

Aspects méthodologiques

Cette partie traite plus spécifiquement des instruments et procédures de collecte de l'information, de même que des méthodes d'analyse privilégiées. Des éléments reliés au plan de sondage et à la pondération sont également présentés.

1.1 Instruments et procédures de collecte des données

Les principaux instruments de collecte des données utilisés lors de l'enquête *Santé Québec 1987*, *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993* et *l'Enquête sociale et de santé 1998* sont le questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) et le questionnaire auto-administré (QAA). Notons que le QRI comprend également une section d'identification qui permet, entre autres, d'établir la liste des membres du ménage et certaines caractéristiques tels l'âge, le sexe et les liens de parenté avec les autres membres du ménage.

Le questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) permet d'obtenir des renseignements sur chacun des membres du ménage auprès d'un informateur clé devant être âgé d'au moins 18 ans et en mesure de fournir de l'information sur la santé pour chacun d'entre eux. Les thèmes que l'on retrouve dans ce questionnaire et qui étaient présents lors des trois enquêtes sont :

- l'incapacité et les limitations d'activités;
- le recours aux services sociaux ou de santé;
- la consommation de médicaments;
- les accidents avec blessures;
- les renseignements démographiques, socioculturels et socioéconomiques.

On y retrouve également les problèmes de santé de même que l'audition et la vision, thèmes qui avaient été étudiés en 1987, mais non en 1992-1993. Enfin, de nouveaux thèmes apparaissent en 1998, comme les chirurgies d'un jour, les hospitalisations et la sécurité alimentaire (Daveluy et autres, 2000).

En 1998, ces deux questionnaires (QRI et section d'identification) ont été adaptés de manière à y annexer des enquêtes additionnelles sous forme de volets complémentaires. *L'Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* en est un exemple, l'échantillon de personnes atteintes d'une incapacité ayant été sélectionné lors de *l'Enquête sociale et de santé 1998*.

Le questionnaire auto-administré (QAA) destiné aux personnes de 15 ans et plus du ménage inclut notamment des questions sur :

- la perception de l'état de santé;
- les habitudes de vie (tabagisme, consommation d'alcool, alimentation, activité physique, poids corporel);
- les manifestations liées à la santé mentale et au suicide;
- l'environnement de soutien, certains comportements propres aux femmes et des renseignements démographiques, socioculturels et socioéconomiques.

On retrouve également dans l'enquête de 1998 des questions sur le service Info-Santé CLSC, le problème auditif des acouphènes et les valeurs spirituelles.

Dans l'ensemble, on a conservé, pour chacune de ces enquêtes, l'énoncé exact des questions de manière à assurer la comparabilité des résultats. Toutefois, certaines questions ont dû être abandonnées au profit de nouveaux indicateurs de sorte que, la comparabilité avec les deux enquêtes précédentes n'est pas toujours possible. Ces aspects seront abordés à l'intérieur de chacune des thématiques traitées dans cette étude.

La population visée par chacune des trois enquêtes est celle habitant l'ensemble des ménages privés de toutes les régions du Québec à l'exception des régions crie et inuite. Un « ménage privé est constitué de tous les membres de ce ménage qui considèrent le logement privé qu'ils occupent comme leur lieu de résidence habituel ou qui n'ont pas déclaré d'autre lieu de résidence habituel. » (Daveluy et autres, 2000 : 59). Par ailleurs, sont exclues de la population visée les personnes vivant dans des logements collectifs tels les centres d'accueil et les hôpitaux.

Afin de tenir compte d'éventuelles variations saisonnières des caractéristiques sociosanitaires de la population, l'échantillon de chacune des trois enquêtes considérées dans cette étude a été réparti en quatre périodes de collecte distinctes d'une durée de trois mois chacune.

Toutes les données présentées ont fait l'objet d'une pondération, c'est-à-dire qu'un poids correspondant au nombre de personnes que le répondant « représente » dans la population a été accordé à ce dernier. Elles peuvent donc être inférées à la population visée.

1.2 Méthodes d'analyse

L'analyse des mesures catégoriques a d'abord été menée à l'aide du khi carré afin de noter les associations significatives. Cette procédure a été réalisée pour chacun des tableaux tirés des trois enquêtes en question. Le seuil de signification statistique retenu est de 1 %.

De façon à procéder à une analyse rigoureuse qui tient compte des erreurs d'échantillonnage dues au fait que la population enquêtée ne correspond qu'à une partie de la population visée, on a calculé pour chacune des estimations produites un coefficient de variation. Ce dernier mesure la précision relative d'une estimation. On l'obtient en divisant l'erreur type de l'estimation par l'estimation elle-même (Lapointe, Courtemanche et Côté, 1999).

Dans le cadre de cette étude, la Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales de l'Institut de la statistique du Québec a élaboré un programme permettant d'obtenir, pour chacune des estimations produites à partir des données des enquêtes de 1987, 1992-1993 et 1998, le coefficient de variation. Une cote associée à chacun des coefficients de variation est également fournie et permet de juger de la qualité de l'estimation. Les estimations dont le coefficient de variation est égal ou inférieur à 15 % sont soit excellentes, très bonnes ou bonnes. Par contre, les estimations dont le coefficient varie entre 15 % et 25 % sont qualifiées de passables et doivent être interprétées avec prudence. Ces dernières estimations sont marquées d'un astérisque dans les tableaux. Enfin, les estimations présentant un coefficient de variation supérieur à 25 % sont imprécises et ne sont présentées qu'à titre indicatif. Ces estimations sont marquées d'un double astérisque et doivent être utilisées avec circonspection.

Le programme en question calcule également, pour chacune des années considérées, des intervalles de confiance; ces derniers permettent de vérifier, à l'intérieur d'un tableau où le test du khi carré est significatif au seuil de 1 %, quelles sont les catégories pour lesquelles les écarts sont significatifs. Si les intervalles de confiance de deux catégories ne se recoupent pas, les proportions sont déclarées significativement différentes. Par exemple, dans le cas du tabagisme, on pourrait observer une association significative entre l'âge et le type de fumeur (jamais fumé, ancien fumeur, fumeur occasionnel, fumeur régulier). Si tel est le cas, on pourra subséquemment vérifier, à l'aide des intervalles de confiance calculés, s'il n'y a pas un écart significatif selon l'âge dans la catégorie anciens fumeurs, par exemple.

Pour effectuer des comparaisons dans le temps et évaluer s'il y a eu évolution significative ou non, le programme élaboré à l'Institut de la statistique du Québec calcule, pour chacune des estimations produites à partir des données des trois enquêtes, des intervalles de comparaison. Lorsque ces intervalles de comparaison entre deux années pour une catégorie ne se recoupent pas, on

conclut qu'il y a une évolution significative. Toujours en rapport avec l'exemple sur le tabagisme, on pourrait, par exemple, observer que la proportion d'anciens fumeurs a augmenté de façon significative entre deux enquêtes.

Les données présentées dans cette étude sont essentiellement descriptives et n'ont pas fait l'objet d'une standardisation selon l'âge et le sexe. Par contre, dans l'analyse des résultats, des sous-groupes du même âge (65-74 ans, 75 ans et plus) et du même sexe sont comparés, ce qui permet de contrôler l'effet d'âge et de sexe.

Malgré toutes les précautions prises pour assurer la qualité et la représentativité des enquêtes menées par la Direction Santé Québec, des biais inhérents à toute enquête populationnelle peuvent se présenter et affecter l'exactitude des réponses. Parmi ces biais possibles, notons le phénomène de la désirabilité sociale, lequel peut se présenter lorsqu'il est question de sujets fortement reliés aux valeurs sociales. Les problèmes liés à la mémorisation des faits passés ou à l'évaluation du temps écoulé depuis un événement sont autant d'éléments pouvant avoir une influence sur la qualité des données.

Caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées

2.1 Structure par âge et sexe

La population âgée de 65 ans et plus visée par l'*Enquête sociale et de santé 1998* représentait quelque 11 % de la population totale vivant en ménage privé en 1998 (10 % chez les hommes et 13 % chez les femmes). En 1987, cette proportion était d'environ 9 % (Santé Québec, Émond et autres, 1988 : 8). On observe donc, depuis 1987, une hausse de l'importance relative de la population âgée vivant en ménage privé.

En valeurs absolues, la population âgée de 65 ans et plus vivant en ménage privé est passée de quelque 605 000 personnes en 1987 à près de 817 000 en 1998 (tableau 2.1), une

augmentation relative de 35 %. Cette hausse a été un peu plus prononcée entre 1987 et 1992-1993. La population féminine de cet âge est plus élevée avec, en 1998, 469 000 membres contre quelque 348 000 chez les hommes, soit des proportions respectives de 57 % et 43 %.

Au cours de cette période d'un peu plus de dix ans, les personnes âgées de 65-74 ans, bien que nettement majoritaires, ont vu leur importance relative décroître quelque peu par rapport aux personnes de 75 ans et plus, passant de 67 %, en 1987, à 65 %, en 1998.

On observe une hausse des effectifs à l'intérieur de chacun des groupes d'âge au cours de la période étudiée.

Tableau 2.1

Répartition de la population québécoise de 65 ans et plus en ménage privé visée par l'enquête Santé Québec 1987, l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 et celle de 1998

Sexe et âge	1987		1992-1993		1998	
	Pe	%	Pe	%	Pe	%
Hommes	253 000	42,0	305 000	42,0	348 000	42,6
Femmes	351 000	58,0	421 000	58,0	469 000	57,4
Sexes réunis						
65-74 ans	406 000	67,1	473 000	65,1	528 000	64,6
75 ans et plus	199 000	32,9	254 000	34,9	289 000	35,4
Total	605 000	100,0	727 000	100,0	817 000	100,0

Pe : population estimée.

N.B. : Puisque les « Pe » ont été arrondies, le total n'égalé pas la somme des parties.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

2.2 État matrimonial

L'état matrimonial de fait a été créé pour l'enquête de 1992-1993 à partir de deux questions du QAA et modifié pour l'enquête de 1998 où il est constitué de deux questions du QRI. Ces questions visent à connaître, d'une part, l'état matrimonial légal de la personne concernée et, d'autre part, si cette même personne vit en couple dans le ménage.

Pour chacune des deux années considérées, la répartition de la population selon l'état matrimonial de fait est associée au sexe. La proportion de gens mariés est supérieure chez les hommes alors que près de trois hommes sur quatre sont mariés (74 % en 1992-1993 et 71 % en 1998). Chez les femmes, ces proportions sont significativement plus faibles avec respectivement 44 % et 42 %. Par contre, on compte chez celles-ci, toutes proportions gardées, un plus grand nombre de veuves, séparées ou divorcées que chez les hommes (49 % c. 19 % en 1998) (tableau 2.2).

Tableau 2.2

État matrimonial de fait selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec 1992-1993 et 1998

	Célibataire	En union de fait	Marié	Veuf, séparé ou divorcé
	%			
Hommes				
1992-1993	5,6*	4,0*	73,9	16,5
1998	4,4*	5,0*	71,3	19,2
Femmes				
1992-1993	6,9	1,5**	44,3	47,3
1998	7,3	2,1**	41,6	48,9
Sexes réunis				
65-74 ans				
1992-1993	5,5	3,4*	61,0	30,1
1998	5,7*	4,4*	61,6	28,2
75 ans et plus				
1992-1993	8,2*	0,9**	47,9	43,0
1998	6,8*	1,4**	40,6	51,2
Total				
1992-1993	6,4	2,6*	56,8	34,2
1998	6,1	3,4*	54,2	36,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

L'âge et l'état matrimonial de fait sont également associés. La proportion de personnes mariées est plus élevée chez les personnes âgées de 65-74 ans que chez celles de 75 ans et plus pour chacune des deux années étudiées. En 1998, ces proportions sont respectivement de 62 % et 41 %. Par ailleurs, les personnes veuves, séparées ou divorcées sont proportionnellement plus nombreuses chez les personnes de 75 ans et plus (51 % c. 28 % en 1998). Dans l'ensemble de la population âgée, en 1998, la proportion de personnes mariées est de l'ordre de 54 % comparativement à 36 % chez les veufs, séparés ou divorcés.

La répartition de la population âgée selon l'état matrimonial de fait varie peu entre les deux années étudiées.

2.3 Scolarité

Le niveau de scolarité mesuré par la dernière année d'études complétées est associé au sexe peu importe l'année considérée. Cet indice est

construit à partir de deux questions issues du QAA.

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à avoir fait des études universitaires (partielles ou complètes). Les écarts sont particulièrement prononcés; ainsi, en 1998, 16 % des hommes de 65 ans et plus disent avoir déjà fréquenté l'université comparativement à 6 % chez les femmes. Par ailleurs, les femmes âgées ont étudié au secondaire (8^e à 12^e année) dans une plus forte proportion que les hommes, en 1992-1993 (36 % c. 27 %). Cette tendance existait déjà en 1987. En 1998, les écarts entre les deux sexes s'amenuisent (tableau 2.3).

On observe également un lien significatif entre le niveau de scolarité et l'âge en 1998, les personnes de 75 ans et plus étant proportionnellement plus nombreuses que celles de 65-74 ans à avoir complété sept années ou moins de scolarité (52 % c. 41 %). Une tendance en ce sens est aussi notée en 1992-1993.

Au cours de la période à l'étude, on peut observer des changements notables à certains égards. Ainsi, la proportion d'hommes ayant complété sept années ou moins de scolarité a baissé de 56 % à 42 %, au profit du secondaire, où la proportion d'étudiants ayant complété de huit à douze années de scolarité est passée de 24 % à 32 %. Chez les femmes, on ne constate aucune évolution significative durant la même période.

Les personnes de 65-74 ans, en 1998, sont proportionnellement moins nombreuses à avoir complété sept années ou moins de scolarité que les personnes du même âge en 1987 (41 % c. 54 %). On note aussi une hausse de la proportion des personnes ayant fait des études secondaires.

Tableau 2.3
Plus haut niveau de scolarité complété selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Sexe et âge	7 années ou moins	8 à 12 années	Études partielles, diplôme ou certificat ¹	Études universitaires partielles ou complétées
Hommes				
1987	55,6	23,7	7,9*	12,7
1992-1993	48,3	26,7	10,7	14,3
1998	41,7	31,9	10,6	15,7
Femmes				
1987	54,3	32,8	9,7	3,3*
1992-1993	47,4	36,1	11,7	4,7*
1998	46,9	36,7	10,8	5,6*
Sexes réunis				
65-74 ans				
1987	53,7	29,5	8,5	8,3
1992-1993	45,3	32,6	12,5	9,6
1998	40,9	36,2	11,6	11,3
75 ans et plus				
1987	57,6	27,5	10,0*	5,0**
1992-1993	52,9	31,3	8,9*	6,9*
1998	52,0	31,8	9,0*	7,2*
Total				
1987	54,8	28,9	8,9	7,3
1992-1993	47,8	32,2	11,3	8,8
1998	44,7	34,7	10,7	9,9

1. Études réalisées dans une école de métiers, un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale ou un CÉGEP.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

2.4 Perception de sa situation financière

La mesure de la situation financière par le revenu du ménage présente certains problèmes qui sont dus notamment à la non-réponse partielle élevée. Par contre, la perception du répondant de sa propre situation financière est conceptuellement

plus intéressante puisqu'elle tient compte de certains éléments complémentaires à la seule mesure du revenu tels l'endettement et l'entraide (Hagenaars, 1992; Dufresne, 1994).

La question sur cette variable en 1998, tirée du QAA, est la même que celle utilisée en 1992-1993.

La perception de la situation financière ne présente pas de différences significatives selon le sexe quelle que soit l'année. On observe, en 1998, qu'environ 62 % des personnes âgées de 65 ans et plus considèrent leur situation financière comme suffisante et que près de 23 % se considèrent pauvres ou très pauvres (tableau 2.4).

La distribution selon l'âge varie en 1992-1993. Près de 25 % des personnes de 75 ans et plus se considèrent à l'aise financièrement comparativement à 16 % chez les 65-74 ans.

La perception de la situation financière a peu évolué entre les deux années à l'étude. La proportion de personnes de 75 ans et plus se considérant à l'aise est cependant passée de 25 %, en 1992-1993, à 17 %, en 1998.

2.5 Niveau de revenu

Même si l'étude de la perception de la situation financière est plus intéressante sur le plan conceptuel que celle du niveau de revenu des personnes, on a quand même analysé cette dernière variable pour l'année 1998 compte tenu du fait qu'elle demeure associée à la santé et au

bien-être (Feinstein, 1993; Paquet, 1989; Wilkins et autres, 1989).

Dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*, « une valeur de niveau de revenu basé sur trois éléments est attribuée à chaque ménage : le revenu total du ménage, le nombre de personnes composant le ménage ainsi que les seuils de faible revenu fixés selon la taille du ménage par Statistique Canada (1992). Les questions sur ces variables sont tirées du QRI et de la section d'identification. Les seuils de faible revenu représentent les sommes d'argent nécessaires aux dépenses dites de subsistance » (Daveluy et autres, 2000 : 82). Les comparaisons avec les données de l'enquête de 1992-1993 « demeurent hasardeuses ».

Le niveau de revenu n'est associé ni au sexe ni à l'âge selon les données de l'enquête. On observe cependant une tendance à un niveau de revenu plus élevé chez les hommes alors que 31 % sont dans la catégorie moyen supérieur comparativement à 22 % chez les femmes. Chez celles-ci, quelque 30 % sont pauvres ou très pauvres comparativement à 18 % chez les hommes. Dans l'ensemble, une personne âgée sur quatre fait partie de cette catégorie (tableau 2.5).

Tableau 2.4

Perception de sa situation financière selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998

Sexe et âge	À l'aise		Situation suffisante		Pauvre ou très pauvre	
	1992-1993	1998	1992-1993	1998	1992-1993	1998
	%					
Hommes	20,7	15,9	59,9	62,3	19,3	21,7
Femmes	17,5	15,0	59,6	61,6	22,9	23,4
Sexes réunis						
65-74 ans	15,8	14,8	60,6	60,7	23,6	24,6
75 ans et plus	25,3	16,5	57,9	64,3	16,8	19,2
Total	18,9	15,4	59,7	61,9	21,4	22,6

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

Pour leur part, les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001* de Statistique Canada permettent de noter une différence significative entre les hommes et les femmes âgés en ce qui a trait à la capacité de revenu du ménage, celle-ci étant plus élevée chez les hommes en général (Institut de la statistique du Québec, 2003).

Pour ce qui est de l'évolution temporelle, la comparaison des données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001* avec celles provenant de l'*Enquête sociale et de santé 1998* semble indiquer une tendance vers un moindre degré d'appauvrissement chez la population âgée. La proportion des personnes très pauvres diminue alors que la proportion de celles dans la catégorie supérieur tend à augmenter (données non présentées). Les données produites par le Comité ministériel sur la réduction des

inégalités de santé et de bien-être illustraient qu'entre 1980 et 1997, la situation des personnes âgées par rapport à la pauvreté s'était améliorée (MSSS, 2002 : 16). Le revenu disponible chez les personnes de 65 ans et plus augmente entre 1981 et 1997 (Jean, 2001 : 307).

Le Comité ministériel révélait néanmoins qu'en 1997, 5,4 % des femmes seules de 65 ans et plus vivaient avec moins de 75 % du revenu équivalent au seuil du faible revenu après impôt comparativement à 2,5 % chez les femmes de cet âge vivant en famille. Par conséquent, la situation des femmes âgées vivant seules nuance ce portrait. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA, 2001) concluait dans son bulletin de 2001 que des interventions étaient nécessaires auprès des aînés vivant seuls, plus particulièrement les femmes, étant donné que la proportion de personnes à faible revenu y est plus élevée que chez le reste des aînés.

Tableau 2.5

Niveau de revenu selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1998

Sexe et âge	Très pauvre	Pauvre	Moyen inférieur %	Moyen supérieur	Supérieur
Hommes	4,5**	13,7*	44,3	30,8	6,6*
Femmes	8,5*	21,1	43,3	22,1	5,0*
Sexes réunis					
65-74 ans	5,6*	16,4	43,5	28,9	5,6*
75 ans et plus	8,9*	20,9	44,2	20,2	5,8**
Total	6,8*	18,0	43,7	25,8	5,7*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

2.6 Statut d'activité au cours d'une période de douze mois

Le statut d'activité est mesuré par deux indices tirés du QRI. Le premier concerne l'activité principale des personnes de 15 ans et plus pour la période de douze mois ayant précédé l'enquête et le second porte sur les deux semaines ayant précédé l'enquête. En 1987, seule la mesure portant sur les deux semaines ayant précédé l'enquête est disponible.

On observe un lien significatif entre le statut d'activité au cours d'une période de douze mois et le sexe. La proportion de personnes âgées à la retraite est évidemment plus élevée que pour les autres catégories, mais chez les hommes, elle est de l'ordre de 90 % (92 % en 1992-1993 et 89 % en 1998) alors que chez les femmes, ces proportions sont respectivement de 67 % et 56 %. Par ailleurs, la proportion de femmes qui déclarent tenir maison est nettement plus élevée que celle des hommes (41 % c. 2,7 % en 1998) (tableau 2.6).

Tableau 2.6

Statut d'activité au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998

Sexe et âge	En emploi	Tient maison	À la retraite	Autres	%				
Hommes									
1992-1993	6,5	0,7**	91,8	1,0**					
1998	7,0	2,7*	89,0	1,3**					
Femmes									
1992-1993	1,9*	29,7	67,3	1,1**					
1998	2,1*	40,7	56,2	1,0**					
Sexes réunis									
65-74 ans									
1992-1993	5,3	19,5	73,8	1,4**					
1998	5,9	23,8	69,2	1,1**					
75 ans et plus									
1992-1993	1,1**	13,8	84,6	0,5**					
1998	1,2**	25,8	71,9	1,1**					
Total									
1992-1993	3,8	17,5	77,6	1,1**					
1998	4,2	24,5	70,1	1,2*					

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

Ces écarts entre les hommes et les femmes, pour chacune des années, pourraient s'expliquer, en partie, par le fait que plusieurs femmes de cet âge n'ont possiblement jamais été sur le marché du travail proprement dit et continuent de tenir maison une fois l'âge officiel de la retraite arrivé. Elles pourraient considérer ne pas être à la retraite au même titre que les personnes qui ont cessé leurs activités professionnelles sur le marché du travail pour prendre leur retraite.

Enfin, les hommes âgés sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à occuper un emploi.

La répartition du statut d'activité varie également en fonction de l'âge quelle que soit l'année. La proportion de personnes retraitées est significativement plus élevée chez les personnes de 75 ans et plus comparativement à celles de 65-74 ans, en 1992-1993 (85 % c. 74 %). Par contre, les personnes en emploi sont proportionnellement plus nombreuses chez les 65-74 ans.

Au cours de cette période de cinq ans, on observe une hausse significative de la proportion des personnes qui tiennent maison (18 % c. 25 %) et une diminution de la proportion des personnes à la retraite (78 % c. 70 %). Le même constat est fait chez les femmes et les personnes de 75 ans et plus.

Les écarts observés chez les femmes entre les deux enquêtes pourraient s'expliquer par le fait que les catégories de réponses ont été modifiées d'une enquête à l'autre afin d'avoir plus de précision. Plus spécifiquement, en 1998, les deux catégories sur la retraite comportaient les précisions suivantes : « ... à la retraite : en arrêt définitif du travail pour des raisons de santé? » et « ... à la retraite : en arrêt définitif du travail pour toute autre raison? »; en 1992-1993, cependant, ces deux catégories se lisaient « retraite, santé » et « retraite, autre ». Par conséquent, il est fort possible que les femmes âgées qui n'avaient jamais été sur le marché du travail proprement dit, ont eu une compréhension différente de la question en 1998 par rapport aux hommes.

Autres caractéristiques de l'individu

3.1 Habitudes de vie et comportements préventifs

3.1.1 Usage du tabac

Les questions utilisées pour la consommation de tabac proviennent du questionnaire autoadministré (QAA). Quatre catégories sont retenues : les fumeurs réguliers qui fument tous les jours, les fumeurs occasionnels qui fument moins souvent que tous les jours, les anciens fumeurs, c'est-à-dire les personnes ayant déjà fumé mais qui ne fument plus au moment de l'enquête, et finalement les personnes qui déclarent n'avoir jamais fumé. Ces quatre catégories peuvent être regroupées en deux grandes classes, soit celle des non-fumeurs

et celle des fumeurs actuels. Par souci de comparabilité, les questions sur le tabagisme sont identiques d'une enquête à l'autre.

On estime qu'en 1998, environ 81 % des personnes âgées n'ont jamais fumé ou sont d'anciens fumeurs. La prévalence du tabagisme y est donc de l'ordre de 19 %. La moitié des femmes âgées n'avaient jamais fumé comparativement à 22 % chez les hommes. Par contre, environ 58 % des hommes de 65 ans et plus sont d'anciens fumeurs contre 32 % chez les femmes. Les écarts entre hommes et femmes pour ces deux catégories sont significatifs quelle que soit l'année considérée (tableau 3.1.1).

Tableau 3.1.1

Type d'usage de la cigarette selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Sexe et âge	Non-fumeur			Fumeur actuel		
	Jamais fumé	Ancien fumeur	Total	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier	Total
	%					
Hommes						
1987	17,5	52,5	70,1	3,0**	26,9	29,9
1992-1993	18,1	58,2	76,3	2,0**	21,7	23,7
1998	21,6	57,8	79,4	1,2**	19,4	20,6
Femmes						
1987	56,2	23,2	79,4	2,3**	18,3	20,6
1992-1993	53,8	30,3	84,0	1,3**	14,7	16,0
1998	50,0	32,3	82,3	1,3**	16,4	17,7
Sexes réunis						
65-74 ans						
1987	34,2	38,9	73,1	2,4**	24,5	26,9
1992-1993	36,0	42,9	78,9	1,6**	19,5	21,1
1998	34,6	44,6	79,2	1,2**	19,6	20,8
75 ans et plus						
1987	51,2	29,3	80,5	3,0**	16,4	19,4
1992-1993	43,8	40,7	84,5	1,5**	14,0	15,5
1998	43,7	41,0	84,7	1,3**	14,0	15,3
Total						
1987	39,3	36,1	75,3	2,6*	22,1	24,7
1992-1993	38,6	42,2	80,8	1,6*	17,7	19,3
1998	37,7	43,4	81,1	1,2**	17,7	18,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

On observe une association entre l'âge et le type d'usage de la cigarette en 1987 et 1998. La proportion de personnes n'ayant jamais fumé tend à être plus élevée chez les personnes de 75 ans et plus que chez celles de 65 à 74 ans en 1998 (44 % c. 35 %).

La proportion d'anciens fumeurs est passée de 36 %, en 1987, à 42 %, en 1992-1993, chez la population âgée dans son ensemble (figure 3.1.1). Cette hausse s'est produite principalement chez les personnes de 75 ans et plus (tableau 3.1.1).

Chez les femmes âgées, la proportion d'anciens fumeurs a également crû entre ces deux années (23 % c. 30 %). Là aussi, cette hausse s'est

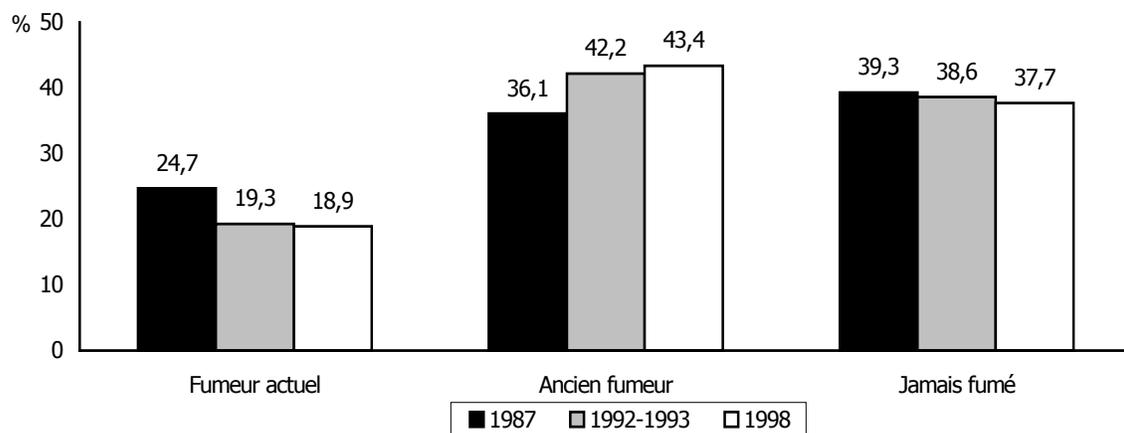
produite surtout chez les personnes de 75 ans et plus (données non présentées).

Chez les hommes, on observe également une baisse du tabagisme au cours de la période à l'étude sans que les écarts soient significatifs.

Par ailleurs, la comparaison des données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001* (ISQ, 2003) avec celles provenant de l'*Enquête sociale et de santé 1998* démontre, dans l'ensemble de la population âgée, une hausse significative de la proportion de non-fumeurs entre 1998 et 2000-2001 (81 % c. 86 %).

Figure 3.1.1

Type d'usage de la cigarette, population de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*. Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

3.1.2 Consommation d'alcool

La consommation d'alcool est analysée à l'aide d'un indicateur, le type de buveurs, construit à partir de deux questions issues du QAA. Trois types de buveurs sont considérés : les abstinents, c'est-à-dire les personnes qui n'ont jamais de leur vie consommé d'alcool; les anciens buveurs, soit ceux qui n'en ont pas consommé au cours des douze mois ayant précédé la collecte des données; et les buveurs actuels qui ont consommé de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière au cours des douze mois ayant précédé la collecte des données.

Chez les personnes âgées, la proportion de buveurs actuels est nettement plus élevée comparativement à ce que l'on observe pour les catégories jamais bu et anciens buveurs. Au cours des trois années à l'étude, elle est supérieure à 50 % (59 % en 1998). Viennent en second lieu les personnes n'ayant jamais bu, qui représentent environ 30 % de la population âgée en 1998. Chez les hommes, cette proportion de buveurs actuels est nettement supérieure à celle observée chez les femmes (70 % c. 49 % en 1998). Les deux autres catégories de buveurs (abstinents, anciens buveurs) regroupent chacune environ 15 % de la

population masculine âgée (tableau 3.1.2). Chez les femmes, par contre, on retrouve une proportion plus élevée de personnes abstinentes (n'ayant jamais bu), soit 42 % de la population féminine âgée de 65 ans et plus, en 1998.

On note une association entre l'âge et la consommation d'alcool en 1992-1993 et en 1998. La même observation est faite pour les hommes et pour les femmes (données non présentées). Les personnes âgées de 75 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses que celles de 65-74 ans à n'avoir jamais bu (37 % c. 26 % en 1998). À l'opposé, les buveurs actuels dominent chez les personnes de 65-74 ans (64 % c. 49 % en 1998).

On observe, au cours de la période 1987-1998, une diminution significative de la proportion de personnes âgées à n'avoir jamais bu (36 % c. 30 %). Par ailleurs, les buveurs actuels ont vu leur importance relative passer de 52 % à 59 % au cours de la même période (figure 3.1.2). Ces transformations sont

en réalité survenues au cours de la dernière période quinquennale et concernent les personnes de 65-74 ans chez qui cette proportion de buveurs actuels a crû de 56 % à 64 %. Chez les femmes de cet âge également, la proportion de buveurs actuels est passée de 45 % à 54 % entre 1987 et 1998. Chez les hommes, il y a tendance en ce sens, cette proportion passant de 67 % à 74 % (données non présentées).

Lorsqu'on compare les données de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001* avec celles provenant de *l'Enquête sociale et de santé 1998*, on observe une hausse significative de la proportion des buveurs actuels (de 59 % à 69 %) et de celle des anciens buveurs (de 12 % à 19 %) et une diminution de la proportion des personnes de 65 ans et plus n'ayant jamais bu (de 30 % à 12 %) (ISQ, 2003). Cette observation vaut tant pour les hommes que pour les femmes de cet âge.

Tableau 3.1.2

Type de buveurs selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

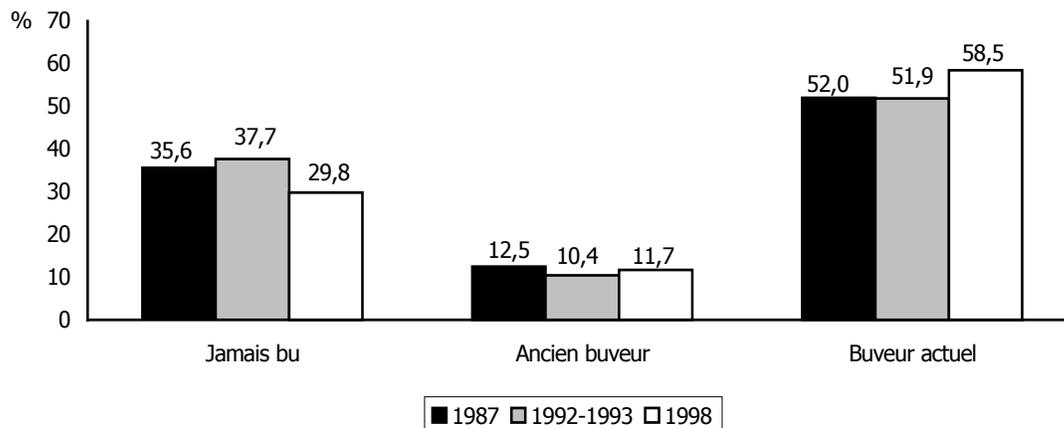
Sexe et âge	%		
	Jamais bu	Anciens buveurs	Buveurs actuels
Hommes			
1987	18,3	17,9	63,9
1992-1993	19,0	15,3	65,6
1998	14,9	14,6	70,5
Femmes			
1987	48,6	8,4	43,1
1992-1993	51,6	6,7	41,8
1998	41,5	9,4	49,0
Sexes réunis			
65-74 ans			
1987	33,0	12,6	54,4
1992-1993	33,8	10,0	56,2
1998	26,0	10,2	63,8
75 ans et plus			
1987	41,3	12,2*	46,5
1992-1993	45,7	11,1	43,1
1998	36,9	14,6	48,5
Total			
1987	35,6	12,5	52,0
1992-1993	37,7	10,4	51,9
1998	29,8	11,7	58,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

Figure 3.1.2

Type de buveurs, population de 65 ans et plus, Québec 1987, 1992-1993 et 1998



Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
 Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

3.1.3 Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire

Une saine alimentation tout au long de la vie est importante pour le maintien de la santé et la perception de la qualité des habitudes alimentaires peut contribuer à connaître la qualité de l'alimentation au sein d'une population. Par ailleurs, l'habitude de consommer des repas préparés à l'extérieur est une pratique qui prend de l'importance et qui mérite qu'on s'y arrête, si l'on considère que le contrôle qu'ont les personnes sur la qualité de leur alimentation se veut limité.

L'insécurité alimentaire des ménages s'avère une problématique importante si l'on considère que le régime alimentaire est parfois étroitement lié aux moyens financiers et que certaines familles peuvent ne pas avoir les revenus nécessaires leur permettant de manger suffisamment chaque jour. Cette notion fait référence au fait que des individus peuvent ne pas avoir accès en tout temps à suffisamment de nourriture pour mener une vie active et en santé.

Les questions concernant les perceptions et les pratiques sont tirées de la section 3 du QAA et celles concernant l'insécurité alimentaire sont tirées de la section 13 du QRI. La question sur la perception des habitudes alimentaires s'énonce

ainsi : « Comparativement à d'autres personnes, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont en général excellentes, très bonnes, bonnes moyennes ou mauvaises? »

Quant à la mesure de la fréquence de consommation de repas préparés à l'extérieur, trois questions sont utilisées : l'une sur les repas achetés congelés, la seconde sur les repas livrés à la maison ou emportés chez soi, et la dernière sur les repas au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte. La période de référence retenue est de sept jours de façon à répartir la consommation de repas préparés à l'extérieur sur l'ensemble de la semaine.

L'insécurité alimentaire est mesurée à partir de trois questions portant sur la monotonie du régime, la restriction de l'apport alimentaire ainsi que l'incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants.

L'autoévaluation des habitudes alimentaires permet d'estimer qu'environ 47 % des personnes âgées considèrent comme excellente ou très bonne la qualité de leurs habitudes alimentaires. Quelque 10 % de cette population qualifie celle-ci de moyenne ou mauvaise (tableau 3.1.3). Les données selon le sexe ou l'âge ne diffèrent pas.

Un peu plus de la moitié des personnes âgées (53 %) ne consomment jamais de repas préparés à l'extérieur et environ 7 % de cette population en consomme quatre fois ou plus par semaine (données non présentées). Enfin, pour ce qui est de l'insécurité alimentaire, elle est très faible chez les personnes âgées puisqu'au delà de 97 % (Daveluy et autres, 2000 : 160) répondent *jamais vrai* aux trois questions auxquelles elle fait référence.

L'alimentation des personnes âgées apparaît adéquate à la lumière de ces données bien que les personnes veuves, séparées ou divorcées ou encore les personnes vivant seules soient plus susceptibles d'évaluer négativement leurs habitudes alimentaires (Daveluy et autres, 2000 : 161). D'autres études seraient nécessaires pour une meilleure connaissance de la qualité de l'alimentation des personnes âgées et des facteurs explicatifs de l'influence de l'état matrimonial et du type de famille sur la perception de la qualité des habitudes alimentaires.

Tableau 3.1.3

Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1998

Sexe et âge	Excellente ou très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%		
Hommes	47,5	42,0	10,5
Femmes	45,9	44,5	9,6
Sexes réunis			
65-74 ans	44,4	44,9	10,7
75 ans et plus	50,9	40,7	8,5
Total	46,6	43,4	10,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

3.1.4 Activité physique

L'activité physique de loisir représente une dimension importante de l'activité humaine dans son ensemble. Elle est celle qui est davantage sous le contrôle de l'individu qui peut intervenir sur quatre dimensions, selon les objectifs visés : le type d'activités physiques, la fréquence de pratique, la durée par séance et l'intensité de pratique. Elle est aussi la plus susceptible d'être influencée par différentes campagnes de promotion dans ce secteur. Elle peut contribuer directement au maintien de la santé et du bien-être des personnes que ce soit, par exemple, au chapitre du maintien d'une bonne santé cardiovasculaire ou de la participation sociale des personnes retraitées. Les activités physiques de loisir sont celles que l'on pratique dans les moments libres (ex. : sports, conditionnement physique, plein air, danse sociale).

Les enquêtes de 1992-1993 et de 1998 permettent d'estimer la fréquence de la pratique d'activités physiques de loisir de vingt à trente minutes par séance, dans les temps libres, au cours d'une période de trois mois, une intensité se rapprochant des niveaux moyen ou plus élevé (Nolin, Prud'homme et Godbout, 1996). La question présente dans le QAA s'énonce ainsi : « Combien de fois avez-vous pratiqué des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours des trois derniers mois? » L'indicateur utilisé permet une distribution détaillée de cette fréquence. Les fréquences obtenues ne permettent pas une mesure adéquate des activités physiques pratiquées avec une intensité plus faible (ex. : la marche) et qui peuvent néanmoins avoir des effets bénéfiques importants sur l'état de santé (USDHHS, 1996). En outre, les résultats représentent la moyenne de quatre semestres et ne constituent pas comme tels une moyenne annuelle. Pour ce faire, il aurait fallu interroger les mêmes individus durant les quatre trimestres considérés dans l'enquête.

En 1998, environ 74 % des personnes âgées se situent aux extrémités du continuum pour la fréquence de pratique d'activités physiques de loisir. Près d'une personne sur deux (46 %) a répondu n'en avoir pratiqué aucune fois au cours de la période étudiée. Par ailleurs, quelque 28 % de la population âgée a pratiqué ce type d'exercices trois fois par semaine ou plus. Dans l'ensemble, les hommes pratiquent plus des activités physiques de loisir, les proportions ayant tendance à être plus élevées dans la catégorie trois fois par semaine ou plus (différence significative en 1992-1993) (tableau 3.1.4).

La pratique des activités physiques varie en fonction de l'âge chez les femmes et l'ensemble de la population âgée pour chacune des deux années considérées. Les personnes âgées de 65-74 ans sont proportionnellement moins nombreuses à ne pas avoir pratiqué d'activités physiques de loisir au cours d'une période de trois mois (41 % c. 55 % en 1998). Par contre, cette proportion de quelque 41 % représente une

hausse significative par rapport à 1992-1993 alors qu'elle était de 35 %. Dans l'ensemble de la population âgée également, la proportion de personnes à n'avoir pratiqué aucune activité physique de loisir au cours d'une période de trois mois a crû, passant de 40 % à 46 % (figure 3.1.3).

L'Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998 révèle que les hommes âgés ont connu une diminution de la proportion des personnes actives, leur importance relative passant de 46 % en 1993 à 30 % cinq ans plus tard. Chez les femmes, on note également une légère tendance à la baisse, cette proportion passant de 39 %, en 1993, à 34 %, en 1998. À l'opposé, les personnes très peu ou pas actives représentent 40 % de la population âgée masculine, en 1998, comparativement à 36 % chez les femmes. Cependant, les écarts entre les sexes ne sont pas significatifs (Nolin, Prud'homme, Godin, Hamel et autres, 2002 : 37 et 38).

Tableau 3.1.4

Fréquence de pratique d'activités physiques de loisir¹ selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998

Sexe et âge	Trois fois par semaine ou plus	Deux fois par semaine ou plus	Une fois par semaine ou plus	Une à trois fois par mois	Aucune fois
Hommes					
1992-1993	37,6	9,1	8,9	7,7	36,7
1998	32,7	9,2	8,3	7,9	41,8
Femmes					
1992-1993	26,5	9,4	12,5	9,0	42,6
1998	24,5	7,9	9,4	9,1	49,1
Sexes réunis					
65-74 ans					
1992-1993	33,4	10,3	12,1	9,0	35,1
1998	30,3	9,3	9,9	9,1	41,4
75 ans et plus					
1992-1993	26,6	7,1*	8,6*	7,3*	50,3
1998	23,8	6,8*	7,0*	7,7*	54,8
Total					
1992-1993	31,2	9,3	11,0	8,4	40,1
1998	28,1	8,4	8,9	8,6	46,0

1. Pratique d'activités physiques de loisir, 20 à 30 minutes par séance, au cours d'une période de trois mois.

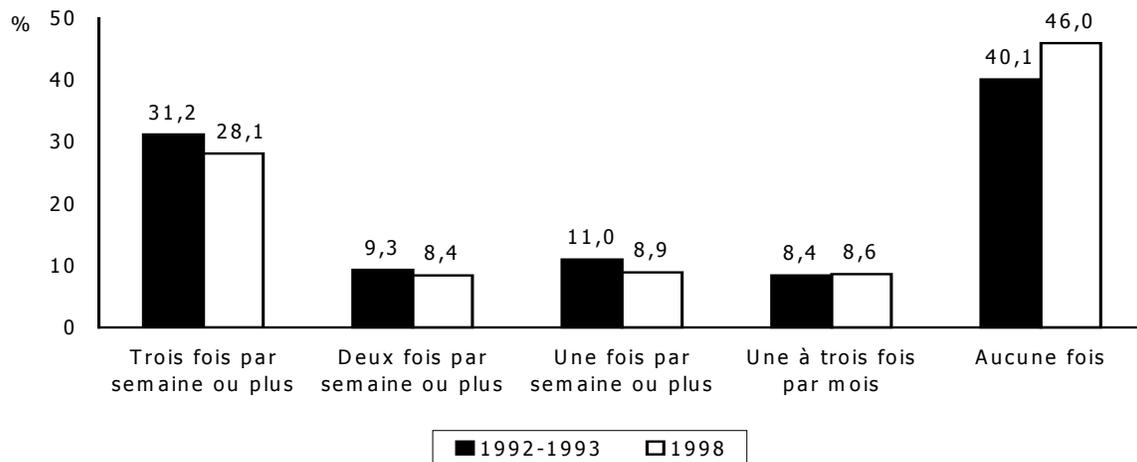
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

Figure 3.1.3

Fréquence de pratique d'activités physiques de loisir¹, population de 65 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998



1. Pratique d'activités physiques de loisir, 20 à 30 minutes par séance, au cours d'une période de trois mois.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

3.1.5 Poids corporel

L'indice de masse corporelle constitue un indicateur pertinent dans l'analyse des problèmes de santé et des facteurs de risque associés à l'excès de poids tels l'hypertension, le diabète et certains types de cancer. La catégorisation des individus selon cet indice permet de mieux cerner les populations davantage susceptibles d'afficher une insuffisance ou un excès de poids. La valeur de l'indice de masse corporelle est obtenue à partir de la grandeur et du poids déclarés par les répondants; elle se calcule en rapportant le poids (en kilogrammes) sur le carré de la taille d'un individu (en mètres). Les questions sur le poids et la taille se retrouvent dans le QAA. Rappelons que cet indice ne sert pas à distinguer les personnes qui font de l'embonpoint de celles qui présentent une forte musculature.

Afin de comparer les résultats des trois enquêtes, on a appliqué aux enquêtes de 1987 et de 1992-1993, pour les personnes de 65 ans et plus, les nouveaux seuils proposés par Payette et autres (1994). De plus, on a retenu les groupes d'âge 65-80 ans et 81 ans et plus, ce qui est davantage conforme à ce que l'on retrouve dans la littérature scientifique (Santé et Bien-être social Canada, 1988; OMS, 1998).

Dans l'ensemble, en 1998, environ 37 % des personnes âgées présentent un poids insuffisant et quelque 31 %, un excès de poids (figure 3.1.4). Ainsi, moins du tiers des personnes âgées ont un poids acceptable en fonction des normes retenues et les hommes ont tendance à y être proportionnellement plus nombreux que les femmes.

Les écarts entre hommes et femmes sont statistiquement significatifs en 1987 et 1992-1993. Les hommes ont tendance à présenter un poids acceptable dans une plus forte proportion au cours de ces deux années (tableau 3.1.5).

L'indice de masse corporelle est associé à l'âge indépendamment du sexe pour chacune des années considérées, sauf en 1987 où les différences observées selon l'âge concernent seulement l'ensemble de la population âgée. La proportion de personnes affichant un excès de poids est plus élevée chez les personnes de 65-80 ans que chez celles de 81 ans et plus, en 1992-1993 (32 % c. 11 %) et en 1998 (35 % c. 13 %) (données non présentées).

Tableau 3.1.5

Indice de masse corporelle selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

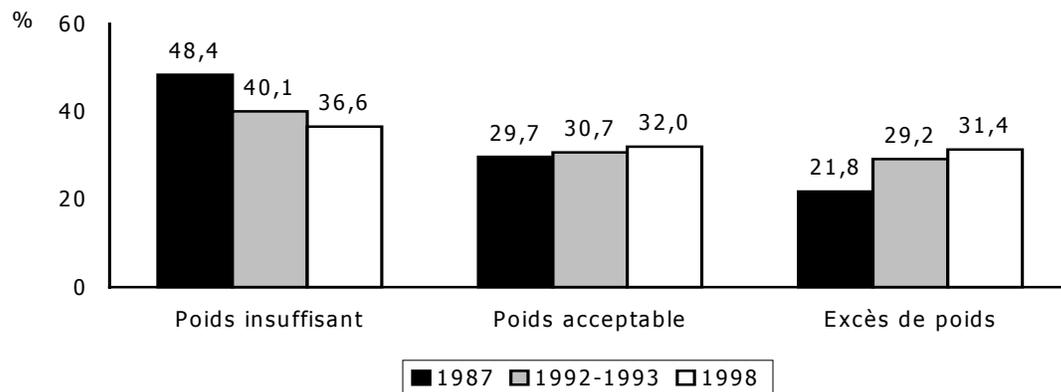
Sexe et âge	Poids insuffisant			Poids acceptable			Excès de poids		
	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998
	%								
Hommes									
65-80 ans	43,3	34,6	32,7	33,6	34,6	34,2	23,1	30,7	33,1
81 ans et plus	37,5*	47,4	45,4	54,6*	42,4	47,1	7,9**	10,2**	7,5**
Total	42,8	36,2	33,9	35,5	35,6	35,3	21,7	28,2	30,8
Femmes									
65-80 ans	50,8	41,6	37,7	25,6	26,2	27,5	23,6	32,2	34,8
81 ans et plus	66,5	53,9	44,4	23,9*	34,3	40,9	9,7**	11,8**	14,8*
Total	52,7	43,0	38,7	25,4	27,1	29,4	21,9	29,9	31,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

Figure 3.1.4

Indice de masse corporelle, population de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La proportion des personnes âgées avec un poids insuffisant est passée de 48 % à 40 % entre 1987 et 1992-1993 (figure 3.1.4). En 1998, cette proportion est de 37 %. Chez les personnes de 65-80 ans, cette baisse est également significative. On note par ailleurs une hausse de la proportion des personnes avec un excès de poids

au cours de la même période (22 % en 1987 et 29 % en 1992-1993) (figure 3.1.4). Cette hausse se vérifie chez les femmes et elle est significative chez les 65-80 ans. Enfin, la proportion des personnes avec un poids acceptable demeure stable entre 1987 et 1998.

3.1.6 Divers comportements de santé propres aux femmes

Les comportements de santé propres aux femmes étudiés ici sont l'auto-examen des seins, l'examen clinique des seins, la mammographie, le dépistage du cancer du col de l'utérus et la consommation de médicaments à teneur hormonale. Les questions concernant ces variables se retrouvent dans le QAA des trois enquêtes.

3.1.6.1 Auto-examen des seins (AES)

L'âge et l'auto-examen des seins sont associés quelle que soit l'année considérée. La fréquence de cette pratique est plus élevée chez les femmes de 65-74 ans. Ainsi, les femmes de 75 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses à

n'avoir jamais pratiqué l'auto-examen des seins; en 1998, on en comptait 46 % comparativement à 26 % chez les femmes âgées de 65-74 ans (tableau 3.1.6).

Au cours de la période à l'étude, on note une évolution significative pour les catégories jamais et une fois par mois. Dans l'ensemble de la population âgée, l'importance relative des femmes qui n'ont jamais pratiqué l'auto-examen des seins a chuté de 44 % en 1987 à 33 % en 1998, alors que la proportion de personnes qui utilisent cette méthode au moins une fois par mois a crû de 24 % à 32 % au cours de la même période (figure 3.1.5). Ces évolutions sont davantage le fait des personnes de 65-74 ans.

Tableau 3.1.6

Fréquence de l'auto-examen des seins (AES) selon l'âge, population féminine de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998
	%		
65-74 ans			
Au moins une fois par mois	26,2	31,9	35,0
Une fois tous les deux ou trois mois	17,7	16,1	17,9
Moins d'une fois tous les deux ou trois mois	17,1	22,4	21,5
Jamais	38,9	29,6	25,7
75 ans et plus			
Au moins une fois par mois	19,7*	20,9	25,7
Une fois tous les deux ou trois mois	9,7**	15,0	11,3*
Moins d'une fois tous les deux ou trois mois	14,9*	18,0	17,0
Jamais	55,8	46,1	46,0

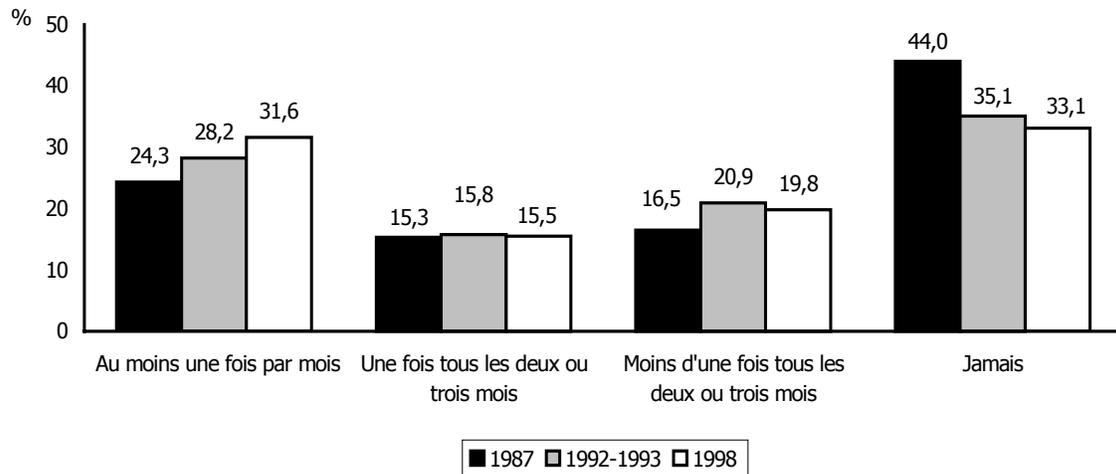
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

Figure 3.1.5

Fréquence de l'auto-examen des seins (AES), population féminine de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

3.1.6.2 Examen clinique des seins

L'examen clinique des seins fait par un médecin ou une infirmière présente une association significative en fonction de l'âge, les femmes âgées de 65-74 ans semblant être proportionnellement plus nombreuses à s'y adonner quelle que soit l'année. Les femmes de 75 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses que celles de 65-74 ans à ne jamais avoir subi d'examen clinique des seins pour chacune des trois années à l'étude (20 % c. 11 % en 1998). On note également un lien en fonction de l'âge pour la catégorie moins de douze mois en 1998 (44 % chez les femmes de 65-74 ans comparativement à 25 % chez leurs aînées) (tableau 3.1.7).

Une hausse notable de l'examen clinique des seins entre 1987 et 1998 est observée dans la population féminine. Ainsi, la proportion de femmes de 65 ans et plus ayant recours à ce type d'examen au cours d'une période de moins de douze mois est passée de 30 % à 37 % (figure 3.1.6).

En 1998, cela représente environ 171 000 femmes. Par ailleurs, les personnes qui ont répondu ne

jamais avoir recours à l'examen clinique des seins sont proportionnellement moins nombreuses en 1992-1993 qu'elles ne l'étaient en 1987 (19 % c. 27 %). On note également une tendance à la baisse au cours des années subséquentes.

Les changements les plus importants sont survenus chez les femmes âgées de 65-74 ans. Ces dernières sont proportionnellement plus nombreuses à avoir recours à ce type d'examen à l'intérieur d'une période de moins de douze mois en 1998 qu'en 1992-1993 (44 % c. 35 %). À l'opposé, elles sont moins nombreuses à ne jamais se soumettre à ce type d'examen. Entre 1987 et 1998, leur importance relative est passée de 22 % à 11 % (tableau 3.1.7).

On observe également chez les femmes âgées de 75 ans et plus une diminution substantielle de la proportion de celles qui disent n'avoir jamais subi d'examen clinique des seins, entre 1992-1993 et 1998 (31 % c. 20 %). Par contre, des gains sont observés pour la catégorie plus de deux ans, la proportion passant de 21 % à 33 %, entre 1987 et 1998 (tableau 3.1.7).

Tableau 3.1.7

Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS) selon l'âge, population féminine de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

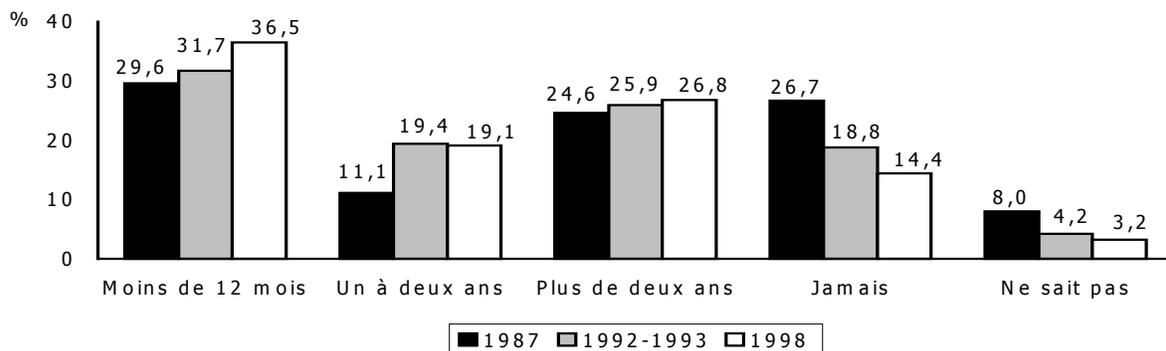
	1987	1992-1993	1998
	%		
65-74 ans			
Moins de 12 mois	32,7	35,3	43,7
Un à deux ans	12,3	23,2	20,0
Plus de deux ans	26,3	24,6	23,0
Jamais	22,1	13,0	11,0
Ne sait pas	6,7*	3,9*	2,2**
75 ans et plus			
Moins de 12 mois	22,2*	24,5	24,6
Un à deux ans	8,4**	11,9*	17,6
Plus de deux ans	20,6*	28,6	33,1
Jamais	37,8	30,5	20,0
Ne sait pas	11,0*	4,5**	4,7**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

Figure 3.1.6

Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS), population féminine de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

3.1.6.3 Test de dépistage du cancer du col (« PAP test »)

On note un lien significatif entre l'âge et le passage du test de dépistage du cancer du col, peu importe l'année. En 1987 et 1992-1993, les femmes de 75 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses que celles de 65-74 ans à n'avoir jamais subi ce test (tableau 3.1.8). En outre, les personnes de 65-74 ans sont proportionnellement plus nombreuses à avoir passé ce test depuis moins de douze mois, en 1998 (22 % c. 11 %).

Entre 1987 et 1992-1993, la proportion de personnes n'ayant jamais subi ce test a chuté de 29 % à 21 % alors que la proportion dans la catégorie plus de deux ans a augmenté (31 % c. 39 %) (figure 3.1.7). Les changements les plus importants se sont produits chez les personnes de 75 ans et plus. L'importance relative des personnes dans la catégorie plus de deux ans passe de 21 % à 38 % et la proportion de celles qui ne s'y sont jamais soumises baisse de 44 % à 30 %, en 1998.

Tableau 3.1.8

Temps écoulé depuis le dernier test de dépistage du cancer du col selon l'âge, population féminine de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

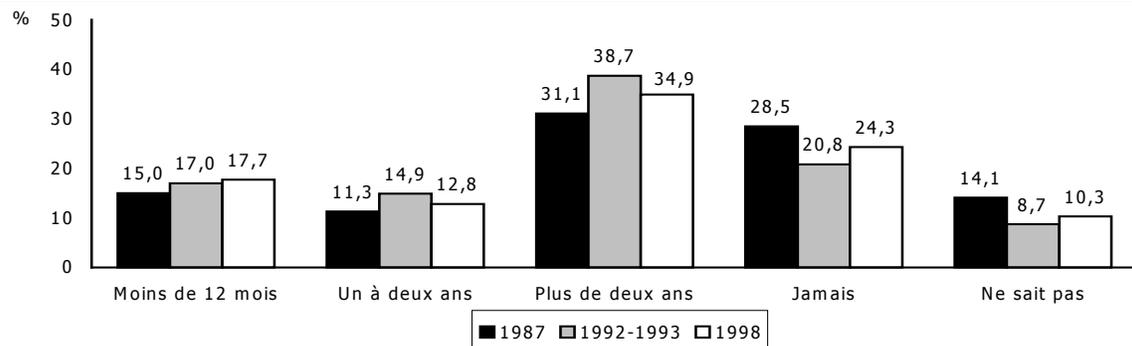
	1987	1992-1993	1998
	%		
65-74 ans			
Moins de 12 mois	18,4	19,3	21,6
Un à deux ans	12,2	18,6	14,9
Plus de deux ans	35,4	39,1	33,9
Jamais	21,7	14,8	20,8
Ne sait pas	12,3	8,2*	8,9
75 ans et plus			
Moins de 12 mois	7,1**	12,4*	11,0*
Un à deux ans	9,2**	7,4*	9,3*
Plus de deux ans	21,2*	37,8	36,5
Jamais	44,4	32,9	30,3
Ne sait pas	18,1*	9,5*	12,8*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

Figure 3.1.7

Temps écoulé depuis le dernier test de dépistage du cancer du col, population féminine de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

3.1.6.4 Mammographie

Environ sept femmes âgées sur dix (69 %) ont passé au moins une mammographie au cours de leur vie. Le temps écoulé depuis la dernière mammographie est moins élevé chez les femmes âgées de 65-74 ans. En 1998, environ 53 % des femmes de cet âge y ont eu recours depuis deux ans et moins comparativement à 25 % chez les plus âgées (tableau 3.1.9). Dans l'ensemble, environ 42 % des personnes de 65 ans et plus ont dit avoir passé ce test de dépistage au cours des deux dernières années (figure 3.1.8). Cette proportion représente près de 198 000 femmes.

La proportion de femmes âgées ayant subi une mammographie augmente d'une période à l'autre. Ainsi, l'importance relative de celles qui répondent n'avoir jamais subi cet examen est passée de 72 % en 1987 à 47 % en 1992-1993 et à 31 % en 1998. D'autre part, la proportion de personnes âgées ayant eu recours à la mammographie au cours des deux dernières années augmente. D'environ 14 % en 1987, cette proportion est passée à quelque 33 %, en 1992-1993, et à 42 % en 1998 (figure 3.1.8). Dans la majorité des catégories, les évolutions sont significatives à l'intérieur de chaque groupe d'âge.

Tableau 3.1.9

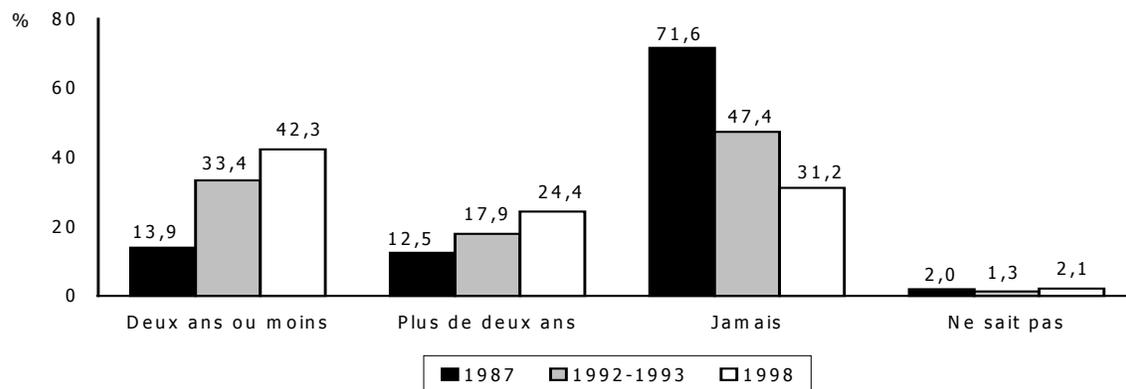
Temps écoulé depuis la dernière mammographie selon l'âge, population féminine de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998
	%		
65-74 ans			
Deux ans et moins	16,1	38,9	52,7
Plus de deux ans	14,6	17,0	20,6
Jamais	67,1	43,3	24,8
Ne sait pas	2,2**	0,7**	1,9**
75 ans et plus			
Deux ans et moins	8,7**	22,3	25,0
Plus de deux ans	7,7**	19,8	30,9
Jamais	82,0	55,6	41,9
Ne sait pas	1,6**	2,4**	2,3**

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

Figure 3.1.8

Temps écoulé depuis la dernière mammographie, population féminine de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

3.1.6.5 Consommation de médicaments à teneur hormonale

L'utilisation d'hormones pour prévenir ou traiter les symptômes liés à la ménopause (hormonothérapie substitutive ou HTS) ou pour toute autre raison est de l'ordre de 18 % chez les femmes de 65 ans et plus, en 1998. La consommation d'hormones pour d'autres raisons représente une part infime de cette donnée. On observe un lien significatif avec l'âge pour chacune des années à l'étude, les femmes de 65-74 ans s'adonnant davantage

à cette pratique (22 % c. 10 %, en 1998) (tableau 3.1.10).

Cette consommation représente une hausse marquée par rapport à chacune des deux années précédentes. En 1992-1993, cette proportion était d'environ 10 % (7 % en 1987). Cette augmentation s'observe surtout chez les femmes de 65-74 ans.

Tableau 3.1.10

Utilisation d'hormones pour troubles liés à la ménopause (HTS) ou toute autre raison selon l'âge, population féminine de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987		1992-1993		1998	
	%					
65-74 ans	8,8*		12,7		21,7	
75 ans et plus	2,4**		4,6**		10,4*	
Total	6,9*		10,0		17,6	

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

3.2 État de santé et de bien-être**3.2.1 Perception de l'état de santé**

La perception de l'état de santé constitue un indicateur important de l'état de santé de la population. Cet indicateur fait référence à l'appréciation globale qu'un individu a de son état de santé et il est considéré comme fiable et valable du fait qu'il est corrélé avec d'autres indicateurs plus spécifiques de l'état de santé (Santé Québec, Émond et autres, 1988; Schadbolt, 1997). D'un point de vue quantitatif, la perception de l'état de santé est associée aux problèmes de santé physique, à la capacité fonctionnelle et aux limitations d'activités et, dans une moindre mesure, à la santé mentale (Segovia et autres, 1989; Hagan-Hennessy et autres, 1994).

La question concernant cette variable se retrouve dans le QAA des trois enquêtes et s'énonce ainsi :
« Comparativement à d'autres personnes de votre

âge, diriez-vous que votre santé est en général excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise? »

Près de quatre personnes âgées sur cinq (77 %) déclarent être en excellente, très bonne ou bonne santé en 1998 (tableau 3.2.1). La perception de l'état de santé est associée avec l'âge alors que 30 % des personnes âgées de 75 ans et plus le perçoivent comme moyen ou mauvais comparativement à 19 % chez les personnes de 65-74 ans. Aucune différence significative n'est observée selon le sexe.

Dans l'ensemble, la perception de l'état de santé ne présente pas de variation importante entre 1987 et 1998 pour la population de 65 ans et plus. Cependant, entre 1987 et 1992-1993, la proportion de personnes âgées à se percevoir en bonne santé est passée de 37 % à 44 %. Cette hausse s'observe tout particulièrement chez la population masculine (33 % c. 44 %) et se maintient en 1998 (42 %).

Tableau 3.2.1

Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Sexe et âge	Excellent			Très bon			Bon			Moyen ou mauvais		
	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998
%												
Hommes	10,3*	11,0	12,1	29,6	23,9	24,0	33,0	44,0	41,6	27,1	21,2	22,3
Femmes	10,8	8,5	10,6	22,2	22,6	24,5	40,2	44,5	41,6	26,7	24,4	23,3
Sexes réunis												
65-74 ans	10,1	9,7	11,0	26,4	24,5	26,0	37,8	43,3	43,8	25,7	22,4	19,2
75 ans ou plus	11,7*	9,0*	11,6	22,8	20,4	21,0	35,7	46,3	37,5	29,8	24,2	29,9
Total	10,6	9,5	11,2	25,3	23,1	24,3	37,2	44,3	41,6	26,9	23,0	22,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

3.2.2 Problèmes de santé

Les problèmes de santé dont il est question ici font référence à des problèmes ressentis ou perçus par la population.

La méthodologie utilisée pour colliger l'information consiste à réunir, pour chaque personne, les problèmes déclarés dans six sections différentes du QRI, soit l'incapacité de courte durée, l'incapacité de longue durée, les raisons de consultation d'un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines et de consommation de médicaments, la survenue d'accidents avec blessures au cours d'une période de douze mois et la présence de problèmes de santé chroniques ou de longue durée. La prévalence des problèmes de santé représente la proportion de personnes ayant déclaré au moins un problème de santé dans une catégorie donnée par rapport à la population totale du groupe d'âge concerné.

La plupart des questions sur les problèmes de santé sont les mêmes dans les enquêtes de 1987 et de 1998. Toutefois, quelques modifications apportées au questionnaire rempli par l'intervieweur rendent impossible la comparaison avec certains indicateurs utilisés en 1987. Ainsi, les modifications apportées à la section sur les accidents avec blessures et l'ajout de trois questions à la section sur les problèmes de santé ont pour effet d'accroître le nombre de personnes ayant déclaré des problèmes dans l'ensemble et dans deux catégories de problèmes. D'autre part, les maladies de l'œil ne sont pas comparables en raison de l'ajout de questions sur les cataractes, les maladies de la rétine et le glaucome (Daveluy et autres, 2000).

L'hypertension artérielle (37 %), l'arthrite ou le rhumatisme (35 %), les maladies cardiaques (23 %) et les maladies de l'œil (21 %) présentent les prévalences les plus élevées (tableau 3.2.2). Les femmes présentent des proportions significativement plus élevées que les hommes pour les problèmes reliés à l'hypertension (42 % c. 31 %), à l'arthrite ou au rhumatisme (42 % c. 25 %) et aux maladies de l'œil (25 % c. 15 %). Les

troubles de la thyroïde y sont également plus élevés (17 % c. 4,5 %).

On observe, depuis l'enquête de 1987, une hausse significative de la prévalence de l'hypertension artérielle, des maux de dos ou de la colonne, des troubles de la thyroïde, du diabète et de l'hypercholestérolémie tant chez les hommes que chez les femmes. Une recherche plus intensive des cas d'hypertension artérielle et un abaissement des seuils diagnostiques pour le diabète ont pu contribuer à expliquer la hausse de la prévalence de ces deux problèmes de santé. Par ailleurs, la hausse importante des troubles de la thyroïde pourrait s'expliquer, en partie, par des changements dans la pratique médicale, entre autres un dépistage accru des problèmes thyroïdiens.

La hausse de la prévalence de certains problèmes de santé, en particulier ceux reliés aux problèmes de longue durée, est attribuable en partie au vieillissement de la population.

En 1998, les personnes âgées de 75 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses à présenter des troubles reliés à l'arthrite ou au rhumatisme (42 % c. 31 %), aux maladies cardiaques (29 % c. 20 %), aux troubles digestifs fonctionnels (18 % c. 10 %) et aux maladies de l'œil (33 % c. 14 %) (tableau 3.2.3).

Environ 86 % des personnes âgées de 65 ans et plus présentent au moins un problème de santé, soit quelque 705 000 personnes, et près de 63 % un problème de santé de longue durée (données non présentées).

Tableau 3.2.2

Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, population de 65 ans et plus, Québec, 1987 et 1998

Problème de santé	1987			1998		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
	%					
Hypertension artérielle	19,2	33,6	27,6	30,8	41,8	37,1
Arthrite ou rhumatisme	27,2	40,1	34,7	24,9	42,1	34,8
Maladies cardiaques	22,9	20,1	21,3	24,3	22,3	23,2
Maladies de l'œil ¹	15,2	25,4	21,1
Maux de dos ou de la colonne	8,2*	11,7	10,2	13,3	17,6	15,8
Troubles digestifs fonctionnels	8,0*	12,7	10,7	10,6	13,9	12,5
Troubles de la thyroïde	0,8**	4,8*	3,1	4,5*	16,9	11,6
Diabète	5,6	7,4	6,6	10,6	11,3	11,0
Troubles du sommeil	8,4	12,9	11,0	8,8	12,1	10,7
Hypercholestérolémie	0,6**	0,8**	0,7**	9,6	10,3	10,0

1. Données de 1998 non comparables à celles de 1987.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

Tableau 3.2.3

Prévalence des principaux problèmes de santé selon l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1998

Problème de santé	65-74 ans	75 ans et plus	Total
	%		
Hypertension artérielle	34,4	42,1	37,1
Arthrite ou rhumatisme	30,7	42,3	34,8
Maladies cardiaques	19,9	29,3	23,2
Maladies de l'œil	14,3	33,3	21,1
Maux de dos ou de la colonne	15,3	16,6	15,8
Troubles digestifs fonctionnels	9,7	17,6	12,5
Troubles de la thyroïde	11,1	12,7	11,6
Diabète	10,8	11,5	11,0
Troubles du sommeil	8,8	14,2	10,7
Hypercholestérolémie	11,7	6,9*	10,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

3.2.3 Problèmes auditifs et problèmes visuels

3.2.3.1 Problèmes auditifs

Dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*, l'évaluation de l'état d'audition s'est faite à l'aide d'une question posée au répondant du ménage et concerne chacun de ses membres. Cette question tirée de la section 11 du QRI porte sur la capacité d'entendre et de comprendre la voix dans le silence sans prothèse auditive. Ont été considérées comme ayant une perte auditive légère, modérée ou sévère les personnes qui répondaient ne pas être capables d'entendre ou de comprendre si on leur parle, dans une pièce silencieuse, à voix forte, voix normale et voix chuchotée respectivement. Cette classification n'a cependant pas de lien avec les situations de handicap que peuvent connaître les personnes ayant une perte auditive.

Les résultats de l'enquête réalisée en 1998 ne sont pas comparables à ceux obtenus lors de l'enquête de 1987 parce que l'énoncé de la question n'est pas le même et que les données de 1987 étaient recueillies à partir du questionnaire autoadministré contrairement à celles de 1998. Rappelons que l'enquête exclut une population à risque élevé de perte auditive, soit la population vivant en institution.

Environ 21 % des personnes âgées affirment avoir de la difficulté à entendre, ce qui représente près de 168 000 personnes. La prévalence des troubles auditifs est plus élevée chez les hommes âgés;

cette proportion atteint 25 % comparativement à 17 % chez les femmes du même âge. Chez les personnes de 65-74 ans, environ 22 % des hommes ont de la difficulté à entendre comparativement à quelque 12 % chez les femmes (tableau 3.2.4).

La prévalence des troubles auditifs est plus élevée chez les personnes de 75 ans et plus alors que près de 28 % de cette population en est atteinte. Ces différences selon l'âge s'observent aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Environ le tiers de la population âgée avec un problème auditif présente un niveau de gravité modéré ou sévère (données non présentées).

3.2.3.2 Acouphènes

L'enquête de 1998 comporte également une question permettant d'estimer la prévalence des personnes acouphènes chez les 15 ans et plus. Cette question tirée du QAA s'énonce ainsi : « Entendez-vous des bruits (bourdonnements, tintements ou sifflements) dans vos oreilles ou dans votre tête pendant des périodes d'au moins cinq minutes? »

Les données de l'enquête ne révèlent aucune différence significative entre hommes et femmes quant à la prévalence des acouphènes dans la population âgée. Chez celle-ci, la prévalence de ce phénomène est d'environ 18 %. Par ailleurs, les personnes âgées de 65-74 ans sont proportionnellement plus nombreuses à avoir des acouphènes (20 % c. 14 %) (tableau 3.2.5).

Tableau 3.2.4

Problèmes auditifs et visuels selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1998

Sexe et âge	Perte auditive	Troubles de la vision de près	Troubles de la vision de loin
	%		
Hommes			
65-74 ans	21,5	73,5	24,2
75 ans et plus	34,2	70,5	37,6
Total	25,2	72,6	28,1
Femmes			
65-74 ans	11,8	79,2	33,3
75 ans et plus	25,2	78,4	43,3
Total	17,2	78,9	37,3
Sexes réunis			
65-74 ans	16,4	76,6	29,1
75 ans et plus	28,3	75,6	41,3
Total	20,6	76,2	33,4

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

Tableau 3.2.5

Présence d'acouphènes selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1998

	Hommes	Femmes	Total
	%		
65-74 ans	21,4	18,1	19,7
75 ans et plus	16,8*	12,0*	13,7
Total	20,1	15,8	17,7

- Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

3.2.3.3 Problèmes visuels

Les problèmes visuels font référence à toute difficulté à voir de près ou de loin quel que soit le problème à l'origine de cette situation. La presbytie et la myopie comptent parmi les problèmes visuels les plus importants.

Les deux questions qui portent sur la vision concernent la capacité de lire les caractères d'un journal (vision de près) ou de reconnaître un ou une ami(e) de l'autre côté de la rue (vision de loin), sans lunettes ou verres de contact. Comme dans le cas des problèmes auditifs, les questions, tirées de la section 11 du QRI en 1998, sont posées à une personne qui répond pour elle-même et les autres membres du ménage. La comparaison des résultats de l'enquête de 1998 avec ceux de l'enquête de 1987 est impossible pour des raisons d'ordre méthodologique.

Environ 76 % de la population âgée souffre de problèmes reliés à la vision de près. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à présenter des problèmes de cet ordre (79 % c. 73 %). Aucune association en fonction de l'âge n'est observée.

Pour ce qui est de la vision de loin, la proportion de personnes présentant des problèmes est également plus élevée chez les femmes (37 % c. 28 %). Par ailleurs, environ 41 % des personnes âgées de 75 ans et plus sont victimes de ces problèmes comparativement à 29 % chez les personnes de 65-74 ans (tableau 3.2.4). Au total, quelque 663 000 personnes âgées vivant en ménage privé présentent un problème de vision.

3.2.4 Accidents avec blessures

Les accidents avec blessures constituent un problème de santé important si l'on considère qu'environ un décès sur quinze (7 %) en résulte et qu'au delà de 30 % de ces décès concernent des personnes âgées (Masson et Dorval, 1998). Ils sont également une cause non négligeable des limitations d'activités chez les personnes âgées puisque près de 10 % des restrictions d'activités leur sont dues (Wilkins, 1995).

L'indicateur de morbidité par traumatismes fourni par les enquêtes de 1992-1993 et de 1998 concerne les accidents ayant causé des blessures et entraîné soit une consultation médicale, soit une limitation d'activités. L'information concernant ces deux aspects provient de deux questions du QRI lesquelles se trouvent, en 1998, dans la section 5, Accidents avec blessures.

Non touché par les changements dans l'organisation des services de santé au cours de cette période, il constitue un indicateur privilégié qui permet, entre autres, de connaître le sens de l'évolution des accidents avec blessures entre ces deux années. L'indicateur présenté ici porte précisément sur le nombre de victimes d'accidents avec blessures, soit le numérateur du taux de morbidité que l'on retrouve dans l'analyse.

La prévalence des accidents avec blessures est de l'ordre de 5 % en 1998 tant chez les hommes que chez les femmes. En 1992-1993, celle-ci était un peu plus élevée chez les femmes (7 % c. 4 %). En 1998, on observe une association significative selon l'âge chez les femmes (tableau 3.2.6).

Sur le plan évolutif, on observe une baisse de la prévalence chez les femmes âgées de 65-74 ans (7 % c. 3,4 %).

3.2.4.1 Lieux où surviennent les accidents avec blessures

Le domicile est le lieu où surviennent la majorité des accidents avec blessures puisque environ 66 % des accidents, également répartis entre l'intérieur et la zone extérieure immédiate, y

surviennent. Par ailleurs, quelque 22 % des accidents avec blessures ont lieu dans un endroit public. Enfin, les accidents de la route et ceux survenus dans les loisirs et sports comptent pour beaucoup moins (figure 3.2.1).

Tableau 3.2.6

Victimes d'accidents avec blessures ayant entraîné une limitation et/ou une consultation médicale selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998

Sexe et âge	%	
	1992-1993	1998
Hommes		
65-74 ans	3,7*	5,0*
75 ans et plus	3,5**	3,8**
Total	3,6*	4,7*
Femmes		
65-74 ans	7,3	3,4*
75 ans et plus	6,3*	6,9*
Total	6,9	4,8*
Sexes réunis		
65-74 ans	5,7	4,2
75 ans et plus	5,2*	5,8*
Total	5,6	4,8

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

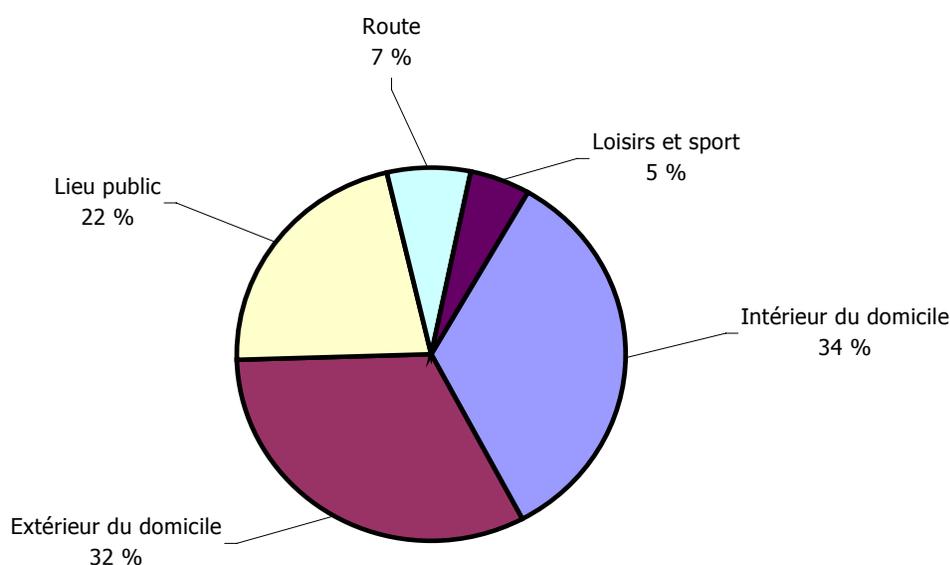
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

Figure 3.2.1

Accidents avec blessures selon le lieu, total des accidents avec blessures, population de 65 ans et plus, Québec, 1998



Note : Cette répartition des accidents survenus au cours d'une période de 12 mois est basée sur le nombre total de lieux déclarés et exclut le deuxième accident (ou plus) survenu à une personne dans un même lieu.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

3.2.5 Santé mentale

L'indice de détresse psychologique a été utilisé pour mesurer l'état de santé mentale de la population lors des trois enquêtes considérées dans cette étude. Les questions, tirées du QAA, sont les mêmes et permettent donc une comparaison dans le temps. Des analyses ont montré que cet indice était, entre autres, associé à l'état de santé des individus et à la consommation de psychotropes (Prévillé et autres, 1995). « Il s'agit d'une mesure non spécifique qui recoupe deux importants syndromes observés en santé mentale soit la dépression et l'anxiété. » « Ces questions mesurent la présence et la fréquence de certaines manifestations liées à la dépression, à l'anxiété, aux troubles cognitifs et à l'irritabilité au cours de la semaine ayant précédé l'enquête. » (Daveluy et autres, 2000 : 334).

Le taux de non-réponse partielle était de 17 %, en 1998, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et plus élevé chez la population féminine. Une étude menée chez les non-répondants lors de l'enquête de 1987 révélait que ceux-ci étaient surtout des personnes âgées, avec faible revenu, et qui déclaraient plus souvent un problème de santé mentale (Légaré et autres, 1992); cela suggère que l'indice de détresse psychologique chez les personnes âgées pourrait être sous-évalué si l'on pose l'hypothèse que les non-répondants ayant les mêmes caractéristiques que les répondants auraient répondu de la même façon que ces derniers. L'effet de cette non-réponse s'avère cependant difficile à évaluer.

Les femmes de 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes du même âge à présenter un niveau élevé de détresse psychologique, quelle que soit l'année (13 % c. 8 % en 1998). Ces différences sont aussi observées en 1987 et 1992-1993, les proportions étant d'environ 20 % chez les femmes comparativement à quelque 10 % chez les hommes (tableau 3.2.7). L'indice de détresse psychologique est associé à l'état matrimonial et, en 1998, 13,8 % des personnes veuves, séparées ou divorcées chez la population de 65 ans et plus, soit la proportion la plus forte, présentaient un niveau élevé à

l'indice (Daveluy et autres, 2000 : 340). Cela peut contribuer à expliquer, en partie, cet écart entre hommes et femmes du fait que les femmes vivent, en moyenne, plus longtemps et sont, par conséquent, plus susceptibles de vivre cette situation.

On n'observe pas de différences significatives selon l'âge sauf chez les hommes, en 1987 alors que les personnes de 75 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses à avoir un niveau élevé de détresse psychologique (19 % c. 9 %). Ces données doivent toutefois être interprétées avec prudence.

La proportion de personnes avec un indice élevé de détresse psychologique diminue chez les personnes âgées entre 1987 et 1998. La baisse s'est surtout produite à partir de 1992-1993 alors que cette proportion est passée de 15 % à 11 %. Chez les femmes également, il s'agit d'une diminution significative (20 % en 1992-1993 c. 13 % en 1998).

Les personnes avec un indice élevé de détresse psychologique présentent, en 1998, des manifestations liées à cet indice depuis une période relativement longue.

Tableau 3.2.7

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Sexe et âge	1987	1992-1993	1998
	%		
Hommes			
65-74 ans	8,6*	9,6*	6,9*
75 ans et plus	19,2*	8,7**	10,6*
Total	11,6	9,3	8,0
Femmes			
65-74 ans	20,0	20,0	12,2
75 ans et plus	23,9*	20,1	13,6*
Total	21,1	20,0	12,8
Sexes réunis			
65-74 ans	15,0	15,5	9,7
75 ans et plus	21,9	15,4	12,5
Total	17,0	15,4	10,7

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

Cette durée est supérieure à une année chez environ 63 % des personnes âgées avec un indice élevé comparativement à 47 % chez celles dont l'indice varie de bas à moyen (Daveluy et autres, 2000 : 344).

D'autres indices sont également utilisés pour mesurer l'état de santé mentale de la population tels les idées suicidaires et les parasuicides, c'est-à-dire les comportements suicidaires non fatals (tentatives de suicide). Les questions utilisées pour ces deux indicateurs portent sur une période de douze mois. Le nombre d'individus et les prévalences observées lors des trois enquêtes sont très faibles (inférieures à 1 %) et les estimations produites imprécises.

En 1998, l'*Enquête sociale et de santé* a également produit de l'information sur la perception qu'ont les personnes de leur santé mentale. Environ 94 % de la population âgée se perçoit en excellente, très bonne ou bonne santé mentale (Daveluy et autres, 2000 : 338).

3.2.6 Incapacité et limitations d'activités

Au Canada, depuis une vingtaine d'années, différentes enquêtes ont porté sur l'incapacité et ses conséquences sur la participation sociale des personnes qui en sont atteintes, notamment

l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) réalisée par Statistique Canada en 1986, puis en 1991. Ces enquêtes ont permis de tracer un portrait de la situation pour le Québec, suivies en cela par la récente *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA) réalisée par l'Institut de la statistique du Québec. Cette enquête s'intéresse aux Québécois de tout âge qui présentent une incapacité de longue durée (d'au moins six mois) et qui vivent en ménage privé, c'est-à-dire à domicile.

Nous considérerons la situation en 1998 et l'évolution, de 1986 à 1998, des principaux indicateurs reliés à l'incapacité chez les personnes âgées, soit le taux d'incapacité et la gravité de celle-ci. Nous examinerons également l'évolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans au cours de cette période. Les données évolutives reposent sur la comparaison des données de l'EQLA et des deux enquêtes ESLA réalisées en 1986 et 1991. Des méthodes d'enquête comparables ont été adoptées pour permettre la comparaison des données de ces enquêtes.

Dans l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, une personne de 15 ans et plus est considérée comme ayant une incapacité si elle remplit au moins un des critères de sélection (19 questions de sélection) suivants :

- une limitation dans la capacité d'exécuter certaines tâches spécifiques reliées à la vision, l'audition, la parole, la mobilité ou l'agilité;
- une limitation dans ses activités à la maison, à l'école, au travail ou dans ses autres activités à cause d'un état ou d'un problème de santé physique ou psychologique qui dure ou devrait durer au moins six mois;
- une difficulté à apprendre ou des problèmes de mémoire permanents;
- un diagnostic, par un professionnel de la santé, de troubles d'apprentissage, de troubles de la perception, de troubles de l'attention ou d'hyperactivité;
- une déficience intellectuelle.

Précisons que dans ces enquêtes, une personne n'est pas considérée comme ayant une incapacité si l'utilisation d'une aide technique lui permet de surmonter sa déficience. Par exemple, une personne présentant une déficience visuelle, mais n'ayant pas de difficulté à voir à l'aide de lunettes adéquates, n'est pas considérée comme ayant une incapacité sur le plan visuel.

3.2.6.1 Taux d'incapacité par âge, selon le sexe et la gravité de l'incapacité

En 1998, environ 42 % de la population québécoise âgée de 65 ans et plus, vivant en ménage privé, présente une incapacité (tableau 3.2.8). On observe une hausse importante de l'incapacité avec l'âge, la population de 65-74 ans présentant un taux de 34 % comparativement à 55 % chez les 75 ans et plus. Les différences entre hommes et femmes ne sont pas significatives. On retrouve des proportions équivalentes de personnes ayant une incapacité légère (21 % et 9 %) ou une incapacité modérée ou grave (12 % et 9 %) dans la population de 65 ans et plus; par contre, les personnes de 75 ans et plus sont en proportion plus nombreuses à avoir une incapacité modérée ou grave (18 % et 14 %) qu'une incapacité légère (24 %). Les données de l'enquête permettent d'estimer qu'environ 340 000 Québécois âgés de 65 ans et plus et vivant en ménage privé présentent une incapacité.

Entre 1986 et 1998, le taux d'incapacité a augmenté de façon significative dans la population âgée, passant de 35 % à 42 %. Au cours de la période la plus récente toutefois (1991-1998), les hausses ne sont pas significatives (figure 3.2.2).

Les variations observées s'expliquent principalement par une hausse notable du taux d'incapacité légère alors que le taux d'incapacité modérée ou grave est demeuré relativement stable. Cette stabilité peut être considérée comme un aspect positif important.

Tableau 3.2.8

Taux d'incapacité par âge selon le sexe et la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus, Québec, 1998

Âge	Sexe			Gravité		
	Hommes	Femmes	Total	Légère	Modérée	Grave
	%					
65-74 ans	34,6	33,5	34,0	19,1	9,4	5,5
75 ans et plus	50,1	58,3	55,4	23,8	17,7	13,9
Total	39,1	43,4	41,6	20,8	12,3	8,5

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, 1998*.

Figure 3.2.2

Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité, population de 65 ans et plus, Québec, 1986, 1991 et 1998



Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités 1986*.
 Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités 1991*.
 Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

3.2.6.2 Espérance de vie sans incapacité

En 1998, l'espérance de vie à 65 ans au Québec est de 17,9 années alors que l'espérance de vie sans incapacité atteint 9,0 années et l'espérance de vie avec incapacité 8,9 années (tableau 3.2.9). La majorité des années avec incapacité concernent des incapacités modérées ou graves (5,5 ans), celles-ci étant surtout vécues à domicile (3,6 ans) plutôt qu'en institution (1,9 an). L'écart d'espérance de vie à 65 ans entre les hommes et les femmes est de 4,5 années, au profit de ces dernières. Cet écart s'amenuise à 1,1 an lorsqu'on

s'en tient seulement à l'espérance de vie sans incapacité.

Entre 1986 et 1998, l'espérance de vie à 65 ans s'est accrue d'une année alors que l'espérance de vie sans incapacité a chuté d'une demi-année (de 9,5 ans à 9,0 ans). Ainsi, lorsque toutes les formes d'incapacité sont prises en compte, il ne semble pas y avoir eu amélioration de l'espérance de vie sans incapacité depuis 1986. Par contre, lorsqu'on ne considère que l'espérance de vie sans incapacité modérée ou grave, celle-ci suit la même tendance que l'espérance de vie totale et augmente d'une année.

Tableau 3.2.9

Espérance de vie totale à 65 ans avec et sans incapacité, selon le sexe, Québec, 1986 et 1998 (en années)

	1986			1998		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
1- Espérance de vie totale	14,2	19,2	16,9	15,5	20,0	17,9
2- Espérance de vie sans incapacité (1-3)	8,6	10,3	9,5	8,4	9,5	9,0
3- Espérance de vie avec incapacité (4+8)	5,6	8,9	7,4	7,1	10,5	8,9
4- Avec incapacité modérée ou grave (5+6)	3,7	7,0	5,5	4,1	6,8	5,5
5- En institution ¹	1,0	2,6	1,9	1,1	2,6	1,9
6- À domicile ²	2,7	4,5	3,7	2,9	4,1	3,6
7- Sans incapacité modérée ou grave (1-4)	10,5	12,2	11,4	11,4	13,2	12,4
8- Avec incapacité légère	1,9	1,8	1,9	3,0	3,7	3,4

1. Cette catégorie comprend les institutions de santé et les résidences pour personnes âgées.

2. À domicile ou dans un logement collectif autre que les institutions de santé et les résidences pour personnes âgées.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, 1998*.

L'analyse de l'incapacité soulève inévitablement toute la question des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie de manière à favoriser le maintien de ces personnes dans leur communauté. De nombreuses initiatives ont été mises de l'avant en ce sens depuis une vingtaine d'années et, récemment, le ministère de la Santé et des Services sociaux rendait publiques ses orientations à cet égard (MSSS, 2001). Bon nombre de ces personnes vivent de plus en plus à domicile et l'aide à la réalisation des activités de la vie quotidienne constitue un élément majeur de cette problématique.

Les différentes enquêtes sur l'incapacité menées jusqu'à maintenant ont bien illustré l'importance des réseaux informels d'entraide (ex. : conjoint, enfants, amis, voisins). L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* révélait qu'environ 62 % des personnes âgées en perte d'autonomie et ayant besoin d'aide, recevaient cette aide du conjoint ou des enfants. Les amis, voisins, bénévoles et autres personnes apparentées contribuaient dans 32 % des cas (Camirand et autres, 2001 : 218).

Dans cet ordre d'idées, l'aide dont peuvent avoir besoin les proches revêt une importance non négligeable. Différentes études ont illustré que le soutien fourni par ces aidants n'était pas sans incidence sur leur santé physique et mentale. L'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* s'est penchée sur cette question de l'aide familiale et a confirmé l'ampleur de l'aide de l'entourage apportée aux personnes présentant des problèmes de santé (Lavoie, Lévesque et Jutras, 1995). Par ailleurs, même si les résultats nuancent l'information généralement fournie sur les effets néfastes de cette entraide sur les aidants, il n'en demeure pas moins que plusieurs d'entre eux connaissent des difficultés.

Les résultats révèlent que près de 2 % des personnes âgées de 65 ans et plus sont des aidants familiaux (statistique à interpréter avec prudence), une proportion identique à celle observée chez les personnes de 45-64 ans (Lavoie, Lévesque et Jutras, 1995: 53). Bref, les aidants familiaux se retrouvent davantage chez les personnes d'un certain âge et, avec le

vieillesse de la population et une volonté accrue pour le maintien à domicile, des mesures pour soutenir ces personnes devront être mises sur pied tels le gardiennage, le répit et le dépannage (MSSS, 2001 : 30).

3.3 Recours aux services de santé et services sociaux

3.3.1 Recours aux services des professionnels de la santé et services sociaux

Le recours aux services de santé peut être considéré comme un déterminant de l'état de santé de la population au même titre que les habitudes de vie, les facteurs environnementaux et la biologie humaine proprement dite (Institut canadien des recherches avancées, 1991). Avec les transformations qu'a connues notre système de santé au cours des dernières années, transformations qui se sont traduites entre autres par de nombreux départs à la retraite, l'évolution du recours aux services professionnels de la santé devient un facteur pertinent à considérer, certaines catégories de personnes comme les personnes âgées ayant pu être davantage touchées que d'autres. Les données d'enquêtes peuvent fournir un éclairage permettant de mieux orienter les décisions en lien avec l'accessibilité aux services de santé et sociaux.

La formulation des questions sur le fait d'avoir consulté ou non un professionnel de la santé au cours des deux dernières semaines est la même d'une enquête à l'autre et permet de suivre l'évolution de cet indicateur. Les 14 questions utilisées sont tirées de la section 3 du QRI.

Environ 35 % de la population âgée de 65 ans et plus vivant en ménage privé a consulté au moins un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines, en 1998, ce qui représente quelque 282 000 personnes. Les données des enquêtes ne permettent pas d'établir une association avec le sexe sauf en 1998, alors que 37 % des femmes ont déclaré avoir consulté au moins un professionnel de la santé comparativement à 31 % chez les hommes (tableau 3.3.1).

On note, par ailleurs, un lien significatif avec l'âge en 1992-1993 et en 1998 dans l'ensemble de la population âgée de même que chez les hommes en 1998. Environ 39 % de la population âgée de 75 ans et plus a consulté au moins un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines, en 1998, comparativement à 32 % chez les personnes de 65-74 ans.

Aucune évolution significative n'est observée au cours de la période à l'étude.

Un peu moins du quart (24 %) de la population âgée a consulté un médecin au cours d'une période de deux semaines, en 1998, alors qu'environ 18 % ont consulté un professionnel autre qu'un médecin (données non présentées).

Tableau 3.3.1

Personnes ayant consulté au moins un professionnel de la santé, médecin ou autre, au cours d'une période de deux semaines selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Sexe et âge	1987	1992-1993	1998
	%		
Hommes			
65-74 ans	26,7	27,6	28,1
75 ans et plus	33,2	37,1	39,0
Total	28,7	30,7	31,2
Femmes			
65-74 ans	32,4	32,5	35,3
75 ans et plus	34,7	40,1	39,4
Total	33,2	35,3	37,0
Sexes réunis			
65-74 ans	29,9	30,4	31,9
75 ans et plus	34,1	38,9	39,2
Total	31,3	33,4	34,5

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*. Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

3.3.2 Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC

Créé en 1995, le service téléphonique Info-Santé CLSC permet à l'ensemble de la population d'obtenir, auprès d'infirmières, en tout temps, de l'information et des conseils sur des questions reliées à la santé et au bien-être. L'enquête de 1998 est donc la première à comporter des questions sur ce service. Les questions utilisées se retrouvent dans le QAA. Elles portent sur la connaissance et l'utilisation de ce service au moins une fois au cours de la vie, de même que sur la fréquence d'utilisation au cours des douze derniers mois.

produire lorsqu'il est question de personnes âgées. À l'opposé, les questions portant sur l'utilisation au cours des douze derniers mois peuvent souffrir d'un biais de mémoire, entraînant ainsi une sous-estimation.

Près de 75 % de la population âgée connaît l'existence du service téléphonique Info-Santé. Il n'y a pas de différences entre hommes et femmes. Par ailleurs, les personnes âgées de 65-74 ans connaissent ce service dans une plus grande proportion que leurs aînés (78 % c. 68 %). Il en est de même chez les femmes de 65-74 ans (80 % c. 69 %) (tableau 3.3.2).

Il se peut que certaines personnes pour lesquelles un appel a été logé à Info-Santé par une tierce personne aient répondu avoir utilisé ce service, ce qui a pour effet de surestimer l'utilisation de ce service. Ce phénomène peut notamment se

Tableau 3.3.2

Connaissance de l'existence d'Info-Santé CLSC et utilisation de ce service, selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1998

Sexe et âge	Connaissance	%	
		Utilisation à vie ¹	Utilisation au cours des douze derniers mois ¹
Hommes			
65-74 ans	76,2	23,1	19,3
75 ans et plus	67,3	34,0	21,0*
Total	73,7	25,9	19,7
Femmes			
65-74 ans	80,1	30,6	21,8
75 ans et plus	68,7	39,5	26,7
Total	75,7	33,7	23,5
Sexes réunis			
65-74 ans	78,3	27,2	20,6
75 ans et plus	68,2	37,5	24,7
Total	74,8	30,3	21,9

1. Parmi les personnes connaissant l'existence du service dans leur région.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; à interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

Environ 30 % des personnes qui connaissent l'existence du service ont utilisé ce dernier au moins une fois au cours de leur vie. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (34 % c. 26 %). On observe également que les personnes âgées de 75 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses à l'avoir utilisé (37 % c. 27 %). En outre, quelque 22 % de la population âgée qui connaît ce service l'a utilisé au moins une fois au cours des douze derniers mois.

Environ 21 % de la population âgée qui a utilisé les services d'Info-Santé, au cours d'une période de douze mois, y a eu recours trois fois ou plus (Daveluy et autres, 2000 : 435).

3.3.3 Hospitalisation, chirurgie d'un jour et services hospitaliers

Le recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation est mesuré, dans le premier cas, par la proportion de personnes qui, au cours des douze derniers mois, ont subi une opération à l'hôpital sans y avoir passé la nuit et, dans le

second cas, par la proportion de celles qui, au cours de la même période, y ont passé au moins une nuit quelle que soit la raison. Deux questions du QRI permettent de mesurer l'utilisation de ces services. Deux autres questions indiquent le nombre de fois qu'une personne a eu recours à la chirurgie d'un jour ou a été hospitalisée.

Le recours à l'hospitalisation n'a pas été traité dans l'enquête de 1992-1993 et les données de l'enquête réalisée en 1987 ne sont pas comparables puisque de nouvelles questions ont été ajoutées en 1998. Concernant la chirurgie d'un jour, il en est question dans les enquêtes de la Direction Santé Québec, pour la première fois en 1998.

L'hospitalisation et la chirurgie d'un jour ne sont pas associées à l'âge selon les données de l'enquête. Environ 14 % des personnes de 65 ans et plus vivant en ménage privé ont été hospitalisées au moins une fois en douze mois alors que près de 6 % ont eu recours à la chirurgie d'un jour (tableau 3.3.3).

Tableau 3.3.3

Recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation au moins une fois en 12 mois selon l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1998

Âge	%	
	Chirurgie d'un jour	Hospitalisation
65-74 ans	5,5	13,1
75 ans et plus	6,3 *	15,4
Total	5,8	13,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

Chez les personnes âgées ayant eu recours à la chirurgie d'un jour au moins une fois en douze mois, environ 82 % n'y ont eu recours qu'une seule fois. Des personnes âgées qui ont été hospitalisées, 69 % l'ont été une seule fois (données non présentées).

Parmi les personnes âgées qui ont été hospitalisées, environ 18 % ont, par la suite, reçu des traitements à domicile tels un pansement, une injection, une prise de tension artérielle. En ce qui concerne l'aide à domicile après l'hospitalisation, environ le quart des personnes hospitalisées ont reçu cette aide pour des activités telles que manger, se laver, se déplacer dans la maison, faire le ménage. Enfin, environ 39 % des personnes âgées hospitalisées l'ont été trois jours ou moins, 25 % de quatre à sept jours et 36 %, huit jours ou plus (données non présentées).

Avec les transformations qu'a connues le système de santé depuis un peu moins de dix ans et les répercussions possibles sur l'accessibilité aux services, il aurait été opportun de vérifier si certaines clientèles plus vulnérables - telles les personnes âgées - avaient été davantage touchées par ces changements. Une étude réalisée dans le cadre des travaux sur l'évaluation des répercussions de ces transformations a permis de constater que, chez les personnes âgées de 75 ans et plus, la baisse de l'hospitalisation a été inférieure à celle observée dans l'ensemble de la population. En outre, la diminution des services rendus à des malades hospitalisés a été la même que celle notée dans la population totale (Trahan, Bégin et Demers, 2001). Il apparaît, à la lumière de cette étude, que le virage ambulatoire n'a pas été réalisé au détriment des personnes de 75 ans et plus.

3.3.4 Consommation de médicaments

Les données concernant la consommation de médicaments proviennent du QRI. Presque toutes les questions sur les médicaments ont été utilisées lors des trois enquêtes précédentes de sorte qu'il est possible d'établir des comparaisons et de suivre l'évolution du phénomène. La question destinée au répondant du ménage se formule ainsi : « Hier ou avant-hier, est-ce que quelqu'un du foyer a fait usage des produits suivants? »

La présente analyse s'intéresse plus particulièrement à la proportion des personnes âgées qui ont consommé des médicaments prescrits et non prescrits au cours d'une période de deux jours et au nombre de médicaments consommés. Les médicaments prescrits font référence aux médicaments obtenus sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste, qu'il y ait eu ou non rédaction explicite d'une ordonnance. Par ailleurs, les médicaments obtenus sans l'avis d'un médecin ou d'un dentiste sont désignés sous l'appellation « médicaments non prescrits ».

Les classes de médicaments considérées sont :

- les analgésiques,
- les tranquillisants, sédatifs ou somnifères,
- les médicaments pour le cœur ou la tension artérielle,
- les antibiotiques,
- les remèdes ou médicaments pour l'estomac,
- les laxatifs,
- les remèdes contre la toux et le rhume,
- les onguents pour la peau,
- les vitamines ou minéraux,
- les suppléments alimentaires,
- les stimulants pour avoir plus d'énergie ou remonter le moral,
- tout autre médicament.

Les femmes âgées sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir consommé au moins un médicament prescrit au cours d'une période de deux jours, quelle que soit l'année. En 1998, ces proportions sont respectivement de 78 % et 68 %. Il en est de même chez les femmes âgées de 65-74 ans comparativement aux hommes du même âge, en 1992-1993 (72 % c. 60 %) et 1998 (75 % c. 63 %) (tableau 3.3.4).

La consommation de médicaments prescrits est également associée à l'âge. Toutes proportions gardées, les personnes âgées de 75 ans et plus

consomment davantage que celles âgées de 65-74 ans (82 % c. 70 % en 1998). Au total, environ 604 000 personnes âgées vivant en ménage privé ont pris au moins un médicament prescrit au cours d'une période de deux jours.

L'importance relative de la population âgée ayant consommé au moins un médicament prescrit au cours d'une période de deux jours a crû, entre 1987 et 1992-1993 (63 % c. 71 %) et dans chacun des deux groupes d'âge. La même observation est faite pour les femmes et les hommes.

Tableau 3.3.4

Personnes ayant pris au moins un médicament prescrit et personnes ayant pris au moins un médicament non prescrit au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Sexe et âge	Médicaments prescrits			Médicaments non prescrits		
	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998
	%					
Hommes						
65-74 ans	53,0	60,0	63,0	21,1	25,4	31,1
75 ans et plus	64,6	73,0	79,8	18,5*	29,5	30,5
Total	56,6	64,3	67,9	20,3	26,8	30,9
Femmes						
65-74 ans	62,5	71,5	75,2	27,4	38,4	40,7
75 ans et plus	75,9	84,7	83,3	22,3	32,9	36,4
Total	67,1	76,2	78,5	25,7	36,4	39,0
Sexes réunis						
65-74 ans	58,4	66,5	69,5	24,7	32,8	36,2
75 ans et plus	71,4	80,0	82,1	20,8	31,6	34,3
Total	62,7	71,2	74,0	23,4	32,3	35,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*. Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

En ce qui a trait à la consommation de médicaments non prescrits, on retrouve également une proportion plus élevée de femmes en 1992-1993 et en 1998 (39 % c. 31 %). Plus précisément, en 1992-1993, les femmes âgées de 65-74 ans consomment des médicaments non prescrits dans une proportion de 38 % comparativement à 25 % chez les hommes du même âge. En 1998, même si l'écart n'est pas significatif, on note une tendance dans le même sens. Par contre, aucune association en fonction de l'âge n'est observée quelle que soit l'année.

Tout comme dans le cas des médicaments prescrits, la proportion de personnes à consommer des médicaments non prescrits a crû de façon significative, entre 1987 et 1992-1993, dans l'ensemble de la population âgée (23 % c. 32 %) et chez la population féminine (26 % c. 36 %). Cette évolution significative a pu également être observée dans chacun des deux groupes d'âge. Le nombre d'hommes de 65 ans et plus ayant consommé des médicaments non prescrits est aussi proportionnellement plus élevé en 1998 qu'en 1987 (31 % c. 20 %).

La consommation de médicaments prescrits et non prescrits présente des analogies. Les données des enquêtes révèlent que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à en consommer et que la hausse de la consommation s'est surtout produite entre 1987 et 1992-1993.

Environ 43 % des personnes âgées ont pris des médicaments pour le cœur ou la tension artérielle au cours d'une période de deux jours, en 1998. La consommation de vitamines et minéraux, d'analgésiques et de tranquillisants, sédatifs et somnifères touche respectivement quelque 30 %, 26 % et 17 % de la population de 65 ans et plus (Daveluy et autres, 2000 : 452).

3.3.5 Nombre de médicaments consommés

Les femmes âgées consomment un plus grand nombre de médicaments, prescrits ou non prescrits, que les hommes au cours d'une période de deux jours, quelle que soit l'année considérée. Ainsi, en 1998, 56 % de la population féminine âgée consomme trois médicaments ou plus au cours d'une période de deux jours comparativement à 46 % chez les hommes (tableau 3.3.5). La même situation existe chez les femmes de

65-74 ans en 1992-1993 et 1998 alors que les proportions observées sont respectivement de 48 % et 53 % comparativement à 34 % et 41 % chez les hommes de cet âge (données non présentées). À l'opposé, les hommes âgés de 65 ans et plus ne consomment aucun médicament dans une plus grande proportion.

Les personnes de 75 ans et plus consomment davantage de médicaments que celles âgées de 65-74 ans en 1992-1993 et en 1998. Ainsi, en 1998, environ 60 % des personnes de 75 ans et plus consomment trois médicaments ou plus par jour comparativement à 47 % chez celles âgées de 65-74 ans. Par ailleurs, quelque 21 % des personnes âgées de 65-74 ans n'ont consommé aucun médicament sur une période de deux jours comparativement à 12 % chez les 75 ans et plus.

Dans l'ensemble, la quantité de médicaments consommés augmente dans le temps. Ainsi, les personnes qui ne consomment aucun médicament sont proportionnellement moins nombreuses en 1992-1993 qu'elles ne l'étaient quelque cinq années auparavant (19 % c. 28 %) (figure 3.3.1).

Tableau 3.3.5

Répartition des personnes selon le nombre de médicaments, prescrits ou non prescrits, consommés au cours d'une période de deux jours selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Aucun médicament			1 ou 2 médicaments			3 médicaments ou plus		
	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998
	%								
Hommes	32,2	27,8	22,6	43,5	34,2	31,8	23,3	38,1	45,6
Femmes	23,6	13,2	13,6	42,8	37,4	30,3	33,6	49,4	56,1
Sexes réunis									
65-74 ans	30,2	22,8	20,7	41,7	35,3	32,2	28,0	41,9	47,1
75 ans et plus	22,3	12,9	11,6	46,0	37,3	28,6	31,8	49,8	59,8
Total	27,6	19,4	17,4	43,1	36,0	31,0	29,3	44,6	51,6

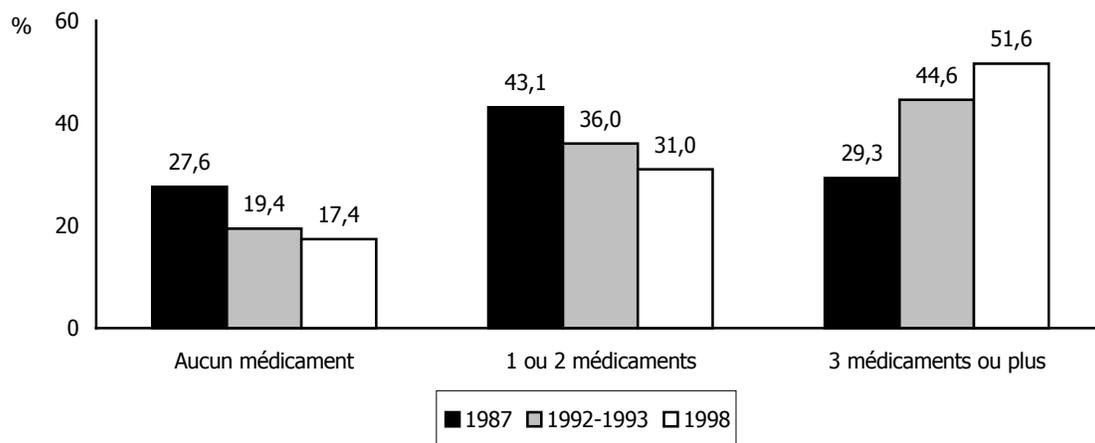
Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*. Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

La proportion de personnes âgées qui consomment un ou deux médicaments a également diminué significativement à l'intérieur de chacune des périodes étudiées, passant de 43 % en 1987 à 36 % en 1992-1993 et à 31 % en 1998. À l'opposé, la proportion de personnes âgées qui consomment trois médicaments ou plus sur une période de deux jours passe d'environ 29 %, en 1987, à 45 %, en 1992-1993, et à 52 % en 1998, soit plus de la moitié de la population âgée vivant en ménage privé.

Les évolutions observées pour chacune des catégories de consommation sont significatives à l'intérieur de chaque groupe d'âge entre 1987 et 1992-1993. De plus, entre 1992-1993 et 1998, la proportion de personnes de 75 ans et plus qui consomment trois médicaments ou plus sur une période de deux jours est passée de 50 % à 60 %. Cette augmentation s'accompagne d'une diminution de la proportion de personnes de cet âge qui consomment un ou deux médicaments au cours de la même période (37 % c. 29 %).

Figure 3.3.1

Répartition des personnes selon le nombre de médicaments, prescrits ou non prescrits, consommés au cours d'une période de deux jours, population de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

3.3.6 Vaccination contre la grippe

L'influenza, aussi appelée communément la grippe, est la principale affection respiratoire pour laquelle la population adulte consulte le médecin (Elford et Tarrant, 1994). On estime que lors d'une épidémie de grippe, quelque 300 000 à 500 000 personnes peuvent être atteintes, qu'entre 10 000 et 50 000 d'entre elles vont être hospitalisées et qu'environ 1 000 à 1 500 en mourront (MSSS, 2003a).

Chez les personnes âgées de même que chez les personnes atteintes de maladies chroniques, l'influenza peut occasionner une morbidité importante, voire entraîner le décès. La vacci-

nation constitue une mesure efficace pour prévenir ou diminuer les effets néfastes de l'influenza. Au Québec, il existe un programme de vaccination gratuite qui vise d'abord les personnes les plus susceptibles de présenter des complications de la grippe, notamment les personnes hébergées et les personnes âgées. Les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (MSSS, 1997) avaient comme objectif un pourcentage de couverture vaccinale annuelle de 60 % de la population âgée de 65 ans et plus vivant en milieu ouvert d'ici 2002. En 2001-2002, ce pourcentage a été de 57 % comparativement à 42 % en 1996-1997 (MSSS, 2003b). De plus, le *Programme national*

de santé publique 2003-2012 a notamment comme objectif, au chapitre des maladies évitables par l'immunisation, de réduire de 25 %, d'ici 2012, le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes de 65 ans et plus (MSSS, 2003a). L'information relative à la vaccination contre l'influenza dans l'enquête sociale et de santé de 1998 est comprise dans la section 4 du QRI. La question adressée au répondant du ménage demandait si quelqu'un du foyer avait reçu le vaccin contre la grippe au cours des douze derniers mois. Cette question n'apparaît que dans l'enquête de 1998.

Les hommes et les femmes de 65 ans et plus et vivant en ménage privé ont été vaccinés contre la grippe dans des proportions de 39 % et 37 % au cours d'une période de douze mois, pour un total d'environ 312 000 personnes. On observe une association significative entre la vaccination et l'âge chez les hommes et dans l'ensemble de la population âgée, les personnes de 75 ans et plus étant proportionnellement plus nombreuses à être vaccinées. Environ 46 % des personnes âgées de 75 ans et plus sont vaccinées comparativement à 34 % chez celles de 65-74 ans. Chez les hommes, ces proportions sont respectivement de 54 % et 33 %. Chez les femmes, bien que les écarts ne soient pas significatifs, on note une tendance à une plus grande couverture vaccinale avec l'âge (tableau 3.3.6).

Environ 86 % des personnes âgées vaccinées l'ont été sur recommandation d'un médecin (Daveluy et autres, 2000 : 464).

Les données de l'enquête de 1998 diffèrent de celles obtenues dans le cadre du programme de vaccination contre l'influenza. Ces dernières doivent cependant être interprétées avec prudence en ce qui concerne la couverture vaccinale des personnes âgées vivant en milieu ouvert (nombreux vacinateurs, méthodes de collecte variant d'une région à l'autre). Toutefois, en supposant relativement constante l'imprécision dans le temps et en comparant les résultats avec ceux obtenus dans d'autres enquêtes (*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001* et *Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque, 2000-2001* de Flores et autres, 2003) on constate néanmoins une « augmentation notable du taux de couverture vaccinale contre l'influenza chez les personnes de 65 ans et plus depuis la parution des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* » (MSSS, 2003b : 113). Pour l'année 2001-2002, la couverture vaccinale des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en milieu ouvert était de 57 %, une valeur concordant avec les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001* qui indiquent qu'environ 59 % de la population de 65 ans et plus vivant dans les ménages privés a été vaccinée contre la grippe au cours de la dernière année (ISQ, 2003).

Tableau 3.3.6
Vaccination contre la grippe au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1998

	Hommes	Femmes	Total
	%		
65-74 ans	33,4	34,1	33,8
75 ans et plus	53,9	42,3	46,4
Total	39,4	37,4	38,2

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

Milieu de vie immédiat

4.1 Environnement de soutien

Différentes études ont illustré le lien pouvant exister entre l'environnement de soutien d'un individu et la santé (Massé, 1993; Tousignant, 1992). La relation entre l'isolement social et la santé a été démontrée, notamment dans le cas du suicide (Tousignant et Hanigan, 1986). L'insuffisance du soutien social constitue une menace pour le bien-être physique et psychologique des individus. Plus récemment, une étude réalisée à Statistique Canada révélait l'existence d'un lien entre le soutien social et la mortalité chez les hommes âgés (Wilkins, 2003), rejoignant en cela les résultats d'autres recherches qui avaient montré que les personnes dont les liens sociaux étaient faibles avaient une probabilité plus élevée de mourir prématurément.

L'analyse du milieu de vie immédiat est ici réalisée à l'aide d'une variable, la satisfaction quant à la vie sociale, et d'un indice intimement lié à l'environnement de soutien, l'indice de soutien social créé pour l'enquête de 1992-1993 et repris en 1998. En 1987, le soutien social a été mesuré à deux niveaux, celui de l'intégration sociale et celui du support perçu, mais les données concernant l'intégration sociale n'ont pas permis d'en arriver, à ce moment, à la création d'un indice satisfaisant (Santé Québec, Émond et autres, 1988). Par ailleurs, la satisfaction quant à la vie sociale s'est avérée un bon indicateur du support perçu et c'est cette dernière variable qui a été principalement retenue comme indicatrice du soutien social. Les questions sur ces indices sont tirées du QAA.

4.1.1 Indice de soutien social

L'indice de soutien social fait référence à trois dimensions distinctes, soit l'intégration sociale ou la participation (fréquence des rencontres, solitude dans les temps libres), la satisfaction quant aux rapports sociaux (satisfaction quant à la vie sociale et satisfaction quant aux amis) et la taille du

réseau de soutien par rapport à l'aide (personnes pouvant aider en cas de besoin), l'affection (personnes desquelles on se sent proche et qui démontrent de l'affection) et la confiance (personnes à qui on peut se fier). Les données sont divisées en quintiles et le premier quintile correspond au niveau faible de l'indice de soutien social.

L'indice de soutien social ne présente pas de différences entre hommes et femmes pour chacune des deux années considérées. Les valeurs observées sont respectivement de 15 % et 16 %, en 1998, soit un niveau faible à l'indice. En 1992-1993, les valeurs se chiffraient à environ 19 % pour les deux sexes (tableau 4.1).

En 1992-1993, les personnes âgées de 75 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses que celles âgées de 65-74 ans à présenter un faible niveau de soutien social (24 % c. 17 %). En 1998, l'écart entre ces deux groupes d'âge semble avoir diminué (19 % c. 14 %), mais cette différence n'est pas significative. Aucune évolution significative n'est toutefois observée au cours de cette période. Ainsi, plus de quatre personnes âgées sur cinq jouissent d'un bon niveau de soutien social.

Tableau 4.1

Indice de soutien social selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998

Sexe et âge	Faible	Élevé
	%	
Hommes		
1992-1993	18,7	81,3
1998	15,4	84,6
Femmes		
1992-1993	19,0	81,0
1998	15,9	84,1
Sexes réunis		
65-74 ans		
1992-1993	16,5	83,5
1998	14,1	85,9
75 ans et plus		
1992-1993	23,7	76,3
1998	18,6	81,4
Total		
1992-1993	18,9	81,1
1998	15,7	84,3

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

4.1.2 Satisfaction quant à la vie sociale

Les données de l'enquête ne permettent pas d'établir une association entre la satisfaction quant à la vie sociale, le sexe et l'âge, quelle que soit l'année considérée. Dans l'ensemble de la population âgée, environ 37 % des personnes sont très satisfaites de leur vie sociale, et environ 55 % sont plutôt satisfaites. Ainsi, moins de 10 % des personnes âgées (8 % en 1998) sont non satisfaites de leur vie sociale (tableau 4.2).

La proportion de personnes très satisfaites de leur vie sociale est passée de 35 % à 41 % entre 1987 et 1992-1993. On observe par ailleurs une légère tendance à la baisse de la proportion de personnes non satisfaites de leur vie sociale.

4.1.3 Spiritualité

Certaines dimensions autres que le soutien social tel qu'analysé ci-dessus peuvent intervenir et avoir un impact positif sur l'état de santé des gens et leur bien-être psychologique. La spiritualité, laquelle fait référence à des concepts telle la recherche d'un sens à la vie, est l'une d'elles (Boisvert, 1999). En outre, différents auteurs établissent un lien entre la spiritualité, la capacité de faire face à certains problèmes de santé (Landis, 1996) et le bien-être psychologique (Fehring et autres, 1987).

Tableau 4.2

Satisfaction quant à la vie sociale selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Québec, 1987, 1992 et 1993 et 1998

Sexe et âge	%		
	Très satisfait	Plutôt satisfait	Non satisfait
Hommes			
1987	36,4	55,0	8,5*
1992-1993	41,2	52,1	6,7*
1998	37,1	56,1	6,7*
Femmes			
1987	33,6	55,3	11,1
1992-1993	40,3	49,5	10,2
1998	37,1	54,8	8,2
Sexes réunis			
65-74 ans			
1987	35,6	54,3	10,0
1992-1993	41,3	50,6	8,1
1998	37,2	55,7	7,1
75 ans et plus			
1987	32,9	57,1	10,0*
1992-1993	39,5	50,6	9,9
1998	36,9	54,7	8,3*
Total			
1987	34,8	55,2	10,0
1992-1993	40,7	50,6	8,7
1998	37,1	55,3	7,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé, 1998*.

Pour ce qui est du lien pouvant exister entre la religion et la santé, plusieurs études descriptives ont fait état des effets positifs de la présence de convictions religieuses et de la fréquentation d'un lieu de culte (Ellison et Levine, 1998).

une église ou un lieu de culte plus d'une fois par mois au cours d'une période de douze mois (Daveluy et autres, 2000 : 607).

Les questions sur la spiritualité et la religion sont tirées du QAA. Elles portent sur l'importance accordée à la vie spirituelle et la croyance en un effet positif des valeurs spirituelles sur la santé physique et mentale. Ont également été posées des questions sur l'appartenance religieuse et sur la fréquentation d'une église ou d'un lieu de culte.

Les résultats révèlent qu'environ 84 % des personnes âgées considèrent la vie spirituelle très ou assez importante et que près de 57 % croient beaucoup à son impact sur la santé physique ou mentale. Quelque 14 % de la population âgée ne croit pas du tout à cet impact. Enfin, près de 60 % des personnes de 65 ans et plus ont fréquenté

