

Conclusion générale

Vue d'ensemble

La présente étude vise à rendre compte des caractéristiques sociodémographiques, des habitudes de vie, de l'état de santé et de bien-être, du recours aux services de santé et du milieu de vie des personnes âgées à travers les enquêtes générales réalisées par Santé Québec en 1987, 1992-1993 et 1998 et de faire part de l'évolution de ces différentes composantes. Les principaux résultats de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* sont également utilisés pour traiter de l'incapacité chez les personnes âgées et de son évolution depuis 1986 et 1991, dates des deux enquêtes de santé sur les limitations d'activités menées par Statistique Canada. La présente étude veut également fournir aux planificateurs différentes données pouvant être utiles dans l'élaboration de politiques et de services aux aînés.

De façon générale, la population âgée visée par les trois enquêtes sociales et de santé menées par Santé Québec présente les caractéristiques sociodémographiques suivantes : caractérisée par un vieillissement de ses effectifs depuis 1987, cette population est mariée dans une proportion d'environ 54 %, en 1998, alors que près de 36 % est veuve, séparée ou divorcée. On constate, par ailleurs, une hausse du niveau de scolarité dans le temps même si ce niveau demeure relativement faible en 1998 : quelque 45 % de la population a complété sept années ou moins de scolarité. Les hommes âgés sont plus instruits tout comme les personnes de 65-74 ans. Au chapitre du revenu, près de 23 % de la population âgée de 65 ans et plus s'estime pauvre ou très pauvre. La situation financière des personnes âgées apparaît plus précaire chez les femmes alors qu'environ 30 % d'entre elles sont pauvres ou très pauvres comparativement à 18 % chez les hommes. On a également noté, au cours de la période, une baisse de la proportion des personnes de 75 ans et plus se percevant à l'aise. Enfin, pour ce qui est du statut d'activité, environ 70 % de la population

âgée est à la retraite et près du quart déclare tenir maison.

On note jusqu'à un certain point, dans l'évolution des résultats, un effet de génération, lequel résulte des caractéristiques particulières des générations. Il se manifeste entre autres par les progrès presque constants de la scolarisation. On peut aussi percevoir dans ces résultats des effets du moment, lequel « dépend des conditions sociales, économiques et politiques de la période. » (Gauthier et autres, 1997 : 16).

Au chapitre des habitudes de vie, les données révèlent que les plus jeunes parmi les personnes âgées, soit les personnes de 65-74 ans, et les hommes sont davantage concernés par celles-ci. On remarque que les personnes âgées de 75 ans et plus et les femmes ont été moins touchées par certains phénomènes qui ont pu prendre de l'ampleur au cours de leur existence. Par exemple, dans le cas du tabagisme, bien qu'il s'agisse d'un phénomène plutôt rare (une personne âgée sur cinq fumait en 1998), il est plus élevé chez les personnes de 65-74 ans et chez les hommes malgré une tendance à la baisse observée chez ces derniers. Les personnes âgées de 75 ans et plus déclarent n'avoir jamais fumé dans une plus grande proportion. Par contre, on a pu observer chez celles-ci une hausse de la proportion d'ex-fumeurs et une diminution de celles n'ayant jamais fumé, ce qui sous-tend qu'une partie des personnes qui ont atteint ce groupe d'âge, au cours de la période étudiée, avaient déjà commencé à fumer.

Même phénomène en ce qui concerne la consommation d'alcool : on retrouve davantage de buveurs actuels chez les hommes et chez les personnes âgées de 65-74 ans. Par ailleurs, les personnes de 75 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses à n'avoir jamais bu. De plus, au cours de la période étudiée, une hausse de la consommation d'alcool touchant davantage les plus jeunes (65-74 ans) est notée.

La proportion de buveurs actuels chez les femmes âgées a également augmenté. Ces changements sont survenus entre 1992-1993 et 1998.

Pour ce qui est de l'activité physique, les hommes s'y adonnent davantage que les femmes tout comme les personnes âgées de 65-74 ans comparativement à celles de 75 ans et plus. On observe par ailleurs une baisse de l'activité physique chez la population âgée depuis 1992-1993. En outre, la proportion de personnes avec un excès de poids a également augmenté et elle est beaucoup plus élevée chez les personnes de 65-80 ans. Par contre, la proportion de celles avec un poids insuffisant a connu une baisse.

Enfin, l'adoption de comportements préventifs chez les femmes âgées de 65-74 ans (mammographie, auto-examen des seins, examen clinique des seins, consommation de médicaments à teneur hormonale) a connu une hausse, au cours de la période à l'étude. On a observé également, chez les femmes plus âgées (75 ans et plus), une pratique accrue de l'examen clinique des seins, de la mammographie et du test de dépistage du cancer du col.

En ce qui concerne l'état de santé comme tel, un peu moins de quatre personnes âgées sur cinq se perçoivent en excellente, très bonne ou bonne santé et on peut noter une légère tendance à la hausse de la proportion des personnes âgées se percevant en bonne santé.

Les problèmes de santé les plus fréquents sont l'hypertension artérielle, certaines maladies ostéoarticulaires (arthrite et rhumatisme), les maladies cardiaques et les maladies de l'œil. La prévalence de ces problèmes est plus élevée chez les personnes de 75 ans et plus et ceux-ci seront vraisemblablement plus présents à l'avenir avec l'augmentation de l'importance relative de ce groupe d'âge.

On observe, depuis 1987, une hausse significative de l'hypertension, des maux de dos ou de la colonne, des troubles de la thyroïde, du diabète et de l'hypercholestérolémie. Cette prévalence a augmenté non seulement en raison du

vieillesse, mais aussi par un dépistage accru de différents problèmes et une plus grande préoccupation des professionnels de la santé dans le diagnostic et le traitement de certains problèmes (ex. : diabète et problèmes thyroïdiens). Dans cet ordre d'idées, il est essentiel de souligner l'importante hausse qu'a connue le diabète. Par ailleurs, d'autres problèmes semblent être en progression (ex. : maux de dos ou de la colonne) sans que le dépistage ou les progrès technologiques soient en cause. Dans l'ensemble, les problèmes de santé les plus fréquents sont demeurés sensiblement les mêmes depuis 1987.

Au chapitre de la santé mentale, une personne âgée sur dix (11 %) présente un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Cette prévalence est plus élevée chez les femmes, mais on observe chez celles-ci une très nette amélioration de la situation depuis 1992-1993.

En ce qui a trait au recours aux services, la hausse de la consommation de médicaments, aussi bien prescrits que non prescrits, depuis 1987, dans les deux groupes d'âge concernés, est à souligner. Cette situation prendra vraisemblablement de l'ampleur avec le vieillissement de la population, la consommation de médicaments étant associée à l'âge. Les femmes sont également proportionnellement plus nombreuses à consommer des médicaments.

Outre la hausse de la proportion de personnes âgées qui consomment des médicaments, le nombre de médicaments consommés par personne a également connu une croissance associée à l'âge et au sexe, les femmes consommant un plus grand nombre de médicaments. En 1998, un peu plus de la moitié de la population âgée utilise trois médicaments ou plus sur une période de deux jours. Bref, toute la question de la consommation de médicaments chez les aînés revêt, à la lumière de ces résultats, une importance non négligeable.

Le recours aux services d'un professionnel de la santé n'a pas connu d'évolution significative entre 1987 et 1998 chez la population âgée de 65 ans et plus, mais il est plus élevé chez les

personnes de 75 ans et plus de sorte qu'avec le vieillissement de la population, la demande pour ces services est appelée à croître. À cet égard, le service téléphonique Info-Santé CLSC peut certes contribuer à solutionner différents problèmes et ainsi alléger la pression sur le système de soins. En 1998, quelque 22 % de la population âgée connaissant l'existence de ce service l'a utilisé au cours d'une période de douze mois.

Éléments de réflexion pour la planification et l'action

L'augmentation de certains problèmes de santé associée notamment au vieillissement de la population, leurs conséquences sur la perte d'autonomie fonctionnelle et les besoins d'aide qui en résultent dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ne seront pas sans exercer une pression importante sur les services à développer à l'intention de cette population : besoins d'aide à combler à domicile, soit par des ressources formelles (ex. : services à domicile) ou informelles (ex. : aidants familiaux), ressources d'hébergement à développer. L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* révélait que les besoins d'aide pour la réalisation d'au moins une activité de la vie quotidienne touchaient 64 % de la population âgée atteinte d'une incapacité et que ces besoins augmentaient avec l'âge (73 % chez les personnes de 75 ans et plus comparativement à 57 % chez celles âgées de 65-74 ans). En outre, environ 35 % de la population âgée avec incapacité et ayant besoin d'aide voyait ses besoins non comblés (Lafontaine et Camirand, 2002 : 47).

De nouvelles initiatives devront être mises de l'avant pour faire face à cette situation et, déjà, la mise sur pied de réseaux intégrés de services « incorporant les soins de santé et les services sociaux offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la communauté ou en établissement » (MSSS, 2001 : 23), expérimentée en différents endroits, apparaît prometteuse.

On a également souligné qu'il fallait aussi prendre en considération le facteur état de santé proprement dit pour tenter de prévoir ce que sera la situation des aînés de demain. Au chapitre de l'espérance de vie en santé, on a pu noter avec les résultats de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* que la situation observée relevait d'un « équilibre dynamique » entre la durée et la qualité de la vie (Robine et autres, 1999). En effet, parmi les résultats positifs qui se dégagent de cette étude, l'incapacité modérée ou sévère est demeurée stable entre 1986 et 1998. De plus, l'espérance de vie à 65 ans et l'espérance de vie sans incapacité modérée ou grave au même âge ont toutes deux augmenté d'une année. Dans le même ordre d'idées, une étude américaine illustre que les capacités fonctionnelles des personnes âgées s'amélioraient (Freedman et Martin, 1998).

L'état de santé des personnes âgées de demain relève également des efforts investis par les générations plus jeunes au chapitre de la prévention. Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* indiquaient que peu de changements avaient été observés dans l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements favorables à la santé. Cela vaut non seulement pour le tabagisme et la consommation excessive d'alcool, mais également pour la pratique d'activités physiques de loisir et le poids corporel où on note une certaine détérioration.

De manière à assurer un suivi du vieillissement et des changements qui s'ensuivent, il s'avère primordial de disposer d'une information pertinente non seulement sur différentes caractéristiques sociodémographiques ou sanitaires des personnes âgées, mais également sur les mesures préconisées en différents endroits pour répondre aux besoins des personnes âgées. Les recherches en ce domaine et les enquêtes sur la santé des personnes âgées demeurent à l'ordre du jour et, récemment, un réseau de veille sur le vieillissement et les changements démographiques prenait naissance au ministère de la Santé et des Services sociaux dans le but de suivre l'évolution du vieillissement et des changements qui en résultent.

Bibliographie

- BOISVERT, D. (1999). « Voyage au pays de la spiritualité », *Possibles*, vol. 23, n° 3, p. 37-46.
- CAMIRAND, J., J. AUBIN, R. COURTEMANCHE, N. AUDET C. FOURNIER, B. BEAUVAIS, R. TREMBLAY et autres (2001). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 516 p.
- CLARKSON, M., et L. PICA (1995). *Un modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être*, Montréal, Santé Québec, 18 p.
- CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE (2001). *Bulletin intérimaire – Aînés au Canada 2003*, Gouvernement du Canada, 32 p.
- DAVELUY, C., L. PICA, R. COURTEMANCHE, N. AUDET, F. LAPOINTE et autres (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 642 p. plus annexes.
- DEMERS, M. (1996). « Factors explaining the increase in cost for physician care in Quebec's elderly population », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 155, n° 11, p. 1555-1560.
- DEMERS, M. (1998). « Age differences in the rates and costs of medical procedures and hospitalization during the last year of life », *La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 17, n° 2, p. 186-196.
- DUFRESNE, J. (1994). « La pauvreté vue des gouvernements centraux », *L'Agora*, p. 16-18.
- ELFORD, R. W., et M. TARRANT (1994). « Prévention de la grippe » dans GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Santé Canada, p. 844-853.
- ELLISON, C. G., et J. S. LEVINE (1998). « The religion-health connexion: evidence, theory, and future directions », *Health Education and Behavior*, vol. 25, n° 6, p. 700-720.
- FEHRING, R., P. BRESMAN et M. KELLEX (1987). « Psychological and spiritual well-being in college students » *Research in Nursing and Health*, vol. 10, n° 6, p. 391-398.
- FEINSTEIN, J. S. (1993). « The relationship between socioeconomic status and health: A review of the literature », *The Milbank Quarterly*, vol. 71, n° 2, p. 279-322.
- FLORES, J., M. DOUVILLE-FRADET, L. C. CÔTÉ, M. GUAY et autres (2003). *Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque, 2001-2002*, rapport conjoint de l'Institut de la statistique du Québec et de l'Institut national de santé publique du Québec, Montréal, 80 p.
- FREEDMAN, V. A., et L. G. MARTIN (1998). « Understanding Trends in Functional Limitations Among Older American », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 10, p. 1457-1462.
- GAUTHIER, H., L. DUCHESNE, D. LAROCHE S. JEAN, et Y. NOBERT (1997). *D'une génération à l'autre : évolution des conditions de vie*, volume 1, Bureau de la statistique du Québec, 257 p.
- GRIGNON, M. (2003). « Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé », *Bulletin d'information en économie de la santé*, Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé, n° 66, mars, 6 p.
- HAGAN-HENNESSY, C., D. G. MORIARTY, M. M. ZACK, P. A. SCHERR et R. BRACKBILL (1994). « Measuring health-related quality of life for public health surveillance », *Public Health Reports*, vol. 109, n° 5, p. 665-671.

- HAGENAARS, A. J. M. (1992). « The definition and measurement of poverty » dans OSBERG, L. (éd.), *Economic inequality and poverty, international perspectives*, p. 134-156.
- INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHES AVANCÉES (1991). *Les déterminants de la santé*, n° 5, 39 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, (2003). *Compendium de tableaux produits avec le fichier de micro données à grande diffusion de Statistique Canada*.
- JEAN, S. (2001). «Le revenu », *Portrait social du Québec - Données et analyses - Édition 2001*, Institut de la statistique du Québec, coll. «Les conditions de vie », 629 p.
- LAFONTAINE, P., et J. CAMIRAND (2002). « Évolution et impact de l'incapacité chez les personnes âgées selon l'enquête québécoise sur les limitations d'activités », *Santé, Société et Solidarité – Revue de l'Observatoire franco-québécois de la Santé et de la Solidarité*, n° 2, p. 39-54.
- LAPOINTE, F., R. COURTEMANCHE et L. CÔTÉ (1999). *Enquête sociale et de santé – Aspects statistiques*. Document de référence pour les groupes d'analyse - 1^{er} et 2 juin 1999, Institut de la statistique du Québec, Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales, 54 p.
- LANDIS, B. J. (1996). « Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 17, n° 3, p. 217-231.
- LAVOIE, J. P., L. LÉVESQUE et S. JUTRAS (1995). « Aidants familiaux » dans SANTÉ QUÉBEC; LAVALLÉE, C., C. BELLEROSE, J. CAMIRAND et P. CARIS (sous la direction de), *Aspects sociaux reliés à la santé*, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, vol. 2, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 47-80.
- LÉGARÉ, G., R. BOYER, M. PRÉVILLE et P. VALOIS (1992). « Caractéristiques des non-répondants à une enquête de santé mentale », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 83, n° 4, p. 308-310.
- MASSÉ, R. (1993). « Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie : le cas de l'isolement social », *Santé, Culture, Health*, vol. IX, n° 1, p. 109-139.
- MASSON, I., et D. DORVAL (1998). « Profil des traumatismes au Québec : de 1991 à 1995 », *Collection analyse et surveillance*, Gouvernement du Québec, Québec, 327 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Gouvernement du Québec, Québec, 103 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, 47 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien être – Orienter et soutenir l'action*, Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et bien-être liées à la pauvreté, 52 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003a). *Programme national de santé publique 2003-2112*, Gouvernement du Québec, 133 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003b). *Priorités nationales de santé publique – Vers l'atteinte des résultats attendus : 5^e bilan*, Gouvernement du Québec, 261 p.

- NOLIN, B., D. PRUD'HOMME et M. GODBOUT (1996). *L'activité physique de loisir au Québec : une analyse en fonction des bénéfiques pour la santé*, Monographie n° 5, Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Kino-Québec, Ministère des Affaires municipales, Gouvernement du Québec, 107 p.
- NOLIN, B., D. PRUD'HOMME, G. GODIN, D. HAMEL et coll. (2002). *Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de la santé publique du Québec et Kino-Québec, 137 p.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE (1996). *Conséquences du vieillissement démographique pour l'action des gouvernements*, Direction de l'Éducation, de l'Emploi, du Travail et des Affaires sociales, 110 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1998). « Obesity : Preventing and Managing the global epidemic », *report of a WHOP Consultation on Obesity*, Genève, 1998.
- PAQUET, G. (1989). *Santé et inégalités sociales. Un problème de distance culturelle*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 122 p.
- PAYETTE, H., R. CYR et K. GRAY (1994). *Évaluation de l'efficacité d'un questionnaire pour dépister le risque de malnutrition chez les personnes âgées bénéficiaires des services à domicile*, Rapport de recherche, Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, Sherbrooke.
- PRÉVILLE, M., et autres (1995). « The structure of psychological distress », *Psychological Reports*, vol. 77, p. 275-293.
- ROBINE, J. M., I. ROMIEU et E. CAMBOIS (1999). « Health Expectancy Indicators », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 77, n° 2, p. 181-185.
- ROCHON, M. (1994). *Impact des changements démographiques sur l'évolution des dépenses publiques de santé et de services sociaux*, coll. Études et analyses, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la Planification et de l'Évaluation, 97 p.
- ROCHON, M. (1997). *Vieillesse démographique, état de santé et financement des dépenses publiques de santé et de services sociaux*, Département de démographie, Faculté des arts et des sciences, thèse présentée à la Faculté des études supérieures, Université de Montréal, en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph D.) en démographie, 212 pages plus annexes.
- ROCHON, M. (1998). « Impact of the Evolution of Healthy Life Expectancy on Future Health Care Costs » dans MARMOR, T. R. et P. R. DE JONG, éd. *Ageing, Social Security and Affordability. FISS, International Studies on Social Security*, vol. 3. Aldershot, Ashgate, p. 305-326.
- ROY, L., H. GAUTHIER, H. MONETTE, M. ROCHON et L. PRONOVOST (2000). *Les changements sociodémographiques et le vieillissement : impacts sur les services et les dépenses publiques*. Gouvernement du Québec - Groupe de travail interministériel sur les changements sociodémographiques et le vieillissement, Rapport préliminaire, 104 p.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988). *Niveaux de poids associés à la santé : lignes directrices canadiennes*, Rapport du groupe d'experts des normes pondérales, Ottawa, 135 p.
- SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, tome 1*, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 337 p.

- SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 279-311.
- SCHADBOLT, B. (1997). « Some correlates of self rated health for Australian women », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 6, p. 951-956.
- SECRÉTARIAT AU LOISIR ET AU SPORT. (2002). *L'activité physique – déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus*, Avis du Comité scientifique de Kino-Québec, 59 p.
- SEGOVIA, J., R. F. BARTLETT et A. C. EDWARDS (1989). « An empirical analysis of the dimensions of health status measures », *Social Science and Medicine*, vol. 29, n° 6, p. 761-768.
- STATISTIQUE CANADA (1992). *Dictionnaire du recensement de 1991*, Ottawa, 386 p.
- TOUSIGNANT, M. et D. HANIGAN (1986). *Comportements suicidaires et entourage social*, Montréal, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale (LAREHS).
- TOUSIGNANT, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, Paris, Presses universitaires de France, 256 p.
- TRAHAN, L., P. BÉGIN et M. DEMERS (2001). *Changements dans le recours à l'hospitalisation et aux services ambulatoires chez certains groupes vulnérables à la suite de la réorganisation des services en santé physique*, coll. Études et analyses, Recherche et évaluation relatives à la transformation du système de santé et des services sociaux, 78 p.
- U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1996). *Physical Activity and Health : A Report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, U. S., Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 278 p.
- WILKINS, K. (2003). « Soutien social et mortalité chez les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, vol. 4, n° 3, mai, p. 23-37.
- WILKINS, R., O. ADAMS et A. BRANKER (1989). « Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986 », *Rapports sur la santé*, vol. 1, n° 2, p. 137-174.
- WILKINS, R. (1995). « Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 279-311.

La monographie sur *Les personnes âgées à travers les enquêtes de Santé Québec* est une analyse descriptive de l'information obtenue dans le cadre des enquêtes réalisées par Santé Québec, organisme devenu en avril 1999 la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec. L'objectif principal de cette monographie est de présenter les résultats obtenus sur les personnes âgées de 65 ans et plus vivant en ménage privé et leur évolution depuis 1987, contribuant, de cette façon, à assurer une surveillance de leur état de santé et de bien-être et des facteurs de risques qui y sont associés. Les données sont tirées de l'enquête *Santé Québec 1987*, l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* et de l'*Enquête sociale et de santé 1998* qui sont des enquêtes de grande envergure couvrant l'ensemble de la population québécoise dans toutes les régions du Québec. Cette monographie fournit de précieux renseignements sur les principaux déterminants de l'état de santé (habitudes de vie et comportements préventifs), l'état de santé et de bien-être de la population âgée et ses conséquences sur la consommation de services et sur la fonctionnalité. Une section est également consacrée au milieu de vie immédiat (soutien social, satisfaction quant à la vie sociale) et des données relatives à celui-ci et à des valeurs telles la spiritualité et la religion sont présentées. Enfin, la présente monographie propose une réflexion sur l'évolution de la situation au regard des futures générations.

« L'Institut a pour mission de fournir des informations statistiques qui soient fiables et objectives sur la situation du Québec quant à tous les aspects de la société québécoise pour lesquels de telles informations sont pertinentes. L'Institut constitue le lieu privilégié de production et de diffusion de l'information statistique pour les ministères et organismes du gouvernement, sauf à l'égard d'une telle information que ceux-ci produisent à des fins administratives. Il est le responsable de la réalisation de toutes les enquêtes statistiques d'intérêt général. »

Loi sur l'Institut de la statistique du Québec (L.R.Q., c. I-13.011) adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 19 juin 1998.

Québec 

Une réalisation de :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Institut de la statistique

ISBN-2-551-22528-0



14,95 \$

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Imprimé au Québec, Canada