourrait également être attribuable à la probabilité accrue de placement en établissement à un âge plus avancé chez les personnes atteintes de sclérose en plaques depuis de nombreuses années (les personnes résidant dans des établissements ont été exclues de l'ÉLCV au départ). Cette diminution en fonction de l'âge est observée chez les hommes comme chez les femmes. Dans le tableau 2c, on estime à 0,59 % (IC à 95 % : de 0,5 % à 0,69 %) la prévalence de la sclérose en plaques chez les Canadiens de 45 à 85 ans vivant dans la collectivité. La prévalence de la sclérose en plaques est le plus souvent signalée sous forme de valeur pour 100 000 habitants. À l'aide des données de l'ÉLCV et des pondérations d'échantillonnage, on estime la prévalence de la sclérose en plaques à 590 cas pour 100 000 habitants (de 490 cas pour 100 000 habitants à 700 cas pour 100 000 habitants). Ces valeurs sont supérieures à d'autres données canadiennes^{14,15}. Pour interpréter ces valeurs élevées, il faut garder à l'esprit qu'en plus d'exclure les personnes placées en établissement au départ, l'ÉLCV n'inclut pas les participants qui étaient âgés de moins de 45 ans au moment du recrutement.

ÉPILEPSIE

La déclaration d'un diagnostic d'épilepsie dans le cadre de l'ÉLCV ne présente pas de profil particulier en ce qui concerne le sexe ou le groupe d'âge. Le pourcentage de participants ayant déclaré un diagnostic d'épilepsie était inférieur à 1,15 % dans tous les groupes d'âge et chez les deux sexes. Dans le tableau 2c, on observe une prévalence globale de 0,91 % (IC à 95 % :

de 0,78 % à 1,05 %). L'estimation de la prévalence au sein de la population diminue en fonction de l'âge. Comme pour la sclérose en plaques, la répartition par âge de l'ÉLCV est très différente de celle généralement utilisée dans les études de prévalence portant sur l'épilepsie dans lesquelles les adultes plus jeunes et les enfants sont inclus.

MIGRAINE

Les femmes ont fréquemment déclaré des migraines dans le cadre de l'ÉLCV à des pourcentages variant de 12 % (dans le groupe d'âge le plus avancé) à 22 % (dans le groupe d'âge le plus jeune). La fréquence de déclaration chez les femmes diminuait visiblement en fonction de l'âge. Le même profil de diminution de la fréquence de déclaration a été observé chez les hommes, mais la fréquence est plus faible dans chaque groupe d'âge (c.-à-d. de 4,40 % dans le groupe d'âge le plus avancé à 8,65 % dans le groupe d'âge le plus jeune). Dans le tableau 2c, on observe une différence marquée entre les hommes (78,4 cas pour 1 000 habitants) et les femmes (203,6 cas pour 1 000 habitants) qui a été confirmée par les intervalles de confiance ne se chevauchant pas.

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC)/ ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE (AIT)

Dans le cadre de la déclaration d'AVC et d'AIT, il faut faire preuve de prudence étant donné que ces accidents peuvent se produire plus d'une fois chez une même personne. En effet, l'AIT est souvent un précurseur d'AVC. De la façon dont la question a été posée, une personne ayant subi plusieurs AIT ou AVC ne serait comptée qu'une seule fois, ce qui indique un potentiel de sous-déclaration en l'absence de renseignements supplémentaires sur le nombre de tels accidents. Dans l'ensemble, on observe une augmentation de la déclaration d'AVC en fonction de l'âge. De plus, le pourcentage de déclaration est systématiquement plus élevé chez les hommes. Cet écart

entre les sexes devient plus apparent à partir de l'âge de 65 ans. Les taux déclarés sont faibles; les valeurs (par rapport au groupe d'âge) variaient de $\leq 0,50$ % dans les groupes d'âge plus jeune pour les deux sexes à 3 % chez les femmes et à 4,95 % chez les hommes à des groupes d'âge plus avancé.

Il est intéressant de noter que le pourcentage de déclaration de l'AIT est très semblable chez les hommes et les femmes et qu'il augmente en fonction de l'âge. Il variait de $\leq 0,5$ % dans le groupe d'âge de 45 à 49 ans à 10 % dans le groupe d'âge le plus avancé (80 à 85 ans) pour les hommes et les femmes.

Le tableau 2c présente les estimations pondérées de la prévalence pour l'AVC et l'AIT. Ces résultats confirment l'écart entre les sexes, en particulier pour l'AVC.

Troubles psychiatriques

TROUBLE DE L'HUMEUR

Dans l'ÉLCV, la question était la suivante : « Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint d'un trouble de l'humeur comme la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou dysthymie? » Une réponse positive à cette question ne permet pas de différencier ces affections. La fréquence de la réponse positive à cette question était plus élevée chez les femmes dans tous les groupes d'âge. Chez les hommes comme chez les femmes, les pourcentages les plus élevés ont été observés dans le groupe d'âge de 55 à 59 ans (24,7 % chez les femmes et 15,3 % chez les hommes). La fréquence diminuait dans les groupes d'âge plus avancé et la fréquence la plus faible a été observée dans le groupe d'âge plus avancé (10,7 % chez les femmes et 5,9 % chez les hommes). Le tableau 2d présente l'estimation de la prévalence (globale et par sexe) fondée sur les pondérations

d'échantillonnage de l'ÉLCV. La prévalence du trouble de l'humeur chez les femmes a été estimée à 193,9 cas pour 1 000 habitants (186,4, 201,5) tandis qu'elle est beaucoup plus faible chez les hommes, à une valeur de 122,4 cas pour 1 000 habitants (115,9, 129,1).

TROUBLE ANXIEUX

Dans l'ÉLCV, la question portant sur le trouble anxieux était la suivante : « Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint d'un trouble anxieux comme la phobie, le trouble obsessionnel-compulsif ou le trouble panique? » Dans l'ensemble, la fréquence de déclaration diminuait en fonction de l'âge. La déclaration était plus fréquente chez les femmes. Chez les femmes, les pourcentages par groupe d'âge diminuaient, passant de 12,41 % à 5,80 %. Chez les hommes, les valeurs correspondantes sont 7 % et 2,47 %. Le tableau 2d présente l'estimation de la prévalence (globale et par sexe) fondée sur les pondérations d'échantillonnage de l'ÉLCV. Encore une fois, la prévalence varie selon le sexe, les femmes présentant une prévalence plus élevée (98,9 cas pour 1 000 habitants) que les hommes (59,6 cas pour 1 000 habitants) et les intervalles de confiance ne se chevauchent pas.

Affections gastro-intestinales

ULCÈRES GASTRIQUES/INTESTINAUX

La fréquence de déclaration des ulcères gastriques/intestinaux augmentait en fonction de l'âge, à l'exception d'une légère diminution dans le groupe d'âge plus avancé. Ce profil a été observé chez les hommes comme chez les femmes et la fréquence était très semblable dans chaque groupe d'âge. Le pourcentage de déclaration variait de 5,56 % à 9,65 % chez les femmes et de 5,13 % à 10,40 % chez les hommes. Chez les

deux sexes, la fréquence de déclaration maximale a été observée dans le groupe d'âge de 75 à 79 ans. Le tableau 2e présente l'estimation de la prévalence (globale et par sexe) fondée sur les pondérations d'échantillonnage de l'ÉLCV; la similarité de la prévalence entre les hommes et les femmes a été confirmée.

TROUBLES INTESTINAUX

La question portant sur les troubles intestinaux était la suivante : « Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint d'un trouble intestinal comme la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse ou le syndrome du côlon irritable? » Malheureusement, une réponse positive à cette question ne permet pas de différencier ces troubles. Les femmes ont répondu positivement environ deux fois plus fréquemment que les hommes; les pourcentages variaient de 10,42 % à 14,50 % chez les femmes comparativement à une variation de 5,65 % à 6,68 % chez les hommes. On n'a observé aucun profil significatif par rapport à l'âge. Le tableau 2e présente l'estimation de la prévalence (globale et par sexe) fondée sur les pondérations d'échantillonnage de l'ÉLCV; la prépondérance chez les femmes a été confirmée à l'aide de ratio de prévalence femmes:hommes de 2:1. Cette question a été modifiée dans les vagues de surveillance de l'ÉLCV.

Néphropathie

Les déclarations de néphropathie étaient légèrement plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. La fréquence de déclaration augmentait en fonction de l'âge et variait de 1,49 % à 5,42 % chez les hommes. Chez les femmes, elle variait de 1,46 % à 5,07 %. Le tableau 2e présente l'estimation des prévalences (globale et par sexe) fondée sur les pondérations d'échantillonnage de l'ÉLCV. Chez les hommes de 45 à 85 ans, l'estimation de la prévalence était de

27 cas pour 1 000 habitants (24, 30,2), tandis que chez les femmes, l'estimation comparable était de 22,3 cas pour 1 000 habitants (19,8, 24,9).

HYPERTHYROÏDIE

Dans le cadre de l'ÉLCV, on a posé la question suivante à tous les participants : « Un médecin vous a-t-il déjà dit que votre glande thyroïde était HYPERactive (affection souvent appelée hyperthyroïdie ou maladie de Graves)? » Les femmes étaient plus susceptibles de déclarer l'hyperthyroïdie. On a observé une légère augmentation de la déclaration en fonction de l'âge; elle atteint un pic dans le groupe d'âge de 70 à 74 ans puis elle décline dans les groupes d'âge les plus avancés. Chez les hommes, on observait une légère variation en fonction de l'âge, mais les taux déclarés sont légèrement plus élevés dans les groupes d'âge les plus avancés. Pour l'ensemble des groupes d'âge, la fréquence de déclaration était inférieure à 2 % chez les hommes. Chez les femmes, la fréquence variait entre 3 % et 4,5 %. Le tableau 2f présente l'estimation de la prévalence (globale et par sexe) fondée sur les pondérations d'échantillonnage de l'ÉLCV. La prépondérance de l'hyperthyroïdie chez les femmes a été confirmée; le ratio de prévalence femmes:hommes est d'environ 3:1 et les intervalles de confiance ne se chevauchent pas.

HYPOTHYROÏDIE

Dans le cadre de l'ÉLCV, on a posé la question suivante : « Un médecin vous a-t-il déjà dit que l'activité de votre glande thyroïde était INSUFFISANTE (affection parfois appelée hypothyroïdie ou myxœdème)? » La déclaration de l'hypothyroïdie était plus fréquente chez les femmes, variant de 12,5 % à 25 % dans le groupe d'âge le plus avancé. Chez les hommes, des taux plus élevés ont également été observés à un âge plus avancé (variation de 2,5 % à 10,8 %). Le tableau 2f présente l'estimation de la prévalence (globale et

par sexe) fondée sur les pondérations d'échantillonnage de l'ÉLCV. Comme pour l'hyperthyroïdie, l'estimation de la prévalence de l'hypothyroïdie dans la population dans le cadre de l'ÉLCV était trois fois plus élevée chez les femmes (165,4 cas pour 1 000 habitants) que chez les hommes (49,1 cas pour 1 000 habitants) et les intervalles de confiance ne se chevauchaient pas.

Cancer

Cette section présente les résultats des réponses à la question « Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint d'un cancer? » Si les participants répondaient positivement à cette question, on leur demandait « Vous avez reçu un diagnostic de quel(s) type(s) de cancer? » Nous n'aborderons toutefois pas cette question ici. Comme pour d'autres questions (AVC, AIT), les personnes peuvent avoir présenté plus d'un type de cancer. Cette question ne permet de compter ces personnes qu'une fois. La déclaration positive augmentait en fonction de l'âge. Au sein des groupes d'âge plus jeunes (45 à 69 ans), la déclaration était plus fréquente chez les femmes, tandis qu'au sein des groupes d'âge plus avancé, la fréquence était plus élevée chez les hommes. Le pourcentage de femmes ayant répondu positivement variait de 6,2 % à 24,4 %, tandis que chez les hommes l'intervalle correspondant est de 3,2 % à 33,9 %. Le tableau 2f présente l'estimation de la prévalence (globale et par sexe) fondée sur les pondérations d'échantillonnage de l'ÉLCV. Étant donné la façon dont la question a été posée, on peut considérer les résultats présentés dans le tableau 2f comme représentant la prévalence estimée de tout cancer. Dans l'ensemble, la prévalence estimée était de 132,6 cas pour 1 000 habitants, elle était plus élevée chez les femmes (143 cas pour 1 000 habitants) que chez les hommes (121,6 cas pour 1 000 habitants) et les

intervalles de confiance ne se chevauchaient pas. La prévalence des cancers individuels fera l'objet d'une étude plus approfondie.

Vision

Le chapitre 8 (Incapacité, fonction physique et les chutes) présente l'autoévaluation de la vision. Dans la présente section, nous abordons les cataractes, le glaucome et la dégénérescence maculaire à partir des questions d'autodéclaration posées.

CATARACTE

La déclaration de cataracte augmentait considérablement en fonction de l'âge chez les deux sexes, en particulier après 60 ans. La déclaration de cataractes était plus fréquente chez les femmes, variant de 2,50 % à 79,71 % dans le groupe d'âge le plus avancé. Chez les hommes, elle variait de 2,03 % à 67,30 %. Le tableau 2g présente l'estimation de la prévalence (globale et par sexe) fondée sur les pondérations d'échantillonnage de l'ÉLCV. L'estimation de la prévalence des cataractes dans la population cible de l'ÉLCV est de 206 cas pour 1 000 habitants (201,5, 210,6) et on observe un écart important entre les hommes et les femmes. La prévalence estimée était beaucoup plus élevée chez les femmes (237,5 cas pour 1 000 habitants) que chez les hommes (172,4 cas pour 1 000 habitants).

GLAUCOME

Chez les deux sexes, la fréquence de déclaration d'un diagnostic de glaucome augmentait en fonction de l'âge et présentait une légère prédominance chez les femmes. Le taux de déclaration du glaucome variait de 1,19 % chez les femmes de 45 à 49 ans à 13,72 % dans le groupe d'âge le plus avancé. Chez les hommes, ce taux variait de 0,54 % dans le groupe d'âge le plus jeune à 11,85 % chez ceux âgés de 80 à 85 ans. Le

tableau 2g présente l'estimation de la prévalence (globale et par sexe) fondée sur les pondérations d'échantillonnage de l'ÉLCV. La prévalence estimée était plus élevée chez les femmes (42,2 cas pour 1 000 habitants) que chez les hommes (35,7 cas pour 1 000 habitants) et les intervalles de confiance se chevauchaient minimalement.

Dégénérescence maculaire

Comme pour les cataractes et le glaucome, le pourcentage de déclaration d'un diagnostic de dégénérescence maculaire augmentait en fonction de l'âge. On a observé une prépondérance chez les femmes à partir du groupe d'âge de 70 à 74 ans. Chez les femmes, la fréquence de déclaration par groupe d'âge variait de 0,80 % dans le groupe d'âge le plus jeune à 17,03 % chez celles âgées de 80 à 85 ans. Chez les hommes, les valeurs correspondantes sont 0,75 % et 11,80 %. Le tableau 2g présente l'estimation de la prévalence (globale, par sexe et par groupe d'âge) fondée sur les pondérations d'échantillonnage de l'ÉLCV. L'estimation de la prévalence confirme la prépondérance globale chez les femmes (37,2 cas pour 1 000 habitants comparativement à 27,7 cas pour 1 000 habitants chez les hommes avec des intervalles de confiance ne se chevauchant pas).

Discussion

Les profils de réponses aux questions d'auto-déclaration pour les maladies chroniques correspondaient pour la plupart aux tendances de la population selon le groupe d'âge et le sexe. Toutefois, dans certains cas, la pondération des données à l'aide des pondérations d'échantillonnage a produit des estimations de la prévalence qui différaient des autres données accessibles. Il existe plusieurs explications possibles; certaines sont pertinentes pour toutes les affections, tandis que d'autres ne sont pertinentes que pour

des affections particulières. Le groupe d'âge de l'ÉLCV au départ convient le mieux à l'estimation de la prévalence de maladies à apparition tardive chez l'adulte, et les résultats présentés ici appuient cette affirmation. Il est important d'interpréter les résultats en fonction du groupe d'âge de l'étude au départ. L'exclusion des personnes vivant dans un établissement au départ constitue une autre considération importante. Ce critère peut exclure des personnes atteintes d'affections associées à une incapacité importante à un âge plus avancé (p. ex. maladie de Parkinson, sclérose en plaques). Finalement, la méthode de collecte de données dans l'ÉLCV a probablement servi de filtre en ce qui concerne les capacités des personnes à y participer. Les personnes recrutées dans l'évaluation globale devaient visiter un Site de collecte de données dans le cadre de leur évaluation de départ. La capacité de se rendre à un Site de collecte de données peut être liée à une incapacité au départ. Les personnes faisant partie de l'évaluation de surveillance, dont l'évaluation se faisait au moyen d'entrevues téléphoniques, n'avaient pas à se déplacer à l'extérieur de leur domicile. Elles auraient donc pu y participer même en présence d'une incapacité qui aurait empêché leur participation à l'évaluation globale.

L'utilisation de l'autodéclaration du diagnostic d'une affection ou d'une maladie constitue une autre limite. Pour certaines affections, des questions supplémentaires sur les symptômes de la maladie étaient incluses et des algorithmes de diagnostic ont été créés. Une activité actuelle importante dans le cadre de l'ÉLCV est la mise en œuvre d'algorithmes de diagnostic au fur et à mesure que les données sur les médicaments et les biomarqueurs deviennent accessibles pour valider l'autodéclaration. Dans le cadre d'une récente étude¹⁶ visant à examiner l'exactitude d'un diagnostic autodéclaré de sclérose en plaques, on

comparait les personnes ayant déclaré un diagnostic de sclérose en plaques à celles n'en ayant pas déclaré au moyen d'une série de mesures sur lesquelles la sclérose en plaques aurait une influence (p. ex. transfert assis-debout, force de préhension, acuité visuelle, équilibre debout, marche sur 4 mètres et test « up and go » minuté). Les résultats indiquent que les personnes ayant autodéclaré la sclérose en plaques ont produit des résultats significativement pires pour chacune des mesures, sauf une.

En général, on reconnaît que les participants aux études d'observation présentent souvent un niveau plus élevé de santé et de richesse que les non-participants. Cela pourrait être le cas pour l'ÉLCV. Dans une publication récente, Fry *et al.* (2017)¹⁷ ont examiné la « représentativité » de la biobanque du Royaume-Uni et ont constaté que les participants à la biobanque du Royaume-Uni étaient moins démunis sur le plan socioéconomique et moins susceptibles de présenter des facteurs de risques négatifs liés au mode de vie, y compris l'obésité, le tabagisme et la consommation quotidienne d'alcool. Ils ont également constaté que les participants présentaient moins de problèmes de santé autodéclarés ainsi qu'une prévalence plus faible de plusieurs maladies chroniques. Ils ont conclu que la prudence était de mise dans l'estimation de la prévalence de maladies chroniques fondée sur la biobanque du Royaume-Uni en raison du biais de volontaires en santé. Cependant, ils ont également conclu que des évaluations valides des relations entre l'exposition et la maladie pouvaient être effectuées.

Dans le présent chapitre, nous présentons les analyses préliminaires qui ne sont sous-divisées que par groupe d'âge et par sexe et sont fondées sur l'autodéclaration des participants à l'ÉLCV. Des analyses plus approfondies sont en cours; elles tiennent compte de mesures plus objectives

de la maladie (p. ex. absorptiométrie à rayons X en double énergie [DEXA], tension artérielle mesurée, etc.) ainsi que de symptômes de la maladie inclus dans l'évaluation des participants dans l'évaluation globale. Le lecteur est invité à consulter le site Web de l'ÉLCV à l'adresse www.clsa-elcv.ca/fr pour prendre connaissance des résumés des projets approuvés. Au fur et à mesure de la progression de l'étude et de l'accumulation de davantage de vagues de collecte de données, le milieu de la recherche a l'occasion d'étudier, outre l'incidence des maladies, l'influence des problèmes de santé existants sur le processus de vieillissement. Cet aperçu préliminaire de la fréquence des problèmes de santé sélectionnés déclarés par les participants à l'ÉLCV au départ et de la cohérence des résultats par rapport à ceux d'autres recherches publiées confirme que l'ÉLCV constitue un excellent mode de recherche pour l'étude du processus de vieillissement.

Références

1. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. **Mortality prediction with a single general self-rated health question.** A meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2006;21(3):267-275. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x
2. Bailis DS, Segall A, Chipperfield JG. **Two views of self-rated general health status.** *Soc Sci Med.* 2003;56(2):203-217.
3. Raina PS, Wolfson C, Kirkland SA, et al. **The Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA).** *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement.* 2009;28(Special Issue 03):221-229. doi:10.1017/S0714980809990055
4. Oremus M, Postuma R, Griffith L, et al. **Validating chronic disease ascertainment algorithms for use in the Canadian longitudinal study on aging.** *Can J Aging.* 2013;32(3):232-239. doi:10.1017/S0714980813000275
5. Keezer MR, Pelletier A, Stechysin B, Veilleux M, Jetté N, Wolfson C. **The diagnostic test accuracy of a screening questionnaire and algorithm in the identification of adults with epilepsy.** *Epilepsia.* 2014;55(11):1763-1771. doi:10.1111/epi.12805
6. Raina PS, Wolfson C, Kirkland SA, et al. **Ascertainment of chronic diseases in the Canadian longitudinal study on aging (CLSA), systematic review.** *Can J Aging.* 2009;28(3):275-285. doi:10.1017/S071498080999002X
7. Salive ME. **Multimorbidity in older adults.** *Epidemiol Rev.* 2013;35:75-83. doi:10.1093/epirev/mxs009
8. Wister AV, Levasseur M, Griffith LE, Fyffe I. **Estimating multiple morbidity disease burden among older persons: a convergent construct validity study to discriminate among six chronic illness measures.** CCHS 2008/09. *BMC Geriatrics.* 2015;15:12. doi:10.1186/s12877-015-0001-8
9. Wolfson C, Fereshtehnejad S-M, Pasquet R, Postuma R, Keezer M. **The high burden of neurological disease in the older general population: Results from the CLSA.** *In Preparation.* 2018.
10. Holroyd C, Cooper C, Dennison E. **Epidemiology of osteoporosis.** *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2008;22(5):671-685. doi:10.1016/j.beem.2008.06.001
11. Garriguet D. **Bone health: osteoporosis, calcium and vitamin D.** *Health Rep.* 2011;22(3):7-14.
12. Tenenhouse A, Joseph L, Kreiger N, et al. **Estimation of the prevalence of low bone density in Canadian women and men using a population-specific DXA reference standard: the Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos).** *Osteoporos Int.* 2000;11(10):897-904.
13. Raheerison C, Girodet P-O. **Epidemiology of COPD.** *European Respiratory Review.* 2009;18(114):213-221. doi:10.1183/09059180.00003609
14. Beck CA, Metz LM, Svenson LW, Patten SB. **Regional variation of multiple sclerosis prevalence in Canada.** *Mult Scler.* 2005; 11(5):516-519 doi:10.1191/1352458505ms1192oa
15. Poppe AY, Wolfson C, Zhu B. **Prevalence of multiple sclerosis in Canada: a systematic review.** *Can J Neurol Sci.* 2008;35(5):593-601.
16. Finn N, Wolfson C, Levesque-Roy M. **Estimation of the Prevalence of Multiple Sclerosis in the Aged Population (aged 45-85) in Canada – Results from the Canadian Longitudinal Study on Aging.** *In Preparation.* 2018.
17. Fry A, Littlejohns TJ, Sudlow C, et al. **Comparison of Sociodemographic and Health-Related Characteristics of UK Biobank Participants With Those of the General Population.** *Am J Epidemiol.* 2017;186(9): 1026-1034. doi:10.1093/aje/kwx246

TABLEAU 1 LISTE DES MALADIES CHRONIQUES AUTODÉCLARÉES DANS L'ÉLCV DONT TIENT COMPTE LE PRÉSENT RAPPORT

Maladies musculo-squelettiques	Polyarthrite rhumatoïde Ostéoporose
Affections respiratoires	Asthme MPOC
Affections cardiovasculaires	Hypertension artérielle Maladie vasculaire périphérique Maladie du cœur Diabète
Troubles neurologiques	Maladie de Parkinson Sclérose en plaques Épilepsie Migraine AVC Mini-AVC ou AIT
Troubles psychiatriques	Trouble de l'humeur Trouble anxieux
Affections gastro-intestinales	Ulcères gastriques/intestinaux Trouble intestinal
Néphropathie	
Cancer	
Affections endocriniennes	Hyperthyroïdie Hypothyroïdie
Troubles de la vision	Cataractes Glaucome Dégénérescence maculaire

TABLEAU 2A PRÉVALENCE À VIE DE CERTAINES MALADIES MUSCULO-SQUELETTIQUES ET RESPIRATOIRES AUTO-DÉCLARÉES, PAR 1000 HABITANTS

	Ostéoporose	Polyarthrite rhumatoïde	Asthme	MPOC
	Prévalence (IC à 95 %)	Prévalence (IC à 95 %)	Prévalence (IC à 95 %)	Prévalence (IC à 95 %)
Tous	84.9 (81.4, 88.7)	43.6 (40.7, 46.6)	118.2 (113.7, 122.8)	54.6 (51.6, 57.7)

Par sexe

Hommes	25.1 (22.1, 28.1)	36.8 (33.0, 40.9)	100.5 (94.5, 106.7)	50.4 (46.4, 54.4)
Femmes	141.4 (135.1, 147.8)	50.1 (45.8, 54.5)	134.9 (128.2, 141.6)	58.6 (54.3, 63.1)

TABLEAU 2B PRÉVALENCE À VIE DE CERTAINES MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET DU DIABÈTE AUTO-DÉCLARÉS, POUR 1000 HABITANTS

	Hypertension artérielle	Maladie du cœur	Maladie vasculaire périphérique	Diabète
	Prévalence (IC à 95 %)	Prévalence (IC à 95 %)	Prévalence (IC à 95 %)	Prévalence (IC à 95 %)
Tous	340.5 (334.2, 346.6)	90.2 (86.6, 93.9)	60.1 (56.9, 63.4)	153.4 (148.5, 158.4)

Par sexe

Hommes	350.4 (341.2, 359.6)	113.3 (107.7, 119.2)	55.4 (51.1, 59.9)	166.2 (159.2, 173.3)
Femmes	330.9 (322.3, 339.5)	68.5 (64.0, 73.05)	64.6 (60.1, 69.3)	141.3 (134.6, 148.1)

TABLEAU 2C PRÉVALENCE À VIE DE CERTAINS TROUBLES NEUROLOGIQUES AUTO-DÉCLARÉS, POUR 1000 HABITANTS

	Maladie de Parkinson	Sclérose en plaques	Épilepsie	Migraine	AVC	Mini-AVC ou AIT
	Prévalence (IC à 95 %)					
Tous	3.6 (2.8, 4.4)	5.9 (5.0, 6.9)	9.1 (7.8, 10.5)	142.9 (137.9,147.9)	15.8 (14.1,17.5)	26.5 (24.5, 28.5)

Par sexe

Hommes	4.6 (3.3, 6.1)	3.5 (2.6, 4.5)	8.9 (7.2, 10.9)	78.4 (72.8, 84.2)	19.0 (16.4, 21.8)	28.9 (25.9, 32.2)
Femmes	2.5 (1.7, 3.5)	8.2 (6.7, 10.0)	9.2 (7.4, 11.1)	203.6 (195.3,211.7)	12.7 (10.7, 14.8)	24.1 (21.6, 26.8)

TABLEAU 2D PRÉVALENCE À VIE DE CERTAINS TROUBLES PSYCHIATRIQUES AUTO-DÉCLARÉS, POUR 1000 HABITANTS

	Trouble de l'humeur	Trouble anxieux
	Prévalence (IC à 95 %)	Prévalence (IC à 95 %)
Tous	159.2 (154.2, 164.4)	79.9 (76.1, 83.6)

Par sexe

Hommes	122.4 (115.9, 129.1)	59.6 (54.9, 64.5)
Femmes	193.9 (186.4, 201.5)	98.9 (93.1, 104.8)

TABLEAU 2E PRÉVALENCE À VIE DE CERTAINES MALADIES GASTRO-INTESTINALES AUTO-DÉCLARÉES, POUR 1000 HABITANTS

	Ulcères gastriques /intestinaux	Trouble intestinal	Néphropathie
	Prévalence (IC à 95 %)	Prévalence (IC à 95 %)	Prévalence (IC à 95 %)
Tous	70.6 (67.1, 74.2)	83.5 (79.7, 87.40)	24.6 (22.7, 26.6)
Par sexe			
Hommes	73.0 (67.8, 78.4)	54.2 (49.7, 58.8)	27.0 (24.0, 30.2)
Femmes	68.3 (63.7, 73.2)	111.0 (104.8, 117.2)	22.3 (19.8, 24.9)

TABLEAU 2F PRÉVALENCE À VIE DE L'HYPERTHYROÏDIE, DE L'HYPOTHYROÏDIE ET DU CANCER AUTO-DÉCLARÉS, POUR 1000 HABITANTS

	Hyperthyroïdie	Hypothyroïdie	Cancer
	Prévalence (IC à 95 %)	Prévalence (IC à 95 %)	Prévalence (IC à 95 %)
Tous	20.4 (18.6, 22.3)	109.0 (104.8, 113.0)	132.6 (128.0, 137.2)
Par sexe			
Hommes	10.9 (8.9, 13.2)	49.1 (45.1, 53.3)	121.6 (115.8, 127.8)
Femmes	29.2 (26.2, 32.4)	165.4 (158.6, 172.2)	143.0 (136.4, 149.6)

TABLEAU 2G PRÉVALENCE À VIE DES TROUBLES DE LA VUE, POUR 1000 HABITANTS

	Cataractes	Glaucome	Dégénérescence maculaire
	Prévalence (IC à 95 %)	Prévalence (IC à 95 %)	Prévalence (IC à 95 %)
Tous	206.0 (201.5, 210.6)	39.1 (36.6, 41.6)	32.6 (30.4, 34.8)
Par sexe			
Hommes	172.4 (166.2, 178.8)	35.7 (32.5, 39.2)	27.7 (24.9, 30.6)
Femmes	237.5 (231.1, 244.3)	42.2 (38.6, 45.9)	37.2 (33.8, 40.5)

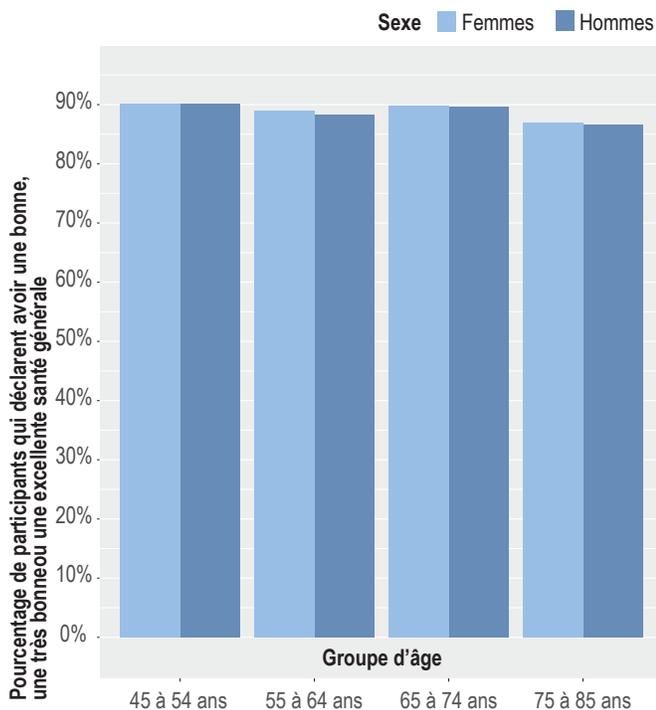


Figure 1 – Pourcentage de participants qui déclarent avoir une bonne, une très bonne ou une excellente santé générale stratifié par âge et sexe

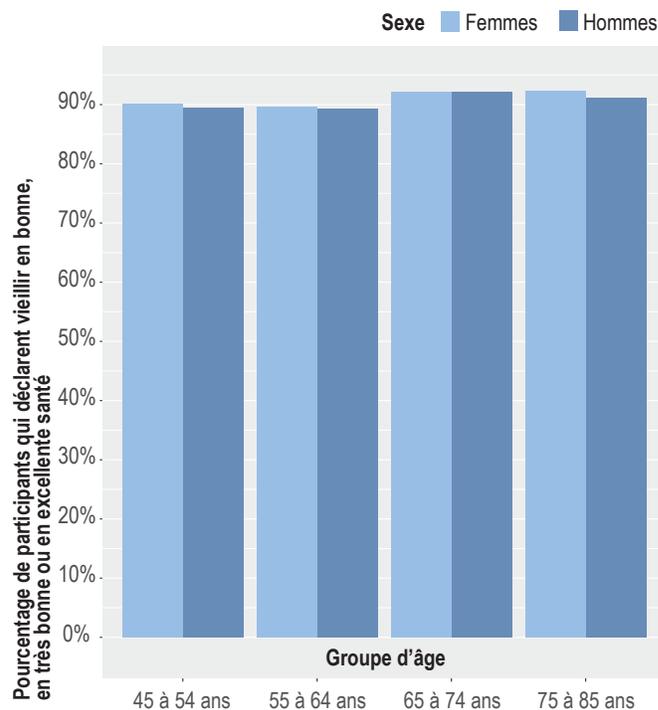


Figure 2 – Pourcentage de participants qui déclarent vieillir en bonne, en très bonne ou en excellente santé stratifié par âge et sexe

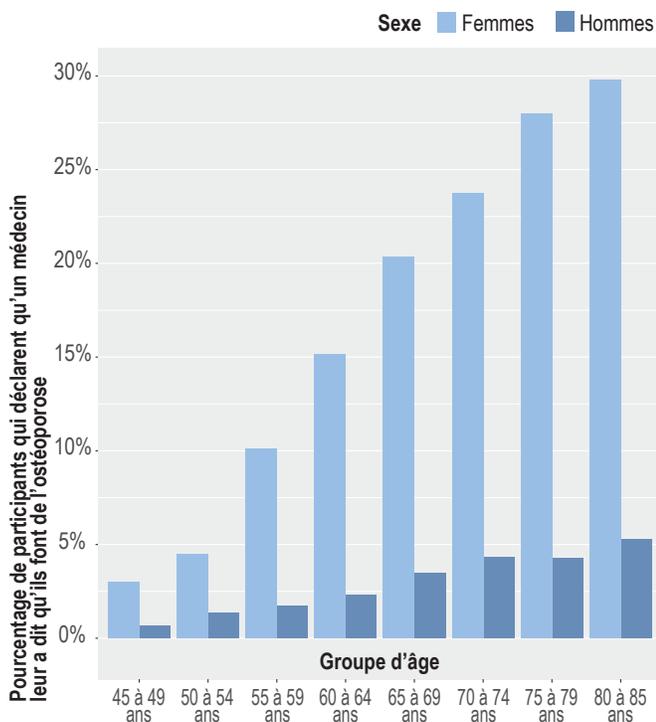


Figure 3 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont de l'ostéoporose stratifié par âge et sexe

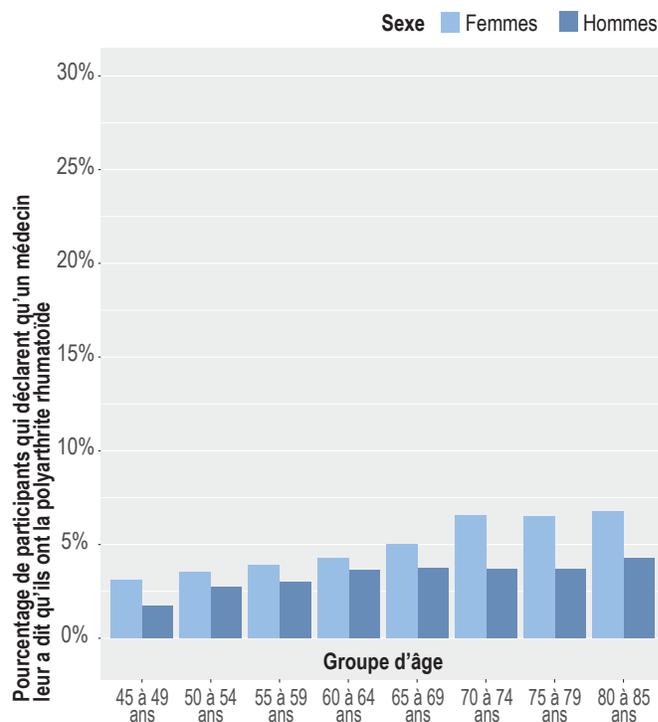


Figure 4 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont la polyarthrite rhumatoïde stratifié par âge et sexe

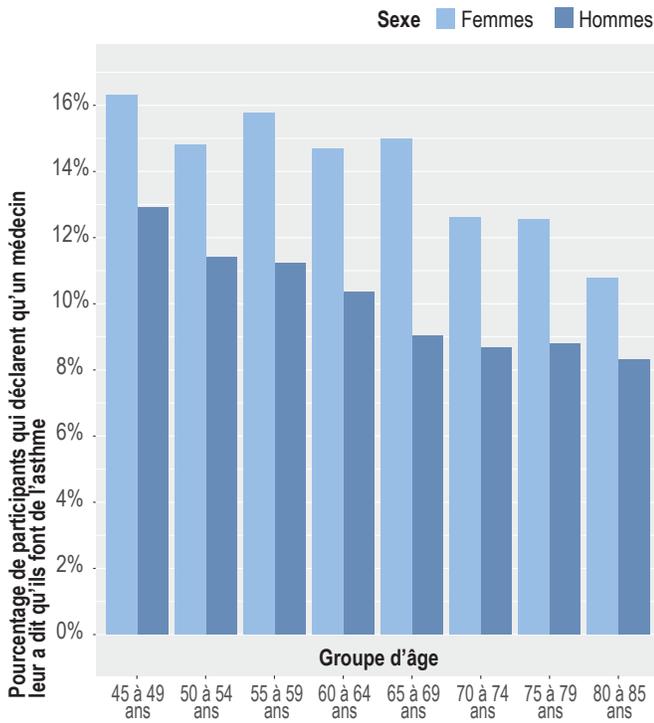


Figure 5 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils font de l'asthme stratifié par âge et sexe

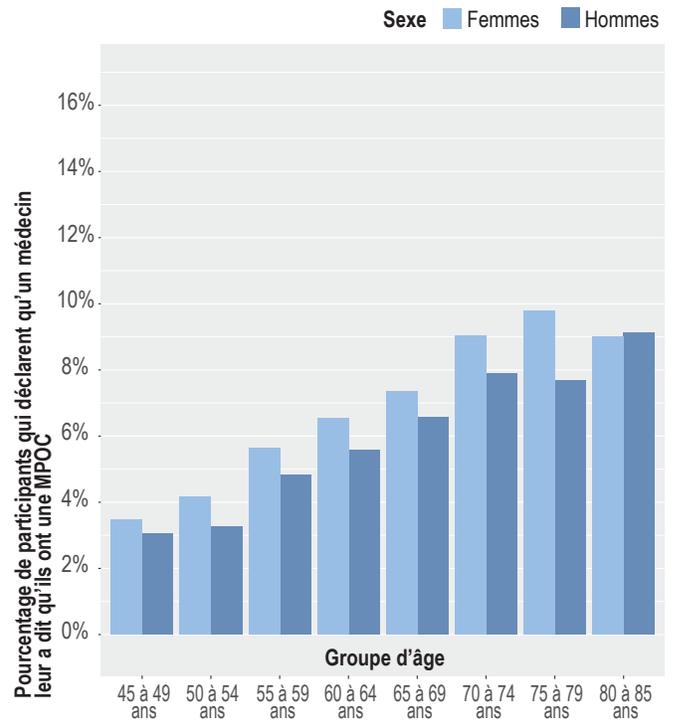


Figure 6 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont une MPOC stratifié par âge et sexe

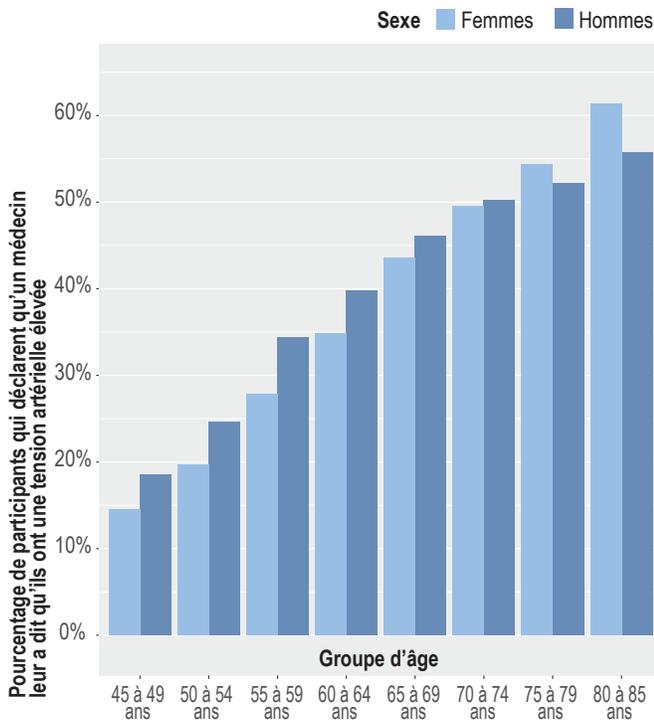


Figure 7 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont une tension artérielle élevée stratifié par âge et sexe

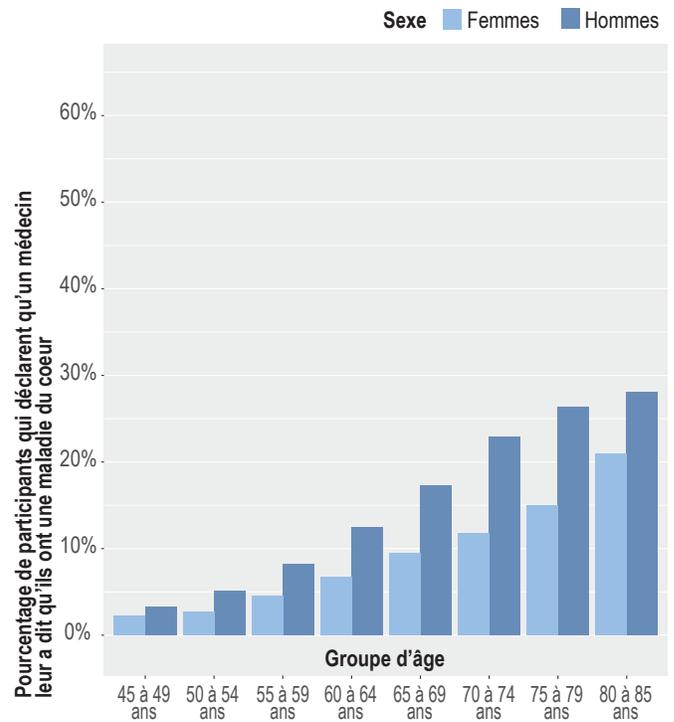


Figure 8 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont une maladie du coeur stratifié par âge et sexe

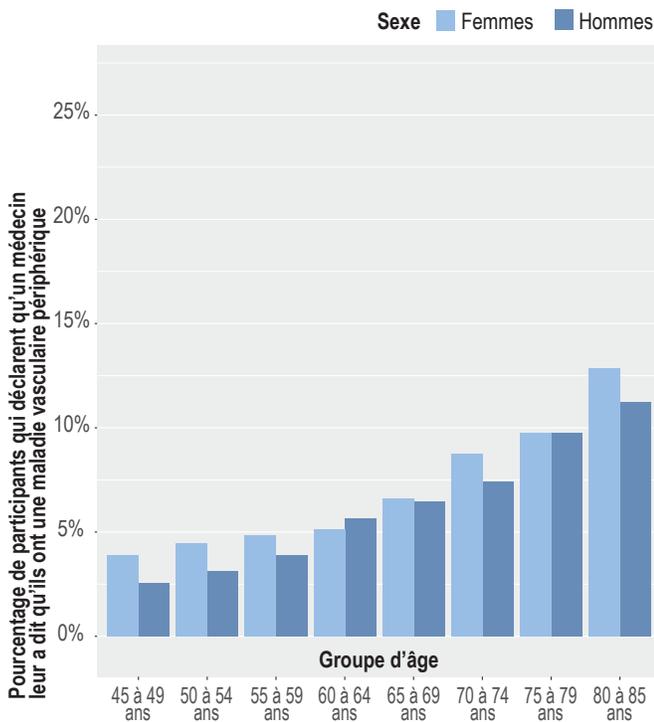


Figure 9 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont une maladie vasculaire périphérique stratifié par âge et sexe

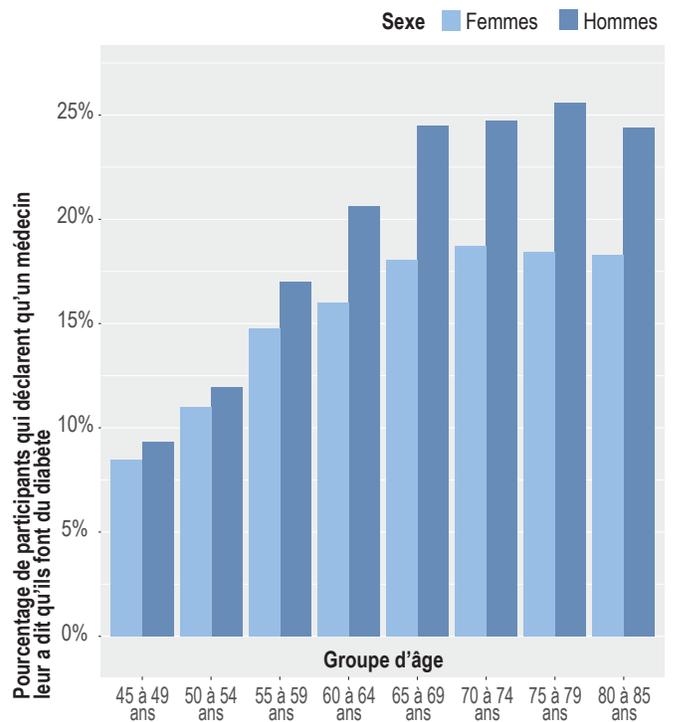


Figure 10 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils font du diabète stratifié par âge et sexe

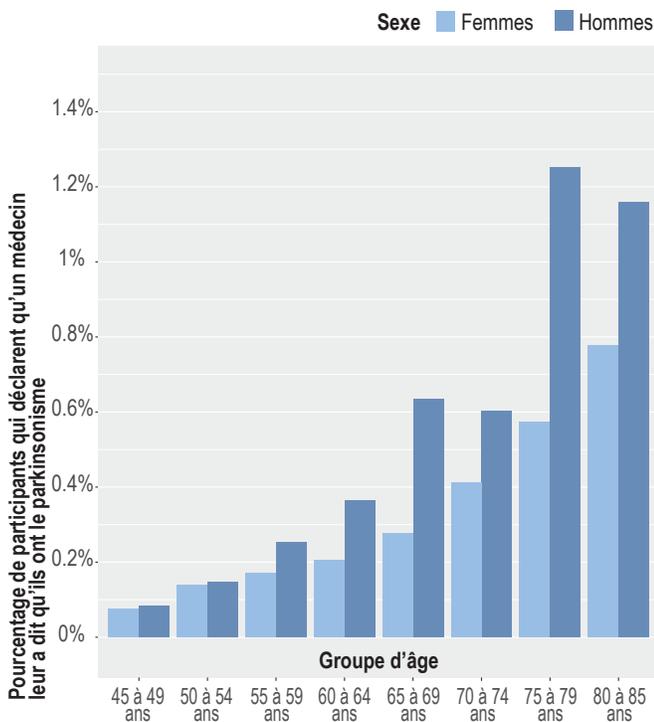


Figure 11 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont le parkinsonisme stratifié par âge et sexe

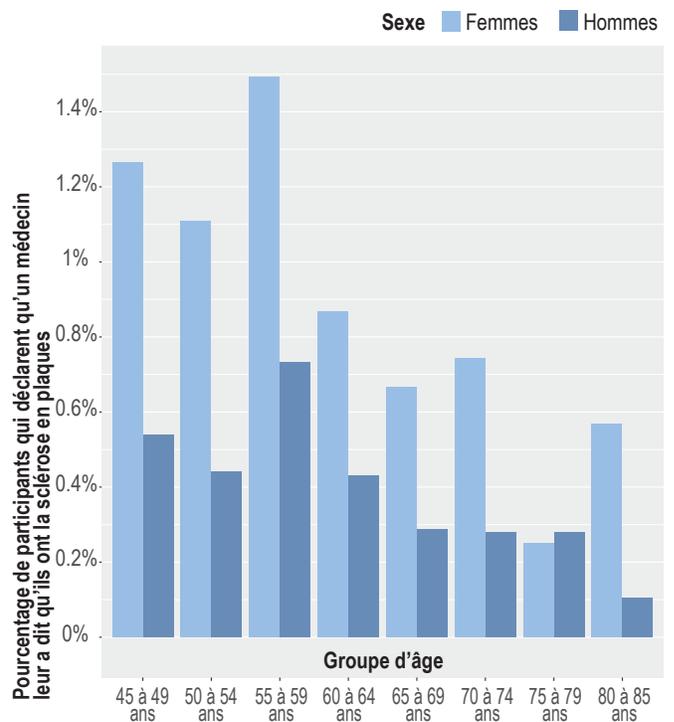


Figure 12 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont la sclérose en plaques stratifié par âge et sexe

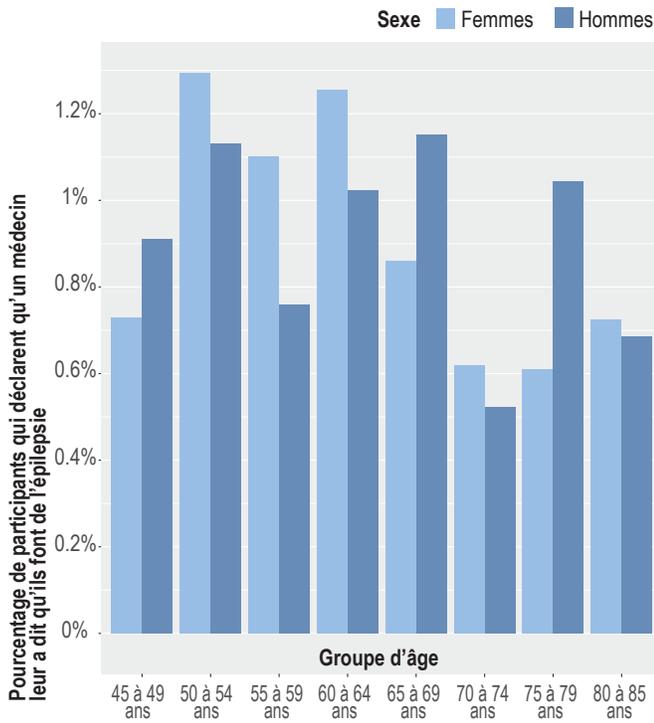


Figure 13 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils font de l'épilepsie stratifié par âge et sexe

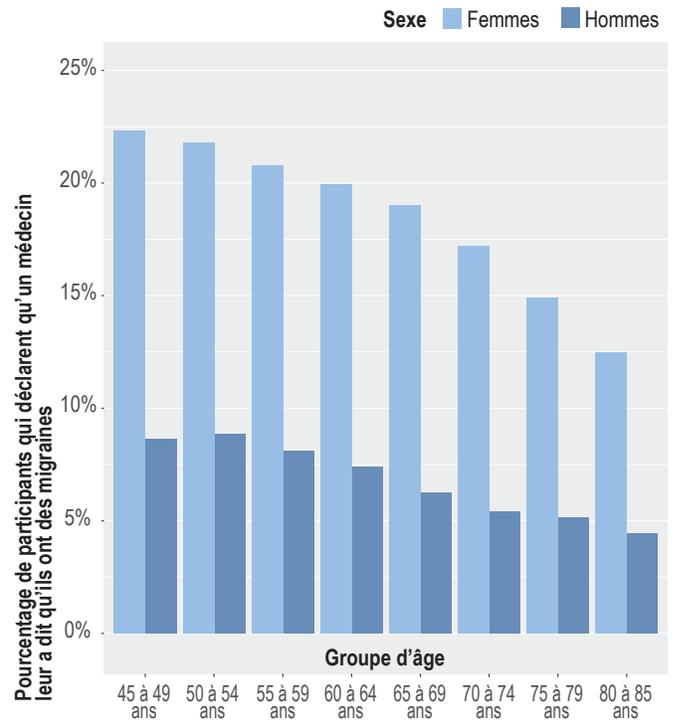


Figure 14 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont des migraines stratifié par âge et sexe

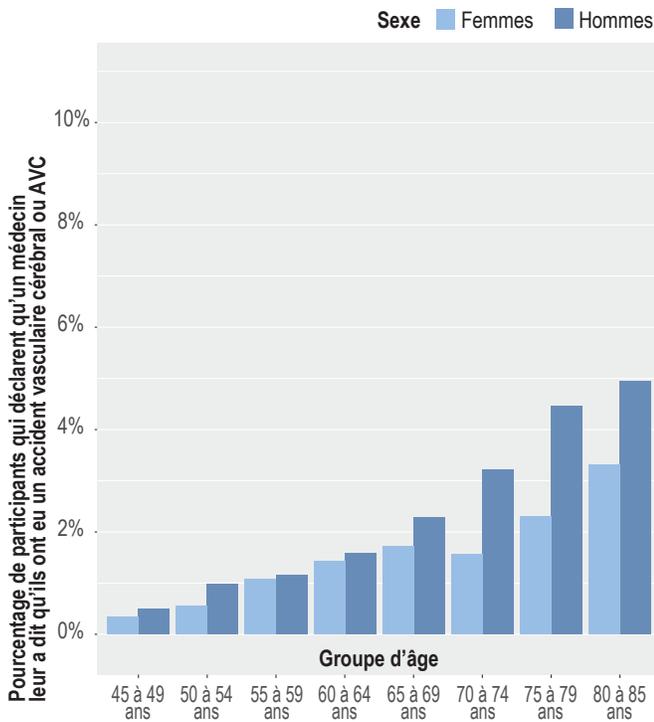


Figure 15 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont eu un accident vasculaire cérébral ou AVC stratifié par âge et sexe

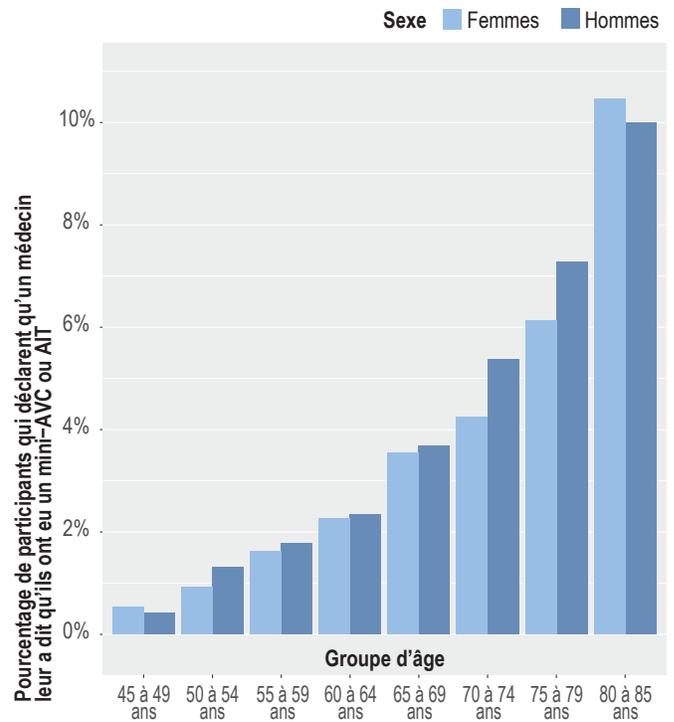


Figure 16 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont eu un mini-AVC ou AIT stratifié par âge et sexe

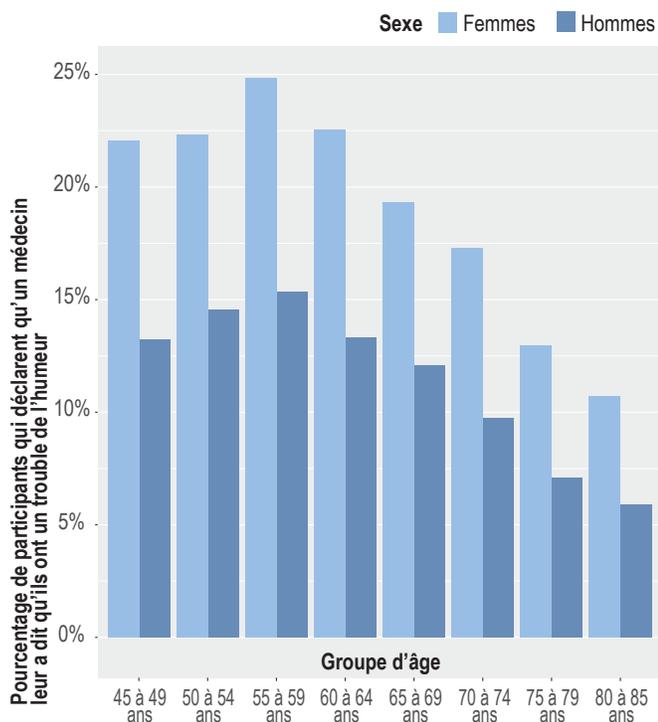


Figure 17 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont un trouble de l'humeur stratifié par âge et sexe

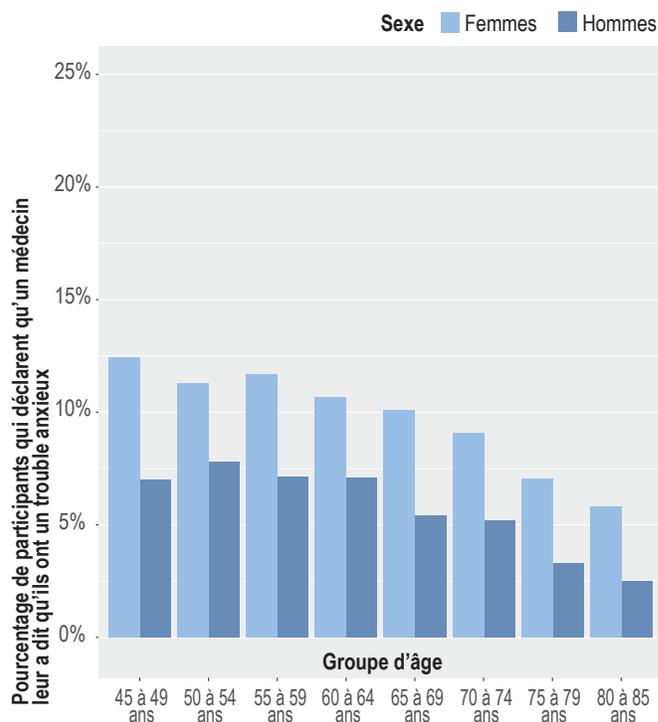


Figure 18 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont un trouble anxieux stratifié par âge et sexe

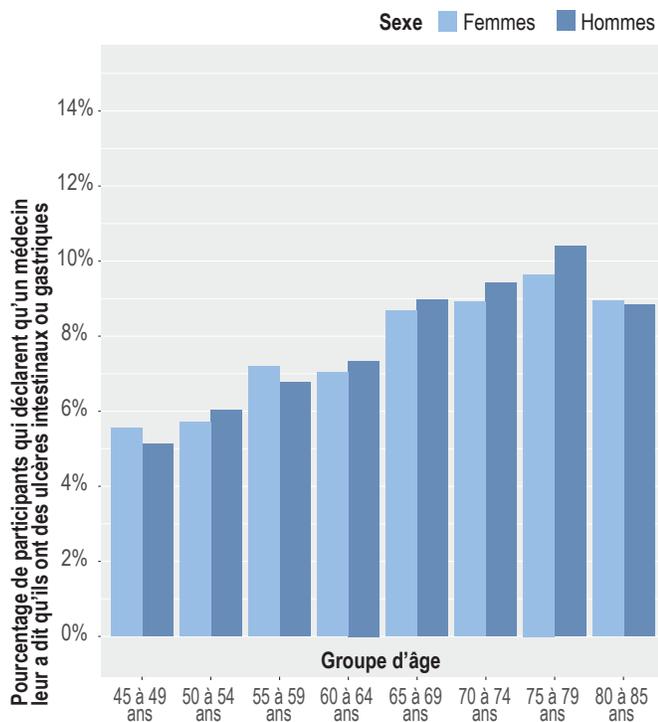


Figure 19 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont des ulcères intestinaux ou gastriques stratifié par âge et sexe

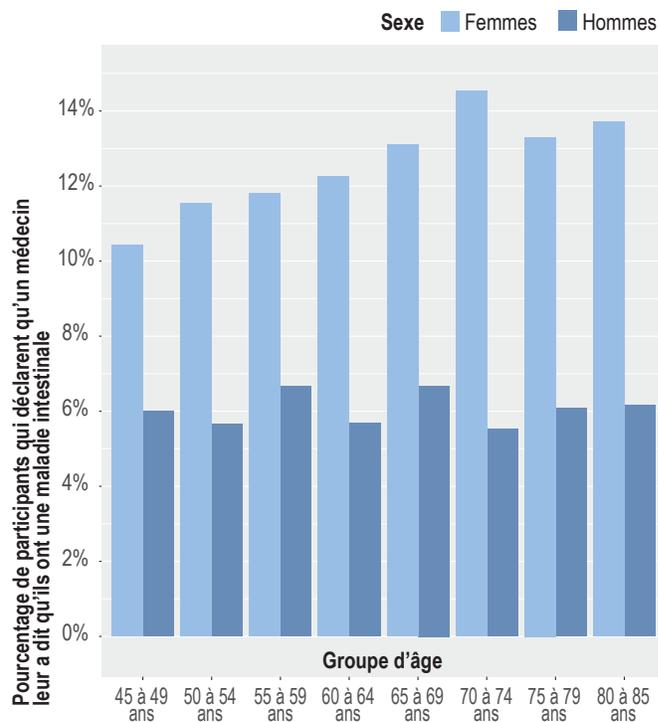


Figure 20 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont une maladie intestinale stratifié par âge et sexe

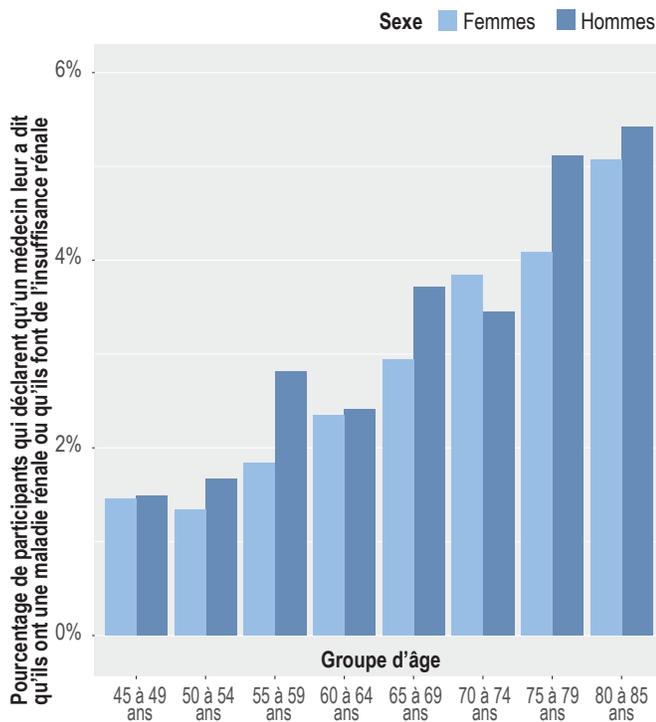


Figure 21 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont une maladie rénale ou qu'ils font de l'insuffisance rénale stratifié par âge et sexe

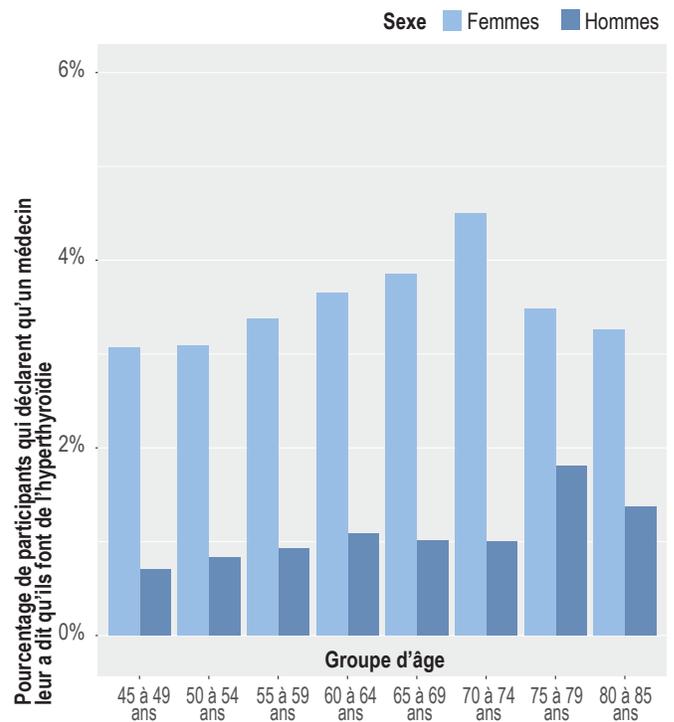


Figure 22 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils font de l'hyperthyroïdie stratifié par âge et sexe

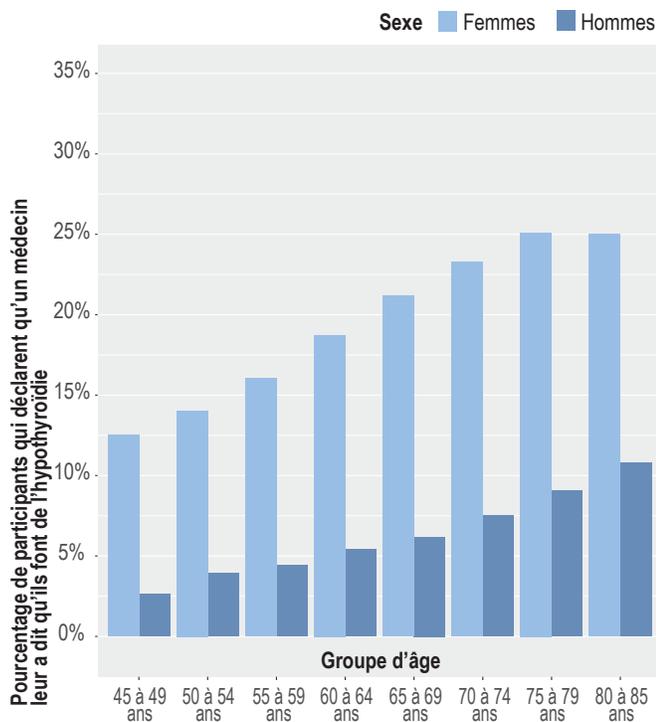


Figure 23 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils font de l'hypothyroïdie stratifié par âge et sexe

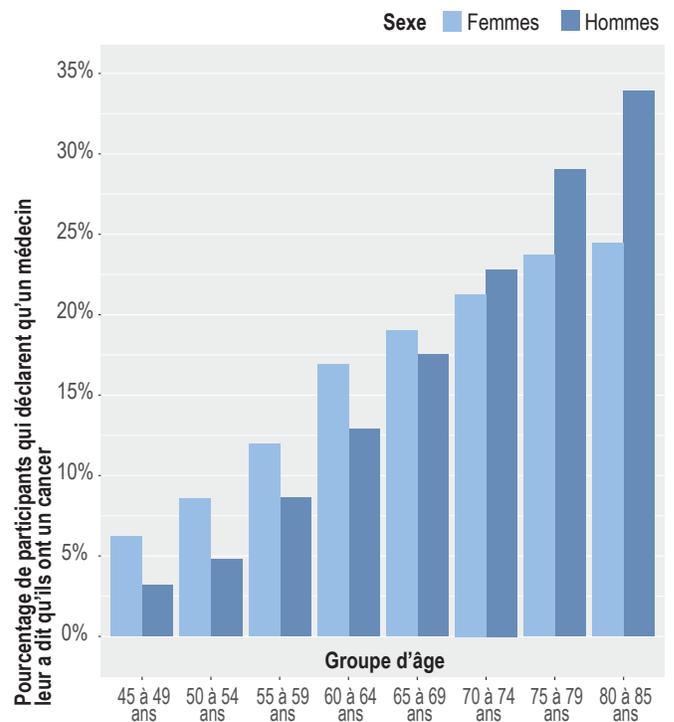


Figure 24 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont un cancer stratifié par âge et sexe

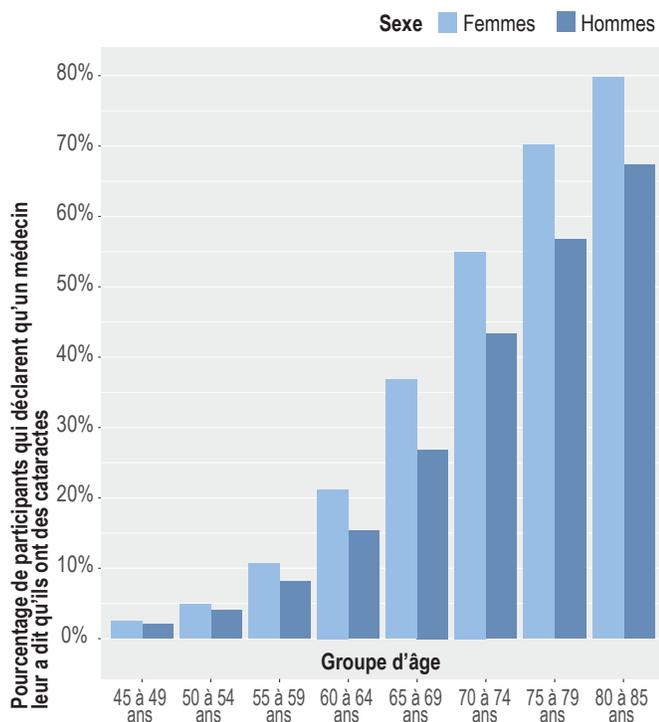


Figure 25 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont des cataractes stratifié par âge et sexe

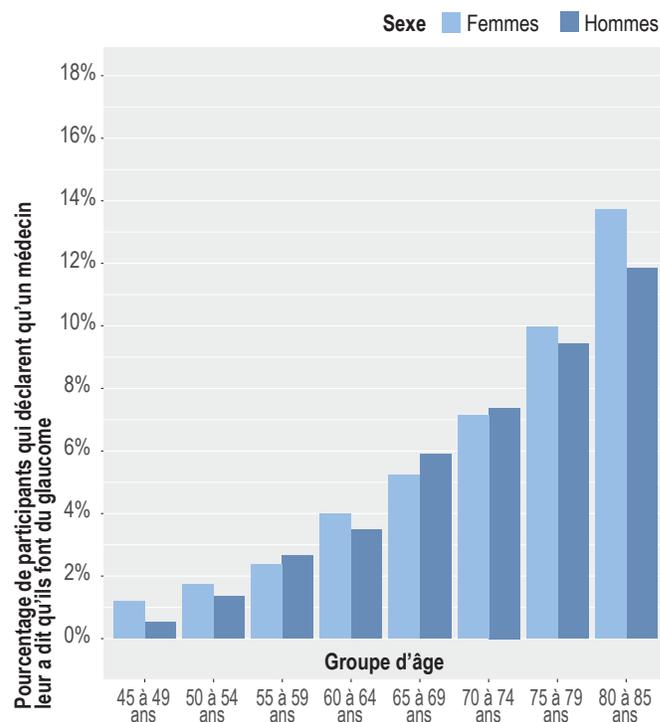


Figure 26 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils font du glaucome stratifié par âge et sexe

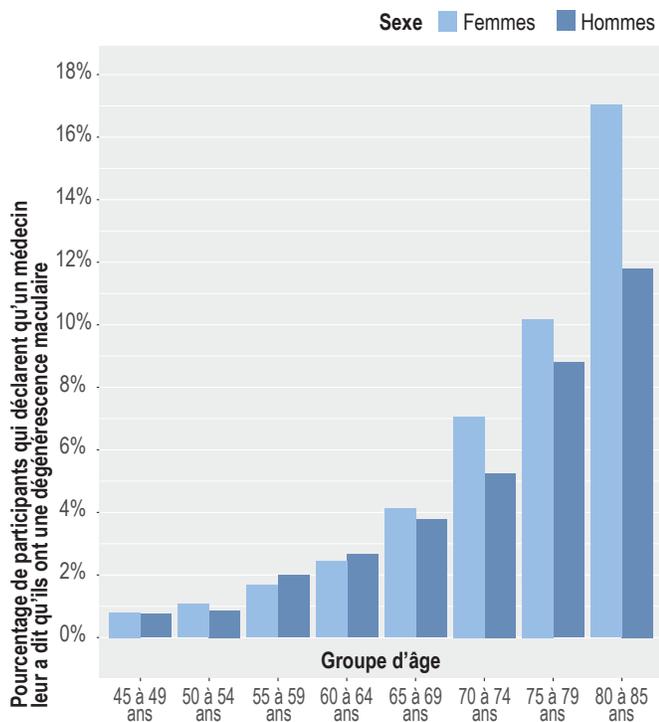


Figure 27 – Pourcentage de participants qui déclarent qu'un médecin leur a dit qu'ils ont une dégénérescence maculaire stratifié par âge et sexe



8

Fonctions physiques, incapacité, et chutes

Alexandra Mayhew *Université McMaster*
Parminder Raina *Université McMaster*



Fonctions physiques, incapacité, et chutes

Principaux points saillants

Ce chapitre présente la prévalence des limites dans les activités de la vie quotidienne et les activités domestiques et de l'état fonctionnel évalué par un questionnaire. La valeur moyenne ainsi que les quartiles de la performance physique évaluée par des tests sont également fournis. Il présente des statistiques descriptives portant sur la fréquence des chutes, sur l'utilisation d'appareils fonctionnels, sur la vision et l'audition autoévaluées ainsi que sur les soins à domicile et les autres types de soins reçus. Tous les résultats s'appuient sur des analyses effectuées à partir des données initiales recueillies pour l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV). Les résultats présentés dans ce chapitre montrent ce qui suit :

- La prévalence des limites dans les activités de la vie quotidienne et les activités domestiques était plus faible chez les adultes plus jeunes que chez les adultes plus âgés. Seulement 5,2 % des participants âgés de 45 à 54 ans ont indiqué avoir une ou plusieurs limites dans les activités de la vie quotidienne ou les activités domestiques, alors que 22,4 % des participants âgés de 75 ans et plus ont signalé des limites.
- Les femmes étaient plus souvent limitées que les hommes dans les activités de la vie quotidienne ou les activités domestiques. Parmi les femmes, 12,7 % ont indiqué avoir au moins une limite dans les activités de la vie quotidienne ou les activités domestiques, contre 5,1 % des hommes. La prévalence des limites était comparable entre les activités de la vie quotidienne (5,8 %) et les activités domestiques (5,6 %).
- Les limites les plus courantes dans les activités de la vie quotidienne étaient de ne pas être capable de parcourir deux à trois pâtés de maisons à pied et de ne pas réussir à arriver aux toilettes à temps. La limite la plus fréquente dans les activités domestiques était de ne pas pouvoir faire le ménage ou aller magasiner.
- Parmi les participants présentant une incapacité à effectuer des activités de la vie quotidienne ou des activités domestiques, 47,4 % recevaient des soins à domicile ou d'autres types de soins. La proportion de personnes vivant avec des limites et recevant de l'aide était semblable entre tous les groupes d'âge. Toutefois, la proportion de participants recevant des soins à domicile augmentait avec l'âge, passant de 17,9 % chez les 45 à 54 ans à 24,4 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus, tandis que la proportion de participants recevant d'autres types de soins diminuait avec l'âge, passant de

40,0 % chez les 45 à 54 ans à 34,1 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

- Malgré une plus faible proportion d'hommes indiquant être limités dans les activités de la vie quotidienne ou les activités domestiques, la proportion d'hommes ayant des limites qui recevait des soins à domicile (27,0 %) et d'autres types de soins (39,3 %) était plus importante que chez les femmes (23,4 % et 36,6 %, respectivement). De même, globalement, les hommes étaient plus susceptibles d'utiliser des aides à la mobilité (48,1 %) ou tout autre type d'appareil fonctionnel (59,8 %) que les femmes (41,9 % et 55,0 %, respectivement).
- Contrairement au questionnaire sur les activités de la vie quotidienne et les activités domestiques, qui demandait si les participants avaient besoin d'aide pour effectuer une tâche, le questionnaire sur l'état fonctionnel demandait si les participants avaient du mal à effectuer une tâche. Une proportion plus importante de participants a indiqué avoir au moins une limite fonctionnelle d'après le questionnaire sur l'état fonctionnel (51,4 %) que d'après le questionnaire sur les activités de la vie quotidienne et les activités domestiques (9,0 %).
- Trois catégories différentes de limites fonctionnelles étaient évaluées : les limites des membres supérieurs, les limites des membres inférieurs et les limites liées à la dextérité. Sur l'ensemble des participants, les limites des membres inférieurs étaient les plus courantes (41,5 %), suivies par les limites des membres supérieurs (25,1 %) et les limites liées à la dextérité (7,0 %).
- Comme pour l'incapacité à effectuer les activités de la vie quotidienne ou les activités domestiques, les femmes étaient plus susceptibles de signaler au moins une limite aux fonctions physiques (52,5 %) que les hommes (44,5 %). La proportion des personnes ayant une limite augmentait aussi avec l'âge, passant de 38,2 % chez les 45 à 54 ans à 51,4 % chez les 75 ans et plus. Ces tendances concordaient pour les limites des membres supérieurs, des membres inférieurs et liées à la dextérité.
- Les hommes obtenaient de meilleurs résultats que les femmes aux tests de performance physique visant à évaluer l'allure, l'équilibre, le transfert assis-debout et la force de préhension. La performance était comparable entre les hommes et les femmes au test « up and go » minuté. La performance tous tests confondus diminuait à mesure que l'âge augmentait.
- Au total, 4,9 % des participants ont subi une blessure à la suite d'une chute au cours des 12 derniers mois. La prévalence des blessures résultant d'une chute était plus élevée chez les femmes que chez les hommes, mais elle était comparable entre tous les groupes d'âge.
- Le pourcentage de participants utilisant au moins un appareil fonctionnel d'aide à la mobilité (cane, fauteuil roulant, scooter électrique ou déambulateur) était de 10,2 % au total, les cannes étant les appareils les plus fréquemment utilisés (8,7 %). L'utilisation d'appareils fonctionnels d'aide à la mobilité augmentait avec l'âge, passant de 5,8 % chez les 45 à 54 ans à 23,2 % chez les 75 ans et plus.
- La prévalence d'une autoévaluation mauvaise ou passable était de 8,1 % pour la vision et de 10,9 % pour l'audition. Pour la vision et l'audition cumulées, le pourcentage de personnes indiquant avoir une vision ou une audition mauvaise ou passable augmentait avec l'âge : dans le groupe de 45 à 54 ans, 7,9 % des participants disaient avoir une vision mauvaise ou passable et 7,8 % disaient avoir une audition mauvaise ou passable, tandis que, chez les personnes âgées de 75 ans et plus, ces proportions passaient à 11,6 % et 17,7 %, respectivement. Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de signaler une vision mauvaise ou passable pour chaque catégorie d'âge, mais les hommes étaient plus susceptibles de déclarer avoir une mauvaise audition.

Introduction

Il n'existe pas de définition unique des fonctions physiques ou de l'incapacité qui soit adaptée à chaque contexte. Toutefois, deux cadres sont couramment utilisés pour conceptualiser ces notions chez les personnes âgées : le modèle du processus de production du handicap de Nagi et la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la Santé. Le modèle du processus de production du handicap de Nagi commence par un problème pathologique causé par une maladie ou une blessure, qui entraîne une déficience anatomique, physiologique, intellectuelle ou psychologique. Cette déficience limite les capacités ou la performance fonctionnelles, ce qui génère un handicap, défini par l'incapacité à remplir son rôle social et à effectuer des activités¹. De même, la CIF insiste lourdement sur l'interaction de l'individu avec son environnement. D'après la CIF, le terme *fonctionnement* renvoie à toutes les fonctions de l'organisme, structures corporelles, activités et participations, tandis que le *handicap* inclut les déficiences, les limites des activités et les restrictions de la participation².

Quel que soit le cadre utilisé pour conceptualiser les fonctions physiques et l'incapacité, les deux concepts sont importants pour garder son indépendance en vieillissant, ce qui est une préoccupation fondamentale pour les personnes âgées, ainsi que pour les services de santé et sociaux³. Les incapacités liées à l'âge ont de nombreuses répercussions sur la santé publique, y compris la demande accrue en matière de soins de santé⁴, la baisse de la qualité de vie⁵, l'augmentation des coûts des soins⁶ et la hausse de la mortalité⁷.

Aux fins du présent chapitre, nous avons effectué les distinctions suivantes entre les fonctions physiques et l'incapacité. L'incapacité fait référence aux tâches qui limitent la capacité de la personne à remplir son rôle social et à effectuer des activités. Dans l'ÉLCV, cette notion a été opérationnalisée sous la forme des activités de la vie quotidienne et des activités domestiques⁸. Les activités de la vie quotidienne se concentrent sur la capacité de la personne à s'occuper de ses soins personnels, notamment à se laver, à s'habiller, à faire sa toilette et à se nourrir⁹, tandis que les activités domestiques renvoient à des tâches plus complexes, comme magasiner, gérer son argent, faire les tâches ménagères et préparer les repas¹⁰. Les limites des fonctions physiques sont liées aux tâches particulières qui ne sont pas directement liées à la capacité de la personne à remplir son rôle social et à participer à des activités. Dans l'ÉLCV, deux mesures des limites des fonctions physiques ont été utilisées. La première est une évaluation, à partir d'un questionnaire, de la capacité des participants à effectuer des tâches sans difficulté; la seconde se compose de mesures de performance à différents tests (allure, test « up and go » minuté, équilibre, test du transfert assis-debout, force de préhension).

Ce chapitre décrit les mesures de l'incapacité et des fonctions physiques qui ont été utilisées lors de la collecte des données initiales de l'ÉLCV et présente les principales conclusions. Outre les fonctions physiques et l'incapacité, d'autres variables de l'ÉLCV qui sont importantes pour garder son indépendance ont été incluses dans ce chapitre. Parmi ces variables figurent les chutes, l'utilisation d'appareils fonctionnels d'aide à la mobilité, la vision et l'audition autoévaluées, ainsi que les soins à domicile et les autres types de soins reçus par les personnes présentant une incapacité. La prévalence ou les valeurs moyennes de

ces variables sont fournies en fonction de l'âge et du sexe. Les ensembles de données de l'évaluation globale de l'ÉLCV (version 2.1) et de l'évaluation de surveillance de l'ÉLCV (version 3.1) ont été utilisés pour les analyses présentées dans ce chapitre. Les données ont été pondérées à l'aide des coefficients de pondération combinés simplifiés de l'ÉLCV pour les analyses descriptives afin de calculer les estimations de la prévalence et sont présentées avec les fréquences non pondérées utilisées pour ces calculs. Les pourcentages de données manquantes étaient faibles et ont été supprimés des résumés des données pour chaque variable de façon à inclure le plus grand nombre possible de participants.

La population étudiée pendant la collecte des données initiales de l'ÉLCV se limite aux personnes vivant dans la collectivité et ne couvre pas les établissements. D'après le recensement du Canada, environ 7,9 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivaient dans des logements collectifs, tels que des résidences pour personnes âgées ou des établissements de soins de santé. Ce pourcentage augmentait à 43,5 % pour ce qui était des personnes âgées de 90 ans et plus¹¹. Par conséquent, le véritable fardeau pour la population associé à l'état fonctionnel limité, à l'incapacité et aux chutes est probablement plus élevé que ce que l'ÉLCV a constaté, en particulier dans les groupes d'âge avancé.

Définition et mesures des fonctions physiques et de l'incapacité à effectuer les activités de la vie quotidienne ou les activités domestiques

INCAPACITÉ À EFFECTUER LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE OU LES ACTIVITÉS DOMESTIQUES

Aux fins du présent chapitre, l'incapacité a été mesurée à l'aide des limites dans les activités de la vie quotidienne et dans les activités domestiques. Les limites dans les activités de la vie quotidienne ou les activités domestiques ont été évaluées au moyen d'un questionnaire adapté du Multidimensional Assessment Questionnaire des Older Americans Resources and Services (OARS)¹². Le questionnaire se compose de sept points évaluant les activités de la vie quotidienne et de sept points évaluant les activités domestiques (encadré 1). Pour chaque question, si le participant répondait qu'il était incapable d'effectuer la tâche de façon autonome, des questions de suivi étaient posées pour déterminer s'il était en mesure d'effectuer la tâche avec de l'aide ou s'il était complètement incapable d'effectuer la tâche sans aide. Pour ce qui était de la question relative à arriver aux toilettes à temps, la question de suivi demandait aux participants à quelle fréquence ils se faisaient dessus, les réponses possibles étant « jamais ou moins d'une fois par semaine », « une ou deux fois par semaine » ou « trois fois par semaine ou plus ». On a observé une corrélation étroite entre ces points et la capacité à prendre soin de soi-même mesurée par les physiothérapeutes (coefficient de Pearson = 0,89)¹³.

Encadré 1 – Questions relatives aux activités de la vie quotidienne et aux activités domestiques

Activités de la vie quotidienne

1. Êtes-vous capable de vous habiller et vous déshabiller sans aide (y compris choisir vos vêtements et enfiler des chaussettes et des chaussures)?
2. Êtes-vous capable de manger sans aide (c.-à-d. que vous êtes capable de vous nourrir complètement)?
3. Êtes-vous capable de prendre soin de votre apparence sans aide (par exemple, vous coiffer, vous raser dans le cas d'un homme)?
4. Êtes-vous capable de marcher sans aide?
5. Êtes-vous capable de vous coucher dans votre lit et de vous lever sans aide et sans appareil?
6. Êtes-vous capable de prendre un bain ou une douche sans aide?
7. Avez-vous parfois du mal à arriver aux toilettes à temps?

Activités domestiques

1. Êtes-vous capable d'utiliser un téléphone sans aide, y compris chercher un numéro et le composer?
2. Êtes-vous capable de vous rendre sans aide à des endroits trop loin pour y aller à pied (c.-à-d. que vous conduisez votre propre voiture, vous prenez le bus seul ou vous prenez un taxi)?
3. Êtes-vous capable d'aller à l'épicerie ou de magasiner pour acheter des vêtements sans aide (c.-à-d. que vous vous occupez seul de tous vos besoins de magasinage)?
4. Êtes-vous capable de préparer vos propres repas sans aide (c.-à-d. que vous planifiez et cuisinez des repas entiers vous-même)?
5. Êtes-vous capable de faire le ménage chez vous sans aide (p. ex., que vous pouvez nettoyer le sol)?

6. Êtes-vous capable de prendre vos propres médicaments sans aide (prendre les bonnes doses au bon moment)?
7. Êtes-vous capable de gérer votre propre argent sans aide (c.-à-d. que vous faites des chèques, vous payez des factures, etc.)?

Mesures des fonctions physiques

MESURES DES FONCTIONS PHYSIQUES À L'AIDE D'UN QUESTIONNAIRE

Les fonctions physiques peuvent être évaluées au moyen de mesures autodéclarées ou de tests de performance physique administrés par l'enquêteur. Bien que les tests de performance physique soient souvent considérés comme « objectifs » par opposition aux mesures autodéclarées qui sont « subjectives », les deux techniques permettent de prédire l'incapacité à effectuer les activités de la vie quotidienne ou les activités domestiques¹⁴⁻¹⁸, la nécessité d'être admis en maison de soins infirmiers ou de recevoir des soins à domicile, ainsi que la mortalité^{19,20}.

Les fonctions physiques autodéclarées ont été mesurées dans un sous-ensemble d'environ 20 000 participants à l'ÉLCV. Un questionnaire à 14 points a été adapté à partir de questions provenant de l'étude Framingham Disability Study²¹, de l'étude Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly²², du questionnaire Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand²³ et de questionnaires élaborés par Nagi¹ et par Rosow et Breslau²⁴ (encadré 2). Il a été démontré que ces échelles étaient fiables et présentaient une corrélation avec les mesures fondées sur les tests de performance²⁵⁻²⁹. Pour chaque question, on demandait aux participants s'ils avaient du mal à effectuer la tâche (oui ou non), mais ceux-ci

pouvaient aussi répondre qu'ils étaient incapables d'effectuer la tâche ou qu'ils ne l'effectuaient pas sur ordre de leur médecin. Si un participant répondait qu'il avait du mal à effectuer la tâche, on lui demandait d'évaluer le degré de difficulté entre « un peu difficile », « assez difficile » ou « très difficile ».

Encadré 2 – Questions relatives aux fonctions physiques

1. Avez-vous du mal à tendre ou à lever les bras au-dessus des épaules?
2. Avez-vous du mal à vous baisser, à vous accroupir ou à vous agenouiller?
3. Avez-vous du mal à pousser ou à tirer de gros objets, comme un fauteuil de salon?
4. Avez-vous du mal à soulever du sol 10 livres (ou 4,5 kg), comme un sac de provisions lourd?
5. Avez-vous du mal à manipuler de petits objets, par exemple à ramasser une pièce de monnaie sur une table?
6. Avez-vous du mal à rester debout pendant une longue période, autour de 15 minutes?
7. Avez-vous du mal à rester assis pendant une longue période, disons une heure?
8. Avez-vous du mal à vous mettre debout après avoir été assis dans un fauteuil?
9. Avez-vous du mal à monter et à descendre un escalier tout seul?
10. Avez-vous du mal à parcourir deux ou trois pâtés de maisons à pied?
11. Avez-vous du mal à faire votre lit?
12. Avez-vous du mal à vous laver le dos?
13. Avez-vous du mal à utiliser un couteau pour couper des aliments?

14. Avez-vous du mal à effectuer des activités professionnelles ou de loisir qui nécessitent de la force dans le bras, l'épaule ou la main ou qui ont des répercussions sur ces zones (p. ex. jouer au golf ou au tennis, utiliser un marteau, taper sur un clavier, etc.)?

Mesures des fonctions physiques à l'aide de tests de performance

Les fonctions physiques ont été mesurées à l'aide de tests de performance physique pour un sous-ensemble d'environ 30 000 participants à l'ÉLCV. Les tests de performance physique portaient sur l'allure, le test « up and go » minuté, l'équilibre debout, le transfert assis-debout et la force de préhension³⁰. Le test de l'allure a été effectué sur une distance de quatre mètres, et les participants avaient pour consigne de marcher à leur vitesse normale. Le temps total mis pour parcourir la distance de quatre mètres a été divisé par quatre pour obtenir une vitesse en mètres par seconde. Le test « up and go » minuté ne précisait pas de vitesse de marche. Les participants avaient pour consigne de se lever d'une chaise sans accoudoirs, de marcher jusqu'à franchir une ligne située à trois mètres, de faire demi-tour et de revenir s'asseoir sur la chaise. Pour le test d'équilibre en position debout, les participants devaient rester en équilibre le plus longtemps possible sur une jambe, en commençant par la jambe droite, puis la jambe gauche. La jambe pour laquelle ils avaient fait le meilleur temps a été utilisée pour les analyses. Pour le test du transfert assis-debout, on a demandé aux participants de croiser les bras sur leur poitrine et de se lever et s'asseoir le plus rapidement possible cinq fois d'affilée, ou autant de fois qu'ils pouvaient le faire. Le chronomètre était lancé au moment où l'enquêteur disait au

participant de commencer et était arrêté lorsque le participant était en position debout après s'être levé une dernière fois de la chaise. Enfin, la force de préhension a été mesurée sur la main dominante à l'aide d'un dynamomètre sans fil Tracker Freedom®. Les participants ont effectué trois répétitions. La répétition pour laquelle ils ont obtenu la valeur la plus élevée a été utilisée dans les analyses.

CHUTES

Les chutes ont été évaluées en demandant aux participants s'ils avaient eu au moins une blessure au cours des 12 derniers mois. Si les participants déclaraient avoir eu une blessure, on leur demandait alors si une chute avait contribué à leur blessure. Ces questions ont été tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)³¹. Un module supplémentaire a été inclus dans un appel téléphonique passé environ 18 mois après que les participants ont terminé leurs entrevues initiales. Dans ce module, on a demandé à tous les participants, plutôt qu'au sous-ensemble signalant une blessure, s'ils avaient fait une chute au cours des 12 derniers mois. Aux fins du présent chapitre, la question portant sur les chutes chez les participants signalant des blessures a été utilisée par souci de cohérence avec l'ESCC et avec les futures vagues de collecte de données de l'ÉLCV. Si la question posée à tous les participants était utilisée, la prévalence des chutes serait plus élevée par rapport à l'utilisation de la question relative aux chutes chez les participants signalant une blessure.

Appareils fonctionnels d'aide à la mobilité

On a demandé aux participants d'indiquer s'ils avaient utilisé l'un des 12 différents types d'appareils fonctionnels (encadré 3). Sur ces 12 appareils, la canne, le fauteuil roulant, le scooter électrique et le déambulateur ont été sélectionnés à cause de leur pertinence à l'égard de la mobilité. Des analyses de sensibilité antérieures ont révélé que l'utilisation des attelles de jambe ou des appareils de soutien n'était pas fortement associée à l'incapacité; par conséquent, ces catégories d'appareils n'ont pas été incluses dans la liste des appareils d'aide à la mobilité.

Encadré 3 – Utilisation d'appareils fonctionnels

1. Canne*
2. Fauteuil roulant*
3. Scooter électrique*
4. Déambulateur*
5. Attelles de jambe ou appareils de soutien
6. Orthèse de main ou de bras
7. Barres d'appui
8. Appuis de salle de toilette
9. Siège élévateur de bain, soulève-lit ou autres appareils de soulèvement
10. Pincettes de préhension
11. Couverts spéciaux
12. Alarmes personnelles

*Classé comme appareil d'aide à la mobilité

Autoévaluation de la vision et de l'audition

Les participants devaient évaluer leur vision, avec leurs lunettes ou leurs lentilles de contact le cas échéant, et leur audition, avec leurs prothèses auditives le cas échéant, comme étant excellentes, très bonnes, bonnes, passables ou mauvaises. Des études antérieures ont constaté que l'état de la vision autoévalué est associé à une acuité visuelle, à une sensibilité aux contrastes, à une stéréoaucuité et à des champs visuels meilleurs³². L'audition autoévaluée a été associée à des mesures objectives de l'audition comme le test d'audition de chuchotements³³.

SOINS REÇUS ET UTILISATION D'APPAREILS FONCTIONNELS PAR LES PERSONNES LIMITÉES DANS LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE OU LES ACTIVITÉS DOMESTIQUES

On a demandé aux participants à l'ÉLCV s'ils recevaient des soins pour différentes tâches. Ces tâches comprenaient des soins personnels comme de l'aide pour manger, s'habiller, prendre un bain ou aller aux toilettes, des soins médicaux comme de l'aide pour prendre des médicaments ou pour les soins infirmiers, de la gestion des soins comme prendre des rendez-vous, de l'aide pour diverses activités comme les tâches ménagères, l'entretien de la maison et les travaux extérieurs, du transport comme pour les visites chez le médecin ou pour le magasinage, ainsi que la préparation ou la livraison des repas. Les soins à domicile étaient définis comme les services, notamment les soins de santé, les auxiliaires de vie ou les autres services de soutien, reçus à domicile qui étaient fournis par des professionnels ou des travailleurs rémunérés. Les autres types de soins étaient définis comme l'aide pour n'importe quelle tâche qui était fournie par la famille, les amis ou les voisins et excluait l'aide fournie par des

travailleurs rémunérés ou par des organismes bénévoles. En plus de recevoir potentiellement des soins à domicile ou d'autres types de soins, les personnes qui sont limitées dans les activités de la vie quotidienne ou les activités domestiques peuvent utiliser des appareils fonctionnels pour les aider à accomplir les tâches de soins personnels. La liste complète des appareils fonctionnels figure dans l'encadré 3, avec les appareils particuliers d'aide à la mobilité. La prévalence des soins reçus, qu'il s'agisse de soins à domicile, d'autres types de soins reçus ou des deux types de soins confondus, ainsi que de l'utilisation d'aides à la mobilité ou de tout appareil fonctionnel, a été déterminée chez les participants présentant au moins une limite dans les activités de la vie quotidienne ou les activités domestiques.

Observations sur l'incapacité et les fonctions physiques

INCAPACITÉ

Au total, 9,0 % des participants ont déclaré avoir du mal à effectuer au moins une activité de la vie quotidienne ou une activité domestique sans aide (tableau 1). La prévalence d'avoir au moins une limite dans les activités de la vie quotidienne (5,8 %) était comparable à la prévalence d'avoir au moins une limite dans les activités domestiques (5,6 %). Cette tendance était constante dans tous les groupes d'âge ainsi qu'entre les hommes et les femmes (figure 1). La plus forte augmentation de la prévalence de l'incapacité a été observée entre le groupe des 65 à 74 ans et celui des 75 ans et plus. Dans le groupe d'âge de 65 à 74 ans, 5,9 % des personnes avaient besoin d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne ou une activité domestique, tandis que, dans le groupe âgé de 75 ans et plus, 22,4 %

avaient besoin d'aide. Bien que la prévalence déclarée de l'incapacité à effectuer les activités de la vie quotidienne ou les activités domestiques varie en raison de différences de méthodologie et de classification entre les études, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a estimé que plus 6 % de toutes les personnes âgées déclaraient avoir besoin d'aide pour effectuer les activités de la vie quotidienne, tandis que plus de 15 % indiquaient avoir du mal à effectuer les activités domestiques, un chiffre qui augmente rapidement à mesure que l'âge avance³⁴.

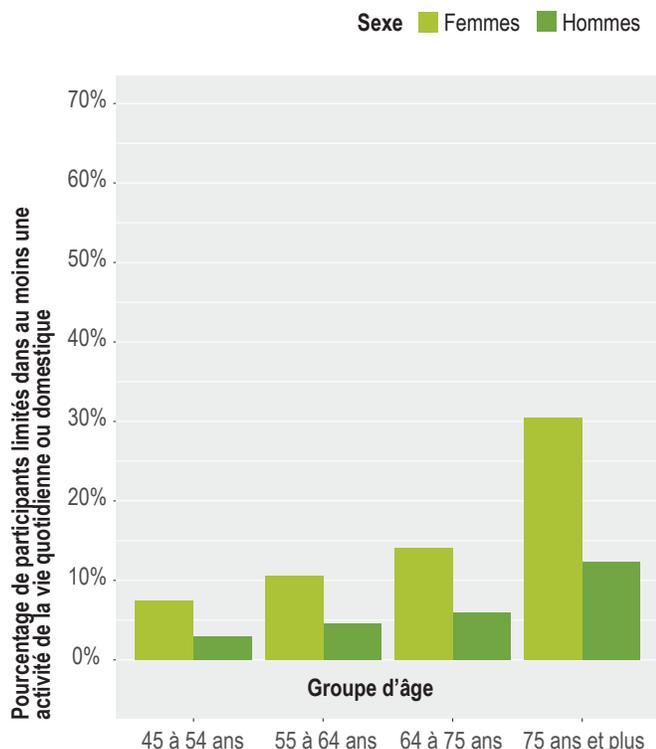


Figure 1 – Difficulté à effectuer des activités de la vie quotidienne ou des activités domestiques en fonction de l'âge et du sexe

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

La prévalence des limites dans les activités de la vie quotidienne augmentait avec l'âge, la proportion de personnes déclarant avoir du mal à effectuer au moins une tâche passant de 3,2 % chez les 45 à 54 ans à 13,1 % chez les participants

âgés de 75 ans et plus (tableau 2). Dans tous les groupes d'âge, la prévalence des limites dans les activités de la vie quotidienne était plus élevée chez les femmes, avec 8,0 % des femmes déclarant avoir du mal à effectuer au moins une tâche de la vie quotidienne, par rapport à seulement 3,0 % des hommes. Parmi les activités de la vie quotidienne, les limites les plus fréquentes portaient sur la capacité à parcourir deux à trois pâtés de maisons à pied (1,5 % des participants étaient incapables d'effectuer cette tâche sans aide) et à arriver aux toilettes à temps (3,7 % des participants n'arrivaient pas aux toilettes à temps au moins une ou deux fois par semaine) (tableau 2).

ACTIVITÉS DOMESTIQUES

La prévalence des limites dans les activités domestiques augmentait avec l'âge, la proportion de personnes déclarant avoir du mal à effectuer au moins une tâche passant de 3,4 % chez les 45 à 54 ans à 15,3 % chez les participants âgés de 75 ans et plus (tableau 3). Dans tous les groupes d'âge, la prévalence des limites dans les activités domestiques était plus élevée chez les femmes, avec 8,0 % des femmes déclarant avoir du mal à effectuer au moins une tâche domestique, par rapport à seulement 3,4 % des hommes. Parmi les activités domestiques, les limites les plus fréquentes portaient sur la capacité à faire le ménage (4,9 % des participants avaient besoin d'aide) et à aller à l'épicerie ou à magasiner pour acheter des vêtements (1,6 % des participants avaient besoin d'aide).

Mesures des fonctions physiques

MESURES DES FONCTIONS PHYSIQUES À L'AIDE D'UN QUESTIONNAIRE

Les points du questionnaire sur les fonctions physiques étaient divisés en trois domaines :

1) limites des membres supérieurs, 2) limites des membres inférieurs, et 3) limites liées à la dextérité. Sur l'ensemble des participants, 48,6 % éprouvaient de la difficulté à un certain degré avec au moins une fonction physique. La prévalence de la difficulté éprouvée augmentait avec l'âge, passant de 38,2 % des personnes chez les 45 à 54 ans à 67,0 % des personnes âgées de 75 ans et plus (tableau 4). Les limites des membres inférieurs étaient les plus courantes, puisque 41,5 % des participants déclaraient avoir du mal à effectuer une tâche, comparativement à 25,1 % pour les limites des membres supérieurs et 7,0 % pour les limites liées à la dextérité. Cette tendance était constante entre les hommes et les femmes ainsi que dans tous les groupes d'âge. Beaucoup de participants ont également indiqué présenter plusieurs limites. Sur l'ensemble des participants, 29,8 % ont déclaré avoir du mal à effectuer deux tâches ou plus, et 20,0 % ont déclaré avoir du mal à effectuer trois tâches ou plus.

LIMITES DES MEMBRES SUPÉRIEURS

La prévalence des limites des membres supérieurs augmentait avec l'âge, passant de 20,1 % chez les 45 à 54 ans à 37,5 % chez les 75 ans et plus (tableau 4). La prévalence des limites des membres supérieurs était plus élevée chez les femmes (28,6 %) que chez les hommes (21,4 %), et ce, dans l'ensemble ainsi que dans chaque groupe d'âge (figure 2). Les tâches que les participants trouvaient le plus souvent difficiles n'étaient pas les mêmes entre les hommes et les femmes. Chez les hommes, 10,1 % des participants avaient du mal avec les activités nécessitant d'avoir de la force dans les bras et 9,7 % avaient du mal à lever les bras plus haut que les épaules (tableau 5). Toutefois, cette tendance n'était pas constante dans tous les groupes d'âge. Chez les hommes âgés de 75 ans et plus, lever les bras au-dessus des épaules devenait la tâche que les participants trouvaient le plus souvent difficile (12,2 %), suivie par

se laver le dos (12,0 %). Chez les femmes, les activités nécessitant d'avoir de la force dans les bras demeuraient la tâche que les participantes avaient le plus souvent du mal à effectuer (14,0 %), suivie par pousser ou tirer de gros objets (13,2 %). Comme chez les hommes, cette tendance n'était pas constante dans tous les groupes d'âge. Chez les femmes âgées de 45 à 54 ans et de 55 à 64 ans, les activités nécessitant d'avoir de la force dans les bras restaient les tâches les plus difficiles, suivies par pousser ou tirer de gros objets, tandis que l'ordre était inversé chez les femmes âgées de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus. Ces résultats laissent à penser que les différentes limites fonctionnelles des membres supérieurs sont pertinentes pour les hommes et les femmes ainsi que pour les différents groupes d'âge.

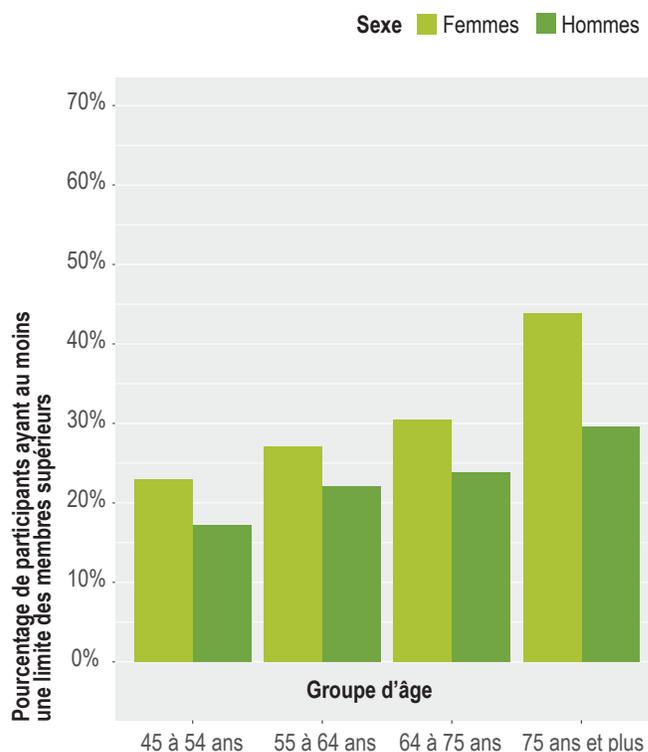


Figure 2 – Difficulté à effectuer des tâches nécessitant des fonctions physiques des membres supérieurs en fonction de l'âge et du sexe

LIMITES DES MEMBRES INFÉRIEURS

La prévalence des limites des membres inférieurs augmentait avec l'âge, passant de 31,1 % chez les 45 à 54 ans à 59,6 % chez les 75 ans et plus (tableau 4). La prévalence des limites des membres inférieurs était plus élevée chez les femmes (45,5 %) que chez les hommes (37,2 %), et ce, dans l'ensemble ainsi que dans chaque groupe d'âge (figure 3). Contrairement à ce qui a

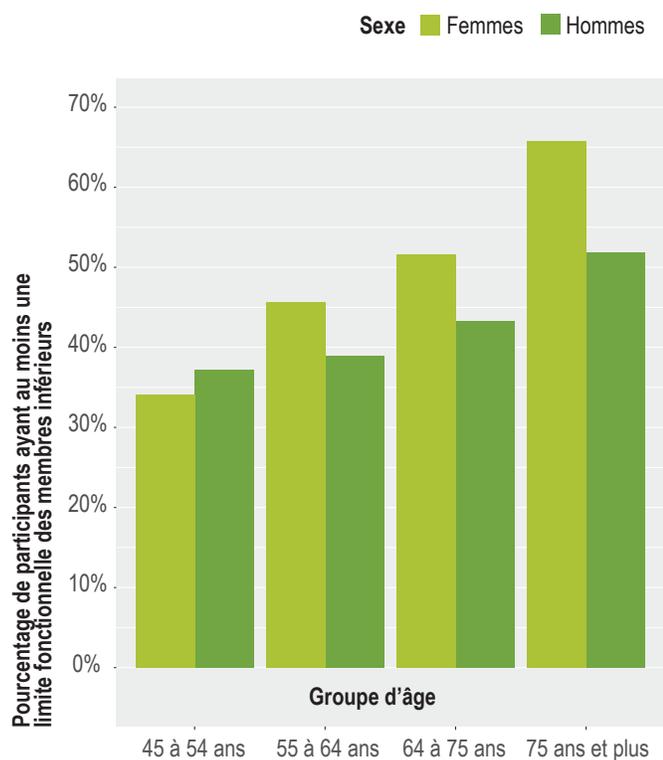


Figure 3 – Difficulté à effectuer des tâches nécessitant des fonctions physiques des membres inférieurs en fonction de l'âge et du sexe

été observé pour les limites des membres supérieurs, les tâches que les participants trouvaient le plus souvent difficiles étaient les mêmes entre les hommes et les femmes, même si la prévalence de la difficulté éprouvée variait. Chez les hommes de tous âges, 25,2 % avaient du mal à se baisser, s'accroupir ou s'agenouiller, tandis que 31,4 % des femmes avaient de la difficulté à effectuer cette tâche (tableau 5). De même, un pourcentage

relativement plus faible d'hommes avait du mal à se lever après avoir été assis dans un fauteuil (16,0 %) par rapport aux femmes (23,2 %). Ces deux tâches restaient les plus difficiles dans tous les groupes d'âge.

LIMITES LIÉES À LA DEXTÉRITÉ

La prévalence des limites liées à la dextérité augmentait avec l'âge, passant de 4,1 % chez les 45 à 54 ans à 12,2 % chez les 75 ans et plus (tableau 4). Les femmes avaient plus de problèmes de dextérité que les hommes, puisque 8,3 % des femmes présentaient au moins une limite liée à

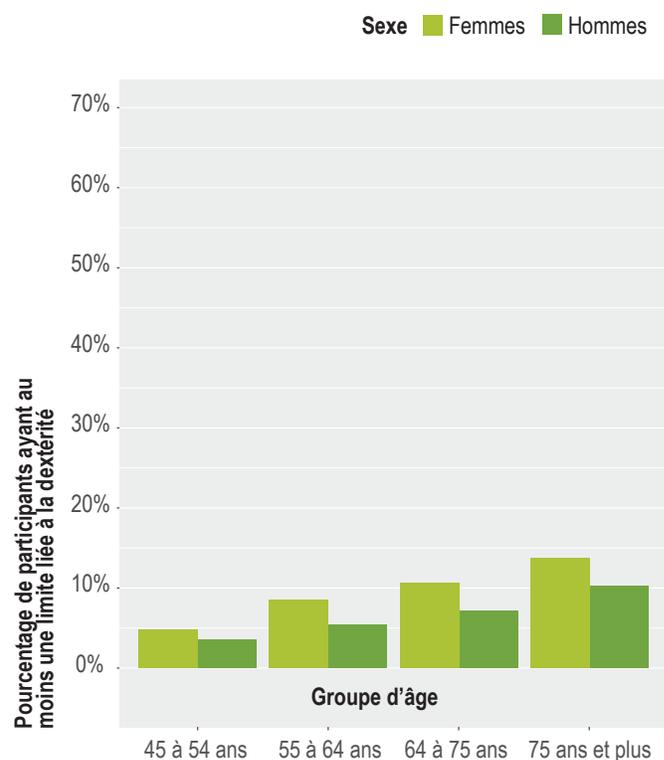


Figure 4 – Difficulté à effectuer des tâches nécessitant des fonctions physiques liées à la dextérité en fonction de l'âge et du sexe

la dextérité comparativement à 5,6 % des hommes (figure 4). Cette tendance était présente dans tous les groupes d'âge. Seules deux limites des fonctions physiques étaient classées comme des limites liées à la dextérité. Avoir du mal à manipuler de petits objets (6,1 % au total) était

plus courant qu'avoir du mal à utiliser un couteau pour couper des aliments (2,3 %), et cette tendance était la même chez les hommes (5,2 % par rapport à 1,3 %) que chez les femmes (6,9 % par rapport à 3,2 %) (tableau 5).

Limites des fonctions physiques mesurées à l'aide de tests de performance physique

En raison d'un manque de valeurs normalisées pour les tests de performance physique publiés dans la littérature, il n'est pas possible de déterminer la prévalence des limites physiques des participants à partir de tests de performance. À la place, pour identifier les personnes présentant une limite, la moyenne, les écarts-types et les quartiles pour chaque strate selon l'âge et le sexe ont été déterminés pour le test d'allure, le test « up and go » minuté, le test d'équilibre, le test du transfert assis-debout et le test de la force de préhension. On a posé aux participants une série de questions relatives aux contre-indications avant les tests de performance physique. Les motifs de contre-indication étaient les suivants : être incapable de se tenir debout sans aide ou de marcher sans aide pour le test de l'allure et le test « up and go »; être incapable de se tenir debout ou de se lever d'une chaise sans aide et utiliser régulièrement une canne ou un déambulateur pour le test du lever de chaise; être incapable de se tenir debout sans aide ou utiliser régulièrement une canne ou un déambulateur pour le test d'équilibre en position debout; et, pour le test de la force de préhension, avoir subi une intervention chirurgicale aux deux mains ou poignets au cours des trois derniers mois, souffrir d'une douleur ou d'une paralysie dans les deux mains ou poignets à cause de l'arthrite, d'une tendinite ou d'un

syndrome du canal carpien, présenter des plaies ouvertes ou des ecchymoses sur les deux mains, avoir les deux mains ou bras plâtrés ou avoir des prothèses de bras, de mains ou de doigts des deux côtés. Les contre-indications ont concerné 95 participants pour le test de l'allure, 124 pour le test « up and go » minuté, 694 pour le test d'équilibre, 720 pour le test du transfert assis-debout et 1 431 pour le test de la force de préhension.

ALLURE

L'allure moyenne mesurée en mètres par seconde (m/s) était plus rapide chez les participants plus jeunes que chez les participants plus âgés (tableau 6). L'allure moyenne était de 0,99 m/s chez les hommes et 0,97 m/s chez les femmes. Dans toutes les strates selon l'âge, l'allure moyenne était plus rapide chez les hommes que chez les femmes, avec des différences relatives plus importantes à mesure que l'âge augmentait.

TEST « UP AND GO » MINUTÉ

Le temps moyen du test « up and go » minuté mesuré en secondes était comparable entre les hommes (9,61 secondes) et les femmes (9,56 secondes) (tableau 6). Dans les deux catégories d'âge les plus jeunes (de 45 à 54 ans et de 55 à 64 ans), les femmes ont été plus rapides que les hommes, avec un temps moyen de 8,61 et 9,17 secondes par rapport à 8,90 et 9,26 secondes. Dans les deux catégories d'âge les plus âgées (de 65 à 74 ans et 75 ans et plus), les hommes ont été plus rapides que les femmes, avec un temps moyen de 9,73 et 11,05 secondes par rapport à 9,85 et 11,40 secondes.

ÉQUILIBRE

La durée moyenne d'équilibre était de 40,10 secondes chez les hommes comparativement à 38,16 secondes chez les femmes (tableau 6), et les hommes restaient en équilibre plus longtemps dans chaque groupe d'âge. Par rapport aux autres

tests des fonctions physiques, la performance au test d'équilibre était celle qui diminuait le plus avec l'âge. Chez les hommes, le temps moyen en équilibre passait de 53,18 secondes chez les 45 à 54 ans à 18,32 secondes chez les 75 ans et plus. La tendance était semblable chez les femmes, où le temps moyen en équilibre passait de 51,68 secondes chez les 45 à 54 ans à 15,31 secondes chez les 75 ans et plus.

TRANSFERT ASSIS-DEBOUT

Pour le test du transfert assis-debout (se lever d'une chaise), une vitesse plus rapide indique une meilleure performance. Le temps moyen nécessaire pour se lever d'une chaise et s'y asseoir cinq fois d'affilée était plus long pour les femmes (13,49 secondes) que pour les hommes (13,23 secondes) (tableau 6). Dans les deux groupes d'âge les plus jeunes (de 45 à 54 ans et de 55 à 64 ans), la différence de temps pour terminer le test était minime entre les hommes et les femmes. En revanche, dans les groupes d'âge plus avancés, le temps pour terminer le test augmentait plus chez les femmes que chez les hommes.

FORCE DE PRÉHENSION

Par rapport aux autres tests de performance, c'est pour le test de la force de préhension que les différences étaient les plus marquées entre les hommes et les femmes. La force de préhension moyenne était de 41,7 kg chez les hommes, comparativement à 25,1 kg chez les femmes (tableau 6). La quantité absolue de force de préhension perdue était plus importante chez les hommes que chez les femmes, puisque, chez les hommes, elle passait de 46,9 kg chez les 45 à 54 ans à 34,2 kg chez les 75 ans et plus, tandis que, chez les femmes, elle passait de 28,4 kg chez les 45 à 54 ans à 20,3 kg chez les 75 ans et plus. Toutefois, cette diminution absolue plus marquée correspond à la force de préhension absolue qui est supérieure chez les hommes. La diminu-

tion relative de la force de préhension entre le groupe le plus âgé et le groupe le plus jeune était de 27,0 % chez les hommes, par rapport à 28,4 % chez les femmes.

CHUTES

Au total, 4,9 % des participants ont déclaré qu'une blessure avait été causée par une chute (tableau 7). La prévalence était plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans tous les groupes d'âge (figure 5). La prévalence des chutes ayant entraîné une blessure était relativement stable dans tous les groupes d'âge chez les hommes et chez les femmes. Chez les hommes, la prévalence était comprise entre 3,7 % et 4,4 % et, chez les femmes, elle allait de 5,4 % à 6,2 %.

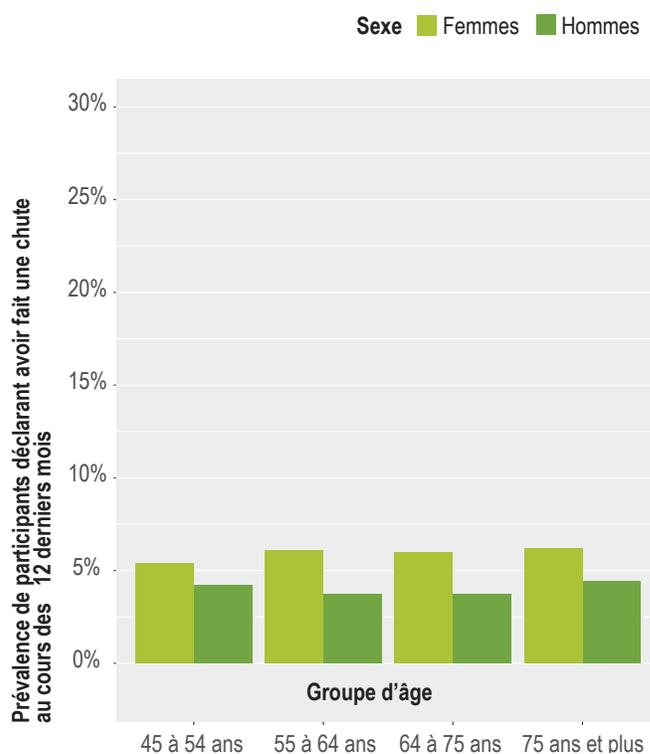


Figure 5 – Prévalence des blessures dues à une chute au cours des 12 derniers mois en fonction de l'âge et du sexe

Appareils fonctionnels d'aide à la mobilité

Les participants ont été considérés comme des utilisateurs d'appareils fonctionnels d'aide à la mobilité s'ils déclaraient utiliser une canne, un fauteuil roulant, un scooter électrique ou un déambulateur. Au total, 10,2 % des participants utilisaient au moins un de ces appareils, la canne étant le plus courant (8,7 %), suivie du déambulateur (3,1 %), du fauteuil roulant (1,7 %) et du scooter électrique (0,7 %) (tableau 8). Le pourcentage de participants utilisant l'un de ces appareils augmentait avec l'âge, passant de 5,8 % chez les 45 à 54 ans à 23,2 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus, et la même tendance à la hausse a été observée pour chaque appareil individuel.

Parmi les hommes et les femmes âgés de 45 à 54 ans, le pourcentage de personnes utilisant des appareils fonctionnels était sensiblement le même (5,8 % des hommes et 5,9 % des femmes); en revanche, lorsque l'âge augmentait, la proportion de femmes indiquant utiliser des appareils fonctionnels d'aide à la mobilité commençait à être plus élevée chez les femmes que chez les hommes, avec 26,3 % des femmes âgées de 75 ans et plus utilisant au moins une aide à la mobilité comparativement à 19,3 % des hommes du même âge (figure 6). Chez les hommes comme chez les femmes, une forte augmentation du pourcentage de personnes utilisant des appareils fonctionnels d'aide à la mobilité a été observée en comparant le groupe d'âge de 65 à 74 ans et le groupe âgé de 75 ans et plus.

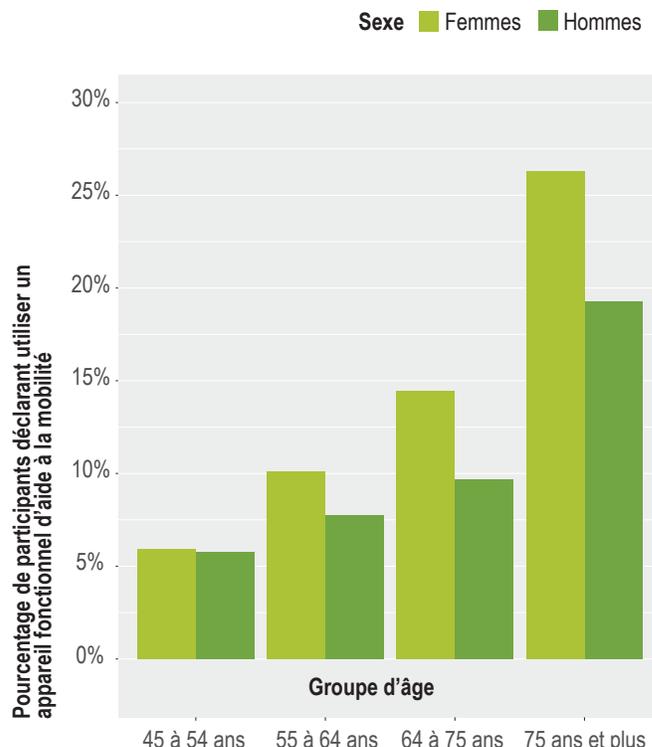


Figure 6 – Utilisation d'appareils fonctionnels d'aide à la mobilité en fonction de l'âge et du sexe

Autoévaluation de la vision et de l'audition

Dans l'ensemble, 1,5 % des participants ont déclaré avoir une vision mauvaise ou nulle, 6,6 % une vision passable, 32,0 % une bonne vision, 37,4 % une très bonne vision et 22,5 % une vision excellente (tableau 9). La prévalence combinée des personnes indiquant avoir une vision mauvaise ou nulle ou une vision passable augmentait avec l'âge, passant de 7,6 % chez les 45 à 54 ans à 11,6 % chez les 75 ans et plus. Dans tous les groupes d'âge, le pourcentage de participants déclarant avoir une vision mauvaise/nulle ou passable était plus élevé chez les femmes que chez les hommes, et l'écart se creusait avec l'âge (figure 7).

Davantage de participants indiquaient avoir une audition mauvaise ou passable par rapport à une vision mauvaise ou passable. Au total, 1,5 % des participants ont déclaré avoir une mauvaise audition, 9,4 % une audition passable, 31,8 % une bonne audition, 32,7 % une très bonne audition et 24,7 % une excellente audition. La prévalence combinée des personnes indiquant avoir une audition mauvaise ou passable augmentait avec l'âge, passant de 7,8 % chez les 45 à 54 ans à 17,7 % chez les 75 ans et plus. La tendance était la même chez les hommes et les femmes (figure 8). Contrairement à ce qui a été observé pour la vision, un pourcentage plus élevé d'hommes que de femmes indiquait avoir une audition mauvaise ou passable, avec 13,4 % des hommes par rapport à 7,7 % des femmes dans cette catégorie.

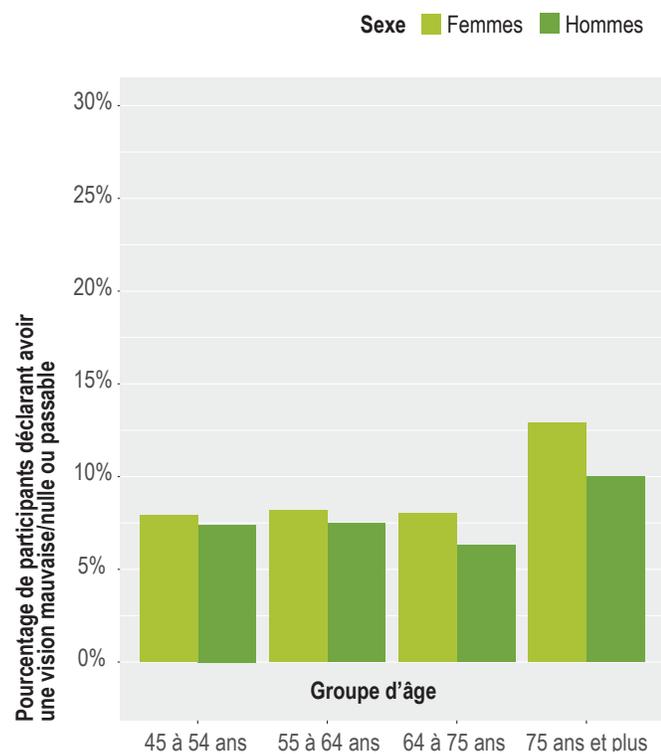


Figure 7 – Prévalence de la vision mauvaise/nulle ou passable autoévaluée en fonction de l'âge et du sexe

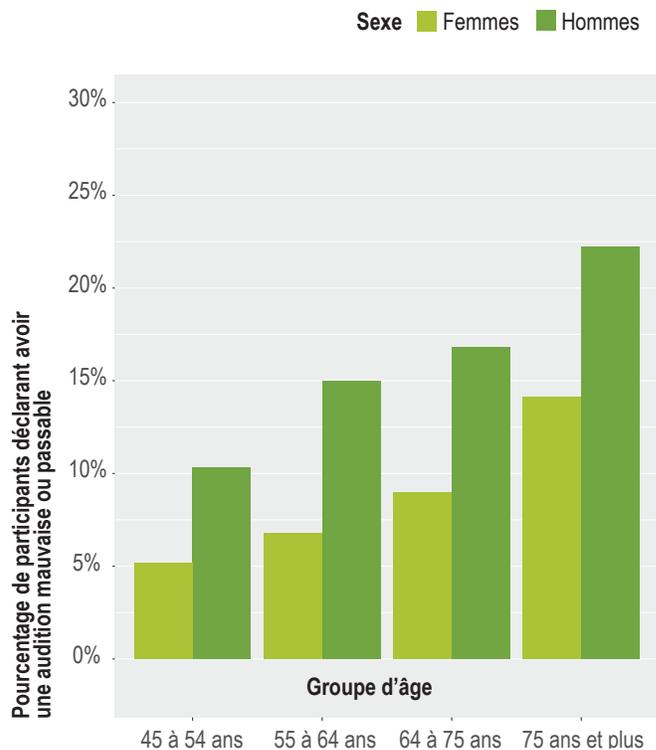


Figure 8 – Prévalence de l'audition mauvaise ou passable autoévaluée en fonction de l'âge et du sexe

Soins reçus et utilisation d'appareils fonctionnels

Les participants limités dans les activités de la vie quotidienne ou les activités domestiques étaient plus susceptibles de recevoir d'autres types de soins que des soins à domicile. Au total, 24,4 % seulement des participants recevaient des soins professionnels ou rémunérés, comparativement à 37,3 % qui recevaient d'autres types de soins de leur famille, leurs amis ou leurs voisins (tableau 10). Dans l'ensemble, 47,4 % des participants recevaient des soins à domicile ou d'autres types de soins, ce qui indique qu'environ 14,3 % des participants recevaient les deux types de soins à la fois.

Alors que le pourcentage de personnes recevant des soins à domicile augmentait avec l'âge, passant de 17,9 % chez les 45 à 54 ans à 32,1 % chez les 75 ans et plus, le pourcentage de participants recevant d'autres types de soins diminuait, passant de 40,0 % chez les 45 à 54 ans à 34,1 % chez les 75 ans et plus. Cette baisse inattendue peut être attribuable à des facteurs tels que la moindre disponibilité du soutien social en raison de la maladie ou du décès des partenaires et des autres fournisseurs d'autres types de soins.

Si l'on compare les hommes aux femmes, un pourcentage plus élevé d'hommes recevait des soins à domicile (27,0 %), d'autres types de soins (39,3 %) ou les deux types de soins combinés par rapport aux femmes (23,4 % et 36,6 %, respectivement). Cette tendance était constante pour chaque groupe d'âge, sauf pour les soins à domicile et les deux types de soins combinés dans le groupe âgé de 75 ans et plus et pour les autres types de soins dans le groupe de 55 à 64 ans.

De même que pour les soins à domicile et autres types de soins reçus, les hommes étaient plus susceptibles d'utiliser des aides à la mobilité (48,1 %) ou tout type d'appareil fonctionnel (59,8 %) que les femmes (41,8 % et 55,0 %). Cette tendance était constante dans tous les groupes d'âge pour les aides à la mobilité; toutefois, pour l'utilisation de tout type d'appareil fonctionnel, un pourcentage plus élevé de femmes (66,3 %) que d'hommes (63,9 %) utilisait des appareils fonctionnels. Chez les femmes, l'utilisation d'aides à la mobilité et de tout type d'appareil fonctionnel augmentait avec l'âge. En revanche, chez les hommes, les participants âgés de 64 à 75 ans ont indiqué une utilisation moindre des deux catégories d'appareil par rapport au groupe de 55 à 64 ans.

Discussion

Les fonctions physiques et l'incapacité sont des marqueurs importants de la santé chez les adultes vieillissants. Les facteurs associés aux fonctions et à l'incapacité, tels que la mobilité mesurée par l'indice d'espace vital, les chutes, l'utilisation d'appareils fonctionnels, la vision et l'audition autoévaluées ainsi que les soins à domicile et les autres types de soins reçus, sont également importants pour comprendre la capacité des personnes âgées à participer à la vie et les méthodes utilisées pour faciliter leur participation malgré divers degrés de déficience. Dans ce chapitre, nous avons décrit les variations au niveau de l'incapacité, des fonctions physiques mesurées à l'aide d'un questionnaire et de tests de performance, de la mobilité, de l'utilisation d'appareils fonctionnels, de la vision et de l'audition autoévaluées et des soins reçus, dans la population canadienne vivant dans la collectivité âgée de 45 à 85 ans, stratifiée par catégorie d'âge et par sexe.

Les résultats présentés ici proviennent tous des données transversales initiales de l'ÉLCV. Les pondérations d'échantillonnage fournies par l'ÉLCV ont été utilisées pour toutes les estimations de la prévalence. Les pondérations d'échantillonnage permettent d'obtenir des estimations de la prévalence qui sont représentatives de l'ensemble des adultes canadiens vivant dans la collectivité dans ce groupe d'âge. L'utilisation de données transversales comporte des limites. Bien qu'on constate, comme on s'y attendait, une hausse de la prévalence de l'incapacité et des limites fonctionnelles avec l'âge, il se peut qu'une partie de cet effet soit causée par des différences entre les cohortes selon l'âge, et non due au processus de vieillissement. L'ÉLCV est une étude longitudinale pour laquelle on prévoit 20 années de suivi. Les futures vagues de collecte de données permettront de mieux comprendre non seulement la prévalence de l'incapacité et des limites fonctionnelles, mais également les transitions entre ces états de santé.

Références

1. Nagi SZ.
An epidemiology of disability among adults in the United States. *Health and Society.* 1976;54(4):439-467.
2. Fox MH, Krahn GL, Sinclair LB, Cahill A.
Using the international classification of functioning, disability and health to expand understanding of paralysis in the United States through improved surveillance. *Disability and Health Journal.* 2015;8(3):457-463. doi:10.1016/j.dhjo.2015.03.002
3. Cordingley L, Webb C.
Independence and aging. *Reviews in clinical gerontology.* 1997;7:137-146.
4. Verbrugge LM, Patrick DL.
Seven chronic conditions: Their impact on US adults' activity levels and use of medical services. *American Journal of Public Health.* 1995;85(2):173-182. doi:10.2105/AJPH.85.2.173
5. Alexander NB.
Gait disorders in older adults. *Clinical Geriatrics.* 1996;7(3):73-81.
6. Chan L, Beaver S, MacLehose RF, Jha A, Maciejewski M, Doctor JN.
Disability and health care costs in the medicare population. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* 2002;83(9):1196-1201. doi:10.1053/apmr.2002.34811
7. Reuben DB, Rubenstein L V, Hirsch SH, Hays RD.
Value of functional status as a predictor of mortality: results of a prospective study. *The American Journal of Medicine.* 1992;93(6):663-669. doi:10.1016/0002-9343(92)90200-U
8. Gu D, Gomez-Redondo R, Dupre ME.
Studying Disability Trends in Aging Populations. *Journal of Cross-Cultural Gerontology.* 2014;30(1):21-49. doi:10.1007/s10823-014-9245-6
9. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW.
Studies of illness in the aged. *Journal of the American Medical Association.* 1963;185(12):94-99.
10. Lawton M, Brody E.
Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9:179-186.
11. Statistics Canada.
Living Arrangements of Seniors; 2015. http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_4-eng.cfm. Accessed April 21, 2018.
12. Fillenbaum GG, Smyer MA.
The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *Journal of Gerontology.* 1981;36(4):428-434.

13. Fillenbaum GG.
Screening the Elderly: A Brief Instrumental Activities of Daily Living Measure. *Journal of the American Geriatrics Society.* 1985;33(10):698-706. doi:10.1111/j.1532-5415.1985.tb01779.x
14. Den Ouden MEM, Schuurmans MJ, Arts IEMA, Van Der Schouw YT.
Physical performance characteristics related to disability in older persons: A systematic review. *Maturitas.* 2011;69(3):208-219. doi:10.1016/j.maturitas.2011.04.008
15. Judge J, Schechtman K, Cress E.
The relationship between physical performance measures and independence in instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society.* 1996;44:1332-1341.
16. Jette AM, Branch LG.
Impairment and Disability. *Journal of Chronic Diseases.* 1985;38(1):59-65.
17. Guralink J, Simonsick E, Ferucci L, et al.
A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology.* 1994;49(2):85-94.
18. Mendes de Leon CF, Guralnik JM, Bandeen-Roche K.
Short-Term Change in Physical Function and Disability: The Women ' s Health and Aging Study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences.* 2002;57(6):355-365.
19. Brown CL, Finlayson ML.
Performance measures rather than self-report measures of functional status predict home care use in community-dwelling older adults. *Canadian Journal of Occupational Therapy Revue Canadienne d'Ergothérapie.* 2013;80(5):284-294. doi:10.1177/0008417413501467
20. Reuben DB, Seeman TE, Keeler E, et al.
Refining the Categorization of Physical Functional Status: The Added Value of Combining Self-Reported and Performance-Based Measures. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences.* 2004;59A(10):1056-1061. doi:10.1093/gerona/59.10.M1056
21. Jette AM, Branch LG.
The Framingham Disability Study: II. Physical disability among the aging. *American Journal of Public Health.* 1981;71(11):1211-1216. doi:10.2105/AJPH.71.11.1211
22. Cornoni-Huntley J, Ostfeld A, Taylor J, Wallace R, Blazer D, Berkman L.
Established populations for epidemiologic studies of the elderly: study design and methodology. *Aging.* 1993;5(1):27-37. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03564.x
23. Hudak PL, Bombardier C,
Development of an Upper Extremity Outcome Measure: The DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand). *American Journal of Industrial Medicine.* 1996;29(6):602-608.

24. Rosow I, Breslau N.
A Guttman health scale for the aged.
Journal of Gerontology. 1966;21:556-560.
25. Beaton DE, Katz JN, Fossel AH, Wright JG, Tarasuk V, Bombardier C.
Measuring the whole or the parts? Validity, reliability, and responsiveness of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand outcome measure in different regions of the upper extremity.
Journal of Hand Therapy. 2001;14(2):128-146.
26. Simonsick EM, Newman AB, Nevitt MC, et al.
Measuring higher level physical function in well-functioning older adults: expanding familiar approaches in the Health ABC study. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences.* 2001;56(10):M644-M649.
27. Ferrer M, Lamarca R, Orfila F, Alonso J.
Comparison of performance-based and self-rated functional capacity in Spanish elderly. *American Journal of Epidemiology.* 1999;149(3):228-235.
28. Tager IB, Swanson A, Satariano WA.
Reliability of physical performance and self-reported functional measures in an older population. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences.* 1998;53(4):M295-M300.
29. Kempen GI, Steverink N, Ormel J, Deeg DJ.
The assessment of ADL among frail elderly in an interview survey: self-report versus performance-based tests and determinants of discrepancies. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences.* 1996;51(5):P254-P260.
30. Raina P, Wolfson C, Kirkland S.
Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) Protocol Version 3.0.; 2008. <https://clsa-elcv.ca/doc/511>. Accessed April 21, 2018.31.
31. Raina P, Wolfson C, Kirkland SA.
Canadian Longitudinal Study on Aging Protocol. Section 4: Study Content. <https://clsa-elcv.ca/doc/511>. Accessed April 21, 2018.
32. El-Gasim M, Munoz B, West SK, Scott AW.
Associations between self-rated vision score, vision tests, and self-reported visual function in the salisbury eye evaluation study.
Investigative Ophthalmology and Visual Science. 2013;54(9):6439-6445. doi:10.1167/iov.12-11461
33. Kenny Gibson W, Cronin H, Kenny RA, Setti A.
Validation of the self-reported hearing questions in the Irish Longitudinal Study on Ageing against the Whispered Voice Test. *BMC Research Notes.* 2014;7(1):1-7. doi:10.1186/1756-0500-7-361
34. Gilmour H, Park J.
Dependency, Chronic Conditions and Pain in Seniors. *Health Reports.* Vol 16 Suppl.; 2006.

Annexe

TABLEAU 1 ESTIMATION DE LA POPULATION CANADIENNE DES DIFFICULTÉS À EFFECTUER DES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE ET DES ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE SELON L'ÂGE

HOMMES					
	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Activités de base de la vie quotidienne					
Pas de difficultés	98,2%	97,3%	96,6%	93,0%	97,0%
Difficultés à effectuer au moins une activité	1,8%	2,8%	3,4%	7,0%	3,0%
Difficultés à effectuer au moins deux activités	0,3%	0,5%	0,7%	1,1%	0,5%
Difficultés à effectuer au moins trois activités	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%
Activités instrumentales de la vie quotidienne					
Pas de difficultés	98,0%	96,9%	96,3%	91,7%	96,6%
Difficultés à effectuer au moins une activité	2,0%	3,2%	3,7%	8,3%	3,4%
Difficultés à effectuer au moins deux activités	0,8%	0,8%	1,2%	2,5%	1,1%
Difficultés à effectuer au moins trois activités	0,3%	0,4%	0,5%	1,1%	0,4%
Activités de base OU instrumentales de la vie quotidienne					
Pas de difficultés	97,0%	95,4%	94,1%	87,7%	94,9%
Difficultés à effectuer au moins une activité	3,0%	4,6%	5,9%	12,3%	5,1%
Difficultés à effectuer au moins deux activités	1,0%	1,5%	1,6%	3,7%	1,6%
Difficultés à effectuer au moins trois activités	0,4%	0,6%	1,0%	2,2%	0,8%

TABLEAU 1 DIFFICULTÉ À EFFECTUER DES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE OU DES ACTIVITÉS DOMESTIQUES SELON L'ÂGE ET LE SEXE (SUITE)

FEMMES					
	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Activités de base de la vie quotidienne					
Pas de difficultés	95,5%	93,2%	90,4%	82,1%	92,0%
Difficultés à effectuer au moins une activité	4,6%	6,8%	9,7%	17,9%	8,0%
Difficultés à effectuer au moins deux activités	0,7%	112,0%	1,4%	3,0%	1,3%
Difficultés à effectuer au moins trois activités	0,2%	0,4%	0,7%	1,1%	0,5%
Activités instrumentales de la vie quotidienne					
Pas de difficultés	95,2%	93,7%	92,2%	79,2%	92,0%
Difficultés à effectuer au moins une activité	4,8%	6,3%	7,8%	20,8%	8,0%
Difficultés à effectuer au moins deux activités	1,3%	2,0%	1,7%	5,1%	2,1%
Difficultés à effectuer au moins trois activités	0,6%	0,9%	0,7%	2,7%	1,0%
Activités de base OU instrumentales de la vie quotidienne					
Pas de difficultés	92,6%	89,4%	85,9%	69,6%	87,3%
Difficultés à effectuer au moins une activité	7,4%	10,6%	14,1%	30,4%	12,7%
Difficultés à effectuer au moins deux activités	2,1%	3,0%	3,7%	9,9%	3,7%
Difficultés à effectuer au moins trois activités	1,0%	1,6%	1,4%	4,5%	0,2%

TABLEAU 1 DIFFICULTÉ À EFFECTUER DES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE OU DES ACTIVITÉS DOMESTIQUES SELON L'ÂGE ET LE SEXE (SUITE)

TOUS					
	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Activités de base de la vie quotidienne					
Pas de difficultés	96,8%	95,2%	96,6%	87,0%	94,4%
Difficultés à effectuer au moins une activité	3,2%	4,8%	3,4%	13,1%	5,6%
Difficultés à effectuer au moins deux activités	0,5%	0,8%	0,7%	2,1%	0,9%
Difficultés à effectuer au moins trois activités	0,2%	0,3%	0,2%	0,7%	0,3%
Activités instrumentales de la vie quotidienne					
Pas de difficultés	96,6%	95,2%	96,3%	84,7%	94,3%
Difficultés à effectuer au moins une activité	3,4%	4,8%	3,7%	15,3%	5,8%
Difficultés à effectuer au moins deux activités	1,0%	1,4%	1,2%	4,0%	1,6%
Difficultés à effectuer au moins trois activités	0,4%	0,7%	0,5%	2,0%	0,7%
Activités de base OU instrumentales de la vie quotidienne					
Pas de difficultés	94,8%	92,3%	94,1%	77,6%	91,0%
Difficultés à effectuer au moins une activité	5,2%	7,7%	5,9%	22,4%	9,0%
Difficultés à effectuer au moins deux activités	1,6%	2,2%	1,6%	7,1%	2,7%
Difficultés à effectuer au moins trois activités	0,7%	1,1%	1,0%	3,5%	1,3%

TABLEAU 2 ESTIMATION DE LA POPULATION CANADIENNE DES DIFFICULTÉS À EFFECTUER CHACUNE DES ACTIVITÉS DE BASE DE LA VIE QUOTIDIENNE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE

HOMMES		45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Habillage et déshabillage	Capable sans aide	99,3%	99,1%	99,2%	99,2%	99,2%
	Capable avec de l'aide	0,5%	0,8%	0,9%	0,8%	0,7%
	Incapable avec de l'aide	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%
Se nourrir	Capable sans aide	99,8%	100,0%	100,0%	100,0%	99,9%
	Capable avec de l'aide	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
S'occuper de son apparence personnelle	Capable sans aide	10,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Capable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Marcher	Capable sans aide	99,2%	99,1%	99,0%	97,7%	99,0%
	Capable avec de l'aide	0,6%	0,8%	0,9%	2,1%	0,9%
	Incapable avec de l'aide	0,3%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%
Se mettre au lit et en sortir	Capable sans aide	99,5%	99,2%	99,2%	99,0%	99,7%
	Capable avec de l'aide	0,5%	0,8%	0,7%	1,0%	0,3%
	Incapable avec de l'aide	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Prendre un bain ou une douche	Capable sans aide	99,6%	99,5%	99,3%	98,7%	99,4%
	Capable avec de l'aide	0,4%	0,5%	0,6%	1,3%	0,6%
	Incapable avec de l'aide	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%
Difficulté à se rendre à la salle de bain à temps	Jamais	97,0%	95,1%	92,5%	87,0%	94,4%
	Jamais ou < une fois par semaine	2,4%	3,8%	5,6%	9,0%	4,2%
	Une fois ou deux par semaine	0,3%	0,7%	1,0%	2,4%	0,8%
	Au moins trois fois par semaine	0,3%	0,4%	0,9%	1,6%	0,6%

TABLEAU 2 LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE SELON L'ÂGE ET LE SEXE (SUITE)

FEMMES		45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Habillage et déshabillage	Capable sans aide	99,3%	99,3%	99,0%	98,7%	99,2%
	Capable avec de l'aide	0,7%	0,7%	0,9%	1,3%	0,8%
	Incapable avec de l'aide	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
Se nourrir	Capable sans aide	100,0%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	Capable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
S'occuper de son apparence personnelle	Capable sans aide	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Capable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Marcher	Capable sans aide	99,1%	98,3%	97,9%	95,2%	98,1%
	Capable avec de l'aide	0,8%	1,6%	1,9%	4,6%	1,7%
	Incapable avec de l'aide	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%
Se mettre au lit et en sortir	Capable sans aide	99,5%	99,2%	99,2%	99,0%	99,3%
	Capable avec de l'aide	0,5%	0,8%	0,7%	1,0%	0,7%
	Incapable avec de l'aide	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
Prendre un bain ou une douche	Capable sans aide	99,1%	98,9%	98,4%	96,9%	98,6%
	Capable avec de l'aide	0,8%	1,0%	1,5%	3,0%	1,3%
	Incapable avec de l'aide	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Difficulté à se rendre à la salle de bain à temps	Jamais	90,3%	85,5%	79,6%	71,4%	84,3%
	Jamais ou < une fois par semaine	6,4%	9,9%	12,9%	15,4%	9,9%
	Une fois ou deux par semaine	1,5%	2,4%	3,8%	6,6%	2,9%
	Au moins trois fois par semaine	1,9%	2,2%	3,7%	6,6%	3,0%

TABLEAU 2 LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE SELON L'ÂGE ET LE SEXE (SUITE)

TOUS		45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Habillage et déshabillage	Capable sans aide	99,3%	99,2%	99,1%	98,9%	99,2%
	Capable avec de l'aide	0,6%	0,7%	0,9%	1,1%	0,7%
	Incapable avec de l'aide	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
Se nourrir	Capable sans aide	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	Capable avec de l'aide	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
S'occuper de son apparence personnelle	Capable sans aide	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Capable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Marcher	Capable sans aide	99,2%	98,7%	98,4%	96,3%	98,5%
	Capable avec de l'aide	0,7%	1,2%	1,4%	3,5%	1,3%
	Incapable avec de l'aide	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%
Se mettre au lit et en sorti	Capable sans aide	99,6%	99,4%	99,5%	99,2%	99,5%
	Capable avec de l'aide	0,4%	0,6%	0,5%	0,8%	0,5%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Prendre un bain ou une douche	Capable sans aide	99,3%	99,2%	98,9%	97,7%	99,0%
	Capable avec de l'aide	0,6%	0,8%	1,1%	2,2%	0,9%
	Incapable avec de l'aide	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Difficulté à se rendre à la salle de bain à temps	Jamais	93,6%	90,2%	85,8%	78,3%	89,2%
	Jamais ou < une fois par semaine	4,4%	6,9%	9,4%	12,6%	7,1%
	Une fois ou deux par semaine	0,9%	1,6%	2,5%	4,7%	1,9%
	Au moins trois fois par semaine	1,1%	1,4%	2,3%	4,4%	1,8%

TABLEAU 3 ESTIMATIONS DE LA POPULATION CANADIENNE DES DIFFICULTÉS À EFFECTUER CERTAINES ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE

HOMMES						
		45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
		%	%	%	%	%
Utiliser le téléphone sans aide	Capable sans aide	99,9%	99,7%	99,6%	99,6%	99,7%
	Capable avec de l'aide	0,2%	0,3%	0,4%	0,4%	0,3%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Se rendre à des endroits qui exigent un transport	Capable sans aide	99,7%	99,4%	99,4%	98,9%	99,5%
	Capable avec de l'aide	0,3%	0,6%	0,6%	1,1%	0,5%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Faire l'épicerie ou aller magasiner pour l'achat de vêtements	Capable sans aide	99,4%	99,1%	99,1%	97,5%	99,0%
	Capable avec de l'aide	0,6%	0,8%	0,8%	2,3%	0,9%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%
Préparer ses propres repas	Capable sans aide	99,7%	99,7%	99,1%	98,4%	99,4%
	Capable avec de l'aide	0,3%	0,3%	0,7%	1,4%	0,5%
	Incapable avec de l'aide	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,1%
Faire l'entretien ménager	Capable sans aide	98,6%	97,6%	97,4%	93,5%	97,5%
	Capable avec de l'aide	1,1%	2,1%	2,3%	6,0%	2,2%
	Incapable avec de l'aide	0,3%	0,3%	0,2%	0,5%	0,3%
Prendre ses propres médicaments	Capable sans aide	99,7%	99,8%	99,4%	99,5%	99,6%
	Capable avec de l'aide	0,3%	0,2%	0,7%	0,5%	0,4%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
S'occuper de ses finances	Capable sans aide	99,6%	99,8%	99,5%	99,6%	99,7%
	Capable avec de l'aide	0,3%	0,2%	0,5%	0,3%	0,3%
	Incapable avec de l'aide	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%

TABLEAU 3 ESTIMATIONS DE LA POPULATION CANADIENNE DES DIFFICULTÉS À EFFECTUER CERTAINES ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE (SUITE)

FEMMES		45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
		%	%	%	%	%
Utiliser le téléphone sans aide	Capable sans aide	99,8%	99,6%	99,8%	99,4%	99,7%
	Capable avec de l'aide	0,2%	0,4%	0,2%	0,5%	0,3%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Se rendre à des endroits qui exigent un transport	Capable sans aide	99,5%	99,0%	98,9%	95,7%	98,7%
	Capable avec de l'aide	0,5%	1,0%	1,1%	4,2%	1,3%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Faire l'épicerie ou aller magasiner pour l'achat de vêtements	Capable sans aide	98,5%	98,1%	98,5%	94,6%	97,9%
	Capable avec de l'aide	1,3%	1,9%	1,4%	5,0%	2,0%
	Incapable avec de l'aide	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	0,1%
Préparer ses propres repas	Capable sans aide	99,5%	99,2%	99,4%	98,3%	99,2%
	Capable avec de l'aide	0,4%	0,7%	0,6%	1,6%	0,7%
	Incapable avec de l'aide	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Faire l'entretien ménager	Capable sans aide	95,7%	94,7%	92,8%	81,5%	92,9%
	Capable avec de l'aide	3,8%	5,1%	6,7%	17,5%	6,6%
	Incapable avec de l'aide	0,5%	0,3%	0,6%	1,1%	0,5%
Prendre ses propres médicaments	Capable sans aide	99,8%	99,7%	99,8%	99,3%	99,7%
	Capable avec de l'aide	0,2%	0,3%	0,3%	0,7%	0,3%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
S'occuper de ses finances	Capable sans aide	99,9%	99,7%	99,9%	99,4%	99,8%
	Capable avec de l'aide	0,1%	0,3%	0,2%	0,4%	0,2%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%

TABLEAU 3 ESTIMATIONS DE LA POPULATION CANADIENNE DES DIFFICULTÉS À EFFECTUER CERTAINES ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE (SUITE)

TOUS		45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
		%	%	%	%	%
Utiliser le téléphone sans aide	Capable sans aide	99,8%	99,7%	99,7%	99,5%	99,7%
	Capable avec de l'aide	0,2%	0,3%	0,3%	0,5%	0,3%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Se rendre à des endroits qui exigent un transport	Capable sans aide	99,6%	99,2%	99,1%	97,1%	99,1%
	Capable avec de l'aide	0,4%	0,8%	0,9%	2,8%	0,9%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Faire l'épicerie ou aller magasiner pour l'achat de vêtements	Capable sans aide	99,0%	98,5%	98,8%	95,9%	98,4%
	Capable avec de l'aide	1,0%	1,4%	1,1%	3,8%	1,5%
	Incapable avec de l'aide	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,1%
Préparer ses propres repas	Capable sans aide	99,6%	99,4%	99,3%	98,3%	99,3%
	Capable avec de l'aide	0,3%	0,5%	0,6%	1,5%	0,6%
	Incapable avec de l'aide	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%
Faire l'entretien ménager	Capable sans aide	97,2%	96,1%	95,0%	86,8%	95,2%
	Capable avec de l'aide	2,5%	3,6%	4,6%	12,4%	4,5%
	Incapable avec de l'aide	0,4%	0,3%	0,4%	0,8%	0,4%
Prendre ses propres médicaments	Capable sans aide	99,8%	99,8%	99,6%	99,4%	99,7%
	Capable avec de l'aide	0,2%	0,2%	0,5%	0,6%	0,3%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
S'occuper de ses finances	Capable sans aide	99,8%	99,8%	99,7%	99,5%	99,7%
	Capable avec de l'aide	0,2%	0,2%	0,3%	0,4%	0,3%
	Incapable avec de l'aide	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%

TABLEAU 4 ESTIMATION DE LA POPULATION CANADIENNE DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES, SELON L'ÂGE ET LE SEXE

HOMMES					
	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Limites des membres supérieurs					
Aucune limitation fonctionnelle	82,8%	77,9%	76,2%	70,4%	78,6%
Au moins une limitation fonctionnelle	17,2%	22,1%	23,8%	29,6%	21,4%
Limites des membres inférieurs					
Aucune limitation fonctionnelle	72,0%	61,1%	56,7%	48,2%	62,8%
Au moins une limitation fonctionnelle	28,0%	38,9%	43,3%	51,8%	37,2%
Limites liées à la dextérité					
Aucune limitation fonctionnelle	96,6%	94,6%	92,9%	89,7%	94,4%
Au moins une limitation fonctionnelle	3,5%	5,4%	7,2%	10,3%	5,6%
Une limitation fonctionnelle					
Aucune limitation fonctionnelle	64,8%	53,7%	49,4%	40,4%	55,5%
Au moins un limitation fonctionnelle	35,2%	46,3%	50,6%	59,6%	44,5%
Au moins deux limitation fonctionnelle	18,4%	26,4%	29,9%	38,4%	25,5%
Au moins trois limitation fonctionnelle	11,2%	16,7%	17,9%	26,1%	15,9%
FEMMES					
	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Limites des membres supérieurs					
Aucune limitation fonctionnelle	77,1%	72,9%	69,5%	56,1%	71,4%
Au moins une limitation fonctionnelle	22,9%	27,1%	30,5%	43,9%	28,6%
Limites des membres inférieurs					
Aucune limitation fonctionnelle	65,9%	54,4%	48,4%	34,2%	54,5%
Au moins une limitation fonctionnelle	34,1%	45,6%	51,6%	65,8%	45,5%
Limites liées à la dextérité					
Aucune limitation fonctionnelle	95,2%	91,5%	89,4%	86,3%	91,7%
Au moins une limitation fonctionnelle	4,8%	8,5%	10,6%	13,7%	8,3%
Une limitation fonctionnelle					
Aucune limitation fonctionnelle	58,8%	46,7%	42,3%	27,0%	47,5%
Au moins un limitation fonctionnelle	41,3%	53,3%	57,7%	73,0%	52,5%
Au moins deux limitation fonctionnelle	24,5%	33,3%	39,0%	52,6%	33,9%
Au moins trois limitation fonctionnelle	16,6%	22,3%	28,2%	40,2%	23,9%

TABLEAU 4 ESTIMATION DE LA POPULATION CANADIENNE DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES, SELON L'ÂGE ET LE SEXE (SUITE)

TOUS					
	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Limites des membres supérieurs					
Aucune limitation fonctionnelle	79,9%	75,3%	72,7%	62,5%	74,9%
Au moins une limitation fonctionnelle	20,1%	24,7%	27,3%	37,5%	25,1%
Limites des membres inférieurs					
Aucune limitation fonctionnelle	68,9%	57,7%	52,4%	40,4%	58,6%
Au moins une limitation fonctionnelle	31,1%	42,3%	47,7%	59,6%	41,5%
Limites liées à la dextérité					
Aucune limitation fonctionnelle	95,9%	93,0%	91,1%	87,8%	93,0%
Au moins une limitation fonctionnelle	4,1%	7,0%	9,0%	12,2%	7,0%
Une limitation fonctionnelle					
Aucune limitation fonctionnelle	61,8%	50,2%	45,7%	33,0%	48,6%
Au moins un limitation fonctionnelle	38,2%	49,8%	54,3%	67,0%	51,4%
Au moins deux limitation fonctionnelle	21,5%	29,9%	34,6%	46,3%	29,8%
Au moins trois limitation fonctionnelle	13,9%	19,5%	23,2%	34,0%	20,0%

TABLEAU 5 ESTIMATION DE LA POPULATION CANADIENNE DE CERTAINES LIMITATIONS FONCTIONNELLES, SELON L'ÂGE ET LE SEXE

HOMMES		45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Limitations aux membres supérieurs						
Pousser ou tirer de gros objets	Aucune difficulté	94,5%	93,8%	92,8%	91,1%	93,6%
	De la difficulté	5,5%	6,2%	7,2%	8,9%	6,4%
Soulever des objets de 10 livres	Aucune difficulté	96,9%	96,7%	97,2%	94,8%	96,6%
	De la difficulté	3,1%	3,3%	2,8%	5,2%	3,4%
Se laver le dos	Aucune difficulté	93,9%	92,7%	91,1%	88,1%	92,3%
	De la difficulté	6,1%	7,3%	8,9%	12,0%	7,7%
Effectuer des activités qui nécessitent d'amortir une force ou un impact dans les bras, les épaules ou les mains	Aucune difficulté	91,4%	88,3%	90,4%	88,5%	89,9%
	De la difficulté	8,6%	11,7%	9,6%	11,5%	10,1%
Lever les bras au-dessus des épaules	Aucune difficulté	92,1%	89,1%	90,3%	87,8%	90,3%
	De la difficulté	7,9%	11,0%	9,7%	12,2%	9,7%
Faire le lit	Aucune difficulté	97,8%	97,6%	97,5%	95,4%	97,4%
	De la difficulté	2,2%	2,4%	2,5%	4,7%	2,6%
Limitations aux membres inférieurs						
Rester assis pendant > une heure	Aucune difficulté	91,8%	89,1%	91,2%	92,9%	88,6%
	De la difficulté	8,2%	10,9%	8,8%	7,1%	11,4%
Se mettre debout après avoir été assis sur une chaise	Aucune difficulté	87,7%	84,0%	81,7%	75,8%	84,0%
	De la difficulté	12,3%	16,0%	18,3%	24,2%	16,0%
Monter et descendre les escaliers	Aucune difficulté	95,1%	92,3%	91,6%	84,4%	92,3%
	De la difficulté	4,9%	7,7%	8,5%	15,7%	7,7%
Rester debout pendant >15 minutes	Aucune difficulté	92,8%	87,7%	86,6%	82,0%	88,8%
	De la difficulté	7,2%	12,3%	13,4%	18,0%	11,3%
Marcher deux à trois pâtés de maisons	Aucune difficulté	95,8%	92,8%	91,9%	84,4%	92,8%
	De la difficulté	4,2%	7,2%	8,1%	15,7%	7,2%
Se pencher, s'accroupir ou s'agenouiller	Aucune difficulté	80,9%	73,7%	70,6%	64,9%	74,8%
	De la difficulté	19,1%	26,3%	29,4%	35,1%	25,2%
Limitations liées à la dextérité						
Manipuler des petits objets	Aucune difficulté	96,9%	95,1%	93,3%	90,2%	94,8%
	De la difficulté	3,1%	4,9%	6,7%	9,8%	5,2%
Utiliser un couteau pour couper des aliments	Aucune difficulté	98,8%	98,9%	98,8%	97,6%	98,7%
	De la difficulté	1,2%	1,1%	1,2%	2,4%	1,3%

TABLEAU 5 ESTIMATION DE LA POPULATION CANADIENNE DE CERTAINES LIMITATIONS FONCTIONNELLES, SELON L'ÂGE ET LE SEXE (SUITE)

FEMMES		45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Limitations aux membres supérieurs						
Pousser ou tirer de gros objets	Pas de difficulté	89,4%	88,0%	85,7%	78,7%	86,8%
	Tous les niveaux de difficulté	10,6%	12,0%	14,4%	21,3%	13,2%
Soulever des objets de 10 livres	Pas de difficulté	91,1%	90,5%	87,8%	87,8%	89,0%
	Tous les niveaux de difficulté	8,9%	9,5%	12,2%	12,2%	11,0%
Se laver le dos	Pas de difficulté	93,6%	92,3%	91,3%	86,4%	91,7%
	Tous les niveaux de difficulté	6,5%	7,7%	8,7%	13,6%	8,3%
Effectuer des activités qui nécessitent d'amortir une force ou un impact dans les bras, les épaules ou les mains	Pas de difficulté	87,3%	86,1%	86,0%	82,4%	86,0%
	Tous les niveaux de difficulté	12,7%	13,9%	14,0%	17,7%	14,0%
Lever les bras au-dessus des épaules	Pas de difficulté	90,3%	89,6%	88,3%	84,5%	88,9%
	Tous les niveaux de difficulté	9,7%	10,4%	11,7%	15,5%	11,1%
Faire le lit	Pas de difficulté	96,0%	94,0%	93,3%	87,9%	93,7%
	Tous les niveaux de difficulté	4,0%	6,0%	6,7%	12,1%	6,3%
Limitations aux membres inférieurs						
Rester assis pendant > une heure	Pas de difficulté	88,8%	88,8%	89,4%	89,7%	91,0%
	Tous les niveaux de difficulté	11,3%	11,3%	10,6%	10,3%	9,1%
Se mettre debout après avoir été assis sur une chaise	Pas de difficulté	82,5%	76,4%	73,1%	67,9%	76,8%
	Tous les niveaux de difficulté	17,5%	23,6%	26,9%	32,1%	23,2%
Monter et descendre les escaliers	Pas de difficulté	92,8%	88,9%	84,6%	76,6%	87,8%
	Tous les niveaux de difficulté	7,2%	11,1%	15,4%	23,4%	12,3%
Rester debout pendant >15 minutes	Pas de difficulté	91,5%	86,4%	82,3%	72,2%	85,4%
	Tous les niveaux de difficulté	8,6%	13,6%	17,7%	27,8%	14,6%
Marcher deux à trois pâtés de maisons	Pas de difficulté	93,3%	91,0%	87,5%	78,5%	89,4%
	Tous les niveaux de difficulté	6,7%	9,0%	12,5%	21,6%	10,6%
Se pencher, s'accroupir ou s'agenouiller	Pas de difficulté	77,5%	68,6%	63,1%	53,4%	68,6%
	Tous les niveaux de difficulté	22,5%	31,5%	36,9%	46,6%	31,4%
Limitations liées à la dextérité						
Manipuler des petits objets	Pas de difficulté	96,2%	93,1%	90,8%	88,4%	93,1%
	Tous les niveaux de difficulté	3,8%	6,9%	9,2%	11,6%	6,9%
Utiliser un couteau pour couper des aliments	Pas de difficulté	97,8%	96,4%	96,3%	95,7%	96,8%
	Tous les niveaux de difficulté	2,2%	3,6%	3,7%	4,3%	3,2%

TABLEAU 5 ESTIMATION DE LA POPULATION CANADIENNE DE CERTAINES LIMITATIONS FONCTIONNELLES, SELON L'ÂGE ET LE SEXE (SUITE)

TOUS		45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Limitations aux membres supérieurs						
Pousser ou tirer de gros objets	Pas de difficulté	91,9%	90,9%	89,1%	84,2%	90,1%
	Tous les niveaux de difficulté	8,1%	9,1%	10,9%	15,8%	9,9%
Soulever des objets de 10 livres	Pas de difficulté	94,0%	93,6%	92,3%	87,6%	92,7%
	Tous les niveaux de difficulté	6,0%	6,5%	7,7%	12,4%	7,3%
Se laver le dos	Pas de difficulté	93,7%	92,5%	91,2%	87,1%	92,0%
	Tous les niveaux de difficulté	6,3%	7,5%	8,8%	12,9%	8,0%
Effectuer des activités qui nécessitent d'amortir une force ou un impact dans les bras, les épaules ou les mains	Pas de difficulté	89,4%	87,2%	88,1%	85,1%	87,9%
	Tous les niveaux de difficulté	10,7%	12,8%	11,9%	14,9%	12,1%
Lever les bras au-dessus des épaules	Pas de difficulté	91,2%	89,3%	89,3%	86,0%	89,6%
	Tous les niveaux de difficulté	8,8%	10,7%	10,8%	14,0%	10,4%
Faire le lit	Pas de difficulté	96,9%	95,8%	95,3%	91,2%	95,5%
	Tous les niveaux de difficulté	3,1%	4,2%	4,7%	8,8%	4,5%
Limitations aux membres inférieurs						
Rester assis pendant > une heure	Pas de difficulté	90,3%	88,2%	90,3%	91,1%	89,7%
	Tous les niveaux de difficulté	9,7%	11,8%	9,7%	8,9%	10,3%
Se mettre debout après avoir été assis sur une chaise	Pas de difficulté	85,1%	80,2%	77,3%	71,4%	82,3%
	Tous les niveaux de difficulté	14,9%	19,8%	22,7%	28,6%	19,7%
Monter et descendre les escaliers	Pas de difficulté	93,9%	90,6%	88,0%	80,0%	90,0%
	Tous les niveaux de difficulté	6,1%	9,4%	12,0%	20,0%	10,1%
Rester debout pendant >15 minutes	Pas de difficulté	92,1%	87,0%	84,4%	76,5%	87,0%
	Tous les niveaux de difficulté	7,9%	13,0%	15,6%	23,5%	13,0%
Marcher deux à trois pâtés de maisons	Pas de difficulté	94,6%	91,9%	89,6%	81,1%	91,1%
	Tous les niveaux de difficulté	5,4%	8,1%	10,4%	18,9%	9,0%
Se pencher, s'accroupir ou s'agenouiller	Pas de difficulté	79,2%	71,1%	66,7%	58,5%	71,6%
	Tous les niveaux de difficulté	20,8%	28,9%	33,3%	41,5%	28,4%
Limitations liées à la dextérité						
Manipuler des petits objets	Pas de difficulté	96,5%	94,1%	92,0%	89,2%	93,9%
	Tous les niveaux de difficulté	3,5%	5,9%	8,0%	10,8%	6,1%
Utiliser un couteau pour couper des aliments	Pas de difficulté	98,3%	97,6%	97,5%	96,5%	97,7%
	Tous les niveaux de difficulté	1,7%	2,4%	2,5%	3,5%	2,3%

TABLEAU 6 RÉSUMÉ DES TESTS DE PERFORMANCE PHYSIQUE SELON L'ÂGE ET LE SEXE, COHORTE GLOBALE

		TOUS		HOMMES		FEMMES	
		Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Allure	45 à 54 ans	1,04	0,18	1,04	0,17	1,04	0,19
	55 à 64 ans	1,01	0,20	1,02	0,19	1,00	0,20
	65 - 75 years	0,96	0,19	0,97	0,19	0,94	0,19
	75 ans et plus	0,86	0,19	0,88	0,19	0,83	0,19
	Tous	0,98	0,20	0,99	0,20	0,97	0,21
Test « up and go » minuté	45 à 54 ans	8,75	1,71	8,90	1,78	8,61	1,62
	55 à 64 ans	9,21	2,35	9,26	2,38	9,16	2,32
	65 - 75 years	9,79	2,30	9,73	2,30	9,85	2,31
	75 ans et plus	11,22	3,44	11,05	3,27	11,40	3,60
	Tous	9,59	2,57	9,61	2,53	9,56	2,61
Équilibre	45 à 54 ans	52,40	16,40	53,18	15,73	51,68	16,96
	55 à 64 ans	44,41	21,04	45,52	20,79	43,37	21,22
	65 - 75 years	32,03	23,07	34,04	23,15	30,00	22,81
	75 ans et plus	16,87	18,42	18,32	19,24	15,31	17,36
	Tous	39,12	23,43	40,10	23,28	38,16	23,54
Transfert assis-debout	45 à 54 ans	12,33	3,34	12,33	3,29	12,32	3,39
	55 à 64 ans	13,01	3,50	12,94	3,49	13,06	3,50
	65 - 75 years	13,87	3,79	13,62	3,55	14,12	4,00
	75 ans et plus	14,94	4,47	14,55	3,94	15,35	4,93
	Tous	13,36	3,81	13,23	3,62	13,49	3,99
Force de préhension	45 à 54 ans	37,39	11,89	46,85	9,10	28,39	5,57
	55 à 64 ans	34,37	11,27	43,06	8,87	25,88	5,29
	65 - 75 years	31,77	10,53	39,51	8,28	23,57	4,99
	75 ans et plus	27,51	9,51	34,20	7,79	20,32	4,78
	Tous	33,36	11,47	41,58	9,61	25,09	5,88

TABLEAU 7 PRÉVALENCE DES BLESSURES CAUSÉES PAR UNE CHUTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS SELON L'ÂGE ET LE SEXE

HOMMES					
	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
	%	%	%	%	%
Aucune chute	95,9%	96,3%	96,3%	95,6%	96,0%
Au moins une chute	4,2%	3,7%	3,7%	4,4%	4,0%
Au moins deux chutes	0,6%	0,6%	0,3%	0,7%	0,8%
Au moins trois chutes	0,4%	0,2%	0,1%	0,2%	0,3%

FEMMES					
	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
	%	%	%	%	%
Aucune chute	94,6%	93,9%	94,1%	93,8%	94,2%
Au moins une chute	5,4%	6,1%	6,0%	6,2%	5,8%
Au moins deux chutes	0,6%	1,0%	0,7%	1,0%	0,5%
Au moins trois chutes	0,2%	0,5%	0,2%	0,4%	0,3%

TOUS					
	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
	%	%	%	%	%
Aucune chute	95,2%	95,1%	95,1%	94,6%	95,1%
Au moins une chute	4,8%	5,0%	4,9%	5,4%	4,9%
Au moins deux chutes	0,6%	0,8%	0,5%	0,9%	0,7%
Au moins trois chutes	0,3%	0,3%	0,1%	0,3%	0,3%

TABLEAU 8 UTILISATION D'APPAREILS FONCTIONNELS LIÉS À LA MOBILITÉ SELON L'ÂGE ET LE SEXE

HOMMES					
	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Tout appareil fonctionnel					
Non utilisé	94,23%	92,04%	90,34%	80,73%	91,3%
Utilisé	5,77%	7,96%	9,66%	19,27%	8,7%
Canne					
Non utilisée	95,2%	93,0%	91,5%	83,4%	92,5%
Utilisée	4,9%	7,0%	8,5%	16,6%	7,5%
Fauteuil roulant					
Non utilisé	98,9%	98,8%	98,6%	98,0%	98,7%
Utilisé	1,1%	1,2%	1,4%	2,0%	1,3%
Scoter électrique					
Non utilisé	99,8%	99,3%	99,3%	98,5%	99,2%
Utilisé	0,2%	0,7%	0,7%	1,5%	0,8%
Déambulateur					
Non utilisé	99,0%	98,2%	97,1%	94,5%	97,9%
Utilisé	1,0%	1,8%	2,9%	5,5%	2,1%
FEMMES					
	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Tout appareil fonctionnel					
Non utilisé	94,10%	89,88%	85,54%	73,72%	88,4%
Utilisé	5,90%	10,12%	14,46%	26,28%	11,6%
Canne					
Non utilisée	95,0%	91,4%	87,7%	77,9%	90,2%
Utilisée	5,0%	8,6%	13,3%	22,1%	9,8%
Fauteuil roulant					
Non utilisé	98,4%	98,2%	97,4%	96,7%	97,9%
Utilisé	1,6%	1,8%	2,6%	3,3%	2,1%
Scoter électrique					
Non utilisé	99,4%	99,3%	98,9%	98,5%	99,4%
Utilisé	0,6%	0,7%	1,1%	1,5%	0,6%
Déambulateur					
Non utilisé	98,4%	97,0%	94,5%	88,7%	95,9%
Utilisé	1,6%	3,0%	5,5%	11,3%	4,1%

TABLEAU 8 UTILISATION D'APPAREILS FONCTIONNELS LIÉS À LA MOBILITÉ SELON L'ÂGE ET LE SEXE (SUITE)

TOUS					
	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Tout appareil fonctionnel					
Non utilisé	94,16%	90,94%	87,85%	76,81%	89,82%
Utilisé	5,84%	9,06%	12,15%	23,19%	10,18%
Canne					
Non utilisée	95,1%	92,2%	89,5%	80,4%	91,3%
Utilisée	4,9%	7,8%	10,5%	19,7%	8,7%
Fauteuil roulant					
Non utilisé	98,7%	98,5%	98,0%	97,3%	98,3%
Utilisé	1,3%	1,5%	2,0%	2,7%	1,7%
Scoter électrique					
Non utilisé	99,6%	99,3%	99,1%	98,5%	99,3%
Utilisé	0,4%	0,7%	0,9%	1,5%	0,7%
Déambulateur					
Non utilisé	98,7%	97,6%	95,7%	91,3%	96,9%
Utilisé	1,3%	2,4%	4,3%	8,8%	3,1%

TABLEAU 9 AUTOÉVALUATION DE LA VISION, TROUBLES DE LA VUE ET AUTOÉVALUATION DE L'AUDITION SELON L'ÂGE ET LE SEXE

HOMMES					
	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Autoévaluation de la vision					
Excellente	24,3%	23,6%	24,1%	19,6%	21,6%
Très bonne	36,9%	37,2%	38,7%	35,3%	37,6%
Bonne	31,5%	31,7%	30,9%	35,1%	32,1%
Passable	6,4%	5,8%	5,0%	8,4%	7,0%
Mauvaise ou nulle	0,9%	1,7%	1,3%	1,6%	1,7%
Cataractes					
Non	96,7%	88,3%	69,0%	41,1%	82,6%
Oui	3,3%	11,7%	31,0%	58,9%	17,4%
Glaucome					
Non	99,0%	97,0%	94,0%	90,2%	95,8%
Oui	1,0%	3,1%	6,0%	9,8%	4,2%
Dégénérescence maculaire					
Non	99,2%	97,8%	96,3%	90,2%	97,2%
Oui	0,8%	2,2%	3,8%	9,8%	2,8%
Autoévaluation de l'audition					
Excellente	23,8%	19,2%	18,2%	12,0%	20,0%
Très bonne	34,7%	30,4%	29,6%	26,3%	31,4%
Bonne	31,2%	35,3%	35,4%	39,6%	34,2%
Passable	8,8%	12,8%	14,8%	18,3%	12,3%
Mauvaise	1,5%	2,2%	2,0%	3,9%	2,1%

TABLEAU 9 AUTOÉVALUATION DE LA VISION, TROUBLES DE LA VUE ET AUTOÉVALUATION DE L'AUDITION SELON L'ÂGE ET LE SEXE (SUITE)

FEMMES					
	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Autoévaluation de la vision					
Excellente	23,4%	23,0%	20,6%	15,2%	21,6%
Très bonne	37,6%	38,2%	38,6%	35,0%	37,6%
Bonne	31,0%	30,6%	32,9%	37,0%	32,1%
Passable	6,4%	6,4%	7,1%	9,6%	7,0%
Mauvaise ou nulle	1,5%	1,8%	0,8%	3,2%	1,7%
Cataractes					
Non	96,0%	85,5%	57,5%	26,5%	76,1%
Oui	4,0%	14,5%	42,5%	73,5%	23,9%
Glaucome					
Non	98,4%	96,9%	93,8%	88,7%	96,4%
Oui	1,6%	3,1%	6,2%	11,3%	3,6%
Dégénérescence maculaire					
Non	98,9%	97,7%	95,1%	87,4%	96,3%
Oui	1,0%	2,3%	4,9%	12,6%	3,7%
Autoévaluation de l'audition					
Excellente	31,1%	30,4%	25,9%	16,7%	29,1%
Très bonne	34,3%	34,6%	33,8%	30,7%	33,8%
Bonne	26,4%	28,2%	31,3%	38,5%	29,5%
Passable	4,6%	6,1%	7,7%	12,2%	6,7%
Mauvaise	0,7%	0,8%	1,4%	1,9%	1,0%

TABLEAU 9 AUTOÉVALUATION DE LA VUE, TROUBLES DE LA VISION ET AUTOÉVALUATION DE L'AUDITION SELON L'ÂGE ET LE SEXE (SUITE)

TOUS					
	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Autoévaluation de la vision					
Excellente	23,8%	23,3%	22,3%	17,1%	22,5%
Très bonne	37,3%	37,8%	38,7%	35,1%	37,4%
Bonne	31,3%	31,2%	31,9%	36,2%	32,0%
Passable	6,4%	6,1%	6,1%	9,1%	6,6%
Mauvaise ou nulle	1,2%	1,7%	1,1%	2,5%	1,5%
Cataractes					
Non	96,4%	86,9%	63,0%	33,0%	79,3%
Oui	3,6%	13,1%	37,0%	67,1%	20,7%
Glaucome					
Non	98,7%	96,9%	93,9%	89,4%	96,1%
Oui	1,3%	3,1%	6,1%	10,6%	3,9%
Dégénérescence maculaire					
Non	99,1%	97,8%	95,6%	88,6%	96,7%
Oui	0,9%	2,2%	4,4%	11,4%	3,3%
Autoévaluation de l'audition					
Excellente	29,0%	25,0%	22,2%	14,6%	24,7%
Très bonne	34,5%	32,5%	31,8%	28,7%	32,7%
Bonne	28,8%	31,7%	33,3%	39,0%	31,8%
Passable	6,7%	9,4%	11,1%	14,9%	9,4%
Mauvaise	1,1%	1,5%	1,6%	2,8%	1,5%

TABLEAU 10 POURCENTAGE DE PERSONNES RECEVANT DES SOINS INFORMELS, DES SOINS FORMELS, DES SOINS FORMELS OU INFORMELS, UTILISANT DES AIDES À LA MOBILITÉ OU UTILISANT N'IMPORTE QUELLE AIDE À LA MOBILITÉ, AVEC OU SANS DIFFICULTÉS À EFFECTUER DES AVQ OU DES AIVQ, SELON L'ÂGE ET LE SEXE

HOMMES						
	Situation vis-à-vis de l'incapacité selon les AVQ et les AIVQ	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Reçoivent des soins professionnels ou rémunérés						
Non	Aucune limitation fonctionnelle	98,2%	98,0%	97,4%	94,3%	97,6%
Oui		1,8%	2,0%	2,6%	5,8%	2,4%
Non	Au moins une limitation fonctionnelle	75,9%	73,7%	74,3%	68,9%	73,0%
Oui		24,1%	26,3%	25,7%	31,1%	27,0%
Reçoivent des soins à domicile						
Non	Aucune limitation fonctionnelle	92,6%	91,7%	93,0%	92,4%	92,4%
Oui		7,4%	8,3%	7,0%	7,6%	7,6%
Non	Au moins une limitation fonctionnelle	56,3%	57,4%	64,8%	54,6%	60,7%
Oui		43,7%	42,6%	35,2%	35,4%	39,3%
Reçoivent des tout type de soins						
Non	Aucune limitation fonctionnelle	91,5%	90,8%	91,8%	88,8%	91,1%
Oui		8,5%	9,2%	8,2%	11,2%	8,9%
Non	Au moins une limitation fonctionnelle	47,1%	49,6%	53,3%	50,5%	50,1%
Oui		52,9%	50,4%	46,8%	49,6%	49,9%
Utilisation d'appareils fonctionnels liés à la mobilité						
Non	Aucune limitation fonctionnelle	95,6%	94,4%	92,9%	85,7%	93,7%
Oui		4,4%	5,6%	7,1%	14,3%	6,3%
Non	Au moins une limitation fonctionnelle	57,2%	49,2%	54,1%	48,5%	51,9%
Oui		42,8%	50,8%	45,9%	51,5%	48,1%
Utilisation d'appareils fonctionnels						
Non	Aucune limitation fonctionnelle	89,5%	87,6%	86,3%	76,7%	87,0%
Oui		10,5%	12,4%	13,8%	23,4%	13,0%
Non	Au moins une limitation fonctionnelle	45,5%	38,3%	42,5%	36,1%	40,3%
Oui		54,5%	61,7%	57,5%	63,9%	59,8%

TABLEAU 10 POURCENTAGE DE PERSONNES RECEVANT DES SOINS INFORMELS, DES SOINS FORMELS, DES SOINS FORMELS OU INFORMELS, UTILISANT DES AIDES À LA MOBILITÉ OU UTILISANT N'IMPORTE QUELLE AIDE À LA MOBILITÉ, AVEC OU SANS DIFFICULTÉS À EFFECTUER DES AVQ OU DES AIVQ, SELON L'ÂGE ET LE SEXE (SUITE)

FEMMES						
	Situation vis-à-vis de l'incapacité selon les AVQ et les AIVQ	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Reçoivent des soins professionnels ou rémunérés						
Non	Aucune limitation fonctionnelle	98,0%	98,1%	96,9%	93,7%	97,4%
Oui		2,0%	135,0%	3,2%	6,3%	2,6%
Non	Au moins une limitation fonctionnelle	84,6%	81,6%	75,9%	67,6%	76,6%
Oui		15,4%	18,4%	24,1%	32,4%	23,4%
Reçoivent des soins à domicile						
Non	Aucune limitation fonctionnelle	88,9%	90,3%	89,6%	88,0%	89,4%
Oui		11,1%	9,8%	10,4%	12,0%	10,6%
Non	Au moins une limitation fonctionnelle	61,4%	57,3%	68,5%	66,3%	63,4%
Oui		38,6%	42,7%	31,5%	33,7%	36,6%
Reçoivent des tout type de soins						
Non	Aucune limitation fonctionnelle	88,1%	89,5%	88,4%	84,4%	88,2%
Oui		11,9%	10,5%	11,6%	15,6%	11,8%
Non	Au moins une limitation fonctionnelle	56,2%	51,2%	59,2%	49,8%	53,6%
Oui		43,8%	48,8%	40,8%	50,2%	46,5%
Utilisation d'appareils fonctionnels liés à la mobilité						
Non	Aucune limitation fonctionnelle	96,4%	93,8%	90,6%	85,1%	93,3%
Oui		3,7%	6,2%	9,4%	14,9%	6,7%
Non	Au moins une limitation fonctionnelle	69,3%	59,2%	57,3%	50,6%	58,3%
Oui		30,7%	40,8%	42,7%	49,4%	41,8%
Utilisation d'appareils fonctionnels						
Non	Aucune limitation fonctionnelle	90,3%	87,1%	82,0%	68,7%	85,5%
Oui		9,7%	12,9%	18,0%	31,3%	14,5%
Non	Au moins une limitation fonctionnelle	58,6%	49,2%	43,3%	33,7%	45,0%
Oui		41,4%	50,9%	56,7%	66,3%	55,0%

TABLEAU 10 POURCENTAGE DE PERSONNES RECEVANT DES SOINS INFORMELS, DES SOINS FORMELS, DES SOINS FORMELS OU INFORMELS, UTILISANT DES AIDES À LA MOBILITÉ OU UTILISANT N'IMPORTE QUELLE AIDE À LA MOBILITÉ, AVEC OU SANS DIFFICULTÉS À EFFECTUER DES AVQ OU DES AIVQ, SELON L'ÂGE ET LE SEXE (SUITE)

TOUS						
	Situation vis-à-vis de l'incapacité selon les AVQ et les AIVQ	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous
Reçoivent des soins professionnels ou rémunérés						
Non	Aucune limitation fonctionnelle	98,1%	98,0%	97,2%	94,0%	97,5%
Oui		1,9%	2,0%	2,9%	6,0%	2,5%
Non	Au moins une limitation fonctionnelle	82,1%	79,3%	75,5%	68,0%	75,6%
Oui		17,9%	20,8%	24,5%	32,1%	24,4%
Reçoivent des soins à domicile						
Non	Aucune limitation fonctionnelle	90,8%	91,0%	91,3%	90,2%	90,9%
Oui		9,2%	9,0%	8,7%	9,8%	9,1%
Non	Au moins une limitation fonctionnelle	60,0%	57,3%	67,5%	65,9%	62,7%
Oui		40,0%	42,7%	32,5%	34,1%	37,3%
Reçoivent des tout type de soins						
Non	Aucune limitation fonctionnelle	89,9%	90,1%	90,1%	86,6%	89,7%
Oui		10,1%	9,9%	9,9%	13,4%	10,3%
Non	Au moins une limitation fonctionnelle	53,6%	50,7%	57,6%	50,0%	52,6%
Oui		46,4%	49,3%	42,4%	50,0%	47,4%
Utilisation d'appareils fonctionnels liés à la mobilité						
Non	Aucune limitation fonctionnelle	96,0%	94,1%	91,8%	85,4%	93,5%
Oui		4,1%	5,9%	8,3%	14,6%	6,5%
Non	Au moins une limitation fonctionnelle	65,8%	56,3%	56,4%	50,1%	56,5%
Oui		34,2%	43,7%	43,6%	49,9%	43,5%
Utilisation d'appareils fonctionnels						
Non	Aucune limitation fonctionnelle	89,9%	87,4%	84,1%	72,7%	86,2%
Oui		10,1%	12,6%	15,9%	27,3%	13,8%
Non	Au moins une limitation fonctionnelle	54,9%	46,0%	43,1%	34,3%	43,7%
Oui		45,1%	54,0%	56,9%	65,8%	56,3%



9

Santé psychologique et bien-être

Holly Tuokko *Université de Victoria*

Vanessa Taler *Université d'Ottawa*

Martine Simard *Université Laval*

Megan O'Connell *Université de Saskatchewan*

Lauren Griffith *Université McMaster*

Gerald Mugford *Université Memorial de Terre-Neuve*



Santé psychologique et bien-être

Principaux points saillants

Le présent chapitre a pour objet de décrire les mesures de santé psychologique évaluées dans l'ÉLCV et de fournir des statistiques descriptives transversales pour l'évaluation de surveillance et l'évaluation globale initiales. Les résultats présentés dans ce chapitre montrent ce qui suit :

- Les scores obtenus aux tests cognitifs étaient généralement plus faibles chez les participants plus âgés que chez les plus jeunes, ce qui renforce d'autres observations concernant des mesures semblables dans la littérature.
- Diverses mesures cognitives ont fait ressortir certaines différences entre les sexes, lesquelles concordent avec les observations faites pour des mesures semblables dans la littérature existante.
- Certaines mesures de la cognition, en particulier celles qui portent sur la fonction verbale, montrent des différences dans les niveaux de rendement entre les personnes qui ont effectué le test en français et celles qui l'ont fait en anglais.
- Les mesures cognitives évaluées par téléphone et en personne ont permis d'obtenir des scores moyens semblables.
- La plupart des participants ont déclaré que leur santé mentale était excellente, très bonne ou bonne. Environ 5 % ont indiqué que leur santé mentale générale était passable ou mauvaise; cette proportion diminuait avec l'âge. Les plus jeunes participants à l'ÉLCV ont signalé les préoccupations les plus importantes par rapport à leur santé mentale.
- Les femmes avaient tendance à signaler plus de symptômes dépressifs et une détresse psychologique plus importante que les hommes.
- Peu de différences notables entre les sexes et les groupes d'âge ont été relevées pour ce qui est des dimensions de la personnalité.

Le présent chapitre traite uniquement des mesures psychologiques individuelles tirées des données initiales. Certaines mesures de la santé psychologique dans l'ÉLCV ont rarement été utilisées dans le contexte de recherches épidémiologiques de grande envergure, et il sera donc important d'évaluer leur rendement par rapport à celui d'autres mesures. De plus, la véritable force de l'ÉLCV en ce qui a trait à l'étude de la santé psychologique et du vieillissement ressortira à mesure que ces mêmes mesures seront appliquées et que les trajectoires du changement pourront être énoncées.

Introduction

À mesure que les gens vieillissent, leur capacité à maintenir leur autonomie et leurs relations sociales ainsi qu'à effectuer leurs activités quotidiennes dépend de leur niveau de fonctionnement psychologique. Par conséquent, une étude longitudinale du vieillissement doit absolument comporter un point de vue sur l'aspect psychologique. Pour mettre au point la composante sur la santé psychologique dans l'ÉLCV, on a procédé à l'évaluation, la sélection et la mise en œuvre de mesures qui prennent en considération les domaines psychologiques que l'on juge très importants dans le contexte du développement de l'adulte et du vieillissement en bonne santé. Tout au long de la vie des personnes, certains domaines de leur fonction psychologique déclinent, tandis que d'autres demeurent relativement stables. Certains processus psychologiques qui guident le comportement et le fonctionnement des adultes sont influencés par des changements dans l'état de santé physique et mentale, alors que d'autres peuvent être influencés par des changements dans les attitudes, les croyances et les valeurs des personnes en fonction de leur expérience de vie. Dans l'ÉLCV, les domaines de la santé psychologique incluent les fonctions cognitives (p. ex. la mémoire, les fonctions exécutives et la vitesse psychomotrice), les troubles de l'humeur et la détresse, la satisfaction de vivre et la personnalité. Ces domaines seront intéressants pour de nombreux chercheurs qui les examineront, seuls ou entre les sous-groupes (p. ex. en fonction de l'âge) et par rapport à d'autres variables dans l'analyse transversale, ou encore au fil du temps (c.-à-d. longitudinalement).

Le présent chapitre décrit les mesures de santé psychologique et présente des statistiques descriptives transversales à part au sujet des me-

sures utilisées dans l'évaluation de surveillance et l'évaluation globale initiales combinées, stratifiées par langue de réponse, groupe d'âge et sexe – il a été démontré que ces facteurs influencent le rendement rapport aux mesures de la santé psychologique. Par exemple, il est bien connu que les facteurs linguistiques^{1,2} et les différences dans les modes d'administration des tests (p. ex. par téléphone et en personne) peuvent influencer le rendement obtenu lors de l'évaluation des mesures de la cognition. À ce jour, il n'existe aucune donnée probante indiquant que les mesures de la santé psychologique utilisées dans l'ÉLCV (et en particulier les mesures cognitives) rendent les éléments latents de la même manière dans chaque langue d'administration. Les différences observées entre le rendement des personnes qui ont effectué les tests en français et celui des participants qui les ont faits en anglais s'expliquent probablement par les différences dans la pertinence des propriétés des mesures utilisées dans chaque langue, et non par les différences de capacité entre les deux groupes. D'abord, nous présentons une brève description des processus employés pour la sélection de ces mesures et les procédures pour leur mise en œuvre dans l'ÉLCV. On a examiné séparément les observations non pondérées relevées grâce aux mesures mises en œuvre par téléphone (c.à.d. les entrevues initiales pour la version 3.3 auprès de l'évaluation de surveillance [n = 21 241] et les questionnaires de mi-parcours pour la version de l'évaluation de surveillance 2.1 [n = 19 052] ainsi que l'évaluation globale pour la version 2.1 [n = 28 789]) et celles relevées grâce aux mesures administrées en personne (c.-à-d. les entrevues initiales à domicile pour la version 3.2 de l'évaluation globale et les visites des lieux pour la collecte de données [n = 30 097]). Cette information descriptive fournit les fondements nécessaires sur lesquels s'appuieront les futurs travaux réalisés à partir de ces données.

Mesures

SÉLECTION, ADMINISTRATION ET NOTATION DES MESURES DE LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE

Les chercheurs possédant une expertise dans différents domaines de la psychologie et du vieillissement (p. ex. le développement, la santé, l'aspect social et la neuropsychologie) ont été invités à prendre part à des téléconférences de groupes de travail afin de déterminer les principaux domaines de santé psychologique à intégrer dans le modèle d'étude global de l'ÉLCV. On a défini cinq sous-thèmes d'une grande importance pour les objectifs de l'ÉLCV : la cognition, les troubles de l'humeur, la satisfaction de vivre, la détresse et la personnalité. Dans l'ÉLCV, la santé psychologique concerne les facteurs intra-individuels qui influencent le comportement lié à la santé ou les résultats en matière de santé de chaque personne. Dans le contexte longitudinal de l'ÉLCV, les cinq sous-thèmes rattachés à la santé psychologique donneront lieu à des trajectoires de développement et aideront à comprendre les fonctions d'adaptation dans le contexte environnemental (p. ex., physique, social, historique) de chaque participant.

Les mesures de la santé psychologiques ont été divisées entre celles qui ont été mises en œuvre en personne ou par téléphone (évaluation globale : Test d'apprentissage auditivo-verbal de Rey [RAVLT] immédiatement et rappel après 5 minutes; Test d'alternance mentale; Fluidité Animaux; Test de mémoire prospective de Miami; Test de dépistage des conditions neuropsychologiques Stroop [version de Victoria]; Test oral contrôlé d'association de mots; test de temps de réaction; autoévaluation de la santé mentale générale; sondage en 10 points sur la dépression du Center for Epidemiologic Studies – Depression; satisfaction de vivre; trouble de stress post-trau-

matique), et celles qui ont été administrées par téléphone (évaluation de surveillance et questionnaire de mi-parcours : RAVLT – essai 1 et rappel différé après 5 minutes; Test d'alternance mentale; Fluidité Animaux; autoévaluation de la santé mentale générale; sondage en 10 points sur la dépression du Center for Epidemiologic Studies – Depression; satisfaction de vivre; trouble de stress post-traumatique; échelle d'évaluation de la détresse psychologique en 10 points; test de personnalité en 10 points) [voir le tableau 1]. La façon dont certaines mesures sont administrées et notées dans l'ÉLCV diffère de la méthode employée dans la plupart des autres études. Par exemple, toutes les mesures dans l'évaluation de surveillance de l'ÉLCV sont administrées par téléphone et dans une séquence spécifique intégrée dans une longue série de questions sur la santé et le fonctionnement social. De même, certaines des mesures mises en œuvre en personne ont été administrées au domicile du participant, alors que d'autres ont été mises en œuvre dans un milieu clinique plus typique parmi un vaste ensemble d'activités concernant la santé et le fonctionnement physique. Les mesures précises administrées sont décrites au tableau 2. Les éléments et l'ordre d'administration de toutes les mesures de la santé psychologique dans le contexte plus large de la collecte de données globales de l'ÉLCV sont publiés sur le site Web de l'ÉLCV (www.clsa-elcv.ca/fr), de même que des documents concernant la notation et le codage des réponses.

Résultats

COGNITION

Dans l'ÉLCV, les mesures de la fonction cognitive correspondent aux domaines de la mémoire, des fonctions exécutives et de la vitesse psychomotrice. Ces trois domaines ont été sélectionnés pour les raisons suivantes : chaque domaine s'est avéré lié au fonctionnement d'adaptation tout au long de la vie; un déclin graduel normatif lié à l'âge a été observé pour chacun de ces domaines; un changement marqué dans chaque domaine a été associé à des problèmes médicaux liés à l'âge; de plus en plus de preuves révèlent que chacun de ces domaines cognitifs peut être associé à certains marqueurs génétiques. On s'est concentré sur la sélection des mesures des fonctions exécutives parce qu'elles sont associées à de nombreux comportements complexes comme la souplesse mentale, la fluidité et l'inhibition de la réponse, qui sont toutes des tâches qui permettent aux personnes d'adopter des comportements indépendants et adaptés.

TEST D'APPRENTISSAGE AUDITIVO-VERBAL DE REY (RAVLT)

En ce qui concerne les mesures de la mémoire (RAVLT – rappel immédiat et rappel différé), le nombre moyen de mots dont le sujet se souvient à partir d'une liste de 15 éléments différait seulement légèrement lorsque le test était administré par téléphone (c.-à-d. lors de l'entrevue de surveillance, le nombre de mots moyen dont les sujets se souvenaient immédiatement en anglais = 5,9 et en français = 5,8) par rapport aux données pour le test administré en personne (lors de l'évaluation globale, le nombre de mots moyen dont les sujets se souvenaient immédiatement en anglais = 5,9 et en français = 5,5). Comme on pouvait s'y attendre, pour le rappel immédiat et le rappel différé, les participants plus âgés se rappelaient moins de mots et les femmes se souvenaient de plus de

mots que les hommes dans tous les groupes d'âge, quelle que soit leur langue de réponse. Les femmes les plus jeunes se rappelaient un plus grand nombre de mots (score moyen pour un rappel immédiat en anglais = 7 et en français = 6,6), tandis que les hommes les plus âgés ont obtenu le score le moins élevé pour cette mesure (score moyen pour le rappel immédiat en anglais = 4,3 et en français = 4,0) [figure 1a]. Après un délai de 5 minutes, une tendance semblable de réponse a été observée (score moyen de rappel différé chez les femmes âgées de 45 à 54 ans anglophones = 5,4 et francophones = 5,3; score moyen de rappel différé pour les hommes âgés de 75 ans et plus anglophones = 2,5 et francophones = 2,4) [figure 1b].

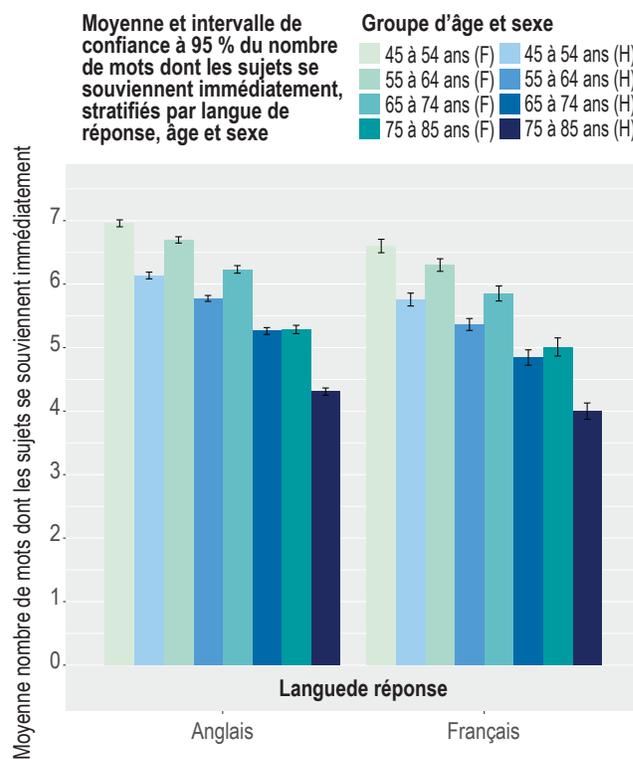


Figure 1a – Nombre de mots dont les sujets se souviennent immédiatement, par âge, sexe et langue du réponse

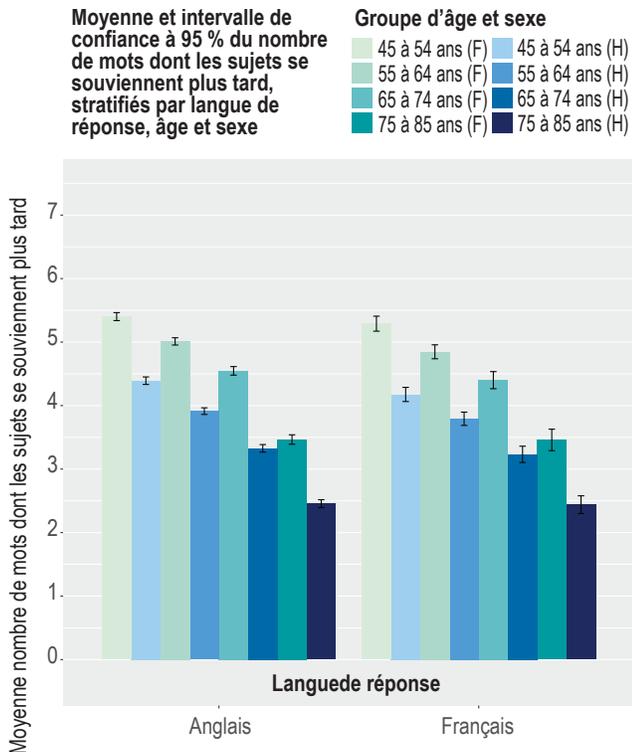


Figure 1b – Nombre de mots dont les sujets se souviennent plus tard, par âge, sexe et langue du réponse

TEST D'ALTERNANCE MENTALE

À un test de souplesse mentale comprenant des tâches d'alternance (Test d'alternance mentale), les hommes et les femmes ont obtenu des résultats semblables dans chaque groupe d'âge et pour chaque langue de réponse, que cette mesure ait été administrée par téléphone ou en personne. Les participants les plus âgés dans chaque échantillon (évaluation de surveillance et évaluation globale) ont réussi un moins grand nombre d'alternances. Le nombre le plus élevé d'alternances a été effectué par les hommes les plus jeunes (score moyen chez les hommes âgés de 45 à 54 ans = 29,3), tandis que les femmes les plus âgées ont réalisé le nombre le plus faible d'alternances (score moyen chez les femmes âgées de 75 ans et plus = 21,4).

TEST DE FLUIDITÉ – ANIMAUX

Le nombre de noms d'animaux (fluidité de la

catégorie) indiqués en 60 secondes était semblable chez les femmes et chez les hommes dans chaque groupe d'âge et pour chaque langue de réponse, que cette mesure ait été administrée par téléphone ou en personne, et tel a été le cas lors que les performances ont été notées de façon stricte ou de manière plus indulgente. Comme on pouvait s'y attendre, les scores moyens étaient légèrement supérieurs lorsque l'on a accordé les notes de façon plus indulgente. Les participants plus âgés ont indiqué un nombre moins élevé de noms d'animaux. Bien que cette variable n'ait pas été notée, les participants qui ont effectué le test en anglais ont trouvé un peu plus de noms d'animaux que ceux qui l'ont fait en français.

FLUIDITÉ VERBALE – TEST ORAL CONTRÔLÉ D'ASSOCIATION DE MOTS (TEST FAS)

Le nombre de mots indiqués en réaction aux lettres fournies en vue d'obtenir les réponses (fluidité verbale au test FAS) en 60 secondes était semblable chez les femmes et chez les hommes, quelle que soit leur langue de réponse (score moyen au test en anglais chez les femmes = 39,9, chez les hommes = 40,3; en français chez les femmes = 35,0, chez les hommes = 35,2). Les femmes les plus jeunes ont donné le nombre le plus élevé de mots (score moyen chez des femmes âgées de 45 à 54 ans qui ont effectué le test en anglais = 43,1; en français, français = 39,0) et les hommes les plus âgés qui ont fourni le nombre le moins élevé de mots (score moyen chez les hommes âgés de 75 ans et plus qui ont effectué le test en anglais = 35,6; en français = 28,8). Comme on pouvait s'y attendre, étant donné le nombre de mots qui commencent par F, A, et S n'est pas le même en anglais et en français, les résultats ont différé d'une langue à l'autre.

TEST STROOP

Une mesure de la réponse d'inhibition (Stroop) qui est adaptée à un ralentissement lié à l'âge était semblable chez les femmes et chez les hommes au sein de chaque groupe d'âge et pour chaque langue de réponse. On a observé l'indice de référence le plus faible chez les participants les plus jeunes (indice d'interférence moyen combiné chez les femmes et les hommes anglophones et francophones âgés de 45 à 54 ans = 1,95), tandis que l'on a observé l'indice d'interférence le plus élevé chez les participants les plus âgés (indice d'interférence moyen combiné chez les femmes et les hommes anglophones et francophones âgés de 75 ans et plus = 2,42).

TEST DE MÉMOIRE PROSPECTIVE

Dans l'ÉLCV, le Test de mémoire prospective, ou se souvenir de ne pas oublier, a été mesuré dans deux conditions, soit en fonction des événements et en fonction du temps. On a calculé un score global qui combinait les critères suivants : l'intention d'exécuter (intervalle de 0 à 3), l'exactitude de la réponse (intervalle de 0 à 3) et le besoin de rappel (intervalle de 0 à 3) pour les tâches fondées sur les événements et sur le temps³, pour un score maximum de 18. Le score combiné était semblable chez les femmes et chez les hommes dans chaque groupe d'âge et pour chaque langue de réponse. Comme on pouvait s'y attendre, on a obtenu les meilleurs résultats des participants les plus jeunes pour cette mesure combinée (hommes et femmes anglophones et francophones combinés âgés de 45 à 54 ans = 17,58), tandis que les participants les plus âgés ont obtenu les scores les plus faibles (hommes et femmes anglophones et francophones combinés âgés de 75 ans et plus = 15,99).

Dans les tâches fondées sur le temps de réaction entre deux choix, les participants ont eu 60 présentations, à différents intervalles de

réponse, de l'une des deux cibles apparaissant à différents endroits sur un écran d'ordinateur tactile. Un score moyen global pour le temps de réaction a été calculé pour les 60 présentations. On a relevé peu de différences entre les résultats des hommes et ceux des femmes, quelle que soit leur langue de réponse. Les participants les plus jeunes (âgés de 45 à 54 ans) ont réalisé les temps de réaction moyens les plus rapides (temps de réaction moyen combiné pour les femmes et les hommes anglophones et francophones = 761,17 ms), tandis que les participants les plus âgés ont obtenu les temps de réaction les plus élevés (temps de réaction moyen combiné pour les femmes et les hommes anglophones et francophones âgés de 75 ans et plus = 979,94 ms).

TROUBLES DE L'HUMEUR, SATISFACTION DE VIVRE ET DÉTRESSE

Les réponses des participants sur la santé mentale et le bien-être variaient en fonction de la mesure précise examinée. À l'unique question permettant d'évaluer la santé mentale générale, la plupart des participants – quels que soient leur âge, leur sexe ou leur langue de réponse – ont signalé avoir peu de problèmes de santé mentale, et plus de 90 % des participants dans l'évaluation de surveillance et l'évaluation globale ont jugé que leur santé mentale était excellente, très bonne ou bonne (94,2 % chez les Anglophones; 95,8 % chez les Francophones), et non passable ou mauvaise (5,8 % chez les Anglophones, 4,1 % chez les Francophones). Le nombre de personnes indiquant une santé mentale générale passable ou mauvaise diminuait avec l'âge (6,7 % chez les participants âgés de 45 à 54 ans; 4,1 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus), quel que soit l'échantillon (c.-à-d. l'évaluation de surveillance ou globale), le sexe ou la langue de réponse. La seule exception se rapportait aux femmes qui ont réalisé la version française du test dans l'éva-

luation globale, où les personnes de 45 à 54 ans ont signalé des données semblables à celles des personnes âgées de 75 à 85 ans (c.-à-d. environ 6 %).

ÉCHELLE DE SATISFACTION DE VIVRE

De même, la plupart des participants de l'ÉLCV ont déclaré avoir un sentiment de satisfaction de vivre. Lorsque la fréquence des réponses a été calculée, 4,9 % des participants de l'ÉLCV ont déclaré une insatisfaction ou une insatisfaction extrême. Les adultes les plus jeunes (c.-à-d. âgés de 45 à 54 ans) ont signalé une insatisfaction à l'égard de leur vie deux fois plus souvent que les participants les plus âgés, soit de 75 ans et plus (6,0 % par rapport à 2,9 %), bien que cette observation variait selon l'échantillon de l'ÉLCV. Par exemple, 3,5 % des hommes les plus jeunes (c.-à-d. âgés de 45 à 54 ans) de l'évaluation globale qui ont rempli le questionnaire en français ont fait part d'une insatisfaction ou d'une insatisfaction extrême par rapport à 0,5 % chez les hommes les plus âgés de la même évaluation. Dans l'évaluation de surveillance, 7,2 % des hommes les plus jeunes (45 à 54 ans) qui ont rempli le questionnaire en anglais ont signalé une insatisfaction ou une insatisfaction extrême par rapport à 2,4 % chez les hommes les plus âgés (c.-à-d. âgés de 75 ans et plus) de cette même évaluation.

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Les réponses aux quatre questions concernant les symptômes de trouble de stress post-traumatique portent à croire que, quel que soit leur sexe, les participants qui ont rempli le questionnaire en anglais étaient moins susceptibles d'obtenir un résultat positif au test de trouble de stress post-traumatique avec l'âge. Environ 8,5 % des femmes de l'évaluation de surveillance et de l'évaluation globale anglophones âgées de 45 à 54 ans ont obtenu un résultat positif par rapport au trouble de stress post-traumatique, tandis que ce

fut le cas de seulement environ 2,8 % des femmes âgées de 75 ans et plus de ces évaluations. Cette tendance n'était pas aussi évidente pour les participants de sexe masculin ou féminin qui ont rempli le questionnaire en français. Dans certains cas, on a relevé peu de différence entre les participants des groupes d'âge les plus jeunes et des groupes d'âge les plus vieux qui ont rempli le questionnaire en français (p. ex. participants de l'évaluation de surveillance âgés de 45 à 54 ans = 8,2 %, et ceux âgés de 75 ans et plus = 7,3 %).

DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE (K10)

Pour la mesure des symptômes non spécifiques de détresse psychologique qui sont survenus au cours des 30 jours précédents (K10), les femmes, quelle que soit leur langue de réponse, obtenaient des scores légèrement plus élevés que ceux des hommes. La même tendance générale indiquée ci-dessus a été observée pour d'autres mesures de santé mentale, et les participants les plus jeunes ont déclaré des niveaux quelque peu plus élevés de détresse (score moyen pour les femmes et les hommes anglophones et francophones âgés de 45 à 54 ans = 14,9) que les participants les plus âgés (score moyen pour les femmes et les hommes anglophones et francophones âgés de 75 ans et plus = 13,8).

DÉPRESSION (CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES DEPRESSION SCALE [CES-D])

Pour la mesure des symptômes dépressifs (CES-D), les femmes ont indiqué des scores moyens globaux plus élevés que les hommes, quelle que soit leur langue de réponse (c.-à-d. l'anglais ou le français) ou les échantillons (p. ex. évaluation de surveillance ou globale). Environ 18 à 24 % des femmes, quel que soit l'échantillon ou la langue de réponse, ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de symptômes de dépression, alors que cela a été le cas d'environ de 9 à 17 % des hommes. Il convient de noter que les groupes les

plus importants qui ont obtenu un résultat positif étaient constitués des femmes francophones les plus âgées (c.à.d. âgées de 75 ans et plus) dans l'évaluation de surveillance (c.-à-d. 24,1 %) et des hommes les plus jeunes (c.-à-d. âgés de 45 à 54 ans) des hommes dans l'évaluation de surveillance anglophone (c.-à-d. 16,6 %). Le groupe ayant la plus faible proportion de participants qui ont obtenu un résultat positif était composé d'hommes âgés de 65 à 74 ans dans l'évaluation globale qui avait effectué le test en anglais (c.-à-d. 9,6 %). La proportion des participants qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage des symptômes dépressifs est présentée en fonction de l'âge, du sexe, de la cohorte et de la langue dans la figure 2.

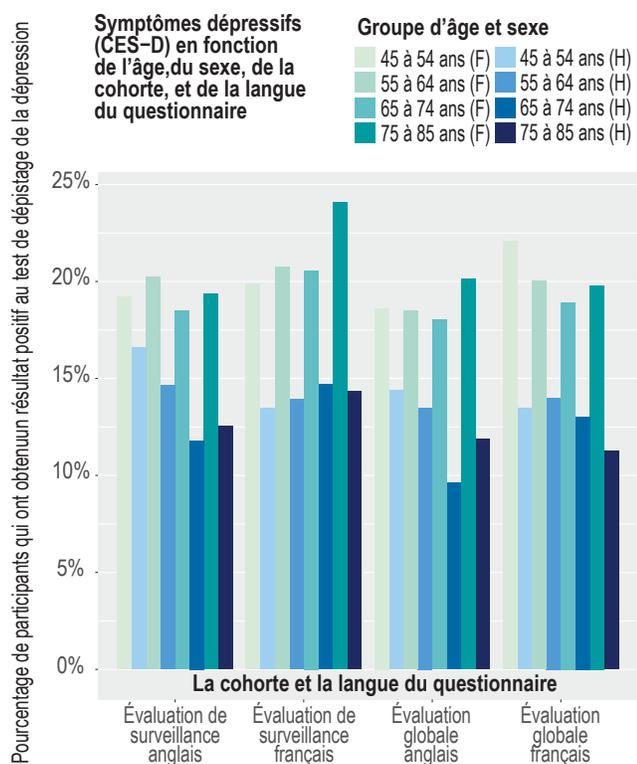


Figure 2 – Symptômes dépressifs (CES-D) en fonction de l'âge, du sexe, de la cohorte et de la langue des réponses

PERSONNALITÉ

À la mesure de la personnalité (Ten Item Personality Measure [TIPI]), on a relevé peu de différences significatives entre les hommes et les femmes, quel que soit leur âge ou leur langue de réponse, en ce qui concerne toutes les dimensions de la personnalité (c.à.d. l'extraversion, l'agréabilité, la conscience, la stabilité émotionnelle et ouverture).

Discussion

Dans le présent chapitre, les données transversales sur la santé psychologique pour tous les participants des évaluations initiales de surveillance et globale de l'ÉLCV ont été décrites. Bien que certaines tendances intéressantes aient été relevées, de nombreux facteurs importants qui peuvent avoir une incidence sur la santé psychologique n'ont pas été pris en compte. Par exemple, les participants de l'ÉLCV ont généralement une bonne éducation, et des différences marquées dans la cognition peuvent être observées chez ceux dont le niveau d'éducation diffère. Ces facteurs et bien d'autres doivent faire l'objet d'un examen attentif avant que l'on puisse tirer des conclusions à partir des données de l'ÉLCV en ce qui concerne la santé psychologique des Canadiens.

Bien que les renseignements présentés dans ce chapitre portent à croire que les indicateurs de la santé psychologique sont semblables pour les participants anglophones et pour les participants francophones, il faut examiner plus attentivement les décisions qui amènent à regrouper les réponses de toutes les langues de réponse. Il est possible que des notions différentes soient mesurées dans chaque langue. De même, dans la recherche future, la sélection de sous-échantillons sera un facteur important à prendre en

compte pour l'étude (p. ex. définir les résultats des personnes qui n'ont pas de problèmes médicaux importants). De plus amples recherches sont nécessaires pour examiner l'équivalence des mesures entre les divers sous-échantillons.

Bien que de nombreuses mesures sélectionnées pour l'ÉLCV aient semblé prometteuses dans d'autres études épidémiologiques ou cliniques, il sera important de démontrer les similitudes et les différences qui ressortent entre ces études et l'ÉLCV. Par exemple, puisque la façon dont les mesures cognitives dans l'ÉLCV ont été administrées et notées diffère de leur utilisation dans d'autres recherches, des normes fondées sur les participants de l'ÉLCV avec une bonne santé neurologique âgés de 45 à 85 ans sont mises au point. Ce projet utilise la plateforme de recherche de l'ÉLCV et est financé par la Société Alzheimer du Canada et la Pacific Alzheimer Research Foundation (numéro de subvention 17-29). Ces normes tiendront compte de l'âge, du sexe, de la langue de réponse (c.-à-d. l'anglais ou le français), de l'éducation et du mode d'administration (c.-à-d. par téléphone ou en personne). Pour obtenir de plus amples renseignements sur le processus de sélection général et les procédures d'administration précises pour des mesures dans le domaine cognitif, consultez le site Web de l'ÉLCV (www.clsa-elcv.ca/fr).

L'ÉLCV est l'une des plateformes de recherche les plus importantes en son genre dans le monde et elle peut produire certaines associations qui ne peuvent être observées dans des études de plus petite envergure ou dans celles qui sont réalisées dans différents coins du monde. Certaines mesures sélectionnées pour l'ÉLCV ont rarement été utilisées dans le contexte des grandes recherches épidémiologiques et il sera important d'évaluer leur rendement par rapport à d'autres mesures ou « étalons de référence ». Par exemple, la mesure de la personnalité a généralement été utilisée

chez les adultes plus jeunes. La possibilité d'examiner les caractéristiques de la personnalité dans des sous-échantillons d'adultes d'âge moyen à un âge plus avancé permettra d'en apprendre plus sur l'utilité de cette mesure.

De nombreuses études sont en cours pour examiner l'influence qu'ont les facteurs de santé psychologique dans l'adaptation aux transitions de la vie, comme le retrait du permis de conduire (p. ex. Bédard, Cosco); la façon dont les caractéristiques personnelles (p. ex. le sexe, le niveau d'activité physique, les différences raciales, l'audition et la vision, le bilinguisme) sont liées au statut cognitif (p. ex. Chen, Fenesi, Penning, Mick, St. John); et l'association entre l'incapacité et les préoccupations en matière de santé mentale (p. ex. Fisher). De plus amples renseignements et résumés des projets actuels approuvés se trouvent sur le site Web de l'ÉLCV (www.clsa-elcv.ca/fr). Le présent chapitre traite uniquement des données initiales. La véritable force de l'ÉLCV en ce qui a trait à l'étude de la santé psychologique et du vieillissement ressortira à mesure que ces mêmes mesures seront appliquées et que les trajectoires du changement pourront être énoncées.

TABLEAU 1 MESURES DE LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE DANS L'ÉLCV

Mesure	ÉLCV			
	Administration en personne		Administration par téléphone	
	Visite des Sites de collecte de données de l'évaluation globale (n = 30 097)	Entrevue à domicile de l'évaluation globale (n = 30 097)	Entrevue de surveillance (n = 21 241)	Questionnaire de mi-parcours (n = 47 841)
Cognition				
Mémoire Test d'apprentissage auditivo-verbal de Rey ⁴	•	✓	✓	•
Fonction exécutive				
Test d'alternance mentale ⁵				
Test de mémoire prospective de Miami ⁶	✓	✓	✓	•
Test de dépistage des conditions neuropsychologiques	✓	•	•	•
Stroop ⁷	✓	•	•	•
Test oral contrôlé d'association de mots (FAS) ⁸	✓	•	•	•
Test de fluidité – Animaux ⁹	•	✓	✓	•
Psychomotor Speed				
Test de temps de réaction ¹⁰	✓	•	•	•
Mood and Psychopathology				
Auto-évaluation de la santé mentale générale		✓	✓	
Center for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D; 10) ¹¹	✓	•	✓	•
Satisfaction de vivre ^{12,13}	•	✓	✓	•
Trouble de stress post-traumatique ¹⁴	•	✓	✓	•
Détresse psychologique (K10) ¹⁵	•	•	•	✓
Personality				
Ten-Item Personality Inventory (TIPI) ¹⁶	•	•	•	✓

✓ mesurées (évaluation de surveillance, questionnaire de mi-parcours = téléphone, ou évaluation globale = en personne, administration)

- Non mesurées

Questionnaire de mi-parcours = 18 mois après l'entrevue de surveillance ou à domicile

TABLEAU 2 DESCRIPTION DES MESURES DE LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE

Mesure	Caractéristiques
MÉMOIRE	
Test d'apprentissage auditivo-verbal de Rey ⁴	<p>Le test qui consiste à mémoriser une liste de mots puis à se la rappeler est l'un des tests de mémoire les plus utilisés.</p> <p>L'une des mesures les plus largement utilisées pour mesurer la capacité de mémoriser une liste en neuropsychologie clinique^{17,18}.</p>
FONCTION EXÉCUTIVE	
Test d'alternance mentale ⁵	<p>Tâche de commutation par voie orale fondée sur l'Oral Trail-Making Test, un test extrêmement sensible au déclin cognitif progressif.</p> <p>Très facile à utiliser, ne prend que 90 secondes à effectuer. Relativement nouveau par rapport à l'Oral Trail-Making Test.</p>
Test de mémoire prospective ⁶	<p>Répercussions sur le fonctionnement au quotidien.</p> <p>Contient les deux tâches liées à la mémoire prospective fondées sur les événements et le temps.</p> <p>Les deux tâches fondées sur les événements et le temps déclinent avec l'âge^{8,19,20}</p>
Test de dépistage des conditions neuropsychologiques Stroop ²¹	<p>Une mesure de l'inhibition, de l'attention, de la vitesse mentale et du contrôle mental, qui ont tous des répercussions sur le fonctionnement au quotidien.</p> <p>L'âge a été associé à un effet stroop plus important.</p>

Mesure	Caractéristiques
Test oral contrôlé d'association de mots (FAS) ⁸	Les mesures de la fluidité verbale sont adaptées aux changements dans le fonctionnement verbal liés à l'âge.
Test de fluidité – Animaux ⁹	Le déclin des fonctions cognitives normales nuit grandement à la capacité de nommer des animaux, et cette mesure permet de distinguer le vieillissement normal de la démence à un stade précoce ²² .
VITESSE PSYCHOMOTRICE	
Test de temps de réaction ¹⁰	Tâche fondée sur le temps de réaction entre deux choix relativement aux changements liés à l'âge avec 60 présentations de l'une des deux cibles qui apparaissent à différents endroits sur un écran d'ordinateur tactile à différents intervalles de réponse.
TROUBLES DE L'HUMEUR ET PSYCHOPATHOLOGIE	
Center for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D; 10) ¹¹	<p>Conçu pour traiter les principales composantes du modèle cognitif de dépression de Beck, et s'attarde aux composantes affectives²².</p> <p>Mesure de la symptomatologie dépressive (c.-à-d. les données ne sont pas fondées sur des critères cliniques et ne doivent pas servir d'outil de diagnostic).</p> <p>L'instrument d'enquête le mieux connu pour cibler les symptômes de dépression et conçu pour être utilisé dans une étude épidémiologique communautaire. Questions adaptées à l'ensemble de la fourchette d'âge ciblée pour l'ÉLCV.</p>

Mesure	Caractéristiques
Satisfaction de vivre ^{12,13}	<p>L'une des échelles les plus largement utilisées dans les études subjectives sur le bien-être. Administration rapide et facile.</p> <p>Peut être utilisée auprès d'adultes de tous âges. L'échelle évalue la satisfaction du répondant à l'égard de sa vie en général.</p>
Trouble de stress post-traumatique ¹⁴	<p>Demande aux participants quatre points sur le souvenir, l'oubli, l'évitement et l'hyperexcitation au cours du dernier mois relativement à tout événement traumatisant de leur vie.</p>
Détresse psychologique (K10) ^{15,24,25}	<p>Mesure la détresse psychologique non spécifique et a pour objectif d'identifier les personnes qui souffrent d'une maladie mentale grave.</p> <p>L'un des tests les plus largement utilisés pour dépister la détresse psychologique dans les enquêtes épidémiologiques; utilisé avec succès dans le cadre d'enquêtes nationales sur la santé de la population.</p>
PERSONNALITÉ	
Ten-Item Personality Inventory (TIPI) ¹⁶	<p>Mesure extrêmement brève des dimensions du modèle des Big Five : l'extraversion, l'ouverture à l'expérience, l'agréabilité, la conscience et la stabilité émotionnelle.</p>

Références

1. Ardila A.
Cultural values underlying psychometric cognitive testing. *Neuropsychol Rev.* 2005;15(4):185-195. doi:10.1007/s11065-005-9180-y
2. Pedraza O, Mungas D.
Measurement in cross-cultural neuropsychology. *Neuropsychol Rev.* 2008;18(3):184-193. doi:10.1007/s11065-008-9067-9
3. Hernandez Cardenache R, Burguera L, Acevedo A, Curiel R, Loewenstein DA.
Evaluating different aspects of prospective memory in amnesic and nonamnesic mild cognitive impairment. *ISRN Neurol.* 2014;2014:805929. doi:10.1155/2014/805929
4. Rey A.
L'examen clinique en psychologie. Paris: Presses universitaires de France; 1964.
5. Teng EL.
The Mental Alternations Test (MAT). *The Clinical Neuropsychologist.* 1995;9(3):287.
6. Loewenstein D, Acevedo A.
The Prospective Memory Test: Administration and Scoring Manual. 2001.
7. Regard, M.
Stroop Test: Victoria Version. Manual of Instructions and Norms. Victoria: University of Victoria, Department of Psychology; 1981. <https://www.uvic.ca/socialsciences/psychology/research/clinic/stroop.php>
8. Moroni C, Bayard S.
Inhibition process: what is their evolution after 50 years? *Psychology & Neuropsychiatry of Aging.* 2009; 7 (2): 121-129. doi:10.1684/pnv.2009.0155
9. Bayard S, Erkes J, Moroni C, Collège des Psychologues Cliniciens spécialisés en Neuropsychologie du Languedoc-Roussillon (CPCN Languedoc-Roussillon).
Victoria Stroop Test: normative data in a sample group of older people and the study of their clinical applications in the assessment of inhibition in Alzheimer's disease. *Archives of Clinical Neuropsychology.* 2011 Nov;26(7):653-661. doi:10.1093/arclin/acr053.
10. Lezak MD, Howieson DB, Loring DW.
Verbal functions and language skills. In: *Neuropsychological Assessment.* 4th ed. Oxford University Press; 2004:501-530.
11. Read DE.
Neuropsychological assessment of memory in the elderly. *Canadian Journal of Psychology/Revue canadienne de psychologie.* 1987;41(2):158-174.
12. Gallacher J, Collins R, Elliott P, et al.
A Platform for the Remote Conduct of Gene-Environment Interaction Studies. *PLOS ONE.* 2013;8(1):e54331. doi:10.1371/journal.pone.0054331
13. Andresen EM, Malmgren JA, Carter WB, Patrick DL.
Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *Am J Prev Med.* 1994;10(2):77-84.

12. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S.
The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment.* 1985;49(1):71-75.
doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
13. Pavot W, Diener E.
Review of the Satisfaction With Life Scale.
In: *Assessing Well-Being.* Social Indicators Research Series. Springer, Dordrecht; 2009:101-117. doi:10.1007/978-90-481-2354-4_5
14. Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, et al.
The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *J Gen Intern Med.* 2016;31(10):1206-1211. doi:10.1007/s11606-016-3703-5
15. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al.
Short screening scales to monitor population prevalence and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med.* 2002;32(6):959-976.
16. Gosling SD, Rentfrow PJ, Swann WB.
A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality.* 2003;37(6):504-528.
doi:10.1016/S0092-6566(03)00046-1
17. Butler M, Retzlaff PD, Vanderploeg R.
Neuropsychological test usage. *Professional Psychology: Research and Practice.* *Professional Psychology: Research and Practice.* 1991;22(6):510-512.
doi:10.1037/0735-7028.22.6.510
18. Sullivan Karen, Bowden Stephen C.
Which tests do neuropsychologists use? *Journal of Clinical Psychology.* 1998;53(7):657-661. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199711)53:7<657:AID-JCLP3>3.0.CO;2-F
19. Henry JD, MacLeod MS, Phillips LH, Crawford JR.
A meta-analytic review of prospective memory and aging. *Psychol Aging.* 2004;19(1):27-39.
doi:10.1037/0882-7974.19.1.27
20. Huppert Felicia A., Johnson Tony, Nickson Judith.
High prevalence of prospective memory impairment in the elderly and in early-stage dementia: Findings from a population-based study. *Applied Cognitive Psychology.* 2001;14(7):S63-S81. doi:10.1002/acp.771
21. Strauss E, Sherman EMS, Spreen O.
A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary. 3 ed. New York: Oxford University Press; 2006.
22. Crossley M, D'Arcy C, Rawson NS.
Letter and category fluency in community-dwelling Canadian seniors: a comparison of normal participants to those with dementia of the Alzheimer or vascular type. *J Clin Exp Neuropsychol.* 1997;19(1):52-62.
doi:10.1080/01688639708403836
23. Radloff LS.
The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement.* 1977;1(3):385-401. doi:10.1177/014662167700100306
24. Andrews G, Slade T.
Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Aust N Z J Public Health.* 2001;25(6):494-497.
25. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, et al.
Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(2):184-189.



10

Mode de vie et comportement

Nancy Presse *Université de Sherbrooke*

Hélène Payette *Université de Sherbrooke*

Dominique Lorrain *Université de Sherbrooke*

Isabelle Viens *Université de Sherbrooke*

Isabelle J. Dionne *Université de Sherbrooke*



Mode de vie et comportement

Principaux points saillants

Les facteurs liés au mode de vie jouent un rôle important dans le vieillissement en santé en raison de leur lien avec presque toutes les maladies ou tous les états pathologiques majeurs qui peuvent toucher une personne. Le présent chapitre renferme des données descriptives sur les mesures de l'apport alimentaire, du risque nutritionnel, de l'activité physique, des habitudes de sommeil, du tabagisme et de la consommation d'alcool utilisées dans l'évaluation de surveillance et l'évaluation globale et, le cas échéant, établit des liens avec d'autres renseignements concernant des mesures semblables recueillies dans des populations semblables.

- Les facteurs de risque nutritionnel les plus fréquents dans la cohorte de l'ÉLCV sont les suivants : « sauter des repas », « manger seul » et « perte de poids ». Très peu de personnes déclarent un manque d'appétit, un manque d'argent pour acheter des aliments ou des problèmes de déglutition.
 - (p. ex. habitudes alimentaires, habitudes de sommeil, exercice, consommation d'alcool et activités sociales).
- Une faible proportion de personnes âgées déclarent être des fumeurs actifs (environ 10 %) et de gros buveurs (5 % une fois par semaine).
- Dans l'ensemble, seulement le quart des personnes âgées respectent la fréquence recommandée d'activités aérobies et de résistance.
- Le sommeil semble être perturbé surtout chez les 45 à 65 ans; les femmes sont plus touchées et se plaignent davantage de la qualité de leur sommeil que les hommes.
- La santé physique et mentale pourrait exacerber les maladies chroniques en menant à l'adoption d'habitudes de vie inappropriées

La compréhension du rôle joué dans le processus de vieillissement par des facteurs modifiables comme le mode de vie et les comportements permettra d'élaborer des stratégies ciblées pour promouvoir un vieillissement en santé. Les avantages pour la santé associés à un mode de vie plus sain s'observent à tous les âges. L'ÉLCV fournira des données de grande qualité qui aideront à comprendre les facteurs qui influent sur le mode de vie à un âge plus avancé et, par ricochet, sur la santé et le bien-être.

Introduction

Bien que les processus de développement et de vieillissement chez l'être humain soient génétiquement programmés, il est établi que l'expression des gènes peut être modifiée par des facteurs environnementaux passés et présents comme la nutrition, les habitudes de vie et le milieu physique et psychosocial. La compréhension du rôle joué dans le processus de vieillissement par des facteurs modifiables comme le mode de vie et les comportements permettra d'élaborer des stratégies ciblées pour promouvoir un vieillissement en santé.

Les facteurs liés au mode de vie jouent un rôle important dans le vieillissement en santé en raison de leur lien avec presque toutes les maladies ou tous les états pathologiques majeurs qui peuvent toucher une personne. L'arrivée progressive à la retraite de la génération des baby-boomers intensifiera les défis auxquels le Canada fait face pour répondre aux besoins de la population vieillissante. Cette génération constitue l'un des segments démographiques les plus intéressants à étudier en raison de l'évolution de ses choix de vie.

Au début de la planification de l'ÉLCV, des chercheurs spécialistes de l'étude des modes de vie et des comportements ont été invités à participer à des téléconférences du groupe de travail afin d'élaborer le contenu de l'étude. Les objectifs du groupe de travail sur le mode de vie sont les suivants : 1) établir les déterminants des habitudes de vie, notamment la consommation d'aliments, la sécurité alimentaire et le risque nutritionnel, l'activité physique, le sommeil, le tabagisme et la consommation d'alcool, et comprendre leurs interrelations, 2) déterminer comment les modes de vie influent sur les effets des déterminants génétiques, immunologiques et moléculaires du vieillissement en santé et 3) comprendre comment les modes de vie interagissent avec les milieux social, économique et culturel pour influencer sur le

fonctionnement, le bien-être et l'adaptation physiques, psychologiques et sociaux.

Mesures

Les données initiales de l'évaluation globale (version 3.2) et de l'évaluation de surveillance (version 3.3) et les données des entrevues de maintien du contact ont été utilisées dans les analyses présentées dans ce chapitre. Les tailles d'échantillon correspondent au nombre de participants auxquels on a posé chaque question, et les proportions estimées de la population canadienne sont établies à partir des pondérations d'inflation de l'ÉLCV (voir le chapitre 2 du présent rapport pour obtenir les détails complets).

Nutrition

STATUT PONDÉRAL AUTOÉVALUÉ

L'obésité est un important problème de santé publique au Canada dont la prévalence augmente dans la population vieillissante¹. Dans l'évaluation de surveillance de l'ÉLCV, 21 164 personnes ont été interrogées sur la perception de leur statut pondéral actuel. L'autoperception du poids corporel résulte de multiples facteurs, dont l'état de santé général, les expériences personnelles ainsi que les idéaux sociaux et culturels, qui peuvent ne pas correspondre au statut pondéral actuel déterminé par l'indice de masse corporelle. Cela étant dit, plus de la moitié des Canadiens âgés de 45 à 85 ans se perçoivent comme étant en surpoids (51,6 %), tandis qu'un peu moins de la moitié estiment que leur poids est « satisfaisant » (46,0 %), ce qui souligne encore une fois l'ampleur de la crise de l'obésité au Canada (**tableau 1**). Des différences entre les sexes et les âges sont observées, mais la perception de surpoids est un peu plus fréquente chez les femmes que chez les hommes ainsi que chez les personnes âgées de 45 à 64 ans des deux sexes.

TABLEAU 1 – STATUT PONDÉRAL AUTOÉVALUÉ

	Femmes		Hommes	
	45 à 64 ans n = 6 345	65 à 85 ans n = 4 419	45 à 64 ans n = 5 999	65 à 85 ans n = 4 401
Surpoids	56,5	49,3	50,6	45,4
Poids insuffisant	1,0	2,4	2,3	2,4
Poids satisfaisant	41,7	47,7	47,0	52,1

Le nombre de répondants comprend les participants qui ont indiqué « Ne sait pas/pas de réponse » ou « Refus ».

ALIMENTATION

La saine alimentation est un élément fondamental du vieillissement en santé par le rôle qu'elle joue dans la prévention des maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer. Le régime alimentaire devrait être riche en légumes, en fruits et en fibres tout en fournissant une quantité suffisante de protéines de source animale ou végétale. Les habitudes alimentaires de 30 097 personnes de l'évaluation globale de l'ÉLCV ont été évaluées à l'aide du questionnaire court sur l'alimentation (QCA), qui fournit les fréquences habituelles de consommation des aliments courants². Une fois traitées, les données du QCA révéleront les apports estimés de dix éléments nutritifs ainsi que le nombre de portions de fruits et de légumes consommées. Aux fins du présent rapport, les fréquences quotidiennes de consommation des principaux aliments sont indiquées sous forme de médianes et d'intervalles interquartiles (IIQ) au tableau 2.

Dans l'ensemble, ces données préliminaires révèlent que les « fruits et légumes », les produits céréaliers à haute teneur en fibres, les produits laitiers à faible teneur en gras et les viandes (principalement le bœuf, le porc et la volaille) sont

consommés quotidiennement ou presque tous les jours. Plus précisément, la plupart des Canadiens consomment des fruits et légumes de deux à cinq fois par jour, avec des fréquences semblables dans les deux groupes d'âge, comme on s'y attendait puisque les recommandations concernant la consommation de fruits et de légumes sont les mêmes chez les personnes d'âge moyen et les personnes âgées. Les pommes de terre sont dans la plupart des cas consommées d'une à trois fois par semaine, les valeurs médianes étant plus élevées chez les hommes que chez les femmes et augmentant chez les personnes plus âgées des deux sexes. La consommation de produits céréaliers à haute teneur en fibres est légèrement plus élevée chez les groupes plus âgés, tandis que les produits laitiers à faible teneur en gras sont consommés deux fois plus souvent que les produits laitiers ordinaires, ce qui est conforme aux recommandations actuelles. Les protéines consommées sont surtout d'origine animale, viandes rouge et blanche principalement. La fréquence de consommation des viandes est plus faible chez les groupes plus âgés des deux sexes. De telles tendances sont inquiétantes étant donné que les besoins en protéines augmentent en vieillissant³. Les sources de protéines végétales les plus consommées sont « les noix, les graines et le beurre d'arachides ».

RISQUE NUTRITIONNEL

Les personnes âgées présentent un risque accru d'état nutritionnel altéré en raison d'une perturbation de leur métabolisme ou d'un apport alimentaire insuffisant. Cette situation est en partie attribuable au processus de vieillissement, auquel s'ajoutent le fardeau des maladies chroniques et des incapacités ainsi qu'un manque de soutien social. L'état nutritionnel altéré est un important syndrome gériatrique qui est associé de manière indépendante à l'hospitalisation en soins de courte durée et à la mortalité chez les personnes âgées

vivant dans la communauté au Canada⁴. Les personnes ayant les caractéristiques associées à un état nutritionnel altéré (p. ex. perte de poids, peu d'appétit) présentent un « risque nutritionnel ». La présence de ces caractéristiques a été étudiée auprès des 47 841 personnes de la cohorte de l'ÉLCV (**tableau 3**). Les caractéristiques les plus fréquentes chez les Canadiens sont les suivantes : « sauter des repas », « manger seul » et « perte de poids ». Plus précisément, 18,5 % déclarent avoir perdu du poids au cours des six derniers mois, dont 6,6 % plus de 10 livres. La proportion de cette perte pondérale importante est très semblable entre les groupes. Bien que le peu d'appétit et le manque d'argent pour acheter des aliments soient rarement déclarés (1,5 % et 2,5 % respectivement), 12,2 % des répondants indiquent sauter des repas souvent ou presque tous les jours; la proportion est légèrement plus élevée chez les personnes âgées de 45 à 64 ans (14,0 %) que chez les personnes plus âgées (8,2 %). De même, 9,2 % déclarent ne jamais ou rarement prendre de repas avec quelqu'un; la proportion est particulièrement élevée chez les femmes plus âgées (16,6 %). Enfin, seulement 2,1 % des Canadiens déclarent qu'il leur arrive souvent de tousser, de s'étouffer ou d'éprouver de la douleur en avalant. Ces données peuvent aider à concevoir des programmes visant à réduire le risque nutritionnel chez les personnes plus âgées.

USAGE DE SUPPLÉMENTS ALIMENTAIRES

Les suppléments alimentaires servent souvent à combler les écarts perçus ou réels entre les besoins nutritionnels d'une personne et les apports réels dans le but d'améliorer la santé ou de prévenir certaines maladies comme l'ostéoporose ou l'anémie. Dans la cohorte de l'ÉLCV, 47 841 personnes ont été interrogées au sujet de leur usage de suppléments alimentaires au cours du mois précédent (**tableau 3**). Divers types de suppléments alimentaires sont déclarés, notamment des vitamines (p. ex.

mono- ou multivitamines), des minéraux (p. ex. calcium, fer), des acides gras (p. ex. oméga-3), des probiotiques et des produits de santé naturels (p. ex. glucosamine, extraits d'ail). Les suppléments les plus populaires sont la vitamine D (44,5 % des Canadiens), les multivitamines (32,0 %) et le calcium (28,0 %). L'usage de suppléments de vitamine D et de calcium est plus élevé chez les femmes et chez les groupes plus âgés des deux sexes, ce qui fait que la santé des os constitue une préoccupation majeure associée au vieillissement, particulièrement chez les femmes. En revanche, la proportion d'utilisateurs de multivitamines ne varie pas beaucoup entre les groupes.

Activité physique

ACTIVITÉS ASSISES, MARCHÉ ET SPORTS

La participation à des activités physiques présente de nombreux avantages pour la santé physique et psychologique des personnes âgées⁵, même chez les personnes qui sont confrontées à des problèmes de santé⁶. Des données ont été recueillies sur la participation à des activités sportives et récréatives d'intensité faible, modérée ou élevée chez 47 841 participants au moyen de l'échelle d'activité physique chez les personnes âgées. Le tableau 4 indique le pourcentage de personnes qui déclarent faire chacune des activités énumérées.

On constate que plus de 90 % des personnes, peu importe leur âge et leur sexe, font souvent des activités en position assise, à une fréquence de 5 à 7 fois par semaine. Par contre, moins de 3 % des personnes ne font jamais ou font rarement des activités assises (1 ou 2 fois par semaine).

Près des deux tiers des personnes âgées de 45 à 64 ans (F = 68,7 %; H = 67,4 %) marchent 3 jours ou plus par semaine. Bien que ce pourcentage diminue légèrement à 62,9 % chez les femmes âgées de 65 à 85 ans, il demeure stable chez

les hommes du même groupe d'âge (69,8 %). Le sondage porte également sur la participation à des sports et à des activités récréatives d'intensité légère, modérée ou élevée. L'intensité de l'activité physique est déterminée en fonction de la capacité maximale de la personne. L'activité légère représente un effort inférieur à 50 % de la capacité maximale, tandis que les activités modérées (65 à 70 % de la capacité maximale) et les activités vigoureuses (plus de 75 % de la capacité maximale) représentent des intensités supérieures⁷. Il semble que la grande majorité des personnes ne pratiquent pas d'activité physique ou de sport autre que la marche. Les activités de forte intensité sont par ailleurs les plus pratiquées, avec une moyenne de 19,2 % et de 23,8 % chez les femmes et les hommes de 45 à 65 ans, respectivement, ce qui est plus élevé que pour les activités d'intensité légère ou modérée. Chez les participants âgés de 65 à 85 ans, le pourcentage diminue à 11,5 % et à 15,8 % chez les femmes et les hommes, respectivement, ce qui demeure plus élevé que pour les activités d'intensité légère ou modérée.

Dans l'ensemble, ces observations donnent à penser que la marche constitue la principale activité physique des adultes canadiens âgés, ce qui dénote l'accessibilité et la facilité de cette activité chez une grande proportion de personnes. Néanmoins, la faible proportion de personnes qui participe à des activités sportives ou récréatives a tendance à le faire à une intensité élevée. On peut supposer que cette petite proportion de gens pratique ces activités depuis longtemps et qu'il s'agit surtout d'athlètes de longue date ou de sportifs passionnés.

RESPECTER LES QUANTITÉS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE RECOMMANDÉES

Lorsque l'on additionne les réponses « parfois » ou « souvent » pour ce qui est de la pratique d'activités d'intensité modérée ou élevée, il est possible de déterminer qu'un quart au plus des

adultes canadiens âgés sont susceptibles de respecter les Directives canadiennes en matière d'activité physique, qui recommandent de faire 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée ou élevée par semaine⁸. Il est important de noter qu'il s'agit d'une hypothèse fondée sur le nombre de jours par semaine d'activité physique (au moins trois), puisque nous n'avons pas la durée de pratique précise à chaque fois. Une certaine proportion de ces personnes peuvent atteindre la durée minimale recommandée de 150 minutes par semaine. Les Directives canadiennes en matière d'activité physique prônent également l'intégration d'exercices musculaires deux fois par semaine afin d'accroître la force musculaire et l'endurance, sans toutefois donner de précision sur leur durée⁸. On constate cependant que seulement une personne sur quatre accomplit de telles activités au moins trois fois par semaine et respecte donc les recommandations.

La majorité des personnes (68,4 %) indiquent que la pratique d'activité physique rapportée est représentative de leurs habitudes sur 12 mois, ce qui laisse entrevoir une certaine stabilité au cours de l'année. On sait que ce sont les effets saisonniers (trop froid ou glissant en hiver, trop chaud en été) qui affectent le plus les variations annuelles⁹.

Enfin, bien que la majorité des personnes âgées de 45 à 64 ans ont indiqué vouloir faire davantage d'activité physique au cours de la dernière année (65,6 % des femmes et 61,0 % des hommes), ce désir n'est pas aussi répandu chez les personnes de 65 à 85 ans, où moins de la moitié désire augmenter son niveau d'activité (45,3 % des femmes et 42,6 % des hommes). Cette tendance donne à penser que les obstacles sont davantage perçus chez les 45 à 64 ans que chez les 65 à 85 ans. Cette observation concorde avec le fait que les personnes de 45 à 64 ans sont susceptibles d'être encore actives professionnellement ou d'avoir

des responsabilités familiales, car l'impression de ne pas avoir assez de temps constitue l'obstacle le plus courant¹⁰. Même si nous ne pouvons que spéculer sur les raisons d'un pourcentage aussi élevé dans ce groupe d'âge, celui-ci pourrait également refléter une certaine « désirabilité sociale », car les répondants savent sans doute qu'ils ne sont pas assez actifs physiquement. Ce biais peut également indiquer que la pratique déclarée est supérieure aux quantités réelles.

La majorité des participants à l'ÉLCV (60 %) disent être satisfaits ou très satisfaits de leur rythme de sommeil.

Sommeil

Plusieurs changements dans les habitudes de sommeil sont observés pendant le processus de vieillissement normal, comme une durée de sommeil plus courte, un réveil et un coucher plus hâtifs et des réveils plus fréquents associés à une plus grande difficulté de se rendormir, particulièrement dans la deuxième moitié de la phase du sommeil¹¹. En outre, l'efficacité du sommeil, ou sa durée totale par rapport à la durée de la phase de sommeil, diminue sensiblement avec l'âge – de 86 % à 45 ans à 79 % à 70 ans¹². À mesure que nous vieillissons, il est fréquent d'être plus vulnérable aux contraintes imposées à nos cycles de sommeil et de réveil, comme le travail par quarts ou le décalage horaire¹³. Malheureusement, la qualité du sommeil est directement liée à la qualité de vie. Une mauvaise qualité du sommeil est associée à des problèmes cognitifs, physiques et psychologiques¹⁴.

CYCLES DU SOMMEIL

Le sommeil comporte plusieurs cycles d'environ 90 à 120 minutes qui présentent des stades distincts : sommeil léger, sommeil profond et sommeil paradoxal. La répartition des stades de sommeil au cours d'un cycle de sommeil varie durant la nuit : les premiers cycles comportent habituellement une plus grande quantité de sommeil profond, alors que les derniers cycles comportent davantage de sommeil paradoxal et de sommeil léger. Bien que le sommeil paradoxal ne change pas avec l'âge, la durée du sommeil profond tend à diminuer considérablement. Le sommeil profond est particulièrement réparateur et joue un rôle clé dans l'apprentissage et la consolidation de la mémoire¹⁵. Idéalement, les adultes et les aînés ont besoin de sept à neuf heures de sommeil par nuit¹⁴.

TROUBLES DU SOMMEIL

Les plaintes les plus courantes sont les suivantes : difficulté à s'endormir et à rester endormi, réveil nocturne, réveil hâtif et sieste de jour¹⁶. Pour les personnes âgées, la durée idéale du sommeil est de sept à neuf heures par nuit. En moyenne, les Canadiens déclarent dormir 6,8 heures par nuit. Parmi les Canadiens, 32,3 % n'ont eu aucune difficulté à se rendormir dans le mois précédant le sondage et 27,7 % en ont eu moins d'une fois par semaine. Chez les Canadiens qui ont de la difficulté à rester endormis, 64,3 % déclarent n'avoir que peu ou pas de répercussions sur leur capacité à fonctionner le jour. De plus, la majorité des Canadiens (72,2 %) déclarent avoir eu besoin de plus de 30 minutes pour s'endormir moins d'une fois par semaine ou jamais durant le mois précédant le sondage. Les Canadiennes d'âge moyen rapportent être les plus affectées par la latence d'endormissement (37,9 %).

L'insomnie, caractérisée par l'insatisfaction à l'égard de la durée ou de la qualité du sommeil ou par un sommeil non réparateur, est le trouble du sommeil le plus fréquent chez les aînés¹⁷. Un plus grand nombre de Canadiens âgés de 45 à 64 ans déclarent avoir un sommeil agité que ceux âgés de 65 à 85 ans; les Canadiens âgés de moins de 65 ans semblent avoir plus souvent un sommeil agité, probablement en raison de leurs obligations professionnelles et personnelles (**figure 1**). La prévalence et l'incidence de l'insomnie ont tendance à augmenter avec l'âge, car la vitesse de récupération diminue considérablement. Autrement dit, l'insomnie tend à devenir chronique avec l'âge¹⁸.

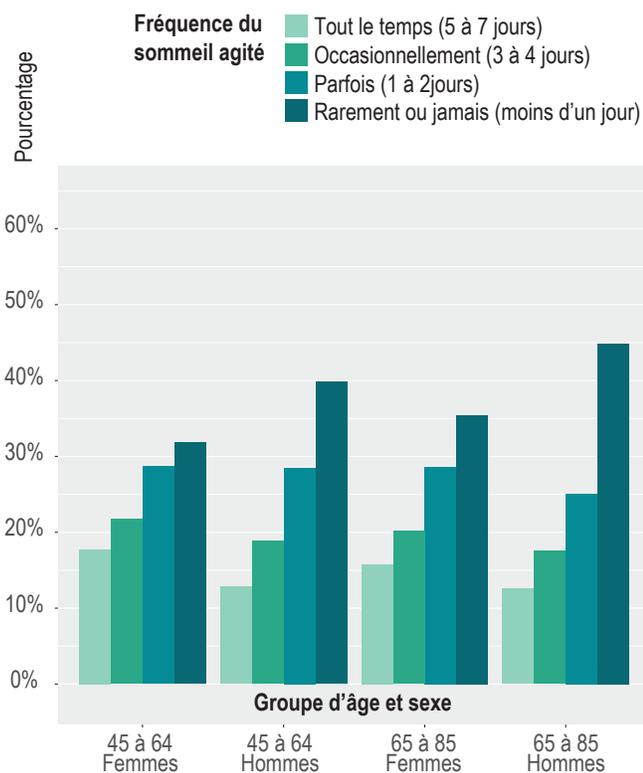


Figure 1 – Fréquence du sommeil agité selon le sexe et le groupe d'âge

AUTRES TROUBLES DU SOMMEIL

D'autres troubles du sommeil surviennent souvent avec l'âge, notamment l'apnée du sommeil et le syndrome des jambes sans repos¹². La prévalence du syndrome des jambes sans repos, caractérisé par des sensations désagréables dans les jambes le soir et au repos qui entraînent une envie irrésistible de bouger, augmente significativement avec l'âge¹⁹. Par conséquent, 32,9 % des Canadiens déclarent avoir ressenti de l'inconfort et/ou une envie irrésistible de bouger les jambes en position assise ou en position couchée. Ce trouble semble plus courant chez les femmes de 45 à 64 ans. En fait, les femmes courent un plus grand risque de souffrir de mouvements involontaires saccadés des membres ou du syndrome des jambes sans repos¹⁹.

DIFFÉRENCES ENTRE LES SEXES

Les résultats de l'ÉLCV révèlent des différences marquées entre les hommes et les femmes. Les femmes déclarent avoir un sommeil agité plus souvent que les hommes, peu importe le groupe d'âge. Les études montrent clairement des différences entre les sexes dans les variables subjectives et objectives du sommeil. Comparativement aux hommes, les femmes rapportent généralement une qualité de sommeil moindre et davantage de symptômes d'insomnie. Toutefois, dans les études en laboratoire sur les habitudes de sommeil des femmes à divers âges, les femmes ont une plus grande durée de sommeil lent et ont tendance à s'endormir plus rapidement et à avoir un sommeil plus efficace^{20,21}. Les femmes de 45 à 64 ans sont celles qui sont les moins satisfaites de leur sommeil. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer les différences subjectives et objectives entre les hommes et les femmes. Il est possible que les femmes aient besoin de plus de sommeil pour fonctionner efficacement ou qu'elles aient tendance à évaluer la qualité subjective de leur sommeil différemment. Néanmoins, les change-

ments hormonaux et les variations des rythmes circadiens, plus particulièrement dans la libération de la mélatonine (surnommée l'hormone du sommeil), pourraient aussi expliquer ces différences^{20,21}.

SOMMEIL RÉPARATEUR

La satisfaction subjective à l'égard du sommeil fait partie intégrante d'un sommeil sain; s'y ajoutent également d'autres facteurs comme le fait de dormir au bon moment, suffisamment et efficacement et de rester alerte pendant les heures de réveil²². La majorité des Canadiens (60,8 %) déclarent n'avoir jamais eu de difficulté à rester éveillés pendant le mois précédant l'étude, et 20,3 % rapportent éprouver de la difficulté moins d'une fois par semaine. En général, les Canadiens se disent satisfaits de leur sommeil, car 58,7 % déclarent en être satisfaits ou très satisfaits.

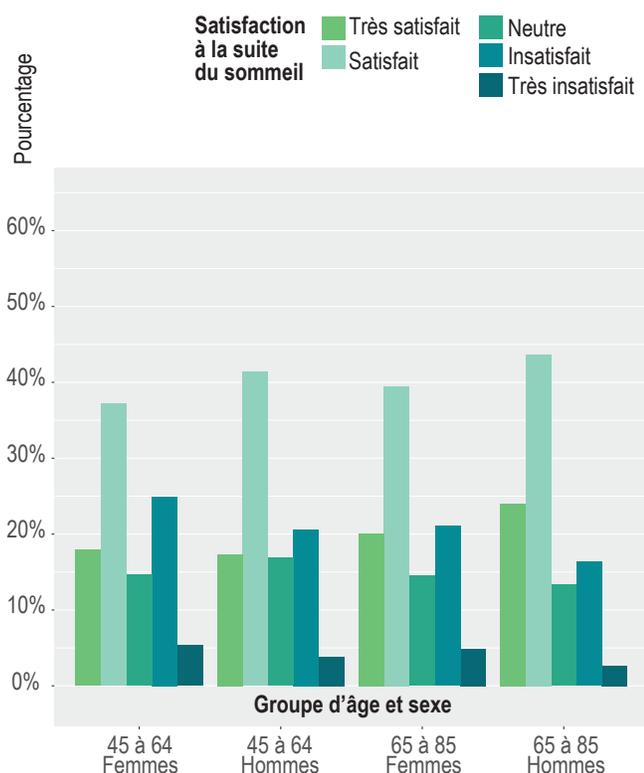


Figure 2 – Satisfaction à la suite du sommeil selon le sexe et le groupe d'âge

TABAGISME

Le tabagisme est un facteur de risque bien connu de plusieurs maladies chroniques, dont le cancer et les maladies cardiovasculaires. Par conséquent, la proportion de fumeurs est à la baisse depuis quelques décennies. Toutefois, le tabagisme demeure l'une des principales causes de décès prématuré au Canada et, à ce titre, reste un important problème de santé publique. Dans la cohorte de l'ÉLCV, 51 338 personnes ont été interrogées au sujet de leurs habitudes de tabagisme chroniques (**tableau 6**). Dans l'ensemble, 31,2 % des Canadiens n'ont jamais fumé une cigarette entière et 47,2 % ont fumé moins de 100 cigarettes dans leur vie. Les personnes qui n'ont jamais fumé sont plus souvent des femmes (57,6 %), la différence entre les sexes étant plus marquée chez les personnes âgées de 65 à 85 ans (66,9 % de femmes). Environ la moitié (48,0 %) des personnes déclarent avoir fumé quotidiennement à un moment donné de leur vie, et cette proportion est particulièrement élevée chez les hommes plus âgés (60,7 %). Il est intéressant de noter que, parmi les personnes qui sont aujourd'hui des non-fumeurs ou qui fument à l'occasion, 66,0 % ont fumé quotidiennement auparavant, ce qui illustre la tendance à la baisse du tabagisme au Canada. Par conséquent, seulement 8,7 % des répondants déclarent fumer quotidiennement aujourd'hui et 6,3 % d'entre eux (0,5 % au total) sont de gros fumeurs (> 25 cigarettes par jour). Les fumeurs actuels sont plus souvent des adultes d'âge moyen (81,1 % de 45 à 64 ans) que des adultes plus âgés; aucune tendance n'est toutefois apparente quant aux sexes.

CONSOMMATION D'ALCOOL

La consommation d'alcool peut entraîner des bienfaits et des méfaits pour la santé en fonction de la fréquence et du volume consommés. Pratiquement tous les Canadiens (97,3 %) ont consommé de l'alcool au moins une fois dans leur vie, tandis que 88,5 % en ont consommé au moins une fois au cours des 12 mois précédents le sondage. Dans l'ensemble, la fréquence de consommation est plus faible chez les femmes (**tableau 6**). Les habitudes sont très différentes entre les sexes. Par exemple, chez les femmes plus âgées, la fréquence de consommation est plus faible que chez les femmes âgées de 45 à 64 ans. En revanche, la fréquence de consommation n'est pas différente ou est encore plus élevée chez les hommes plus âgés comparativement aux hommes âgés de 45 à 64 ans, 28,1 % des hommes plus âgés consommant de l'alcool presque tous les jours.

La consommation excessive d'alcool fait référence à la consommation de plus de quatre verres en une occasion. La consommation excessive d'alcool peut entraîner la dépendance et gravement affecter la santé (p. ex. les maladies du foie) et la capacité de fonctionner socialement. Parmi les Canadiens, 45,0 % n'ont pas consommé beaucoup d'alcool au cours des 12 mois précédents, tandis que 5,8 % l'ont fait chaque semaine, dont 0,6 % presque tous les jours. La consommation excessive d'alcool est plus fréquente chez les hommes ainsi que dans les groupes plus âgés chez les deux sexes.

Discussion

Les recherches révèlent une perte de 6,0 années d'espérance de vie attribuable aux comportements malsains dans la population canadienne en 2010²³. Les avantages pour la santé associés à un mode de vie plus sain s'observent à tous les âges. L'ÉLCV fournira des données de grande

qualité qui aideront à comprendre les facteurs qui influent sur le mode de vie à un âge plus avancé et, par ricochet, sur la santé et le bien-être. La composante style de vie de l'ÉLCV fournira des éléments de base pour mieux comprendre les facteurs qui pourraient favoriser des changements dans le mode de vie permettant de contrer l'effet du vieillissement sur diverses dimensions de la santé, notamment les composantes physiques, psychologiques et de qualité de vie. Par exemple, les données de l'ÉLCV servent actuellement à examiner la relation entre la santé buccodentaire, la nutrition et la fragilité chez les personnes âgées. Elles servent également à déterminer les bienfaits métaboliques et fonctionnels potentiels d'une évaluation complète des activités physiques chez les personnes âgées du Canada et à examiner le rôle de la nutrition sur la capacité physique et la composition corporelle des personnes âgées atteintes d'arthrose. De plus, l'étude de l'ÉLCV participe au mouvement de recherche grandissant dans le domaine des marqueurs d'identification d'un vieillissement optimal et de prévention des maladies chroniques et neurodégénératives, comme le Réseau canadien de sommeil et rythmes circadiens (CSCN) qui étudie notamment les effets des troubles respiratoires du sommeil sur les biomarqueurs cognitifs et cérébraux chez les patients atteints de déficiences cognitives. Dans l'ensemble, le bassin de données sur le mode de vie de l'ÉLCV constitue une source de données riche et complète susceptible d'améliorer notre compréhension des liens entre le mode de vie et la santé et le bien-être et de préciser les recommandations cliniques sur le plan de la nutrition, de l'activité physique et des habitudes de sommeil chez les aînés canadiens.

TABLEAU 2 FRÉQUENCE QUOTIDIENNE DE CONSOMMATION D'ALIMENTS DE BASE (MÉDIANE [IIQ]).

	45 à 64 ans		65 à 85 ans	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Fruits et légumes, sauf la pomme de terre	3,64 (2,64 à 5,00)	2,71 (1,86 à 3,71)	3,46 (2,57 à 4,71)	2,86 (2,00 à 3,75)
Pommes de terre (bouillies, pilées ou cuites au four)	0,14 (0,07 à 0,43)	0,29 (0,14 à 0,43)	0,29 (0,14 à 0,57)	0,43 (0,14 à 0,57)
Produits céréaliers à haute teneur en fibres	1,00 (0,50 à 1,43)	1,00 (0,57 à 1,43)	1,14 (0,86 à 1,86)	1,17 (1,00 à 2,00)
Produits laitiers faibles en matières grasses	1,00 (0,43 à 1,93)	1,00 (0,29 à 1,43)	1,13 (0,57 à 2,00)	1,00 (0,43 à 1,71)
Produits laitiers ordinaires	0,57 (0,14 à 1,00)	0,60 (0,30 à 1,00)	0,50 (0,10 à 1,00)	0,40 (0,20 à 1,00)
Viandes (rouge et blanche)	0,86 (0,63 à 1,03)	0,86 (0,64 à 1,10)	0,86 (0,60 à 1,00)	0,81 (0,60 à 1,00)
Poissons gras	0,14 (0,07 à 0,29)	0,14 (0,07 à 0,29)	0,14 (0,14 à 0,29)	0,14 (0,10 à 0,29)
Plats à base d'œufs	0,14 (0,07 à 0,29)			
Légumineuses, pois, haricots et lentilles	0,86 (0,43 à 1,17)	0,78 (0,43 à 1,14)	0,86 (0,43 à 1,14)	0,86 (0,43 à 1,29)
Noix, graines et beurre d'arachides	0,57 (0,29 à 1,00)	0,43 (0,14 à 1,00)	0,57 (0,14 à 1,00)	0,57 (0,14 à 1,00)

Le nombre de répondants comprend les participants qui ont indiqué « Ne sait pas/pas de réponse » ou « Refus ».

**TABLEAU 3 RISQUE NUTRITIONNEL ET USAGE DE SUPPLÉMENTS ALIMENTAIRES
(EXPRIMÉ EN POURCENTAGE)**

CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AU RISQUE NUTRITIONNEL DANS LE VIEILLISSEMENT				
	Femmes		Hommes	
	45 à 64 ans n = 14 380	65 à 85 ans n = 10 011	45 à 64 ans n = 13 479	65 à 85 ans n = 9 971
Perte de poids au cours des six derniers mois	18,9	19,5	17,9	17,6
Plus de dix livres	7,0	6,3	6,5	6,2
Peu d'appétit	1,7	1,2	2,1	1,1
Manque d'argent pour acheter des aliments*	3,0	1,9	2,9	0,7
Sauter des repas souvent ou presque tous les jours	13,0	8,4	15,1	7,9
Prendre un repas jamais ou rarement en compagnie d'une autre personne	7,6	16,6	7,0	9,4
Tousser, s'étouffer ou avoir de la douleur pendant la déglutition	2,2	3,1	1,6	2,6
USAGE DE SUPPLÉMENTS ALIMENTAIRES AU COURS DU DERNIER MOIS				
Vitamine D	51,8	66,6	27,3	42,0
Multivitamines	32,3	37,5	28,3	32,2
Calcium	36,3	51,5	10,6	21,8

Le nombre de répondants comprend les participants qui ont indiqué « Ne sait pas/pas de réponse » ou « Refus ».

*Évalué dans un sous-échantillon de 19 051 participants.

TABLEAU 4 POURCENTAGE DE PERSONNES DÉCLARANT FAIRE « JAMAIS OU RAREMENT » (0 À 2 FOIS PAR SEMAINE) ET « PARFOIS OU SOUVENT » (3 À 7 FOIS PAR SEMAINE) L'UNE OU L'AUTRE DES ACTIVITÉS INDIQUÉES

Activités	Âge	Sexe	Jamais ou rarement	Parfois ou souvent
Activités assises	45 à 64 ans	Femmes	2,6 %	97,3 %
		Hommes	2,9 %	96,9 %
	65 à 85 ans	Femmes	1,8 %	98,1 %
		Hommes	2,0 %	97,8 %
Marche	45 à 64 ans	Femmes	31,2 %	68,7 %
		Hommes	32,4 %	67,4 %
	65 à 85 ans	Femmes	36,8 %	62,9 %
		Hommes	30,0 %	69,8 %
Sports ou activités récréatives de faible intensité	45 à 64 ans	Femmes	89,8 %	10,2 %
		Hommes	90,4 %	9,5 %
	65 à 85 ans	Femmes	90,2 %	9,7 %
		Hommes	89,2 %	10,8 %
Sports ou activités récréatives d'intensité modérée	45 à 64 ans	Femmes	94,6 %	5,3 %
		Hommes	94,9 %	5,1 %
	65 à 85 ans	Femmes	96,0 %	3,9 %
		Hommes	94,2 %	5,7 %
Sports ou activités récréatives de forte intensité	45 à 64 ans	Femmes	80,8 %	19,2 %
		Hommes	76,1 %	23,8 %
	65 à 85 ans	Femmes	88,4 %	11,5 %
		Hommes	84,2 %	15,8 %
Exercices de renforcement musculaire et d'endurance	45 à 64 ans	Femmes	81,7 %	18,2 %
		Hommes	80,4 %	19,5 %
	65 à 85 ans	Femmes	83,7 %	16,1 %
		Hommes	78,6 %	21,4 %

TABLEAU 5 HABITUDES DE SOMMEIL

	Femmes		Hommes	
	45 à 64 ans n = 9 014	65 à 85 ans n = 6 306	45 à 64 ans n = 8 437	65 à 85 ans n = 6 340
Fréquence des troubles du sommeil (%)				
Tout le temps (5 à 7 jours)	17,7	15,7	12,8	12,5
Occasionnellement (3 à 4 jours)	21,7	20,1	18,8	17,5
Parfois (1 à 2 jours)	28,6	28,6	28,4	25,0
Rarement ou jamais (moins d'un jour)	31,8	35,3	39,7	44,7
Pourcentage actuel de satisfaction à l'égard du rythme du sommeil				
Très satisfait	17,9	20,1	17,3	24,0
Satisfait	37,2	39,4	41,4	43,6
Neutre	14,6	14,5	16,9	13,3
Insatisfait	24,9	21,0	20,6	16,3
Très insatisfait	5,3	4,9	3,8	2,6
Fréquence d'un temps d'endormissement de plus de 30 minutes au cours du mois précédent (%)				
Jamais	41,6	39,0	50,1	55,5
≤ 1 fois par semaine	26,7	26,0	26,1	24,7
1 à 2 fois par semaine	12,9	14,5	11,3	8,8
3 à 5 fois par semaine	9,2	8,9	6,3	5,1
6 à 7 fois par semaine	9,6	11,1	6,0	5,7

TABLEAU 5 HABITUDES DE SOMMEIL (SUITE)

	Femmes		Hommes	
	45 à 64 ans n = 9 014	65 à 85 ans n = 6 306	45 à 64 ans n = 8 437	65 à 85 ans n = 6 340
Fréquence des difficultés d'endormissement au cours du mois précédent (%)				
Jamais	41,6	39,0	50,1	55,5
≤ 1 fois par semaine	26,7	26,0	26,1	24,7
1 à 2 fois par semaine	12,9	14,5	11,3	8,8
3 à 5 fois par semaine	9,2	8,9	6,3	5,1
6 à 7 fois par semaine	9,6	11,1	6,0	5,7
J'ai déjà eu une envie ou un besoin récurrent de bouger les jambes en position assise/allongée (%)				
Oui	35,9	38,4	28,5	31,0
Non	64,0	61,3	71,3	68,7

Le nombre de répondants comprend les participants qui ont indiqué « Ne sait pas/pas de réponse » ou « Refus ».

TABLEAU 6 HABITUDES DE TABAGISME ET CONSOMMATION D'ALCOOL

	Femmes		Hommes	
	45 à 64 ans n = 15 406	65 à 85 ans n = 10 749	45 à 64 ans n = 14 441	65 à 85 ans n = 10 742
Habitudes de tabagisme chroniques (%)				
N'a jamais fumé une cigarette entière	33,7%	37,5%	29,9%	21,3%
A fumé moins de 100 cigarettes dans sa vie	49,0%	53,0%	47,9%	34,5%
A déjà fumé quotidiennement	46,2%	42,2%	47,4%	60,7%

TABLEAU 6 HABITUDES DE TABAGISME ET CONSOMMATION D'ALCOOL (SUITE)

	Femmes		Hommes	
	45 à 64 ans n = 15 406	65 à 85 ans n = 10 749	45 à 64 ans n = 14 441	65 à 85 ans n = 10 742
Habitudes de tabagisme actuelles* (%)				
Fumeurs actuels	15,8 %	9,1 %	14,6 %	6,1 %
Fumeurs occasionnels	3,1 %	1,7 %	3,6 %	1,1 %
Non-fumeurs	80,7 %	88,9 %	81,6 %	92,6 %
Fréquence de la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois (%)				
Jamais	12,8	19,4	11,4	14,4
≤ 1 fois par mois	24,9	28,2	16,0	15,5
2 à 4 fois par mois	24,0	18,2	22,8	17,1
2 à 5 fois par semaine	29,0	19,4	35,9	25,5
Presque chaque jour	9,3	14,7	13,9	27,5
Consommation excessive** (%)				
Jamais	56,0	79,4	46,8	68,6
≤ 1 fois par mois	32,7	15,0	35,8	21,6
2 à 4 fois par mois	6,0	2,3	10,2	4,8
2 à 5 fois par semaine	1,8	0,7	3,7	2,0
Presque chaque jour	0,5	0,3	0,9	1,0

Le nombre de répondants comprend les participants qui ont indiqué « Ne sait pas/pas de réponse » ou « Refus ».

*Les habitudes actuelles de tabagisme ont été évaluées à partir de la consommation des 30 derniers jours. Occasionnellement = au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours; nonfumeurs = n'a pas fumé du tout dans les 30 derniers jours.

**Consommation > 4 verres en une occasion.

Références

1. Government of Canada SC. **Healthy People, Healthy Places.** <http://www5.statcan.gc.ca/olc-cell/olc.action?objId=82-229> X&objType=2&lang=en&limit=0. Published January 11, 2010. Accessed April 17, 2018.
2. Shatenstein B, Payette H. **Evaluation of the Relative Validity of the Short Diet Questionnaire for Assessing Usual Consumption Frequencies of Selected Nutrients and Foods.** *Nutrients.* 2015;7(8):6362-6374. doi:10.3390/nu7085282
3. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, et al. **Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group.** *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(8):542-559. doi:10.1016/j.jamda.2013.05.021
4. Government of Canada SC. **Nutritional risk, hospitalization and mortality among community-dwelling Canadians aged 65 or older.** <https://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2017009/article/54856-eng.htm>. Published September 20, 2017. Accessed April 17, 2018.
5. Galloza J, Castillo B, Micheo W. **Benefits of Exercise in the Older Population.** *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2017;28(4):659-669. doi:10.1016/j.pmr.2017.06.001
6. Mora JC, Valencia WM. **Exercise and Older Adults.** *Clin Geriatr Med.* 2018;34(1):145-162. doi:10.1016/j.cger.2017.08.007
7. Ainsworth BE, Haskell WL, Leon AS, et al. **Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities.** *Med Sci Sports Exerc.* 1993;25(1):71-80.
8. Canadian Society for Exercise Physiology. **Canadian Physical Activity Guidelines for older adults – 65 years and older.** http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_PAGuidelines_adults_en.pdf. Published 2011. Accessed April 17, 2018.
9. Tucker P, Gilliland J. **The effect of season and weather on physical activity: a systematic review.** *Public Health.* 2007;121(12):909-922. doi:10.1016/j.puhe.2007.04.009
10. Schutzer KA, Graves BS. **Barriers and motivations to exercise in older adults.** *Prev Med.* 2004;39(5):1056-1061. doi:10.1016/j.ypmed.2004.04.003
11. Crowley K. **Sleep and sleep disorders in older adults.** *Neuropsychol Rev.* 2011;21(1):41-53. doi:10.1007/s11065-010-9154-6
12. Arbus C, Cochen V. **Les modifications du sommeil avec l'âge.** *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement.* 2010;(1):7-14. doi:10.1684/pnv.2010.0205
13. Carrier J, Land S, Buysse DJ, Kupfer DJ, Monk TH. **The effects of age and gender on sleep EEG power spectral density in the middle years of life (ages 20-60 years old).** *Psychophysiology.* 2001;38(2):232-242.

14. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, et al.
National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health.* 2015;1(1):40-43. doi:10.1016/j.sleh.2014.12.010
15. Rauchs G, Desgranges B, Foret J, Eustache F.
The relationships between memory systems and sleep stages. *J Sleep Res.* 2005;14(2):123-140. doi:10.1111/j.1365-2869.2005.00450.x
16. Espiritu JRD.
Aging-related sleep changes. *Clin Geriatr Med.* 2008;24(1):1-14, v. doi:10.1016/j.cger.2007.08.007
17. Cooke JR, Ancoli-Israel S.
Normal and abnormal sleep in the elderly. *Handb Clin Neurol.* 2011;98:653-665. doi:10.1016/B978-0-444-52006-7.00041-1
18. Morin CM, Bélanger L, LeBlanc M, et al.
The natural history of insomnia: a population-based 3-year longitudinal study. *Arch Intern Med.* 2009;169(5):447-453. doi:10.1001/archinternmed.2008.610
19. Ohayon MM, Roth T.
Prevalence of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in the general population. *J Psychosom Res.* 2002;53(1):547-554.
20. Mallampalli MP, Carter CL.
Exploring sex and gender differences in sleep health: a Society for Women's Health Research Report. *J Womens Health (Larchmt).* 2014;23(7):553-562. doi:10.1089/jwh.2014.4816
21. Mong JA, Cusmano DM.
Sex differences in sleep: impact of biological sex and sex steroids. *Philos Trans R Soc Lond, B, Biol Sci.* 2016;371(1688):20150110. doi:10.1098/rstb.2015.0110
22. Buysse DJ.
Sleep health: can we define it? Does it matter? *Sleep.* 2014;37(1):9-17. doi:10.5665/sleep.3298
23. Manuel DG, Perez R, Sanmartin C, et al.
Measuring Burden of Unhealthy Behaviours Using a Multivariable Predictive Approach: Life Expectancy Lost in Canada Attributable to Smoking, Alcohol, Physical Inactivity, and Diet. *PLOS Medicine.* 2016;13(8):e1002082. doi:10.1371/journal.pmed.1002082



11

Mobilité dans les transports

Brenda Vrkljan *Université McMaster*

Michael Cammarata *Université McMaster*

Shawn Marshall *Université d'Ottawa*

Gary Naglie *Université de Toronto*

Mark Rapoport *Université de Toronto*

Ruheena Sangrar *Université McMaster*

Arne Stinchcombe *Université d'Ottawa*

Holly Tuokko *Université de Victoria*



Mobilité dans les transports

Principaux points saillants

L'accès à des transports sécuritaires et fiables est un aspect important de la vie des Canadiens. Le fait de pouvoir se déplacer au sein de sa propre collectivité permet de s'investir dans des activités quotidiennes qui favorisent la participation tant à la vie économique que sociale. De nombreux facteurs peuvent avoir une influence sur le type de transport utilisé et la fréquence à laquelle il est utilisé. Ce chapitre a pour objet de décrire la mobilité dans les transports des Canadiens âgés de 45 à 85 ans au moyen de l'échantillon de l'ÉLCV.

- L'utilisation de la voiture est le mode de transport le plus courant, peu importe leur âge, leur sexe, l'endroit où ils vivent, leur état de santé et leur état fonctionnel.
- La majorité des Canadiens ont indiqué détenir un permis de conduire valide, mais cette proportion diminue avec l'âge, particulièrement chez les femmes.
- Les femmes de plus de 75 ans utilisent moins souvent leur voiture que les autres personnes, mais elles utilisent plus souvent d'autres moyens de transport.
- De ceux qui ont répondu avoir un permis de conduire, la plupart utilisent leur voiture quatre fois ou plus par semaine, les femmes ayant toutefois indiqué conduire moins souvent que les hommes.
- La majorité des conducteurs actuels sont des hommes et habitent en région rurale.
- Ceux qui habitent en région rurale comptent plus souvent sur leur voiture comme moyen de transport principal et utilisent moins souvent les autres modes de transport en commun.
- Le service de transport en commun accessible spécialisé est rarement nommé comme moyen de transport, même parmi les personnes qui n'ont pas une bonne santé et qui sont limitées dans leurs activités de la vie quotidienne. Les femmes de plus de 75 ans et en mauvaise santé sont les principales utilisatrices de ce mode de transport.
- La voiture est le mode de transport principal parmi les personnes qui sont limités dans leurs activités de la vie quotidienne, bien que cette proportion soit plus faible chez les groupes d'âge plus avancé.

Introduction

La conduite de sa propre voiture est le mode de transport privilégié et le plus courant chez les adultes qui vivent dans les pays occidentalisés, y compris au Canada¹. Pour de nombreuses personnes, particulièrement les plus âgées, le fait d'avoir accès à une voiture personnelle et de posséder un permis de conduire est lié à des taux de participation sociale et d'engagement communautaire plus élevés¹. Toutefois, avec l'âge, les probabilités de devoir composer avec des changements sur le plan de la santé et avec des limitations augmentent, ce qui peut avoir des effets négatifs sur la capacité de conduire. Les personnes de 65 ans et plus représentent le segment de conducteurs canadiens qui connaît la croissance la plus rapide; une tendance qui soulève un problème de santé publique important. Les conducteurs âgés de 70 ans et plus sont plus susceptibles que les plus jeunes d'être impliqués dans des collisions à plusieurs automobiles et, parce qu'ils sont plus fragiles, la gravité de leurs blessures et le taux de mortalité sont aussi disproportionnellement plus élevés^{2,3}.

Les questions de sécurité publique et les efforts déployés pour limiter la conduite chez les personnes plus âgées doivent être considérés à la lumière des répercussions sur leur mobilité et leur indépendance que pourrait avoir la confiscation de leur permis de conduire. La perte – ou l'abandon volontaire – du permis de conduire a été associée à de nombreuses conséquences négatives comme la réduction de la participation à des activités à l'extérieur du domicile⁴, le dépérissement de l'état de santé^{5,6}, des taux plus élevés de dépression⁷, l'institutionnalisation (par exemple en raison de l'admission dans des établissements de soins de longue durée)⁸ ou même le décès⁶. En outre, les personnes âgées du Canada qui vivent en région rurale ou en banlieue peuvent être plus suscep-

tibles de subir ces conséquences indésirables en raison de l'absence de solutions de rechange à l'utilisation de leur voiture⁸. Par conséquent, l'accès à de multiples modes de transports viables, accessibles et souples est essentiel afin de garantir qu'une personne puisse assurer sa participation continue et significative dans sa collectivité.

Un rapport publié en 2012 par Statistique Canada sur les habitudes liées au transport chez les aînés présente l'analyse des données recueillies auprès de personnes de 45 ans et plus tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé (ESCC) menée en 2008 et 2009¹. Les conclusions de ce rapport mettent en lumière la popularité de la voiture comme moyen de transport principal et le fait que seule une minorité de personnes se déplace par d'autres moyens. Étant donné que le rapport de Statistique Canada repose sur des données qui datent de près de 10 ans, une analyse plus exhaustive et actuelle des modes de transports qu'utilisent les Canadiens semble nécessaire pour deux raisons principales. D'abord, il est important de considérer que la génération actuelle de conducteurs plus âgés (par exemple la génération du baby-boom) a grandi en ayant la voiture comme moyen de transport principal et, à ce titre, elle pourrait avoir une attitude et une expérience différentes comparativement aux cohortes plus âgées. Par exemple, il y a plus de femmes qui conduisent aujourd'hui que dans les cohortes canadiennes précédentes¹. Puis, des efforts accrus ont été déployés au cours de la dernière décennie pour améliorer la mobilité des personnes âgées et les systèmes de transports, ce qui peut aussi avoir une influence sur les tendances concernant la mobilité⁹. Par conséquent, la compréhension des modes de transports qui sont utilisés du milieu à la fin de la vie adulte est primordiale pour ce qui est de détecter les similitudes et les différences

en ce qui concerne l'âge, le sexe, et le lieu géographique. L'analyse de l'utilisation des différentes solutions de transports en commun relativement à la santé et à l'état fonctionnel est aussi importante pour mieux comprendre comment les Canadiens aux capacités différentes se déplacent dans leur collectivité. Une telle analyse n'est possible que grâce à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV), laquelle représente l'ensemble de données le plus important et le plus exhaustif à inclure des mesures détaillées sur le transport ainsi que de nombreux autres facteurs qui permettent de faire le suivi auprès de personnes au fil des ans. Ce chapitre a pour objet d'offrir un aperçu général de la mobilité dans les transports des Canadiens âgés de 45 à 85 ans au moyen de l'échantillon de l'ÉLCV.

Mesures

APERÇU DU MODULE TRANSPORT, MOBILITÉ ET MIGRATION (TRA) DE L'ÉTUDE LONGITUDINALE CANADIENNE SUR LE VIEILLISSEMENT

Dans le module Transport, mobilité et migration administré dans le cadre de l'entrevue de mi-parcours faite par téléphone auprès des groupes d'évaluation de surveillance et d'évaluation globale (n = 47 841), l'ÉLCV comporte des questions directement liées à la situation de conduite et à l'utilisation des transports en commun. Le module transport a été mis à jour après le début de la collecte de données en intégrant de nouvelles questions concernant la fréquence de la conduite en public (n = 40 072) et les moyens de transport courants (n = 42 473). Les versions combinées des évaluations globale (version 2.1) et de surveillance (version 3.2) ont été utilisées pour faire ces analyses.

Lorsqu'un participant répondait détenir un permis de conduire valide, on lui a demandé s'il avait

déjà parlé de sa conduite avec son médecin de famille ou un autre professionnel de la santé, et, le cas échéant, de mentionner pourquoi il l'avait fait. Une série de questions concernaient aussi la perception des participants sur leurs aptitudes de conduite en les comparant à celles d'il y a 10 ans. Les participants qui avaient un permis de conduire ont aussi répondu à des questions au sujet de leur tendance à éviter des situations particulières (situations évitées), par exemple le mauvais temps ou la congestion routière. Ces questions (la perception des aptitudes de conduite et les situations évitées) ont démontré une bonne fiabilité de test-retest avec des échantillons multiples^{10,11}. Les participants à l'ÉLCV qui ont indiqué ne plus posséder de permis de conduire ont répondu à des questions concernant les facteurs et les événements qui les ont menés à cesser de conduire.

Environ 93 % des participants ont répondu au questionnaire de mi-parcours qui inclut le module sur le transport. Les réponses des participants qui ont répondu à un autre questionnaire et celles de ceux qui n'ont pas répondu à chacune des questions ont été exclues des résumés des données présentés dans le présent chapitre. Tous les résumés sont en fonction de données pondérées afin d'extrapoler les résultats du module à la mobilité dans les transports de l'ensemble de la population canadienne. Les analyses présentées dans ce chapitre sont exploratoires et, à ce titre, elles ont été réalisées selon une approche descriptive. D'abord, l'échantillon de l'ÉLCV a été catégorisé en trois groupes principaux de participants : 1) répondants n'ayant jamais conduit, 2) anciens conducteurs et 3) conducteurs actuels. L'utilisation de transport par les participants de ces trois groupes a été comparée en fonction de l'âge, du sexe, du lieu de résidence (région urbaine, rurale, éloignée), de la perception de sa propre santé et de l'état fonctionnel. Les participants ont été

classés comme citadins ou ruraux au moyen des données sur les codes postaux, comme le définit la Classification des centres de population et des régions rurales 2016 de Statistique Canada¹². La perception de la santé a été fondée sur l'autodéclaration du participant au moyen d'une échelle de 1 à 5 pour décrire l'état de santé (excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise). L'état fonctionnel a été défini par une variable binaire (oui/non), selon laquelle les participants indiquaient s'ils étaient limités ou non dans leurs activités de la vie quotidienne ou leurs activités domestiques au moyen du questionnaire d'auto-évaluation multidimensionnelle de l'Older Americans Resources and Services (OARS)¹³. L'échelle de l'OARS s'est avérée en forte corrélation avec les mesures de capacité d'autonomie tel que l'a déterminé un médecin clinicien (coefficient de Pearson $r = 0,89$)¹³.

Résultats

LA PLUPART DES CANADIENS DE 45 ANS ET PLUS ONT UN PERMIS DE CONDUIRE ET UTILISENT SOUVENT UNE VOITURE.

Parmi tous les groupes d'âge, la majorité des Canadiens déclarent avoir un permis de conduire valide (94,7 %). Plus d'hommes (96,8 %) que de femmes (92,6 %) déclarent avoir un permis. Chez les 45 à 54 ans, presque autant d'hommes que de femmes sont titulaires d'un permis de conduire (97,3 % c. 96,3 %). Toutefois, à des âges plus élevés, l'écart entre les sexes se creuse, le plus grand étant chez les 75 ans et plus où 94,1 % des hommes sont titulaires d'un permis, contrairement à 78,0 % des femmes. Dans toutes les provinces, la majorité des Canadiens sont des conducteurs. C'est en Alberta que l'on constate le pourcentage le plus élevé (96,6 %) et au Québec et à Terre-Neuve où il est le moins élevé (93,2 %). Un pourcentage plus élevé de Canadiens qui habitent

en milieu rural déclarent avoir un permis (97,2 %) comparativement aux résidents de milieux urbains (94,0 %). En utilisant des groupements de population, le groupe qui affirme avoir le moins de permis de conduire est composé de femmes âgées habitant en milieu urbain (figure 1).

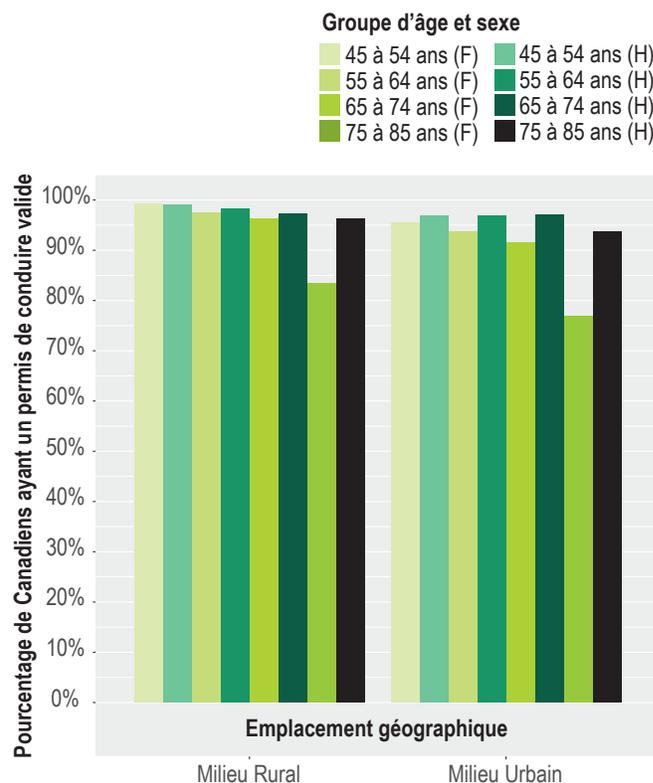


Figure 1 – Canadiens ayant un permis de conduire valide selon le sexe, l'emplacement géographique et le groupe d'âge

Environ 2,0 % des Canadiens déclarent ne jamais avoir eu de permis et, parmi ce groupe, 78,3 % sont des femmes. La différence entre les sexes est également plus élevée entre les groupes d'âge; 5,8 % des femmes et seulement 0,2 % des hommes de 75 ans et plus déclarent ne jamais avoir eu de permis. Parmi les membres de l'échantillon de l'ÉLCV qui affirment ne plus conduire, la proportion de femmes (4,3 %) est supérieure à celles des hommes (2,3 %). Elle est plus élevée chez les personnes d'âge plus avancé. L'écart le plus élevé est chez le groupe

des 75 ans et plus, où 5,7 % des hommes comparativement à 16,2 % des femmes déclarent ne plus avoir de permis. Fait peu surprenant, une proportion plus élevée de Canadiens qui n'ont jamais conduit (88,9 %) ou qui sont d'anciens conducteurs (88,8 %) habite en milieu urbain. Un examen par province révèle que les pourcentages les plus élevés de non-conducteurs se trouvent au Nouveau-Brunswick (3,0 %) et à Terre-Neuve (3,7 %), alors que c'est en Colombie-Britannique que ce pourcentage est le moins élevé (1,2 %). Le Québec a le pourcentage le plus élevé d'anciens conducteurs (4,0 %), tandis que c'est en Alberta (2,1 %) et en Nouvelle-Écosse (2,2 %) qu'il est le moins élevé.

Parmi les Canadiens qui ont indiqué avoir un permis de conduire 84,5 % d'entre eux utilisent leur véhicule au moins quatre fois par semaine. Une proportion moindre de femmes (80,2 %) que d'hommes (88,8 %) déclare être des conducteurs fréquents (c'est-à-dire, quatre fois ou plus par semaine). C'est vrai pour tous les groupes d'âge, la différence la plus marquée se trouvant chez les hommes (84,2 %) et les femmes (68,0 %) de 75 ans et plus qui utilisent leur véhicule au moins quatre fois par semaine. Lorsque l'on compare la fréquence de conduite entre les milieux ruraux et urbains de tous les groupes d'âge, plus d'hommes que de femmes qui habitent en milieu urbain déclarent conduire quatre fois ou plus par semaine, à l'exception de ceux âgés de 45 à 54 ans. Dans ce groupe d'âge, il y a un pourcentage plus élevé d'hommes (96,0 %) et de femmes (87,7 %) en milieu rural qui conduisent plus souvent que leurs homologues en milieu urbain (88,2 % des hommes et 85,9 % des femmes âgés de 45 à 54 ans en milieu urbain déclarent conduire quatre fois ou plus par semaine)(figure 2).

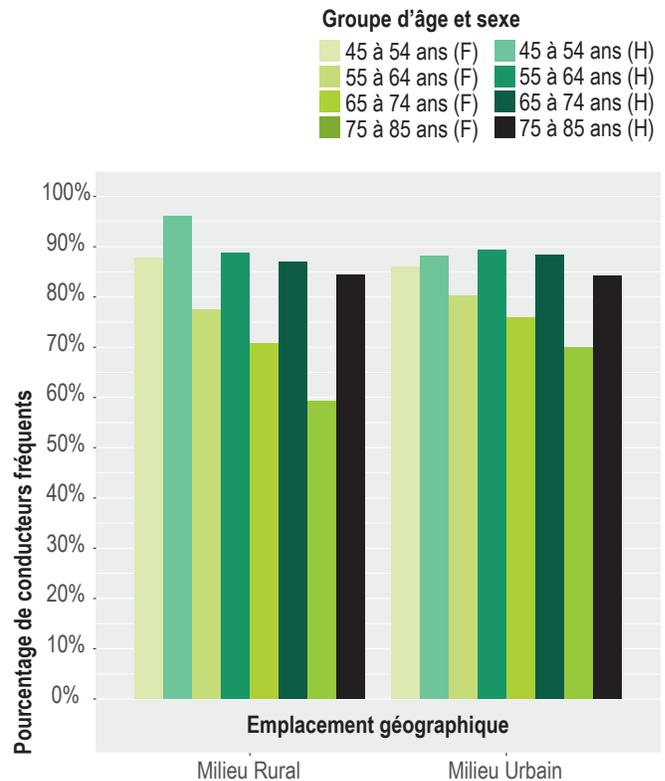


Figure 2 – Conducteurs fréquents par sexe, emplacement géographique et groupe d'âge

Chez ceux qui ont un permis de conduire valide, il y a un petit pourcentage de personnes qui affirment ne pas conduire (1,6 %) et la plupart d'entre elles habitent en milieu urbain (85,1 %). Parmi tous les groupes d'âge en milieux urbains et ruraux, une proportion plus élevée de femmes que d'hommes déclare avoir un permis, mais ne jamais conduire. Chez le groupe d'âge le plus jeune (les 45 à 54 ans) habitant en milieu rural, une proportion semblable d'hommes et de femmes avec un permis (0,3 % c. 0,4 %) déclarent ne pas conduire du tout, tandis que les femmes ont plus souvent déclaré conduire moins de quatre fois par semaine (11,9 % c. 3,5 %).

Dans toutes les provinces, conduire un véhicule est le moyen de transport utilisé le plus souvent par les Canadiens de 45 ans et plus

Conduire un véhicule était le moyen de transport le plus souvent déclaré (82,6 %), suivi d'être un passager dans un véhicule (7,3 %), marcher ou faire du vélo (4,9 %) et utiliser le transport en commun (4,2 %)(tableau 1). Les taxis, les services de transport en commun accessibles et les fauteuils roulants ou scooters sont utilisés par moins de 1 % des Canadiens. Pour les groupes d'âge de 45 à 54 ans, le pourcentage d'hommes et de femmes qui déclarent conduire un véhicule parce qu'il

s'agit de leur moyen de transport le plus fréquent est presque égal (85,7 % c. 85,0 %). Toutefois, avec l'âge, l'écart entre les sexes augmente, le plus grand écart parmi les Canadiens étant chez les 75 ans et plus (hommes : 86,0 % c. femmes : 62,2 %). Parmi ceux qui ont déclaré que leur principal moyen de transport est d'être passager, les pourcentages plus élevés sont du côté des femmes (78,9 %). Parmi les Canadiens du groupe le plus jeune (les 45 à 54 ans), seulement 3,3 % ont indiqué qu'être un passager est leur principal moyen de transport, alors qu'ils sont 15,9 % chez les 75 ans et plus à se déplacer de cette façon. C'est à Terre-Neuve-et-Labrador que le pourcentage de Canadiens qui affirment être un passager est le plus élevé (12,6 %) et en Colombie-Britannique qu'il est le plus faible (5,3 %).

TABLEAU 1 – PRINCIPAL MOYEN DE TRANSPORT SELON L'ÂGE, LE SEXE, LA RÉGION GÉOGRAPHIQUE ET LA PROVINCE

	Conducteur de son propre véhicule	Passager d'un véhicule	Transport en commun	Taxi	Transport en commun adapté	Marche ou vélo	Fauteuil roulant ou scooter
Total	82,6	7,3	4,2	0,4	0,4	4,9	0,2
Sexe							
Hommes	87,0	3,1	4,0	0,2	0,2	5,3	0,2
Femmes	78,4	11,2	4,4	0,5	0,6	4,5	0,2
Groupe d'âge – Hommes							
45 à 54 ans, hommes	85,7	2,1	5,2	0,2	0,1	6,6	0,1
55 à 64 ans, hommes	88,6	2,1	3,3	0,3	0,2	5,2	0,4
65 à 74 ans, hommes	87,9 %	4,7	3,1	0,1	0,3	3,8	0,1
75 ans et plus, hommes	86,0 %	7,9	2,6	0,3	0,5	2,4	0,3
Groupe d'âge – Femmes							
45 à 54 ans, femmes	85,0	4,6	4,1	0,4	0,2	5,7	0,1
55 à 64 ans, femmes	79,2	11,3	5,0	0,3	0,5	3,5	0,2
65 à 74 ans, femmes	74,1	17,9	3,3	0,2	0,8	3,6	0,2
75 ans et plus, femmes	62,2	22,1	5,8	2,1	2,1	4,9	0,7

	Conducteur de son propre véhicule	Passager d'un véhicule	Transport en commun	Taxi	Transport en commun adapté	Marche ou vélo	Fauteuil roulant ou
Région							
Milieu rural	88,2	9,1	0,6	0,1	0,1	1,7	0,1
Milieu urbain	81,1	6,7	5,2	0,4	0,5	5,8	0,2
Province							
Terre-Neuve-et-Labrador	83,8	12,6	0,7	0,4	0,1	2,3	0,0
Î.-P.-É.	86,5 %	8,9	0,2	0,6	0,2	3,1	0,4
Nouvelle-Écosse	85,0	9,2	2,3	0,1	0,2	3,0	0,2
Nouveau-Brunswick	83,2	10,9	1,9	1,0	0,0	2,8	0,2
Québec	83,9	7,0	4,6	0,4	0,7	3,2	0,2
Ontario	81,2	8,0	4,7	0,5	0,5	5,0	0,2
Manitoba	82,8	6,2	5,2	0,1	0,3	5,2	0,2
Saskatchewan	85,5	7,7	1,3	0,2	0,4	4,5	0,3
Alberta	86,9	6,0	2,9	0,2	0,2	3,6	0,1
Colombie-Britannique	80,0	5,3	4,5	0,1	0,2	9,3	0,4

Lorsque l'on compare les personnes qui habitent en milieu rural et urbain, un pourcentage plus élevé de Canadiens en milieu rural affirment conduire un véhicule que leurs homologues en milieu urbain. Toutefois, à un âge plus avancé, une proportion inférieure de Canadiens qui habitent en milieu rural déclare conduire et la différence entre les sexes est plus élevée. Par exemple, chez les 75 ans et plus, 91,9 % des hommes en milieu rural comparativement à 61,1 % des femmes affirment que la conduite d'un véhicule est leur principal moyen de transport (figure 3). C'est en Alberta que l'on trouve le pourcentage le plus élevé de Canadiens qui affirment que la conduite d'un véhicule est leur principal moyen de transport (86,9 %), tandis que c'est en Colombie-Britannique qu'il est le moins élevé (80,0 %).

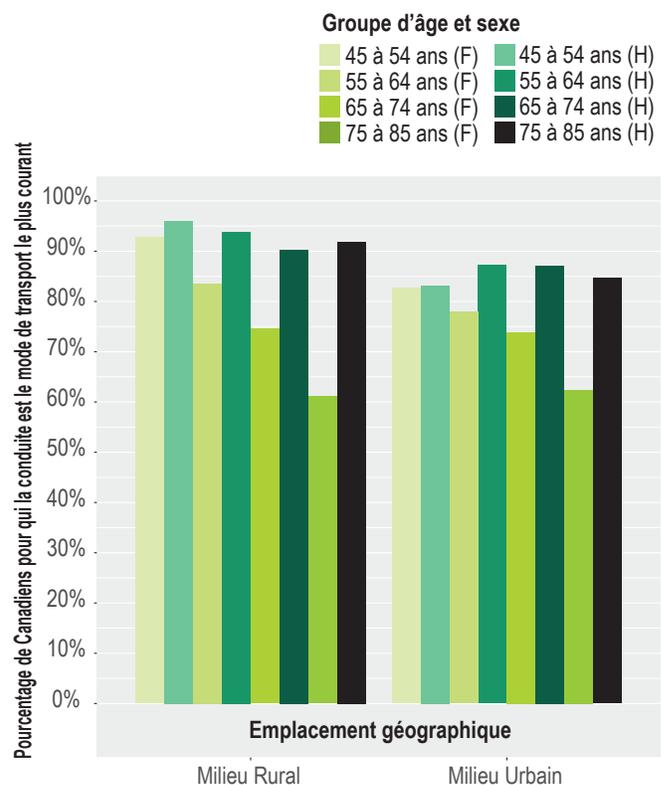


Figure 3 – Pourcentage des Canadiens pour qui la conduite est le mode de transport le plus courant, stratifié par emplacement géographique, âge et sexe

Sexe

L'UTILISATION ET LA FRÉQUENCE D'ACCÈS DES MOYENS DE TRANSPORT AUTRES QUE L'AUTOMOBILE VARIENT SELON L'ÂGE ET LE SEXE CHEZ LES CANADIENS DE 45 ANS ET PLUS

En plus de conduire ou d'être un passager dans un véhicule privé, un pourcentage plus élevé de femmes que d'hommes a indiqué compter sur d'autres moyens de transport, à l'exception de la marche et du vélo. Il y a légèrement plus d'hommes (5,3 %) que de femmes (4,5 %) qui affirment que la marche ou le vélo est leur principal moyen de transport. Le pourcentage de Canadiens qui marchent ou font du vélo baisse chez les groupes d'âge plus avancé. Une proportion légèrement plus élevée d'hommes déclare utiliser ce moyen de transport dans la plupart des groupes d'âge, sauf pour le groupe le plus âgé, où plus de femmes (4,9 %) que d'hommes (2,4 %) de 75 ans et plus se déplacent surtout à pied ou en vélo.

Le pourcentage de Canadiens qui utilisent les transports en commun comme principal moyen de transport est inférieur à 5 % dans tous les groupes d'âge. Les femmes affirment utiliser les transports en commun légèrement plus souvent. Parmi ceux qui déclarent utiliser les transports en commun comme principal moyen de transport, 53,7 % sont des femmes. Fait peu surprenant, la vaste majorité des personnes qui déclarent utiliser les transports en commun habite en milieu urbain (97,2 %). Parmi les Canadiens de 75 ans et plus, plus de femmes (5,8 %) que d'hommes (2,6 %) déclarent utiliser les transports en commun qui deviennent leur principal moyen de transport (figure 4).

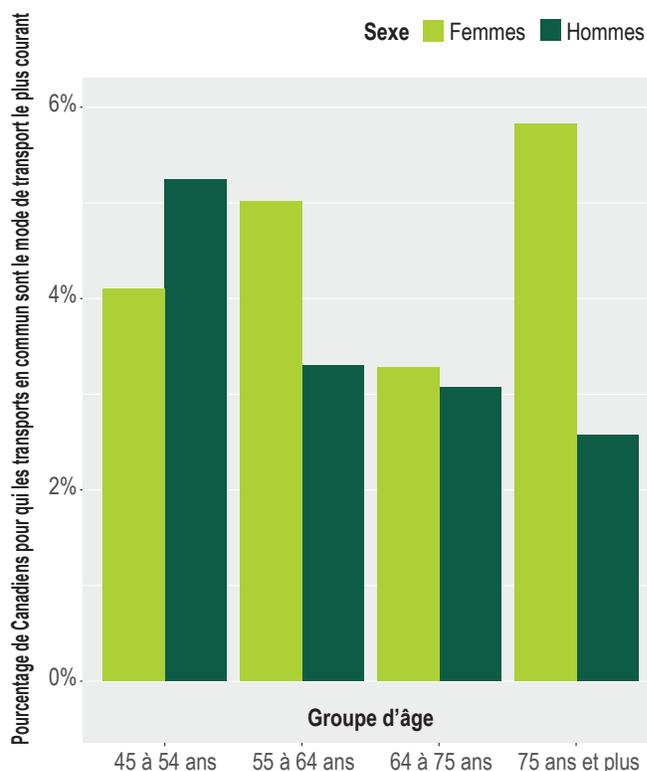


Figure 4 – Pourcentage des Canadiens pour qui les transports en commun sont le mode de transport le plus courant, stratifié par âge et sexe

La majorité des Canadiens (79,1 %) affirme utiliser les transports en commun moins d'une fois par semaine. Parmi ceux qui affirment utiliser les transports en commun au moins une fois par semaine (20,9 %), ceux des groupes d'âge plus jeunes sont ceux qui l'utilisent le plus. Dans le groupe d'âge le plus jeune (les 45 à 54 ans), une proportion plus élevée d'hommes (6,1 %) que de femmes (4,8 %) utilise les transports en commun au moins quatre fois par semaine. Inversement, chez les Canadiens de 65 ans et plus, une proportion plus élevée de femmes (2,5 %) que d'hommes de ce groupe d'âge (1,8 %) utilise souvent les transports en commun.

SANTÉ, ÉTAT FONCTIONNEL, MOBILITÉ DANS LES TRANSPORTS DES CANADIENS DE 45 ANS ET PLUS

Peu de Canadiens possédant un permis de conduire valide ont indiqué avoir une santé assez bonne ou médiocre (10,0 %) par rapport aux anciens conducteurs (28,4 %) et aux personnes n'ayant jamais conduit (23,1 %). Parmi les anciens conducteurs, une proportion plus élevée d'hommes ont jugé avoir une mauvaise santé (32,8 %) (figure 5).

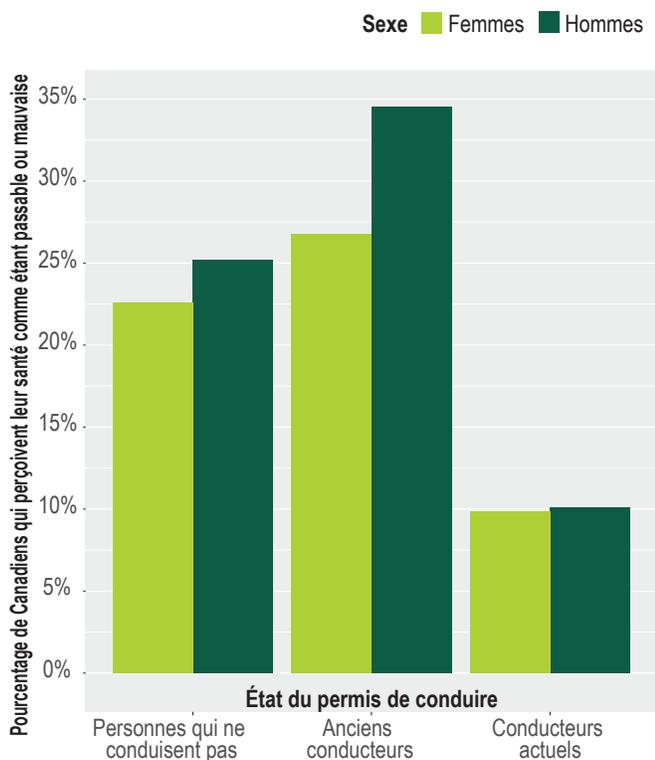


Figure 5 – Pourcentage des Canadiens qui perçoivent leur santé comme étant passable ou mauvaise, stratifié par état du permis de conduire et sexe

La majorité des personnes ayant désigné la voiture comme leur moyen de transport principal ont estimé leur état de santé bon ou excellent (90,6 %). Une minorité l'a jugé mauvais ou assez bon (9,4 %). Une faible proportion des Canadiens ayant désigné la marche (8,8 %) ou le vélo (4,6 %) comme leur moyen de transport principal

ont estimé leur état de santé mauvais ou assez bon. Un pourcentage plus important de personnes utilisant d'autres modes de transport, dont les personnes qui prennent le taxi (38,7 %), les passagers de véhicules automobiles (21,4 %), les personnes qui se déplacent en fauteuil roulant ou en scooter (26,0 %) ou les personnes qui utilisent les transports adaptés (50,6 %) ont jugé leur état de santé mauvais ou assez bon.

Comme il est indiqué dans le chapitre 8, une petite proportion des Canadiens ont signalé qu'ils étaient limités dans leurs activités de la vie quotidienne ou leurs activités domestiques. Parmi ces personnes, la proportion de conducteurs actuels est moins élevée (80,4 %) que chez les personnes qui n'ont pas ces contraintes (96,2 %). Cette tendance se confirme pour toutes les groupes d'âge et les deux sexes (figure 6).

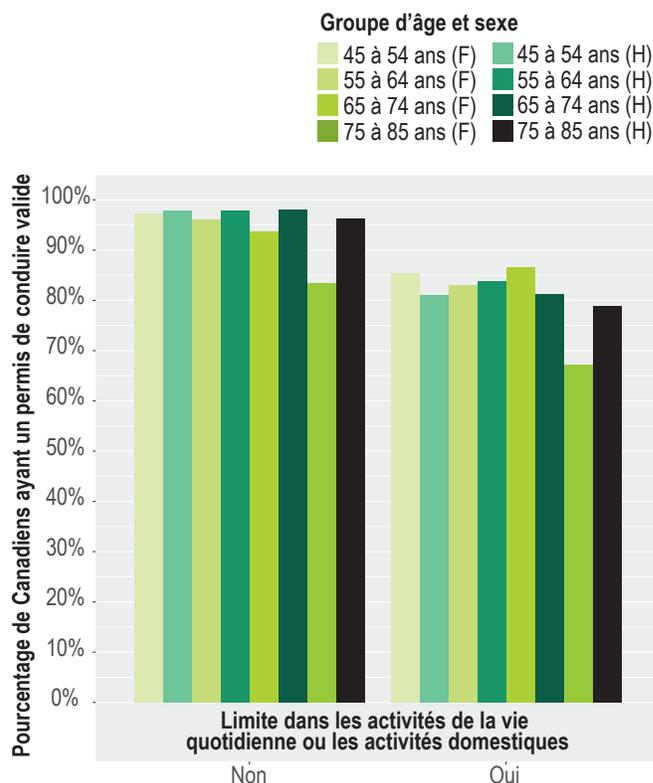


Figure 6 – Pourcentage des Canadiens ayant un permis de conduire valide, stratifié par limite dans les activités de la vie quotidienne ou les activités domestiques, âge et sexe

Parmi les Canadiens ayant déclaré être limités dans leurs activités de la vie quotidienne ou leurs activités domestiques, la proportion de personnes possédant un permis de conduire et conduisant souvent (au moins quatre fois par semaine) était plus faible (68,8 %) que chez les personnes n'ayant pas ces limites (85,8 %). Les hommes ayant déclaré avoir ce problème et conduire souvent étaient plus nombreux (75,3 %) que les femmes (66,4 %). Parmi les Canadiens ayant déclaré être limités dans leurs activités de la vie quotidienne ou leurs activités domestiques et conduire souvent, cette différence entre les sexes augmente avec l'âge, car le plus grand écart constaté porte sur le groupe d'âge des plus de 75 ans (78,3 % chez les hommes et 59,5 % chez les femmes).

À l'instar des tendances observées concernant l'état de santé, les personnes n'ayant déclaré aucune limite dans leurs activités de la vie quotidienne ou leurs activités domestiques étaient plus nombreuses à désigner la voiture comme leur mode de transport principal (84,8 %) que les personnes ayant ces limites (61,8 %). Les Canadiens dont les activités de la vie quotidienne ou activités domestiques sont limitées étaient plus nombreux à déclarer qu'ils prenaient le taxi, qu'ils étaient des passagers, qu'ils utilisaient les transports adaptés ou qu'ils se déplaçaient en fauteuil roulant ou en scooter (tableau 2). Parmi les personnes n'ayant déclaré aucune limite dans leurs activités de la vie quotidienne ou leurs activités domestiques, le pourcentage de Canadiens ayant désigné la marche et le vélo comme mode de transport principal (5,0 %) était légèrement plus élevé que chez les personnes

ayant déclaré avoir ce problème (3,9%). Lorsque l'on examine le mode de transport en fonction de l'âge, du sexe et des limites dans leurs activités de la vie quotidienne ou leurs activités domestiques, les femmes qui ont au moins une limite dans leurs activités de la vie quotidienne ou leurs activités domestiques se déclarent plus souvent passagères d'un véhicule et moins souvent conductrices de leur propre véhicule dans les groupes d'âge plus élevés (figure 7). Les hommes dont les activités de la vie quotidienne ou activités domestiques sont limitées utilisent d'autres modes de transport ou conduisent moins souvent que les femmes, ce qui a été constaté dans tous les groupes d'âge (figure 7).

L'analyse de la fréquence d'utilisation des transports en commun en fonction des limites dans les activités de la vie quotidienne ou les activités domestiques montre que les personnes déclarant que leurs activités de la vie quotidienne ou leurs activités domestiques sont limitées utilisent moins souvent ce mode de transport. Cette tendance s'observe chez les deux sexes et dans tous les groupes d'âge examinés.

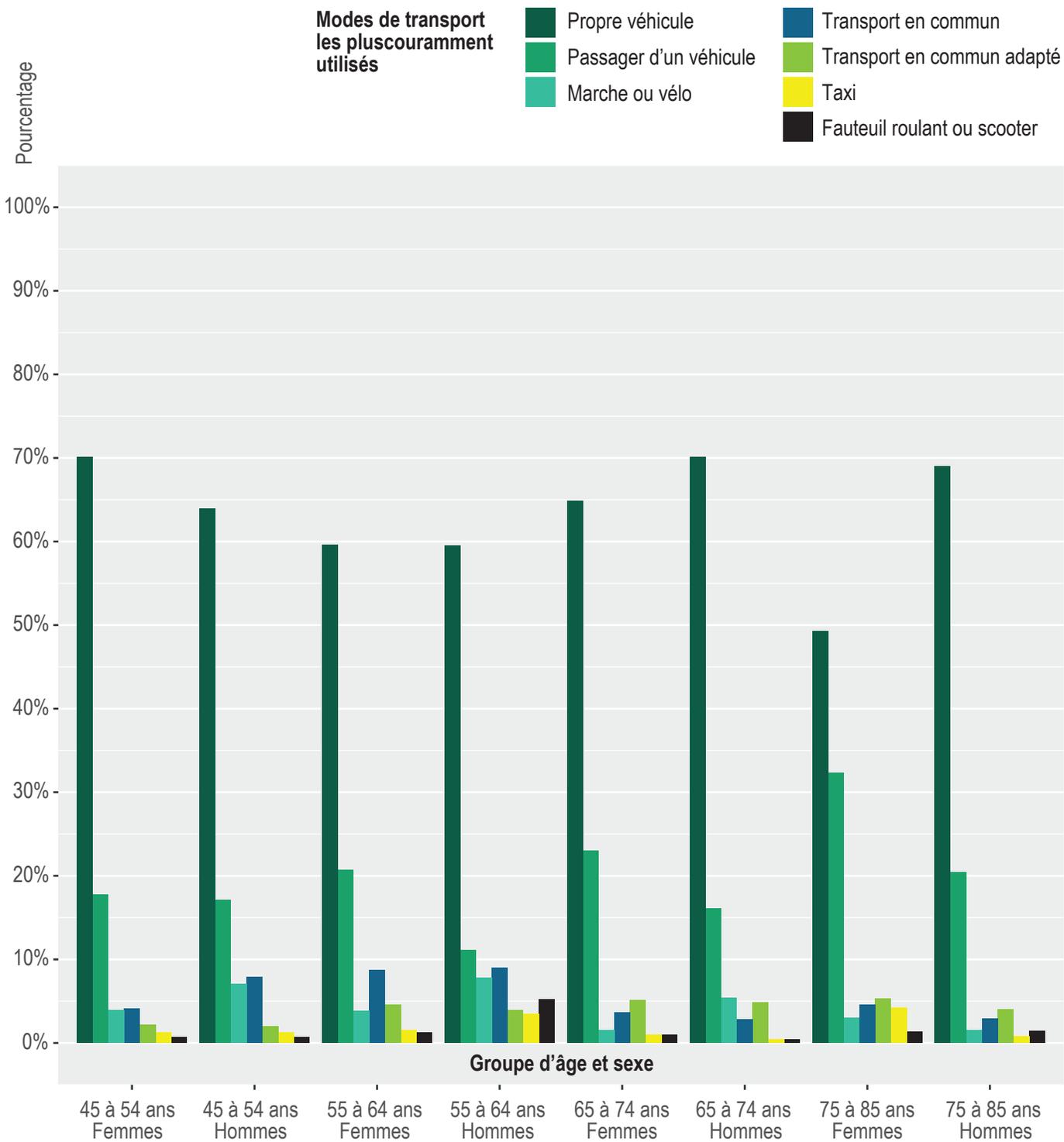


Figure 7 – Modes de transport les plus couramment utilisés par les Canadiens ayant des limites dans les activités de la vie quotidienne ou les activités domestiques, stratifiés par âge et sexe

TABLEAU 2 TYPES DE TRANSPORT UTILISÉS PAR LES PERSONNES ÉTANT LIMITÉES DANS LEURS ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE OU LEURS ACTIVITÉS DOMESTIQUES, PAR ÂGE ET PAR SEXE

	Conducteur de son propre véhicule	Passager d'un véhicule	Transport en commun	Taxi	Transport en commun adapté	Marche ou vélo	Fauteuil roulant ou scooter
Pourcentage							
Activités de la vie quotidienne ou activités domestiques sont limitées	61,8	21,6	5,4	2,0	4,0	3,9	1,4
Sexe							
66,0	15,5	5,4	1,7	3,2	6,1	2,2	2,2
60,3	23,8	5,4	2,0	4,3	3,2	1,1	1,1
Groupe d'âge – Hommes							
45 à 54	64,3	17,5	7,6	1,3	1,3	7,4	0,7
55 à 64	61,4	10,1	6,9	3,7	4,1	8,5	5,3
65 à 74	71,5	16,0	2,9	0,4	3,4	5,6	0,2
75 et plus	69,3	20,4	2,9	0,5	4,1	1,5	1,4
Groupe d'âge – Femmes							
45 à 54	70,5 %	17,4	4,0	1,2	2,2	4,0	0,7
55 à 64	59,9	20,3	8,7	1,6	4,6	3,7	1,2
65 à 74	64,8	23,3	3,7	0,9	4,7	1,6	1,0
75 et plus	49,5	32,3	4,6	4,0	5,3	3,1	1,3

Discussion

Le présent chapitre décrit les types de transport utilisés par les Canadiens de 45 ans ou plus en fonction de leur sexe, de leur lieu géographique (milieu urbain, milieu rural, province), de leur état de santé perçu et de leurs limites dans leurs activités de la vie quotidienne ou leurs activités domestiques. D'après notre analyse, la grande majorité des Canadiens ont déclaré détenir un permis de conduire. Cependant, avec l'âge, ce pourcentage diminue et l'écart entre les hommes et les femmes qui possèdent un permis de conduire augmente (voir le figure 1). Dans un rapport daté de 2012 sur les habitudes de transport des personnes âgées du Canada publié par Statistique Canada, Turcotte¹ avait prédit que cet écart entre les sexes se réduirait, considérant qu'une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé (ESCC) de 2009-2010 montrait que les femmes étaient presque aussi nombreuses que les hommes à posséder un permis de conduire dans les groupes d'âge inférieurs. Notre examen actuel des données de l'ÉLCV révèle que cet écart persiste, bien que ce résultat soit peut-être dû à un effet de cohorte du fait que, dans les générations précédentes, les femmes conduisaient moins souvent que les jeunes femmes d'aujourd'hui¹. Dans l'avenir, les analyses fondées sur l'ensemble de données de l'ÉLCV permettront d'établir si ces écarts entre les sexes se réduiront comme prévu. De plus, il se peut que les femmes qui possèdent un permis de conduire soient moins nombreuses à

déclarer qu'elles conduisent et plus nombreuses à déclarer qu'elles sont les passagères d'un véhicule si elles ont un mari ou un conjoint qui conduit. Compte tenu de la portée globale de cet ensemble de données, il sera aussi possible d'examiner comment d'autres facteurs, comme l'éducation, le poste et la situation familiale, peuvent permettre de comparer les types de transport utilisés par les Canadiens.

Comme la voiture est le principal mode de transport utilisé, seule une minorité de Canadiens continue d'utiliser les transports en commun. Ce nombre est resté relativement stable dans tous les groupes d'âge. Il n'est pas surprenant de constater que les transports en commun sont beaucoup plus utilisés dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Cependant, même dans les zones urbaines, ils sont utilisés par un pourcentage relativement faible de personnes. Dans les groupes d'âge plus avancé (comme celui des personnes de 65 ans et plus), les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à déclarer utiliser les transports en commun. Toutefois, le taux d'utilisation de ce type de transport reste très faible chez les hommes et les femmes des groupes d'âge plus avancé. Sans surprise, les personnes désignant la voiture comme mode de transport principal ont une meilleure perception de leur état de santé et de leur situation concernant les activités de la vie quotidienne ou activités domestiques que celles qui utilisent d'autres modes de transport. Les personnes dont les activités de la vie quotidienne ou les activités domestiques sont limitées sont le plus souvent passagères d'un véhicule. Cette tendance s'accroît avec l'âge. En revanche, ces personnes utilisent très peu les

transports adaptés spécialisés, ce qui soulève certaines préoccupations quant à la disponibilité de ce type de transport et d'autres solutions de rechange à la voiture personnelle.

L'ÉLCV permet de faire un suivi des mesures du module « transport, mobilité et migration » ainsi que des changements liés à d'autres domaines de la santé et de la vie quotidienne, comme la cognition (voir le chapitre 9 sur la santé psychologique) ou d'autres questions nouvelles touchant la santé publique, comme le cannabis, pour comprendre les différents parcours en fonction de l'âge. Une enquête visant à explorer les liens entre le choix de la voiture ou des autres options de transport et la participation sociale chez les adultes âgés est en cours. Ce projet a été financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Références

1. Turcotte M.
Profile of seniors' transportation habits.
Statistics Canada Canadian Social Trends (11-008-X). <https://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2012001/article/11619-eng.htm>. Accessed April 17, 2018.
2. Burkhardt JE, Berger AM, Creedon MA, McGavock AT.
Mobility and Independence: Changes and Challenges for Older Drivers.
Prepared by Ecosometrics, Incorporated for the US Department of Health and Human Services and the National Highway Traffic Safety Administration; 1998. <https://books.google.ca/books?id=iH39GwAACAAJ>. Accessed April 17, 2018.
3. Dobbs BM.
Aging baby boomers – a blessing or challenge for driver licensing authorities. *Traffic Inj Prev.* 2008;9(4):379-386. doi:10.1080/15389580802045823
4. Marottoli RA, de Leon CFM null, Glass TA, Williams CS, Cooney LM, Berkman LF.
Consequences of driving cessation: decreased out-of-home activity levels. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2000;55(6):S334-340.
5. Edwards JD, Lunsman M, Perkins M, Rebok GW, Roth DL.
Driving Cessation and Health Trajectories in Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009;64A(12):1290-1295. doi:10.1093/gerona/glp114
6. Edwards JD, Perkins M, Ross LA, Reynolds SL.
Driving Status and Three-Year Mortality Among Community-Dwelling Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009;64A(2):300-305. doi:10.1093/gerona/gln019
7. Fonda SJ, Wallace RB, Herzog AR.
Changes in Driving Patterns and Worsening Depressive Symptoms Among Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2001;56(6):S343-S351. doi:10.1093/geronb/56.6.S343
8. Freeman EE, Gange SJ, Muñoz B, West SK.
Driving status and risk of entry into long-term care in older adults. *Am J Public Health.* 2006;96(7):1254-1259. doi:10.2105/AJPH.2005.069146
9. Dickerson AE, Molnar LJ, Bédard M, et al.
Transportation and Aging: An Updated Research Agenda to Advance Safe Mobility among Older Adults Transitioning From Driving to Non-driving. *Gerontologist.* July 2017. doi:10.1093/geront/gnx120
10. MacDonald L, Myers AM, Blanchard RA.
Correspondence Among Older Drivers' Perceptions, Abilities, and Behaviors. *Topics in Geriatric Rehabilitation.* 2008;24(3):239. doi:10.1097/01.TGR.0000333756.75303.b9
11. Myers AM, Paradis JA, Blanchard RA.
Conceptualizing and measuring confidence in older drivers: development of the day and night driving comfort scales. *Arch Phys Med Rehabil.* 2008;89(4):630-640. doi:10.1016/j.apmr.2007.09.037
12. Government of Canada SC.
Population Centre and Rural Area Classification 2016. <https://www.statcan.gc.ca/eng/subjects/standard/pcrac/2016/introduction>. Published January 30, 2017. Accessed April 17, 2018.
13. Fillenbaum GG.
Screening the elderly. A brief instrumental activities of daily living measure. *J Am Geriatr Soc.* 1985;33(10):698-706.



12

**Le vieillissement
chez les personnes
lesbiennes, gaies
et bisexuelles**

Arne Stinchcombe *Université d'Ottawa*
Kimberley Wilson *Université de Guelph*



Le vieillissement chez les personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles

Principaux points saillants

Cette analyse avait pour objet d'étudier les caractéristiques sociodémographiques, les environnements sociaux, les relations de soins et les caractéristiques de santé des participants à l'ÉLCV initiale qui s'identifiaient comme étant lesbiennes, gays ou bisexuel(le)s (LGB).

Les analyses révèlent ce qui suit :

- Au départ, 1 057 participants (c.à.d. 2 %) à l'ÉLCV se sont identifiés comme étant lesbiennes, gays ou bisexuel(le)s (LGB).
- Par rapport aux participants hétérosexuels, les participants LGB étaient plus jeunes et avaient des niveaux de scolarité plus élevés.
- Les participants LGB ont fréquemment déclaré vivre dans un milieu urbain.
- Les participants LGB étaient moins susceptibles de se déclarer mariés que les participants hétérosexuels et plus susceptibles de se déclarer célibataires ou comme ne s'étant jamais mariés ou n'ayant jamais vécu avec un(e) conjoint(e) de fait.
- Une plus grande proportion des participants LGB ont affirmé vivre seuls en comparaison avec les participants hétérosexuels. Par exemple, 46,1 % des hommes gays et bisexuels ont déclaré vivre seuls, comparativement à seulement 15,7 % des hommes hétérosexuels.
- Les participants LGB étaient plus susceptibles de se sentir seuls au moins une partie du temps.
- Les scores tirés de l'Enquête sur le soutien social de l'ÉMI (c.à.d. une mesure composite

du soutien social) indiquent que les hommes gais et bisexuels affichent les plus faibles niveaux de soutien social et que les femmes lesbiennes et bisexuelles affichent les niveaux les plus élevés.

- Les participants LGB sont des participants actifs dans leur collectivité, mais près de la moitié des participants LGB ont déclaré souhaiter participer à un plus grand nombre d'activités sociales, récréatives et de groupe.
- Comparativement aux participants hétérosexuels du même sexe, les participants LGB étaient plus susceptibles de prendre part à la prestation de soins. Environ la moitié (49,8 %) des femmes lesbiennes et bisexuelles et 46,4 % des hommes gais et bisexuels ont déclaré avoir fourni des soins au cours des 12 derniers mois (comparativement à 48,2 % des femmes hétérosexuelles et à 40,4 % des hommes hétérosexuels).
- La grande majorité des participants LGB ont indiqué avoir au moins une maladie chronique (c.à.d. 89,5 % des femmes lesbiennes et bisexuelles et 83,3 % des hommes gais et bisexuels).
- Les participants LGB avaient tendance à déclarer avoir une bonne santé générale et mentale, ainsi qu'à déclarer vieillir en excellente ou en très bonne santé.

Introduction

Les personnes qui s'identifient comme étant lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers et bispirituelles (LGBTQ2) au Canada constituent une communauté diversifiée. Ce constat est vrai pour ceux qui vieillissent dans la communauté LGBTQ2, et pourtant leurs expériences en matière de vieillissement sont souvent moins comprises ou saisies dans les recherches. Les déterminants sociaux de la santé ont été définis comme étant des facteurs clés pour comprendre l'expérience du vieillissement et faciliter le vieillissement en santé¹. L'orientation sexuelle, l'âge et le genre sont trois déterminants sociaux de la santé^{2,3} qui sont particulièrement pertinents lorsqu'il s'agit d'étudier les expériences du vieillissement chez les membres de la communauté LGBTQ2.

Au début de l'ÉLCV, le Groupe de travail social – l'une des six équipes d'experts responsables d'élaborer du contenu scientifique pour l'ÉLCV – a reconnu l'importance de l'orientation sexuelle

dans le processus de vieillissement. Lors des étapes initiales de la collecte de données, l'ÉLCV comportait une question sur l'orientation sexuelle, permettant de faire des analyses axées sur les personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles (voir l'encadré 1). Pendant la planification du premier suivi de l'ÉLCV, le Groupe de travail social a recommandé d'ajouter un point sur le genre (c.-à-d. les rôles, comportements, expressions et identités dévolus par la société aux filles, aux femmes, aux garçons, aux hommes et aux personnes de diverses identités de genre)⁴ dans le questionnaire. Dans ce point, on demande aux participants de dévoiler leur identité sexuelle ou leur sentiment d'appartenance en tant qu'homme ou que femme, lequel peut être différent du sexe à la naissance et évoluer au fil du temps. Ce questionnement permet également aux participants de se présenter comme étant transgenres, altersexuels ou autres, ce qui facilitera l'exploration de

l'identité sexuelle dans le contexte des tendances en matière de santé, des trajectoires et des besoins des Canadiens vieillissants. Ces données seront disponibles avec la publication de la première version des données de suivi.

Encadré 1

L'ÉLCV demandait aux participants s'ils étaient :

- **Hétérosexuels?** (relations sexuelles avec des personnes du sexe opposé)
 - **Homosexuels**, c.à.d. **lesbiennes** ou **gais?** (relations sexuelles avec des personnes du même sexe)
 - **Bisexuels?** (relations sexuelles avec des personnes des deux sexes)
-

Les contextes sociaux et historiques uniques des personnes âgées lesbiennes, gaies et bisexuelles sont également un facteur important pour comprendre leur façon de vivre le vieillissement. En novembre 2017, le premier ministre du Canada a présenté des excuses aux membres de la communauté LGBTQ2 pour les injustices historiques auxquelles ils ont dû faire face, y compris la discrimination systémique contre les minorités sexuelles qui étaient à l'emploi du gouvernement fédéral et des Forces armées canadiennes[†]. Il ne s'agit là que d'un exemple des cas de discrimination vécus par les membres de cette population, qui étaient des adultes à une époque où l'homosexualité était considérée comme une maladie mentale et une infraction criminelle nécessitant un traitement ou une transformation⁵, et où le mariage homosexuel n'était pas légal⁶.

† <https://pm.gc.ca/fra/video/2017/11/28/premier-ministre-presente-des-excuses-aux-canadiens-lgbtq2>

Encadré 2

L'homophobie peut être définie comme étant « la peur et/ou la haine de l'homosexualité chez les autres, qui se traduit souvent par des préjugés, de la discrimination, de l'intimidation ou des actes de violence »⁷.

Outre les politiques et les lois discriminatoires, de nombreuses personnes faisant partie de la communauté LGBTQ2 vieillissante ont fait part de leurs expériences d'homophobie (voir l'encadré 2) et de discrimination⁸⁻¹⁰. Les effets néfastes de l'homophobie et de la discrimination sont bien documentés et comprennent des répercussions négatives sur la santé mentale et le bien-être⁹. Ces contextes sociaux et historiques du vieillissement, ainsi que les antécédents personnels de discrimination, se manifestent dans des expériences uniques et parfois négatives du vieillissement pour les membres de la communauté LGBTQ2¹¹. Les craintes liées à la sécurité personnelle et à la discrimination au sein du système de soins ont été bien documentées et sont particulièrement importantes dans le contexte des soins de longue durée (p. ex., Wilson *et al.*, 2018)¹¹ et de l'accès aux services de santé et de soins sociaux¹². À l'inverse, les recherches stipulent que les personnes LGBTQ2 ayant vécu des antécédents de discrimination seraient mieux préparées à vieillir que leurs homologues ne faisant pas partie d'une minorité sexuelle, en ce sens qu'elles ont « dû se battre toute leur vie, tracer leur propre chemin et former leurs propres communautés »¹³.

L'ÉLCV est une plateforme unique qui permet d'examiner les trajectoires de santé et de bien-être en fonction de l'âge, du sexe, de l'identité sexuelle, de l'orientation sexuelle et des déterminants psychosociaux. De plus, au fil du temps, ces données nous permettront d'examiner, par rapport à la

majorité de la population, les différences dans les expériences de vieillissement des personnes qui affirment faire partie de minorités sexuelles et de genre, ainsi que les différences au sein des sous-populations minoritaires de l'ÉLCV. Pour commencer, on a demandé aux participants de l'ÉLCV de mentionner leur sexe (c.à.d. femme ou homme) et leur orientation sexuelle (c.à.d. hétérosexuelle, homosexuelle et bisexuelle). Ce chapitre présente un aperçu sociodémographique des participants de l'ÉLCV qui s'identifient comme étant lesbiennes, gais ou bisexuels (LGB) [par rapport aux hétérosexuels du même sexe] et analyse en détail la santé, le bien-être et les réseaux sociaux des participants LGB, en se fondant sur les données recueillies lors de la première phase de la collecte.

Mesures

Cette analyse est fondée sur les données d'autoévaluation tirées de l'échantillon de référence commun de l'ÉLCV (version de surveillance 3.2 et version globale 3.1). Au départ, on a demandé à tous les participants de l'ÉLCV d'indiquer leur sexe (c.à.d. femme ou homme) et leur orientation sexuelle (c.à.d. hétérosexuelle, homosexuelle et bisexuelle), et de fournir un éventail de données démographiques (p. ex., niveaux de scolarité, revenu total du ménage, lieu de résidence, état matrimonial, situation dans le ménage, accès à la propriété, etc.). Pour reprendre les mots utilisés lors de la collecte de données, nous dirons que les participants sont de sexe féminin ou masculin. Nous présentons la proportion de participants qui n'ont pas vécu avec une autre personne comme étant une mesure du fait de vivre seul. Les participants ont rempli un module sur la prestation de soins dans lequel on leur posait des questions sur les types d'aide qu'ils ont pu fournir à d'autres personnes, ce qui nous a permis d'examiner les types de soins et la nature de la relation entre

la personne qui reçoit les soins et l'aidant. Nous présentons ici les types de soins et d'aide recensés auprès des participants, ainsi que la nature de la relation entre la personne qui reçoit les soins et l'aidant (p. ex., parent, époux, voisin, etc.). Dans le cadre du module sur la participation sociale, les participants ont été interrogés sur les types et la fréquence des activités communautaires auxquelles ils participent. On a également demandé aux participants de nous dire s'ils aimeraient participer à un plus grand nombre d'activités sociales, récréatives et de groupe, en répondant par oui ou non. Nous présentons des données sur la fréquence de la participation à des activités sociales (c.à.d. plus d'une fois par semaine), regroupées par types, ainsi que sur la proportion des personnes qui ont manifesté le désir de participer à un plus grand nombre d'activités. En outre, l'Étude des issues médicales (échelle ÉMI) de la section sur le soutien social a été analysée¹⁴. L'ÉMI comprend 19 éléments qui permettent de mesurer les éléments du soutien émotionnel/informationnel, le soutien affectif, le soutien tangible et les interactions sociales positives. Les réponses à chaque question varient de 1 (jamais) à 5 (tout le temps). Aux fins de la présente analyse, nous avons examiné le score total au titre de l'ÉMI, sachant qu'une valeur plus élevée dénote un plus haut niveau de soutien social.

On a demandé aux participants d'indiquer s'ils ont déjà reçu un diagnostic de problème médical à long terme; ceux qui ont répondu oui ont été marqués comme ayant au moins une maladie chronique. Nous établissons la proportion de participants ayant signalé au moins un problème chronique. Selon la taille et le poids autodéclarés, nous avons calculé l'indice de masse corporelle (IMC) des participants et les avons catégorisés comme ayant un poids insuffisant (moins de 18,5) ou un poids normal (18,5 à 24,9), ou faisant de l'embon-

point (25 à 29,9), de l'obésité de classe I (30 à 34,9), de l'obésité de classe II (35 à 39,9) ou de l'obésité de classe III (40 ou plus)¹⁵. Nous établissons la proportion de personnes faisant de l'embonpoint de classe I ou plus. On demandait aux participants d'évaluer leur santé, leur santé mentale et leur propre vieillissement en santé selon l'échelle suivante : « excellente », « très bonne », « bonne », « passable » ou « mauvaise »; nous établissons la proportion de personnes qui ont répondu « excellente » et « très bonne ».

Caractéristiques sociodémographiques

Dans l'échantillon de départ de l'ÉLCV composé de 51 338 Canadiens âgés de 45 à 85 ans (c.à.d. les évaluations globale et de surveillance combinées), 1 057 participants (c.à.d. 2 %) ont déclaré être des personnes lesbiennes, gaies ou bissexuelles (LGB)[‡]. Dans le sous-groupe des participants LGB, 62 % se sont identifiés comme étant des hommes gais (n = 528) ou bissexuels (n = 131) et 38 % comme étant des femmes lesbiennes (n = 275) ou bissexuelles (n = 123). Le tableau 1 présente un résumé des caractéristiques sociodémographiques ventilées par sexe (c.à.d. masculin et féminin) et par orientation sexuelle (hétérosexuelle et homosexuelle/bisexuelle).

Une comparaison des caractéristiques sociodémographiques révèle que les minorités sexuelles au sein de l'étude sont plus jeunes que leurs pairs hétérosexuels et que 40 % des femmes lesbiennes et bissexuelles et 35,7 % des hommes gais et bissexuels se situent dans le groupe d'âge des 45 à 54 ans (comparativement à 26,3 % des femmes hétérosexuelles et à 25,5 % des hommes hétérosexuels du même groupe d'âge). Com-

parativement aux hétérosexuels, les minorités sexuelles chez les hommes et les femmes sont plus scolarisées; en effet, 80,2 % des femmes lesbiennes et bissexuelles et 79,2 % des hommes gais et bissexuels déclarent avoir obtenu un diplôme/certificat d'études postsecondaires (comparativement à 72,6 % des femmes hétérosexuelles et à 75,3 % des hommes hétérosexuels).

Comparativement aux femmes hétérosexuelles, une plus grande proportion de femmes lesbiennes et bissexuelles ont déclaré des tranches de revenu annuel plus élevées. En particulier, 30,9 % des femmes lesbiennes et bissexuelles (comparativement à 25,9 % des femmes hétérosexuelles) ont déclaré avoir un revenu annuel de ménage d'au moins 100 000 \$. Ce phénomène n'a toutefois pas été observé chez les hommes gais et bissexuels; 29,3 % des hommes gais et bissexuels ont déclaré avoir un revenu annuel de ménage d'au moins 100 000 \$, comparativement à 35,9 % chez les hommes hétérosexuels. Une proportion moins élevée d'hommes et de femmes appartenant à des minorités sexuelles ont déclaré être à la retraite comparativement à leurs homologues hétérosexuels du même sexe (c.à.d. que 29,7 % des femmes lesbiennes et bissexuelles et 35,7 % des hommes gais et bissexuels ont déclaré être complètement à la retraite).

Dans l'échantillon de départ de l'ÉLCV, la plus grande proportion de femmes lesbiennes et bissexuelles réside en Colombie-Britannique (n = 103, 25,9 %), tandis que la plus grande proportion d'hommes gais et bissexuels réside en Ontario (n = 163, 24,7 %). En ce qui concerne le lieu de résidence, une plus grande proportion des minorités sexuelles que d'hétérosexuels dans l'échantillon ont déclaré vivre dans un milieu urbain. En particulier, 89,1 % des femmes lesbiennes et bissexuelles et 89,2 % des hommes gais et bissexuels ont déclaré vivre dans un milieu urbain, comparative-

[‡] 130 participants n'ont pas divulgué leur orientation sexuelle.

ment à 84,9 % des femmes et des hommes hétérosexuels. Comparativement aux participants hétérosexuels, une plus petite proportion des minorités sexuelles ont déclaré posséder leur propre maison (75,6 % des femmes lesbiennes et bisexuelles et 71,1 % des hommes gais et bisexuels). Pourtant, les données indiquent que les participants LGBT sont satisfaits de leurs conditions de logement; 96 % des femmes lesbiennes et bisexuelles et 94 % des hommes gais et bisexuels sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire qu'ils sont satisfaits de leurs conditions de logement actuelles, des valeurs qui s'harmonisent étroitement à celles des participants hétérosexuels (c.à.d. 95,4 % des femmes hétérosexuelles et 96,3 % des hommes hétérosexuels sont d'accord ou tout à fait d'accord avec cet énoncé).

Relations et environnements sociaux

Historiquement, les membres de la communauté LGBTQ2 ont su établir des réseaux sociaux riches en tissant des liens avec des personnes qui ne sont pas associées à leur famille d'origine (c.à.d. la parenté génétique) ou des institutions reconnues sur le plan juridique (p. ex., le mariage)¹⁶. Dans la littérature queer, ces liens ont permis de constituer des *familles de prédilection*¹⁷. De même, de nombreuses personnes LGBTQ2 ont toujours joué un rôle actif dans leur collectivité et ont milité pour défendre les droits des membres de leur communauté. L'ÉLCV recueille des données sur les relations sociales pertinentes sur le vieillissement des personnes LGBT. En particulier, on a demandé aux participants de préciser leur état matrimonial, la composition de leur ménage et leurs niveaux de soutien social et de participation sociale.

En ce qui concerne l'état matrimonial, un moins

grand nombre de participants LGBT ont déclaré être mariés par rapport aux participants hétérosexuels (voir le tableau 2). En particulier, 57,3 % des femmes lesbiennes et bisexuelles ont déclaré être mariées ou en union de fait et 24,6 % ont déclaré être célibataires [c.à.d. qu'elles n'ont jamais été mariées ou qu'elles n'ont jamais vécu avec un(e) conjoint(e) de fait]. Chez les hommes gais et bisexuels, 40,5 % ont déclaré être mariés ou en union de fait et 43,1 % ont déclaré être célibataires. À titre comparatif, 60,3 % des femmes hétérosexuelles et 78,7 % des hommes hétérosexuels ont déclaré être mariés. Seulement 8,6 % des femmes hétérosexuelles et 6,9 % des hommes hétérosexuels ont déclaré être célibataires.

Pour ce qui est de la composition des ménages, 31,5 % des femmes lesbiennes et bisexuelles ont déclaré vivre seules, comme près de la moitié (c.à.d. 46,1 %) des hommes gais et bisexuels. Ces proportions contrastent fortement avec celles des participants hétérosexuels, alors que 28,8 % des femmes hétérosexuelles et seulement 15,7 % des hommes hétérosexuels ont déclaré vivre seuls.

Quand on a demandé aux participants à quelle fréquence ils se sentaient seuls, 30 % des femmes lesbiennes et bisexuelles et 32,9 % des hommes gais et bisexuels ont déclaré se sentir seuls au moins une partie du temps (comparativement à 27,5 % des femmes hétérosexuelles et à 21,2 % des hommes hétérosexuels). Si on les analyse parallèlement aux données sur la composition des ménages, ces estimations suggèrent que les minorités sexuelles vieillissantes qui vivent seules sont plus à risque d'être victimes d'isolement social, en particulier à mesure que surviennent des changements liés au vieillissement susceptibles d'affecter leur santé et de limiter leur mobilité. Comme on peut le voir au chapitre 5 (Wister et Menec), en dépit du fait que la solitude et l'isolement social puissent être associés

l'un à l'autre, dans les recherches à venir, il sera important de tenir compte à la fois des mesures objectives de l'isolement social et des expériences subjectives de solitude au fil du temps chez les participants LGB.

Dans le cadre de l'ÉLCV, on a posé aux participants des questions sur l'accès au soutien social en utilisant les 19 éléments de l'échelle ÉMI de la section sur le soutien social¹⁴, ce qui a permis aux chercheurs de mesurer les différences au niveau du soutien social au fil du temps et au sein des sous-populations de l'échantillon. Pour obtenir un résumé des données de l'Enquête sur le soutien social de l'ÉMI depuis l'échantillon complet de l'ÉLCV, veuillez consulter le chapitre 5 (Wister et Menec). L'ÉMI permet d'obtenir un score composite qui permet de mesurer les éléments du soutien émotionnel/informationnel, le soutien affectif, le soutien tangible et les interactions sociales positives. Dans l'ensemble de l'échantillon de l'ÉLCV, les scores totaux de l'ÉMI variaient de 0 à 100 (plus les scores sont élevés, plus le niveau de soutien social est grand). Quand les scores totaux de l'ÉMI ont été stratifiés par sexe et par orientation sexuelle, les estimations indiquaient que les femmes lesbiennes et bisexuelles obtenaient des scores légèrement supérieurs (moyenne = 83,0, écart-type = 16,9) par rapport aux femmes hétérosexuelles (moyenne = 81,7, écart-type = 17,0). Cependant, les hommes gais et bisexuels obtenaient des scores inférieurs (moyenne = 75,8, écart-type = 20,7) témoignant de niveaux de soutien social moins élevés par rapport aux hommes hétérosexuels (moyenne = 82,0, écart-type = 18,1).

La grande majorité des participants LGB de l'échantillon ont indiqué qu'ils participaient à leurs collectivités. La figure 1 montre la répartition de la participation aux activités communautaires chez

les participants LGB au cours des 12 mois précédents. Ces données révèlent que plus des trois quarts des femmes appartenant à une minorité sexuelle (soit 82,9 %) et des hommes appartenant à une minorité sexuelle (soit 76,8 %) ont déclaré participer à des activités communautaires au moins une fois par semaine. Interrogés sur leur participation sociale, 50,4 % des femmes lesbiennes et bisexuelles et 48,8 % des hommes gais et bisexuels ont manifesté le désir de participer à un plus grand nombre d'activités sociales, récréatives et de groupe (comparativement à 45,8 % des femmes hétérosexuelles et à 41,8 % des hommes hétérosexuels).

Les soins donnés et reçus

Compte tenu du fait que cette analyse repose sur les données recueillies dans le cadre du premier cycle de l'ÉLCV et que plus des deux tiers des participants LGB de l'échantillon sont âgés de 45 à 64 ans, il n'est pas étonnant de constater que peu d'entre eux reçoivent des soins à domicile et d'autres types de soins. Seulement 14,4 % des participants LGB disent recevoir des soins (c.à-d. autres types de soins, à domicile ou les deux), une proportion à celle des participants hétérosexuels (14,3 %).

Pourtant, les participants LGB sont très actifs dans la prestation de soins. Environ la moitié (49,8 %) des femmes lesbiennes et bisexuelles et 46,4 % des hommes gais et bisexuels ont déclaré avoir fourni des soins au cours des 12 derniers mois (comparativement à 48,2 % des femmes hétérosexuelles et à 40,4 % des hommes hétérosexuels). Parmi les participants LGB qui ont déclaré avoir fourni de l'aide (autre qu'une aide financière), les aidantes lesbiennes et bisexuelles sont celles qui fournissent le plus fréquemment des soins à leur amie ou leur voisine (33,3 %), à leur mère (24,1 %)

et à leur père (8,2 %). Les hommes gais et bisexuels ont souvent déclaré prodiguer des soins à leur mère (29,6 %), à un ami ou voisin (19,1 %) ou à une amie ou voisine (19,1 %).

En ce qui a trait au type de soins fournis, les participants LGB étaient les plus actifs dans la prestation de transport, la prestation d'aide pour des activités et la préparation des repas. Bien qu'il existe des différences claires entre les sexes sur le plan de la prestation des soins – de sorte qu'une plus grande proportion de participantes lesbiennes et bisexuelles que d'hommes gais et bisexuels ont déclaré fournir des soins à autrui –, l'ampleur des différences entre les sexes observées chez les participants LGB est moins importante que l'ampleur des différences entre les sexes observées chez les hétérosexuels (voir la figure 2).

Santé

Les membres des populations marginalisées doivent souvent composer avec des conditions sociales et économiques qui peuvent avoir des répercussions négatives sur leur santé physique et émotionnelle¹⁸. C'est pourquoi l'orientation sexuelle est considérée comme un déterminant social important de la santé².

Dans le cadre de l'ÉLCV, les participants ont été questionnés au sujet de leur santé physique et mentale, notamment pour savoir s'ils ont déjà reçu un diagnostic de maladie. Ces données montrent que 89,5 % des femmes lesbiennes et bisexuelles et 83,3 % des hommes gais et bisexuels ont indiqué avoir au moins une maladie chronique. En outre, d'après la taille et le poids autodéclarés des participants, 28,9 % des participantes lesbiennes et bisexuelles et 24,3 % des participants gais et bisexuels étaient classés dans la catégorie des obèses de classe I ou plus (c.à.d. qu'ils avaient un indice de masse corporelle de 30 ou plus).

Malgré la présence de problèmes de santé et de facteurs de risque, les participants LGB avaient tendance à déclarer de hauts niveaux de santé générale et mentale, ainsi qu'à déclarer une expérience de santé excellente ou très bonne à mesure qu'ils vieillissent. La figure 3 présente les niveaux de santé autodéclarés des participants LGB pour les différents groupes d'âge. Pour tous les âges, 59,6 % des participants LGB ont évalué leur état de santé général comme étant très bon ou excellent et 65,4 % ont évalué leur état de santé mentale comme étant très bon ou excellent. Pour ce qui est du vieillissement en santé, 59,4 % des participants LGB ont évalué leur état comme étant très bon ou excellent. Fait intéressant, contrairement aux niveaux de santé générale autoévaluée qui diminuent progressivement chez les personnes d'âge plus avancé, les niveaux de santé mentale autoévaluée sont les plus élevés chez les personnes de 65 à 74 ans et de 75 à 85 ans.

Discussion

Afin d'appuyer la santé et le bien-être des diverses populations au Canada, il est nécessaire d'établir un profil des sous-populations vieillissantes, y compris les personnes qui s'identifient comme étant LGBTQ2. En examinant les données recueillies lors de l'entrevue initiale de l'ÉLCV, nous avons noté plusieurs différences entre les personnes hétérosexuelles et les personnes faisant partie d'une minorité sexuelle. En particulier, les participants LGB étaient plus jeunes, plus scolarisés et plus susceptibles d'habiter en milieu urbain que leurs homologues hétérosexuels. Bon nombre de participants LGB de l'échantillon agissent comme aidants naturels. Même si la majorité des membres de cette communauté ont déclaré avoir une ou plusieurs maladies chroniques, ils ont également déclaré des niveaux de santé générale élevés.

Ces données initiales permettent d'établir un profil initial de la sous-population des personnes LGB au sein de l'ÉLCV. Compte tenu du fait que 72 % des participants LGB ont moins de 65 ans, ces données initiales donnent principalement un aperçu de l'expérience de mi-quarantaine des participants; la santé et le statut psychosocial de ces personnes évolueront vraisemblablement à mesure qu'ils vieilliront. « LGBTQ2 » est un terme générique utilisé pour caractériser la diversité dans l'orientation et l'identité sexuelles. En dépit du fait que les données initiales de l'ÉLCV nous permettent d'examiner les expériences de mi-quarantaine des participants LGB vieillissants, le sondage ne comportait pas de question sur l'identité sexuelle, ce qui empêche toute analyse des autres identités au sein de la communauté LGBTQ2 (p. ex., le vieillissement des personnes transgenres). Le vocabulaire associé à la communauté LGBTQ2 évolue et s'étend; les identités dans cette communauté sont en constante évolution, ce qui représente une excellente occasion d'examiner les changements sur le plan de l'identité sexuelle, parallèlement à l'expérience du vieillissement par l'entremise de l'ÉLCV.

L'ÉLCV nous permettra d'examiner l'évolution des facteurs sociodémographiques chez les membres de la communauté LGBTQ2 à mesure qu'ils vieillissent. Les analyses présentées ici donnent un aperçu des caractéristiques de référence autodéclarées des participants LGB. Nous n'avons pas inclus de mesures de la santé physique objective ni de mesures validées de la santé mentale (p. ex., détresse psychologique, symptomatologie de la dépression), qui sont des variables particulièrement pertinentes pour ce groupe. Les auteurs de ce chapitre ont obtenu du financement par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et examinent actuellement les iné-

galités au niveau de la santé physique et mentale chez les personnes LGB vieillissantes, ainsi que l'importance du soutien social pour favoriser le bien-être de cette population.

Les futurs cycles de collecte de données de l'ÉLCV permettront de combler les lacunes en matière de connaissances liées aux déterminants sociaux de la santé chez les Canadiens vieillissants. Dans le contexte du vieillissement de la communauté LGBTQ2, il est plausible que les répercussions de la discrimination historique et contemporaine soient amplifiées à mesure que les membres de cette communauté subiront des changements liés à l'âge au niveau de la santé, au risque accru de fragilité et de dépendance, et à un contact accru avec les systèmes de soins à domicile. Même si nous nous attendons à observer des déficits de santé et des obstacles structurels dans les cycles futurs de l'ÉLCV, une approche fondée sur les points forts tiendrait également compte des mesures de la résilience, de la connexion avec la communauté, de la spiritualité et du sentiment d'identité comme des déterminants du vieillissement en santé chez les personnes s'identifiant comme étant LGBTQ2. Grâce aux efforts continus de collecte et d'analyse, les données de l'ÉLCV favoriseront des approches inclusives en matière de santé et de soins sociaux, en vue de rehausser l'expérience du vieillissement pour les membres de la communauté LGBTQ2.

TABEAU 1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS DE L'ÉLCV, EN FONCTION DU SEXE ET DE L'ORIENTATION SEXUELLE

	Femmes (n = 26 086)		Hommes (n = 25 122)	
	Hétérosexuels (n = 25 688) % (n)	Lesbiennes et bisexuelles (n = 398) % (n)	Hétérosexuels (n = 24 463) % (n)	Gais et bisexuels (n = 659) % (n)
Groupe d'âge				
45 à 54 ans	226,3 % (6 767)	40,0 % (159)	25,5 % (6 237)	35,7 % (235)
55 à 64 ans	32,3 % (8 302)	36,9 % (147)	31,6 % (7 721)	33,2 % (219)
65 à 74 ans	23,2 % (5 947)	16,1 % (64)	23,7 % (5 799)	22,9 % (151)
75 ans et plus	18,2 % (4 672)	7,0 % (28)	19,2 % (4 706)	8,2 % (54)
Études				
Pas de diplôme d'études secondaires	7,4 % (1 900)	2,3 % (9)	6,9 % (1 684)	4,1 % (27)
Diplôme d'études secondaires, sans études postsecondaires	12,2 % (3 124)	9,3 % (37)	10,2 % (2 487)	8,4 % (55)
Études postsecondaires	7,7 % (1 964)	8 % (32)	7,4 % (1 803)	8,2 % (54)
Diplôme/certificat d'études postsecondaires	72,6 % (18 644)	80,2 % (319)	75,3 % (18 415)	79,2 % (522)
Renseignements manquants	0,2 % (56)	0,2 % (1)	0,3 % (74)	0,2 % (1)
Statut de retraité				
Complètement retraité(e)s	448,1 % (12 358)	29,7 % (118)	42,9 % (10 491)	35,7 % (235)
Partiellement retraité(e)s	9 % (2 315)	9,3 % (37)	12,7 % (3 117)	12 % (79)
Non retraité(e)s	42,3 % (10 860)	60,6 % (241)	44,2 % (10 823)	51,9 % (342)
Renseignements manquants	0,6 % (155)	0,5 (2)	0,1 % (32)	0,5 % (3)
Revenu du ménage par année				
100 000 \$ ou plus	25,9 % (6 661)	30,9 % (123)	35,9 % (8 793)	29,3 % (193)
50 000 \$ à 100 000 \$	31,4 % (8 068)	33,9 % (135)	35,5 % (8 677)	33,7 % (222)
20 000 \$ à 50 000 \$	27,3 % (7 003)	21,9 % (87)	20,1 % (4 910)	25 % (165)
< 20 000 \$	7,1 % (1 831)	8,8 % (35)	3,9 % (956)	8,4 % (55)
Renseignements manquants	8,3 % (2 125)	4,5 % (18)	4,6 % (1 127)	3,6 % (24)

TABEAU 1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS DE L'ÉLCV, EN FONCTION DU SEXE ET DE L'ORIENTATION SEXUELLE (SUITE)

	Femmes (n = 26 086)		Hommes (n = 25 122)	
	Hétérosexuels (n = 25 688) % (n)	Lesbiennes et bisexuelles (n = 398) % (n)	Hétérosexuels (n = 24 463) % (n)	Gais et bisexuels (n = 659) % (n)
Propriété du logement				
Propriétaire	83,5 % (21 442)	75,6 % (301)	87,2 % (21 325)	71,1 % (468)
Locataire	15,4 % (3 963)	23,1 % (92)	12,1 % (2 953)	27,7 % (182)
Autre	1 % (244)	1,3 % (5)	0,6 % (149)	1,1 % (7)
Renseignements manquants	0,1 % (20)	0 % (0)	0,1 % (16)	0,2 % (1)
Emplacement géographique				
Milieu urbain	86 % (22 100)	89,4 % (356)	86 % (21 046)	90 % (593)
Milieu rural	14 % (3 588)	10,6 % (42)	14 % (3 417)	10 % (66)
Province de résidence				
Alberta	110 % (2 568)	6,3 % (25)	9,9 % (2 425)	5,8 % (38)
Colombie-Britannique	17,2 % (4 412)	25,9 % (103)	17,2 % (4 211)	19,4 % (128)
Manitoba	8,9 % (2 295)	12,3 % (49)	9 % (2 201)	5,6 % (37)
Nouveau-Brunswick	2,6 % (677)	1,8 % (7)	2,6 % (639)	3,8 % (25)
Terre-Neuve-et-Labrador	6,7 % (1 729)	6,5 % (26)	6,9 % (1 678)	4,3 % (28)
Nouvelle-Écosse	8,9 % (2 284)	8,5 % (34)	9,2 % (2 252)	7,1 % (47)
Ontario	21,6 % (5 545)	17,1 % (68)	21,8 % (5 332)	24,7 % (163)
Île-du-Prince-Édouard	2,2 % (567)	1,8 % (7)	2,2 % (545)	2,7 % (18)
Québec	19,1 % (4 908)	17,3 % (69)	18,5 % (4 520)	24,1 % (159)
Saskatchewan	2,7 % (703)	2,5 % (10)	2,7 % (660)	2,4 % (16)

Remarque : Excluant les 130 participants qui n'ont pas divulgué leur orientation sexuelle. La catégorie « Renseignements manquants » englobe les participants qui ont répondu « Ne sait pas » ou qui ont refusé de répondre.

TABLEAU 2 RELATIONS DES PARTICIPANTS DE L'ÉLCV, EN FONCTION DU SEXE ET DE L'ORIENTATION SEXUELLE

	Femmes (n = 26 086)		Hommes (n = 25 122)	
	Hétérosexuels (n = 25 688) % (n)	Lesbiennes et bisexuelles (n = 398) % (n)	Hétérosexuels (n = 24 463) % (n)	Gais et bisexuels (n = 659) % (n)
État matrimonial				
Célibataire, ne s'étant jamais marié(e) ou n'ayant jamais vécu avec un(e) conjoint(e) de fait	8,6 % (2 216)	24,6 % (98)	6,9 % (1 683)	43,1 % (284)
Marié(e)/vivant avec un(e) conjoint(e) de fait	60,3 % (15 478)	57,3 % (228)	78,7 % (19 259)	40,5 % (267)
Veuf (veuve)	14,9 % (3 838)	4,8 % (19)	5,2 % (1 261)	4,9 % (32)
Divorcé(e)/séparé(e)	16,2 % (4 149)	13,3 % (53)	9,2 % (2 254)	11,5 % (76)
Renseignements manquants	0 % (7)	0 % (0)	0 % (6)	0 % (0)
Situation dans le ménage				
Vivant seul(e)	28,8 % (7 404)	31,5 % (125)	15,7 % (3 829)	46,1 % (303)
Vivant avec au moins une autre personne	71,2 % (18 270)	68,5 % (272)	84,4 % (20 623)	54 % (355)
Fréquence du sentiment de solitude				
Une partie du temps ou plus	27.5% (7,059)	30.0% (119)	21.2%(5,181)	32.9% (216)
Rarement ou jamais	72.3% (18,558)	70.0% (278)	78.6%(19,204)	66.8% (439)
Renseignements manquants	0.2% (42)	0.0 (0)	0.2%(49)	0.3% (2)

Remarque : Excluant les 130 participants qui n'ont pas divulgué leur orientation sexuelle. La catégorie « Renseignements manquants » englobe les participants qui ont répondu « Ne sait pas » ou qui ont refusé de répondre.

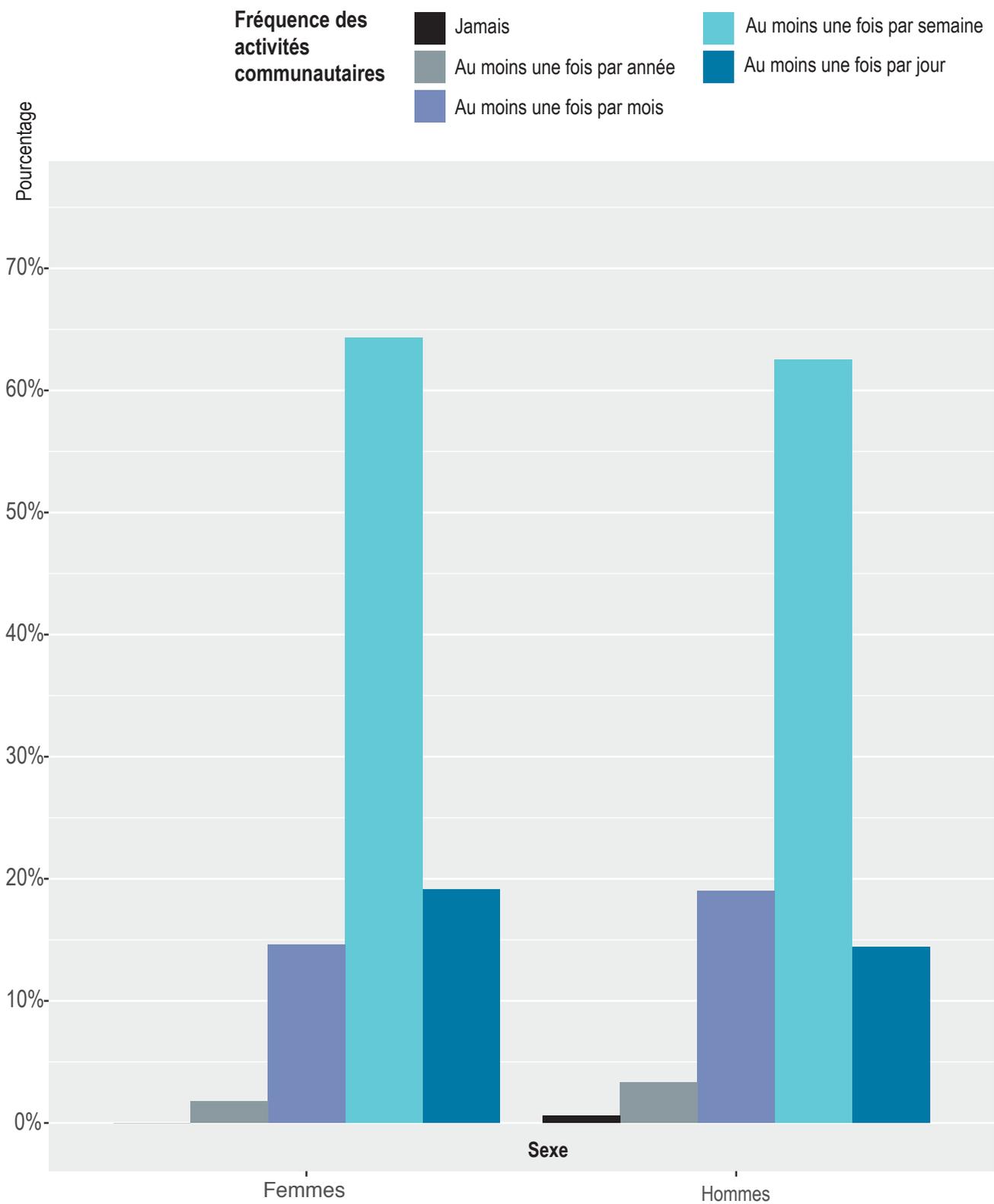


Figure 1 – Fréquence des activités communautaires chez les participants LGBT selon le sexe

Type de soins prodigués

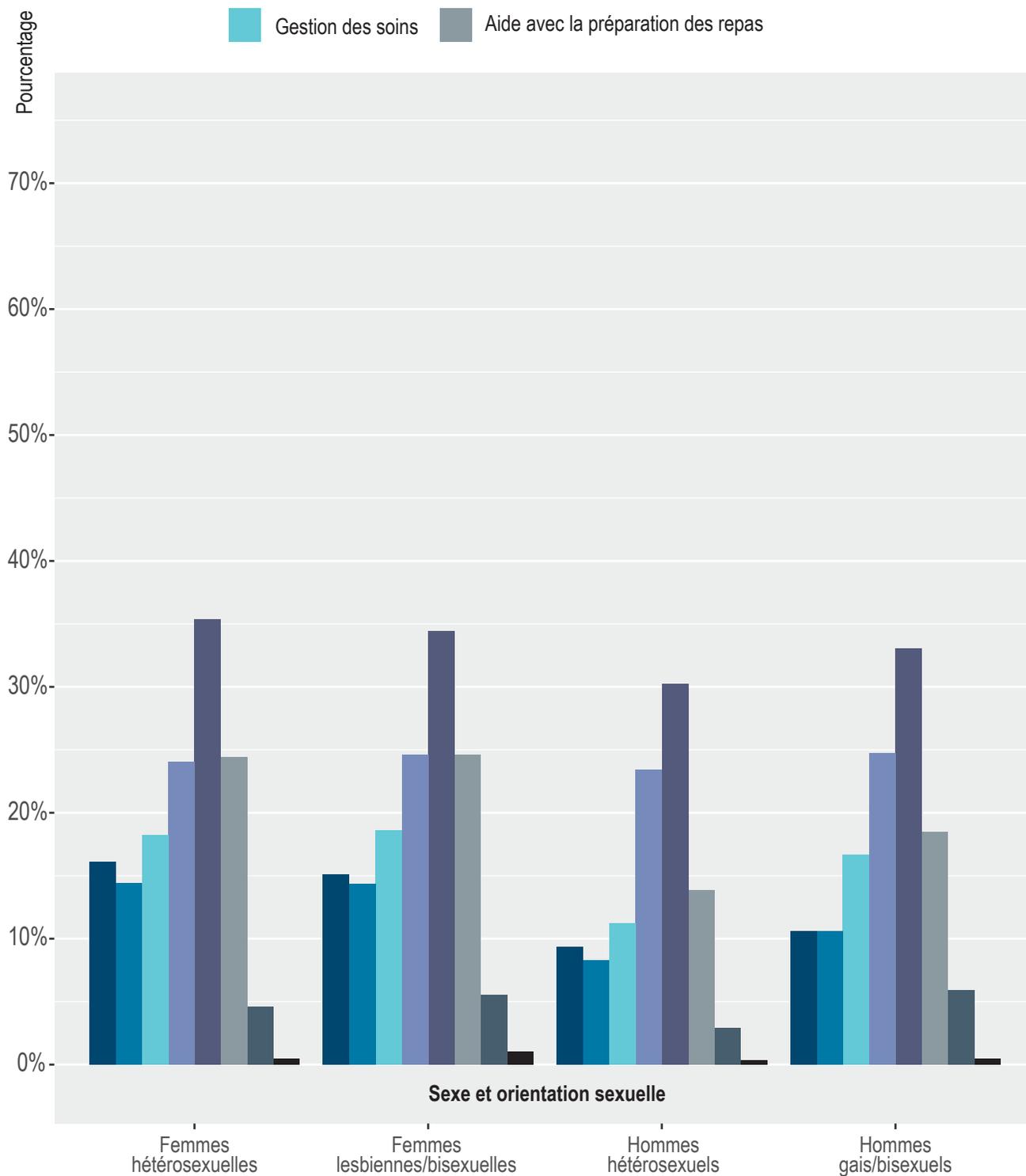
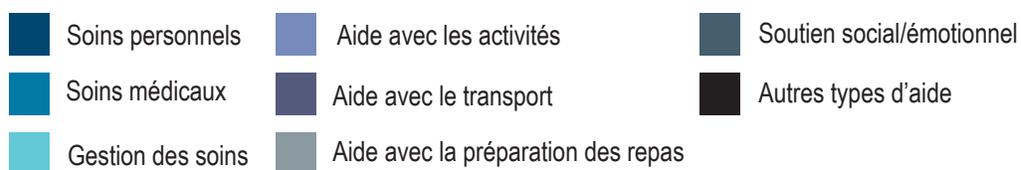


Figure 2 – Pourcentage des participants ayant prodigué des soins au cours des 12 derniers mois, en fonction du sexe et de l'orientation sexuelle

État de santé autoévalué ■ Santé physique ■ Santé mentale ■ Vieillesse en santé

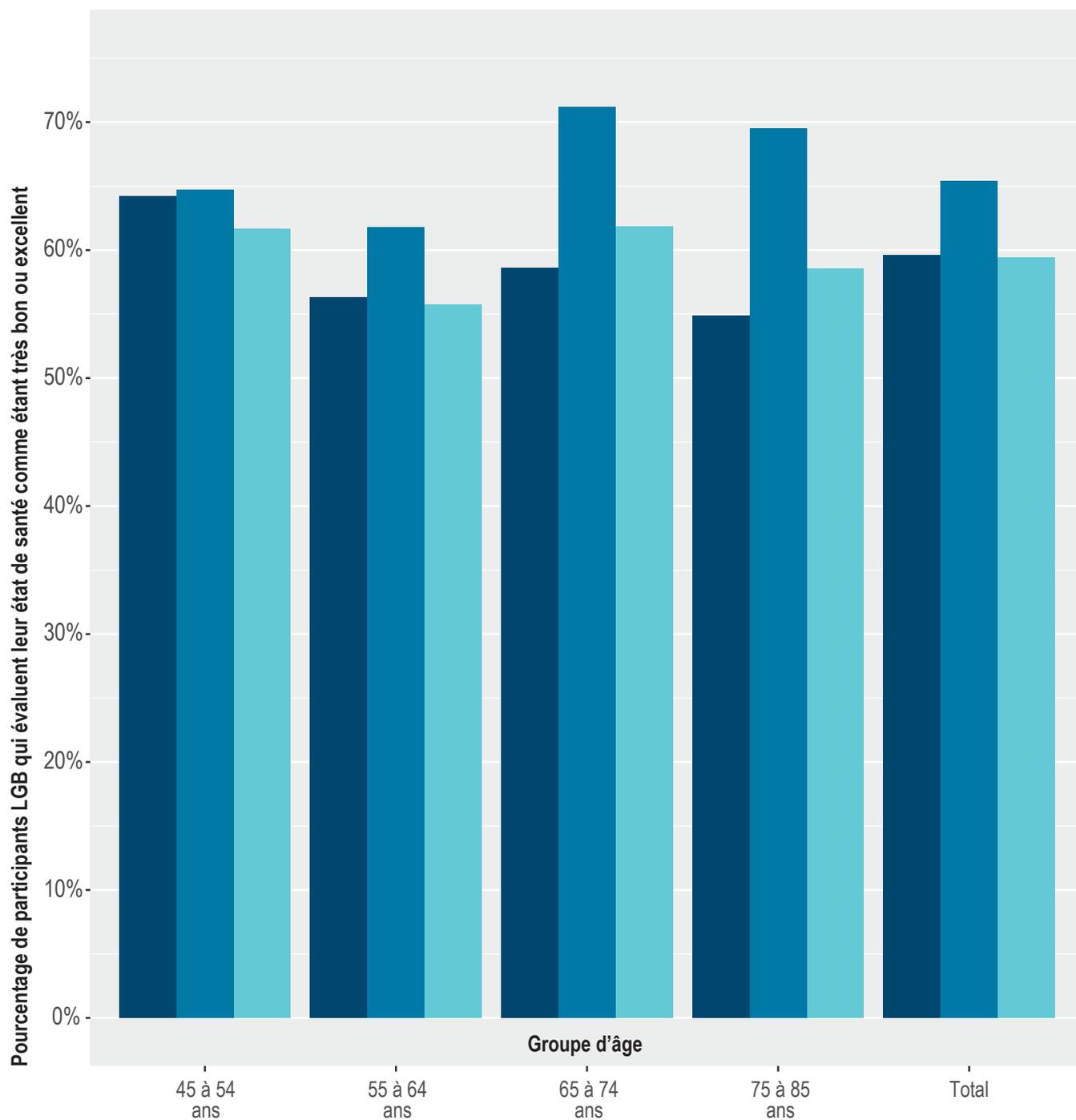


Figure 3 – Pourcentage de participants LGB qui évaluent leur état de santé comme étant très bon ou excellent, selon le groupe d'âge

Références

1. Public Health Agency of Canada. **Chief Public Health Officer's 3rd Annual Report on the State of Public Health in Canada.**; 2010. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/index-eng.php>. Accessed April 21, 2018.
2. Logie C. **The Case for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health to Address Sexual Orientation.** *Am J Public Health.* 2012;102(7):1243-1246. doi:10.2105/AJPH.2011.300599
3. Public Health Agency of Canada. **What Makes Canadians Healthy or Unhealthy?** <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health/what-makes-canadians-healthy-unhealthy.html>. Published 2013. Accessed March 10, 2018.
4. Canadian Institutes of Health Research. **How to integrate sex and gender into research - CIHR.** <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/50836.html>. Published 2018. Accessed March 10, 2018.
5. Beagan BL, Hattie B. **Religion, Spirituality, and LGBTQ Identity Integration.** *Journal of LGBT Issues in Counseling.* 2015;9(2):92-117. doi:10.1080/15538605.2015.1029204
6. United Way of Ottawa. **A Profile of Vulnerable Seniors in the Ottawa Region.** 2017. <https://www.united-wayottawa.ca/wp-content/uploads/2017/06/A-Profile-of-Vulnerable-Seniors-in-the-Ottawa-Region-EN.pdf>. Accessed April 21, 2018.
7. Public Health Agency of Canada. **Questions and Answers: Sexual Orientation in Schools – What Do We Know?;** 2010. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/sexual-health-sexually-transmitted-infections/reports-publications/questions-answers-schools/questions-answers-sexual-schools.html>. Accessed April 21, 2018.
8. Averett P, Yoon I, Jenkins CL. **Older Lesbians: Experiences of Aging, Discrimination and Resilience.** *Journal of Women & Aging.* 2011;23(3):216-232. doi:10.1080/08952841.2011.587742
9. Haber D. **Gay Aging.** *Gerontology & Geriatrics Education.* 2009;30(3):267-280. doi:10.1080/02701960903133554
10. Kimmel D. **Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Aging Concerns.** *Clinical Gerontologist.* 2014;37(1):49-63. doi:10.1080/07317115.2014.847310
11. Wilson K, Kortess-Miller K, Stinchcombe A. **Staying Out of the Closet: LGBT Older Adults' Hopes and Fears in Considering End-of-Life.** *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement.* 2018;37(1):22-31. doi:10.1017/S0714980817000514
12. Brotman S, Ryan B, Collins S, et al. **Coming out to care: caregivers of gay and lesbian seniors in Canada.** *Gerontologist.* 2007;47(4):490-503. doi: 10.1093/geront/47.4.490

13. de Vries B.
Stigma and LGBT aging: Negative and positive marginality. In: Orel NA, Fruhauf CA, eds. *The Lives of LGBT Older Adults: Understanding Challenges and Resilience.* First edition.. Washington, DC: American Psychological Association, ©2015; 2015:55-72.
14. Sherbourne CD, Stewart AL.
The MOS social support survey.
Soc Sci Med. 1991;32(6):705-714.
doi: 10.1016/0277-9536(91)90150-B
15. Statistics Canada.
Adult body mass index (BMI).
<https://www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/status/abm-eng.htm>.
Published 2016. Accessed March 10, 2018.
16. Barker JC, Herdt G, Vries B de.
Social support in the lives of lesbians and gay men at midlife and later.
Sex Res Soc Policy. 2006;3(2):1-23.
doi:10.1525/srsp.2006.3.2.1
17. Neville S, Henrickson M.
The constitution of “lavender families”: a LGB perspective.
J Clin Nurs. 2009;18(6):849-856.
doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02457.x
18. Solar O, Irwin A.
A conceptual framework for action on the social determinants of health, Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). *World Health Organization.* 2010. http://www.who.int/social_determinants/publications/9789241500852/en/. Accessed April 21, 2018.



Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement
Canadian Longitudinal Study on Aging