

Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*

Chantal Lefebvre, agente de recherche
Unité Connaissance-surveillance



information



formation



recherche



coopération
internationale

MISE EN CONTEXTE

Au Québec, en 2003, près d'un million de personnes ont 65 ans et plus. Cet âge qui, à une autre époque aurait pu paraître fatidique ou vénérable, est maintenant monnaie courante, puisque les aînés représentent à ce jour plus de 13 % de la population. Mais qui sont les aînés d'aujourd'hui ? Et surtout, qu'en est-il de leur état de santé ? Nés avant 1938, ils sont pour la plupart issus de familles rurales et nombreuses. Ils peuvent témoigner des conditions de vie difficiles qui ont marqué leur jeunesse : crise de 1929, Seconde Guerre mondiale, forte mortalité des femmes en couches et des enfants en bas âge, grandes maladies infectieuses, dont la tuberculose, qui ont fauché au passage bien des êtres chers. C'est dire qu'eux-mêmes ont survécu à des conditions de vie difficiles et qu'ils ont traversé les espaces de maladies sans y laisser leur vie.

Depuis la Seconde Guerre mondiale, les Québécois ont par ailleurs bénéficié des améliorations sociales et de santé qui se sont progressivement développées au cours de la seconde moitié du XX^e siècle. Cette situation favorable à la santé et à la longévité, conjuguée à la faible natalité québécoise des dernières décennies, fait en sorte que le nombre et la proportion de personnes âgées au sein de la population ne cessent, en ce début de XXI^e siècle, de s'accroître. Mais de quoi sont tissés ces vieux jours ? Le cycle de vie au troisième ou au quatrième âge a son mouvement propre, rythmé par la maladie, la mort du conjoint, celle des proches et des amis, déterminé en partie par l'histoire familiale et sociale qui constitue la trajectoire des aînés. Cet horizon de vie, qui englobe tant de réalités individuelles, peut, quant à lui, être apprécié dans son ensemble, sous forme de portrait, telle une photographie le fixant à un moment précis.

Nous brosons donc ici, à grands traits, un portrait des conditions de vie et de l'état de santé des personnes âgées du Québec. Bonne lecture !

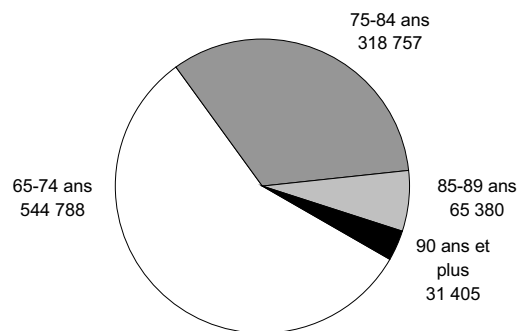
* Ce feuillet d'information se situe dans la foulée du *Portrait de santé. Le Québec et ses régions* (INSPQ, 2001a). Il vise à présenter les principales données concernant la santé des Québécois, selon les cycles de la vie. La série comporte trois volets : I – Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus ; II – Un portrait de la santé des jeunes Québécois de 0 à 17 ans et III – Un portrait de la

LES PERSONNES ÂGÉES SONT-ELLES AUSSI NOMBREUSES QU'ON LE DIT ?

S'il est vrai qu'un million de personnes âgées sur une population de 7,4 millions semble être un chiffre énorme, il faut toutefois souligner que la majorité d'entre elles, ayant entre 65 et 74 ans, sont de « jeunes » personnes âgées. Celles-ci se portent d'ailleurs plutôt bien et sont de plus en plus nombreuses à atteindre l'âge de 75 ans. Les personnes de 75 à 84 ans comptent quant à elles pour le tiers de la population âgée. Au sein de ce groupe, les personnes sont nombreuses à être confrontées à des pertes multiples incluant, surtout pour les femmes, la mort de leur conjoint. Enfin, le groupe des 85 ans et plus, composé d'une majorité de femmes, qui représente 10 % de la population âgée, est celui qui grossit le plus vite (figure 1).

FIGURE 1

Répartition de la population de 65 ans et plus selon le groupe d'âge, Québec, 2001

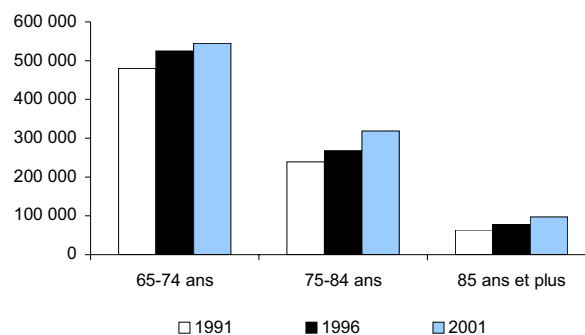


Source : Éco-Santé Québec 2002.

Dans l'ensemble, en 2001, on dénombre au Québec 1 777 772 aînés de plus qu'en 1991, soit un accroissement de 23 % ! La figure 2 montre l'augmentation des effectifs selon les tranches d'âge, entre 1991 et 2001, ce qui permet de voir que les 85 ans et plus connaissent de loin l'accroissement le plus marqué (53 % comparativement à 33 % et 14 % dans les tranches d'âge décroissantes). Si les personnes âgées sont donc de fait très nombreuses et que cette population va grossissant, il faut noter qu'une part importante de l'accroissement de ce groupe se fait dans la catégorie des très âgés.

FIGURE 2

Répartition de la population de 65 ans et plus, Québec, 1991, 1996, 2001 et taux d'accroissement selon le groupe d'âge, Québec, 1991, 2001



	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	Total
1991	479 814	239 332	63 412	782 558
2001	544 788	318 757	96 785	960 330
Aug. n	64 974	79 425	33 373	177 772
Aug. %	14 %	33 %	53 %	23 %

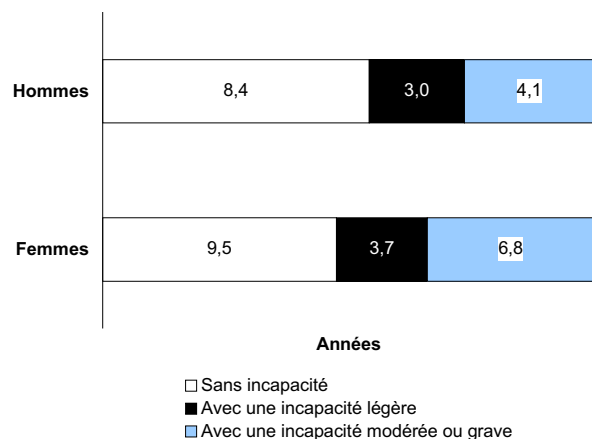
Source : Éco-Santé Québec 2002. Compilation INSPQ.

L'ESPÉRANCE DE VIE

Au Québec, comme dans nombre de pays industrialisés, les gens vivent de plus en plus vieux. Un Québécois ayant atteint l'âge de 65 ans en 1998 pouvait s'attendre à vivre encore 18 ans (20 ans pour les femmes et 16 ans pour les hommes), dont les deux tiers en relative bonne santé (ISQ, 2001a : 404) (figure 3).

FIGURE 3

Espérance de vie à 65 ans, selon le sexe et la sévérité de l'incapacité, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, 2001a : Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998, extrait du tableau 16.1 : 404.

Malgré le constat de la longévité actuelle des Québécois, force est de constater qu'ils sont néanmoins appelés à vivre, à compter de l'âge de 65 ans, le tiers du reste de leur vie avec une incapacité modérée ou grave (en moyenne sept ans pour les femmes et quatre ans pour les hommes). Aussi, l'un

des défis des prochaines décennies sera de réduire encore davantage la durée de la période de vie accompagnée d'incapacités, de sorte à continuer d'améliorer globalement la qualité de vie des aînés.

LES CONDITIONS DE VIE

Il est maintenant établi que les conditions de vie ont un effet sur l'état de santé. À ce chapitre, l'environnement tout comme les habitudes de vie des individus sont plus déterminants que le système de soins qui n'intervient souvent qu'après l'apparition d'un problème de santé (Pineault et Daveluy, 1995). Aussi, nous présenterons ici, de façon plus détaillée, quatre aspects de l'environnement social et économique des personnes âgées : leur état civil, leur lieu de résidence, leur situation financière et leur réseau social. Certaines conditions, comme le fait de vivre avec son conjoint, à son domicile, avec une situation financière satisfaisante et bien entouré de parents et amis ont un effet protecteur sur la santé. À l'inverse, les individus qui connaissent des conditions moins optimales peuvent être considérés comme plus vulnérables.

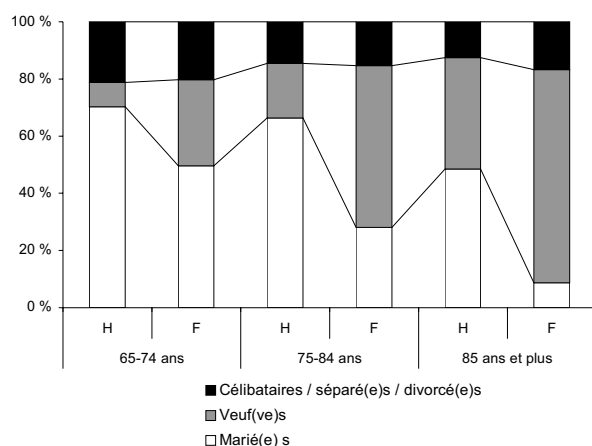
➤ Marié(e)s ou veuf(ve)s ?

Au sein de la génération actuelle de personnes âgées, on observe que plus de 80 % d'entre elles ont été mariées. Beaucoup le sont encore, mais l'état de veuvage progresse de façon importante parmi les 75 ans et plus. Ce changement de situation affecte surtout les femmes puisque les hommes décèdent en général plus jeunes qu'elles. Aussi, en 2001, la moitié (50 %) des personnes âgées se déclaraient mariées, mais près du tiers d'entre elles (32 %), dont

une grande majorité de femmes, se disaient veuves. Enfin, près de 20 % des personnes de 65 ans et plus se déclaraient célibataires, séparées ou divorcées (figure 4). Soulignons qu'on retrouve peu d'unions libres chez les 65 ans et plus et que ces unions se retrouvent surtout chez les hommes de 65-74 ans.

FIGURE 4

Répartition de la population de 65 ans et plus selon l'âge, le sexe et l'état matrimonial légal, Québec, 2001



	Célibataires / séparé(e)s / divorcé(e)s	Veuf(ve)s	Marié(e)s
65-74 ans			
Hommes	52 760	20 995	174 980
Femmes	60 465	89 975	148 000
75-84 ans			
Hommes	17 630	23 035	80 275
Femmes	30 200	111 735	55 305
85 ans et plus			
Hommes	3 190	9 980	12 410
Femmes	11 535	51 310	6 025

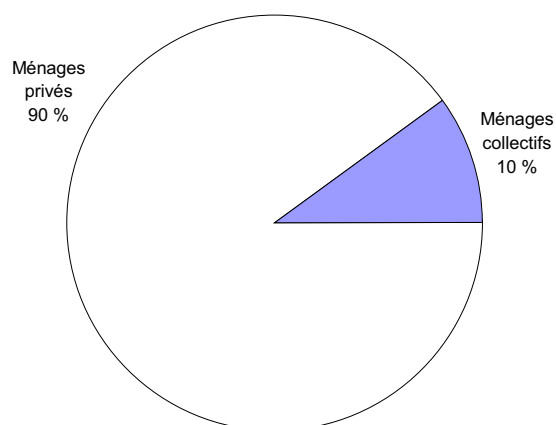
Source : Statistique Canada, recensement du Canada de 2001. Compilation INSPQ.

Vivre à son domicile ou en institution ?

En 2001, la très grande majorité des aînés (90 %) vivaient à la maison, c'est-à-dire en ménage privé. C'est d'ailleurs pour eux l'un des aspects importants de leur qualité de vie. Un certain pourcentage loge cependant en résidence privée avec services, mais il est actuellement impossible d'en établir le nombre avec certitude. En 2001, le Conseil des aînés estimait toutefois qu'entre 60 000 et 100 000 aînés habitaient dans ce type de résidence (Conseil des aînés, 2001 : 53). Les personnes qui ne demeuraient pas en ménages privés résidaient en ménages collectifs, principalement en institution de santé mais aussi, pour un petit nombre, en communauté religieuse, estimé pour le Québec à 12 200 personnes en 1996 (figure 5).

FIGURE 5

Répartition de la population de 65 ans et plus selon le type de ménage, Québec, 2001



Source : Site internet de l'Institut de la statistique du Québec, extrait du tableau sur la Situation domestique et familiale selon l'âge et le sexe, Québec, 2001.

Les aînés « plus jeunes » sont toutefois proportionnellement plus nombreux à demeurer en ménage privé, c'est-à-dire à domicile, que les plus âgés. En effet, le recensement de 2001 indique que 97 % des personnes de 65 à 74 ans habitent en ménage privé, alors que cette proportion baisse à 88 % dans le groupe des 75 à 84 ans et à 59 % chez les 85 ans et plus¹. En ce sens, ce sont les personnes les plus âgées qui sont les plus susceptibles d'être hébergées en institution de santé.

De plus, s'ils habitent majoritairement en ménage privé, les aînés sont plus susceptibles que la population plus jeune de vivre seuls. Ainsi, en 1996, 25 % des 65-74 ans et 39 % des 75 ans et plus demeuraient seuls comparativement à 11 % des 15-64 ans (INSPQ, 2001a : 39). Entre 1996 et 2001, la proportion de personnes âgées qui vit en ménage privé est demeurée stable, mais il y a eu une légère progression du nombre de personnes résidant seules. Cette progression s'est faite du côté des plus âgés (tableau 1).

¹ Tiré du tableau : Situation des particuliers dans la famille de recensement (6), groupes d'âge (17A) et sexe (3) pour la population dans les ménages privés, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, recensement de 2001 – Données-échantillon (20 %). Ottawa : Statistique Canada, 22 octobre 2002. Recensement du Canada de 2001. Numéro 95F0314XCB01004 au catalogue.

TABLEAU 1

Personnes en ménages privés vivant seules, selon le groupe d'âge, Québec, 1996, 2001

En 1996 :

- 782 239 personnes âgées vivaient en ménages privés (90 %)
- 234 053 d'entre elles vivaient seules (30 %) :
 - 125 948 avaient moins de 75 ans (54 %)
 - 108 105 avaient 75 ans et plus (46 %)

En 2001 :

- 865 240 personnes âgées vivaient en ménages privés (90 %)
- 269 285 d'entre elles vivaient seules (31 %) :
 - 135 845 avaient moins de 75 ans (50 %)
 - 133 440 avaient 75 ans et plus (50 %)

Sources : Éco-Santé Québec 2002. Compilation INSPQ.

Site internet de l'Institut de la statistique du Québec, extrait du tableau sur la Situation domestique et familiale selon l'âge et le sexe, Québec, 2001.

Avec quel niveau d'éducation ?

Les gens de 65 ans et plus sont moins scolarisés que la population plus jeune. La moitié d'entre eux ont moins de neuf années d'études à leur actif, l'équivalent d'un secondaire III dans le cursus scolaire actuel. Environ le tiers cumule entre 9 et 13 années d'études, tandis que 12 % ont atteint un niveau d'études postsecondaires et 5 % un niveau universitaire (INSPQ, 2001a : 184).

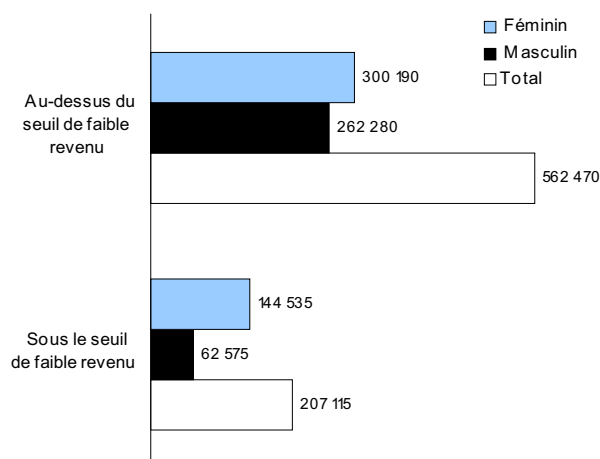
Avec quel revenu ?

Le Secrétariat aux aînés indique que la situation économique des Québécois de 65 ans et plus s'est sensiblement améliorée au cours des dernières décennies. Mais, en 1996, parmi les personnes âgées qui demeuraient dans les ménages privés, 27 %, soit

207 115 personnes, vivaient toujours sous le seuil du faible revenu (Statistique Canada, 1996) (figure 6).

FIGURE 6

Répartition de la population de 65 ans et plus selon le seuil de revenu et le sexe, Québec, 1996

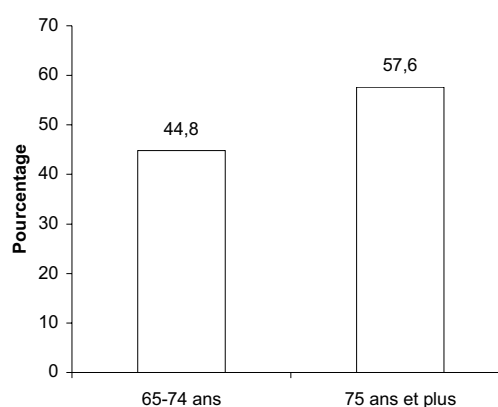


Source : Statistique Canada, recensement du Canada de 1996, Table : r03tableau.7.96.ivt – CO – 0442, Tableau 7 – Population dans les ménages privés.

Si le quart des personnes âgées vivent sous le seuil du faible revenu, la moitié d'entre elles bénéficiaient, en 1999, du programme de Supplément de revenu garanti (SRG), ce qui indique peut-être plus clairement la vulnérabilité économique d'une part importante des aînés québécois. De plus, 7 % d'entre eux reçoivent le montant maximal de la prestation. Les personnes de 75 ans et plus sont en outre proportionnellement plus nombreuses que les 65-74 ans à se qualifier pour ce programme de soutien financier (figure 7).

FIGURE 7

Proportion de la population de 65 ans et plus qui reçoit le Supplément de revenu garanti (SRG) du gouvernement fédéral, Québec, 1999



Source : INSPQ, 2001a : 200.

Au chapitre du revenu, la situation des femmes est dans l'ensemble moins enviable que celle des hommes. Elles se retrouvent plus nombreuses sous le seuil du faible revenu et proportionnellement plus nombreuses à avoir droit au SRG, soit 55 % comparativement à 43 % pour les hommes. Chez les 80 ans et plus, l'accès au SRG passe à 70 % pour les femmes comparativement à 52 % pour les hommes (INSPQ, 2001a : 200). D'ailleurs, chez les aînés comme dans la population en général, on note un écart de revenu entre les sexes. Le revenu moyen d'une personne de 65 ans et plus s'établissait en 1996 pour une femme à 15 046 \$ et pour un homme à 23 490 \$. L'écart de revenu entre les sexes est de 9 905 \$ chez les 65-74 ans, mais il se réduit toutefois à 3 317 \$ chez les 85 ans et plus (Conseil du statut de la femme, 1999 : 26). Si cet écart se réduit, il n'en demeure pas moins réel. Ainsi, malgré une

amélioration de la situation au cours des dernières décennies, la vulnérabilité économique fait encore partie de la réalité des aînés, particulièrement pour les femmes. Nées avant et au cours de la Première Guerre mondiale, on peut supposer que ces femmes n'ont pu participer que modestement à l'activité économique rémunérée et qu'elles figurent maintenant parmi les personnes les plus pauvres de la société.

Le réseau social

La génération actuelle de personnes âgées a, dans l'ensemble, une vie familiale, sociale et spirituelle bien ancrée. Cette « richesse » sociale va contribuer à soutenir bon nombre d'aînés dans les situations de vie difficiles. L'*Enquête sociale générale de 1995* indique que les trois-quarts des femmes et environ les deux tiers des hommes de 65 ans et plus ont des enfants et des petits-enfants, ce qui indique l'existence d'un réseau familial (ISQ, 2001b : 97). En outre, étant généralement issues de familles nombreuses, les personnes de 65 ans et plus peuvent compter en moyenne sur plus de trois frères et sœurs survivants (tableau 2).

TABEAU 2

Réseau social des personnes âgées de 65 ans et plus selon la présence du conjoint et d'enfants survivants, Québec, 1996

Personnes âgées vivant :	Avec conjoint	Sans conjoint et avec enfants survivants	Sans conjoint ni enfant survivant
Nombre moyen d'enfants survivants	3,6	3,8	--
Nombre moyen de frères et sœurs survivants	3,9	3,3	3,1
Nombre moyen de personnes apparentées proches	4,0	2,4	2,6
Nombre moyen d'amis proches	4,3	3,1	3,3
Taille moyenne du réseau	16,8*	12,7	9,0

* Incluant le conjoint.

Tiré et adapté de Martel et Légaré, 2001 : 96, 102 et 106 (tableaux 3, 9 et 13).

Dans l'ensemble, ces chiffres témoignent de la vitalité du réseau social de la génération actuelle de personnes âgées. Ce réseau, composé en moyenne de 17 personnes pour celles qui vivent avec leur conjoint et qui ont des enfants survivants, ne comporte toutefois que neuf personnes pour celles qui sont sans conjoint ni enfant survivant. En plus de contribuer au maintien social des personnes âgées, ce réseau constitue le creuset du soutien qui sera dispensé en aide et en soins lorsque l'état de santé commencera à chanceler. La qualité du réseau social semble être reconnue par les personnes âgées elles-mêmes puisque seulement 8 % d'entre elles, dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* (ISQ, 2000), se disaient insatisfaites de leur vie sociale.

LES DIFFÉRENTS ASPECTS DE LA SANTÉ

Les habitudes de vie

Dans l'ensemble, les personnes de 65 ans et plus ont un mode de vie sain : elles fument moins et consomment moins d'alcool et de drogues que la population plus jeune (INSPQ, 2001a : 206, 208, ISQ, 2001b : 129). La grande majorité d'entre elles, soit 90 %, estiment avoir de bonnes ou de très bonnes habitudes alimentaires (ISQ, 2000 : 153). Mangent-elles aussi bien qu'elles le disent ? Les grandes enquêtes sur la santé fournissent encore peu d'indication à cet effet. On sait toutefois que les aînés mangent seuls dans une proportion plus élevée que les gens plus jeunes (30 % comparativement à 14 % et à 17 % dans les tranches d'âge décroissantes), cette réalité touchant 40 % des femmes et 18 % des hommes de 65 ans et plus (ISQ, 2000 : 158).

En outre, les personnes âgées, comme la population en général, font dans l'ensemble moins d'activité physique en 1998 qu'en 1987 (ISQ, 2000). On constate aussi, toujours selon une tendance québécoise, qu'elles sont proportionnellement plus nombreuses à présenter un excès de poids en 1998 qu'en 1987. Bien que plusieurs auteurs soient d'avis

qu'à cet âge l'excès de poids représente un moins grand risque pour la santé que chez les plus jeunes, il faut néanmoins considérer que l'excès de poids est associé à l'apparition de différents problèmes de santé, dont les maladies cardiovasculaires, le diabète (de type 2), certains cancers, l'hypertension et l'arthrite (Association pour la santé publique du Québec, 2002).

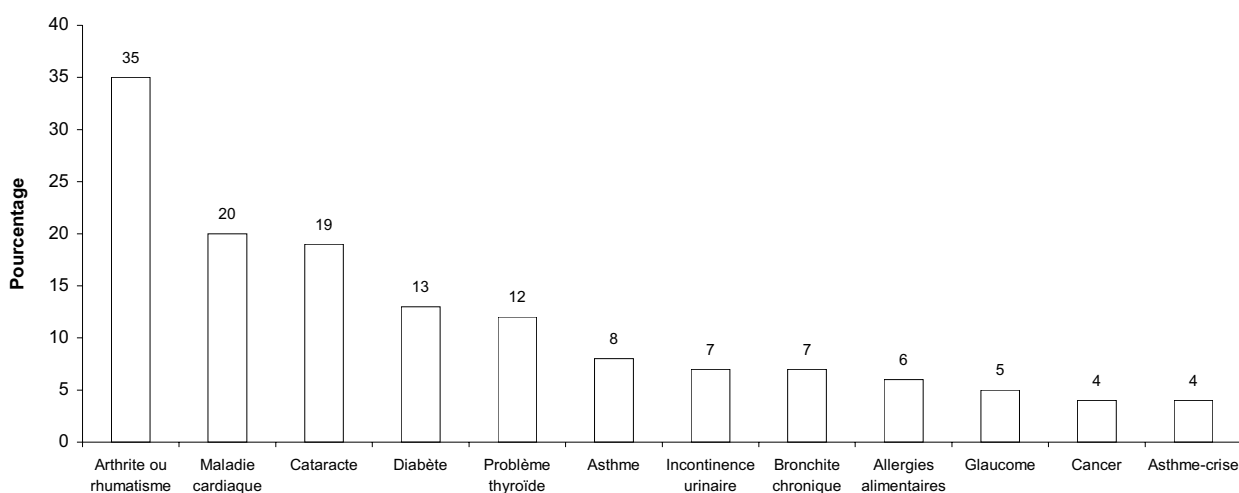
Enfin, soulignons que les personnes de 65 ans et plus sont deux fois plus nombreuses que les plus jeunes à se percevoir en moyenne ou en mauvaise santé (23 % comparativement à 13 % chez les 45-64 ans et à 7 % chez les 25-44 ans) (INSPQ, 2001a : 290). Leur perception de leur état de santé tend malgré tout à s'améliorer puisqu'en 1998 une moins grande proportion de personnes âgées se perçoit en moyenne ou mauvaise santé qu'en 1987 (ISQ, 2000).

Les problèmes de santé

Les problèmes de santé le plus fréquemment observés chez les personnes de 65 ans et plus sont de nature chronique. La figure 8 présente, quant à elle, les problèmes de santé qui sont le plus souvent déclarés par les personnes âgées elles-mêmes. Une même personne peut en cumuler plusieurs.

FIGURE 8

Principaux problèmes de santé déclarés par les personnes de 65 ans et plus, Québec, 2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001. Compilation INSPQ.

Parmi ces problèmes de santé, certains sont préoccupants en raison de leur augmentation dans la population âgée. Il en va ainsi du diabète, dont plusieurs enquêtes et experts soulignent qu'il est en progression au sein de la population âgée. Or, le diabète est un problème de santé systémique pouvant avoir des conséquences graves s'il n'est pas traité. Il augmente le risque de maladies cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux, de cécité, de troubles rénaux, d'incapacité et de mortalité (Statistique Canada, 1999 : 66). Devant la gravité de ses conséquences et la progression du problème au sein de la population âgée, nul doute que l'intensification des efforts de dépistage et de

traitement du problème pourraient contribuer à limiter les conséquences de cette maladie.

Au-delà des problèmes de santé et des troubles chroniques les plus fréquents, les troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer et autres formes de démence) figurent parmi les problèmes des personnes âgées qui préoccupent le plus les intervenants, les experts et les familles. En effet, si on s'inquiète de savoir qu'un proche âgé souffre d'hypertension ou de problèmes cardiaques, l'appréhension que suscitent les comportements d'une personne qui présente des signes de confusion est souvent très vive. Considérant que ces troubles sont beaucoup plus répandus chez les personnes très âgées (33 % des 85

ans et plus comparativement à 11 % chez les 75-84 et à 2 % chez les 65-74 ans, d'après la Société Alzheimer Canada), plusieurs experts croient que la prise en charge des démences sera le principal défi des prochaines années, avec l'accroissement déjà amorcé de la population très âgée. Mais, dans quelle mesure ces troubles cognitifs sont-ils actuellement répandus parmi les aînés ?

La Société Alzheimer Canada estime qu'en 2001 :

85 050 des aînés québécois étaient atteints de démence, dont :

- 55 580 de la maladie d'Alzheimer ;
- 29 470 des autres démences ;

Source : Site internet de la Société Alzheimer.

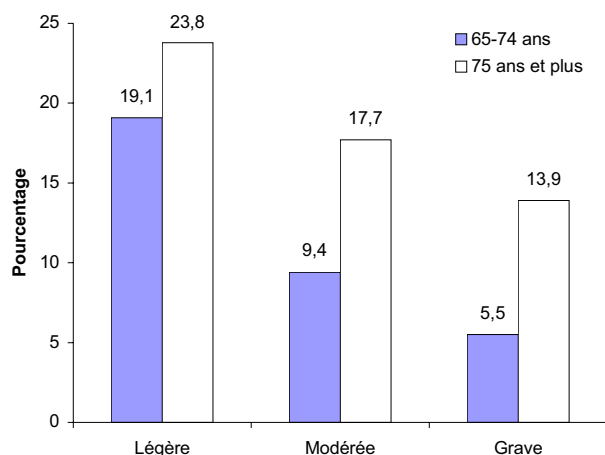
D'après la Société Alzheimer Canada, la moitié des personnes atteintes de démence vit dans la collectivité tandis que l'autre moitié vit en établissements spécialisés. D'après des spécialistes de la question géro-nto-gériatrique, réunis en 2000 par le Conseil des aînés, l'hébergement demeurera d'ailleurs le principal coût de la démence. On souligne aussi la détresse des aidants, essentiellement des femmes (Conseil des aînés, 2001 : 107). Ces deux aspects, l'un financier et l'autre social, figurent ainsi comme jalons de la réflexion amorcée autour de ce phénomène, appelé à s'amplifier au même rythme que s'accroît la population âgée et surtout très âgée.

Présence d'incapacités

Les problèmes de santé peuvent entraîner différentes incapacités, liées par exemple à l'audition, à la vision ou encore à la mobilité. Ces incapacités peuvent à leur tour entraîner une restriction des activités. Plus les incapacités sont graves et nombreuses plus elles risquent d'entraîner une restriction d'activités et, à la limite, la dépendance envers les autres. En 1998, 42 % des aînés, soit 340 000 personnes, disaient présenter une incapacité. Pour la moitié d'entre elles, l'incapacité identifiée était légère mais pour l'autre moitié elle était modérée ou grave (ISQ, 2001a : 80) (figure 9). Près des deux tiers des aînés qui déclarent des incapacités en cumulent deux ou plus (ISQ, 2001a : 101). Les incapacités les plus répandues chez les personnes de 65 ans et plus sont associées à la mobilité (29 %), à l'agilité (25 %), à l'audition (14 %) aux activités intellectuelles et à la santé mentale (8 %) (ISQ, 2001a : 100).

FIGURE 9

Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité et le groupe d'âge, 1998



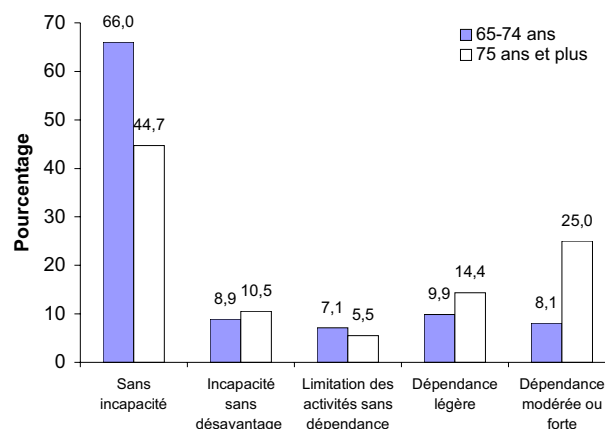
Source : Institut de la statistique du Québec, 2001a : Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998, extrait du tableau 2.3 : 80.

L'Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998 (ISQ, 2001a) indique que la proportion de personnes modérément et fortement dépendantes augmente avec la gravité ainsi qu'avec le nombre d'incapacités (ISQ, 2001a : 130) (figure 10). Elle précise que 8 % des 65-74 ans et 25 % des 75 ans et plus présentent une dépendance modérée ou forte (ISQ, 2001a : 128). Les personnes qui présentent une dépendance forte sont celles qui ont besoin des autres pour se déplacer dans la maison ou pour leurs soins personnels : se laver, faire leur toilette, s'habiller ou manger. Celles qui présentent une dépendance modérée peuvent faire les activités précédemment énumérées, mais ont besoin d'aide pour les sorties, l'exécution des tâches ménagères quotidiennes (le

ménage et l'époussetage) ou pour la préparation des repas (ISQ, 2001a : 124).

FIGURE 10

Répartition de la population de 65 ans et plus selon le niveau de désavantage lié à l'incapacité et le groupe d'âge, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, 2001a : Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998, extrait du tableau 4.3 : 128.

En parallèle de cet aperçu des incapacités, de leur nature et de leurs conséquences, l'Enquête sociale et de santé 1998 (ISQ, 2000) établit, quant à elle, le pourcentage de personnes limitées à long terme dans leurs activités en raison d'un problème de santé. Selon cette enquête, 20 % des 65-74 ans et 27 % des 75 ans et plus vivant dans la communauté déclarent, en 1998, être limités à long terme dans leurs activités en raison d'un problème de santé (comparativement à 14 % des 45-64 ans et 7 % des 25-44 ans) (ISQ, 2000 : 375).

Quelles sont les causes des limitations d'activités à long terme ? Selon l'*Enquête sociale et de santé 1998* (ISQ, 2000), les problèmes ostéo-articulaires sont, pour la population en général, la plus importante cause des limitations à long terme dans les activités (27 % du total), suivie par les problèmes cardiovasculaires (14 %). De plus, 18 % des limitations à long terme sont d'origine accidentelle (ISQ, 2000 : 379). Chez les aînés, les chutes sont la principale cause d'accidents avec blessures. Celles-ci se produisent la plupart du temps à l'extérieur du domicile pour les personnes de moins de 75 ans mais à l'intérieur de la maison pour les 75 ans et plus (ISQ, 2000 : 323). Or, les conséquences des chutes peuvent être très graves. L'*Enquête sur l'évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999* indique que les personnes très âgées connaissent le plus haut taux de décès par chute non intentionnelle. On y précise que, pour 1997-1998, le nombre annuel moyen de décès associés aux chutes grimpe avec l'âge. Sur une base de 100 000 personnes, on compte 18 cas chez les 25-44 ans, 40 cas chez les 45-64 ans mais 175 cas chez les 75-84 ans et 305 cas chez les 85 ans et plus (INSPQ, 2001b : 145, 149). Or, les chutes sont des événements évitables. On comprend donc l'importance de sensibiliser les individus et les familles aux risques graves que représentent les

chutes pour les aînés. Également, ce phénomène préoccupant demande que des efforts soient consentis par la collectivité, notamment pour rendre les lieux publics et privés les plus sécuritaires possibles pour les personnes âgées.

L'aide reçue

Lorsqu'une personne présente des limitations d'activités à long terme en raison de problèmes de santé, l'aide et le soutien des autres s'avèrent déterminants pour amenuiser les conséquences de la perte d'autonomie. À cet égard, la contribution des familles, et notamment des femmes, est considérable pour le maintien des aînés dans la communauté. Les aidantes sont d'ailleurs elles-mêmes à risque de développer des problèmes de santé en raison de l'épuisement physique et psychologique auquel les accule la charge dont elles s'investissent et qui souvent leur échoit de façon naturelle, par la force des choses. Une récente étude démographique (Martel et Légaré, 2001) permet de dégager un portrait de la provenance de l'aide reçue par les aînés présentant un problème de santé de longue durée, selon la présence du conjoint et d'enfants survivants (figure 11).

TABLEAU 3

Fournisseurs de soins des personnes âgées de 65 ans et plus présentant un problème de santé de longue durée selon la présence du conjoint et d'enfants survivants, Québec, 1996

	Réseau formel	Conjoint (e)	Enfants	Filles	Fils	Famille	Amis et voisins
Hommes vivant avec conjointe	23,6	46,6	14,4			6,1	9,3
Femmes vivant avec conjoint	40,7	33,0	22,4			3,3	
Veuf(ve)s avec enfants	33,8			37,1	14,1	10,1	4,9
Divorcé(é)s / séparé(e)s avec enfants	35,0			13,8	32,4		10,6
Hommes sans conjointe ni enfant	30,7					58,9	
Femmes sans conjoint ni enfant	66,5					23,6	

Source : Tiré et adapté de Martel et Légaré, 2001 : 97, 104 et 108 (tableaux 5, 11 et 15).

L'étude de Martel et Légaré indique que le réseau de soutien informel des personnes âgées (parents, enfants, amis) est limité puisqu'en moyenne moins de deux personnes du réseau social des aînés en perte d'autonomie deviennent concrètement des fournisseurs de soins. La composition de ce réseau, de même que le recours à l'aide formelle (intervenants du secteur public et communautaire), varient selon la présence du conjoint et ou d'enfants survivants. Pour les hommes vivant avec leur conjointe, de même que pour les personnes veuves qui ont des enfants survivants, l'entourage dispense la majeure partie des soins. Les intervenants des services publics et communautaires dispenseront quant à eux la majeure des soins dans le cas 1) des femmes sans conjoint ni enfant survivant, 2) des personnes divorcées ayant des enfants survivants et 3) des femmes vivant en couple. Pour expliquer ce dernier résultat, les auteurs indiquent que les femmes marient généralement des hommes plus vieux qu'elles et qui ont de bonnes chances d'être en moins bonne santé, ce qui les prive éventuellement de pouvoir venir en aide à leur conjointe. D'autre

part, la division sexuelle du travail domestique, plus forte dans les générations actuellement âgées et très âgées, suggère que nombre d'hommes ne peuvent aider leur conjointe puisqu'ils n'ont jamais appris à investir la sphère privée, le travail domestique et l'assistance aux proches.

De façon générale, le recensement de 1996 indique que 900 000 adultes, dont 140 000 personnes âgées, ont prodigué sans rémunération de l'aide ou des soins aux personnes âgées en 1996 (INSPQ, 2001a : 282). *L'Enquête sociale et de santé 1998* (ISQ, 2000) montre par ailleurs que 84 % des personnes âgées présentent un indice de soutien social² élevé (ISQ, 2000 : 504), soit une proportion similaire à celle observée chez les jeunes mais supérieure à celle observée dans le reste de la population (84 % et 85 % vs 78 % dans le reste de la population).

² « Cet indice couvre trois dimensions conceptuelles distinctes, soit : la participation ou l'intégration sociale, la satisfaction quant aux rapports sociaux et la taille du réseau de soutien » (Julien et coll. (2000) in ISQ, 2001b : 136).

Les services de longue durée

Au chapitre des soins offerts par le réseau de la santé du Québec, le MSSS estime qu'une personne âgée sur six (soit environ 160 000 personnes) reçoit des soins ou de l'aide à domicile par le biais d'un établissement public (ISQ, 2001b : 154). Aussi, 25 000 aînés en perte d'autonomie vivant à domicile fréquentent chaque jour les services externes des CHSLD, soit les centres de jour (125 au Québec), qui offrent des services de réadaptation, de convalescence et de répit dépannage ou encore les hôpitaux de jour (une vingtaine au Québec). Quant aux 143 CHSLD du Québec, ceux-ci accueillent près de 40 000 aînés, dont près de la moitié (44 %) ont 85 ans et plus (ISQ, 2001b : 153).

La prise de médicaments

Entre 1987 et 1998, la consommation de médicaments a beaucoup augmenté au Québec, en raison notamment du développement et de la mise en marché de plusieurs nouveaux produits et traitements. Le nombre de personnes qui consomment plus de trois médicaments distincts en deux jours a plus que doublé, passant de 8 % à 17 %. Cette hausse de la prise de médicaments touche fortement les aînés. En effet, pour cette même période, la consommation de médicaments chez les 65 ans et plus est passée de 29 % à 52 % (ISQ, 2000 : 448). Si on ne conteste pas les effets bénéfiques des nouveaux produits, il faut néanmoins souligner que le recours à plusieurs médicaments augmente le risque d'interactions et d'effets indésirables (ISQ, 2000 : 456). Aussi, la présence de ce risque requiert-elle une certaine vigilance pour

que soit maintenu l'état de bien-être global de la personne.

La santé mentale

D'après l'*Enquête sociale et de santé 1998* (ISQ, 2000), 11 % des personnes de 65 ans et plus présentent un indice élevé de détresse psychologique, soit une proportion deux fois plus faible que dans l'ensemble de la population (ISQ, 2000 : 339). Mais, selon les chercheurs, l'état dépressif est sous-déclaré dans les grandes enquêtes par les personnes âgées, ce qui empêche d'apprécier la réelle ampleur du problème. Aussi, une récente étude québécoise (Préville et al., 2001) s'est intéressée spécifiquement à la santé mentale des personnes âgées affectées d'une limitation fonctionnelle importante mais ne présentant pas de problèmes cognitifs. Les résultats montrent que, parmi les 664 sujets de l'étude, près de la moitié, soit 48 % de ceux qui habitent à domicile et 34 % de ceux qui sont hébergés en institution, affichent un niveau sévère de détresse psychologique. Ces résultats sont pour le moins préoccupants. La détresse psychologique détectée est associée à l'état d'incapacité relative dans lequel se trouve la personne âgée et surtout à un faible soutien social. Ces résultats confirment ainsi que le manque de soutien social contribue pour beaucoup à la dépression des personnes âgées vulnérables.

D'autres problèmes moins traités sont les troubles de la communication, tels les problèmes d'audition, de vision ou encore les problèmes d'expression découlant de la survenue d'un accident vasculaire cérébral (AVC) et de la présence d'une aphasie. Dans certains cas, comme pour la surdité, ce problème

étant non-visible, et souvent non-diagnostiqué chez les personnes d'un âge avancé, il tend à rendre la communication, l'interaction et la participation sociale plus difficiles, comme l'ont montré plusieurs recherches s'intéressant aux conséquences psychosociales des problèmes de communication (Gilhorne, 1980 ; Hallberg et Carlsson, 1991). Ces problèmes peuvent notamment amener les individus à éviter la conversation et, conséquemment, à s'isoler. Ils peuvent en outre contribuer à la stigmatisation des individus car leurs symptômes peuvent être confondus avec des problèmes de comportement ou encore avec des troubles cognitifs (Hétu, 1986 ; Hétu, 1996). Les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (ISQ, 2000) indiquent que la prévalence d'une perte auditive augmente avec l'âge et qu'elle est plus marquée chez les hommes que chez les femmes, affectant plus du tiers de la population masculine de 75 ans et plus (ISQ, 2000 : 299). La même enquête souligne également que seulement la moitié des personnes qui déclarent avoir de la difficulté à entendre ont déjà consulté un professionnel de la santé pour ce problème (ISQ, 2000 : 633).

🌀 *La fin de la vie : les causes de décès des Québécois âgés*

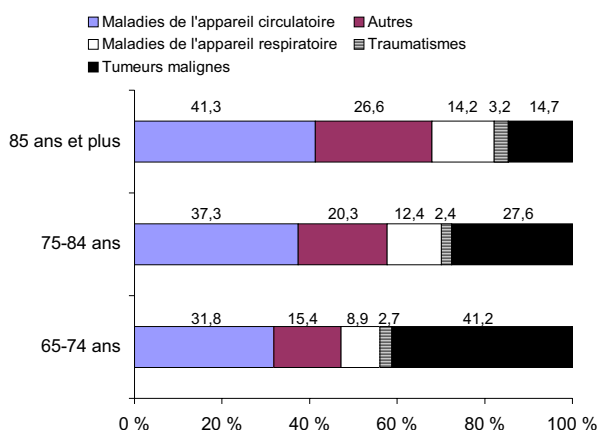
Un portrait de l'état de santé des personnes âgées serait incomplet sans les causes de leur décès. En effet, alors qu'au début du siècle la mortalité était surtout infantile, elle est maintenant concentrée au sein du groupe des plus âgés. Certains auteurs

parlent « d'inversion » de la mortalité³. Ainsi, au XXI^e siècle, la réalité du décès est étroitement associée à ce cycle de la vie que sont les 3^e et 4^e âges. Dans certains cas, le décès est précoce, frappant parmi les 65-74 ans. Dans d'autres cas, et maintenant de façon de plus en plus fréquente, seulement à un âge très avancé. Mais que savons-nous de ce qui entraîne le décès chez les personnes âgées? Il est établi que les adultes meurent majoritairement à la suite d'une maladie chronique. Chez les 45 ans et plus, les cancers et les maladies cardiovasculaires expliquent 75 % des décès (ISQ, 2001b). Tel que le montre la figure 12, certaines causes de décès sont plus répandues dans certaines tranches d'âge. Ainsi, les tumeurs malignes sont la première cause de décès parmi les personnes de 65 à 74 ans. À partir de 75 ans, cette cause de décès devient moins fréquente. Les maladies de l'appareil circulatoire la supplantent progressivement comme première cause de décès, et de façon encore plus marquée après l'âge de 85 ans. De même, le poids des maladies respiratoires comme cause de décès augmente avec l'âge.

³ D'après l'anthropologue Renaud Santerre, « Si l'on veut caractériser d'un mot la véritable révolution qu'a connue la mort québécoise dans ses formes du dernier siècle, il suffit de souligner que « d'infantile » elle est devenue « sénile » (Santerre, R. (1988). Mourir au Québec hier et aujourd'hui. *Frontières*, 1 (1) in Larouche, J.-M. (1991). La mort et le mourir d'hier à aujourd'hui. *Religiologiques. Sciences humaines et religion*, 4 : 1-44).

FIGURE 12

Répartition des décès selon la cause chez les personnes âgées de 65 ans et plus, Québec, 1999



Source : MSSS, Fichier des décès. Calculs de Clermont Bouchard.

CONCLUSION

Au Québec, comme dans d'autres pays industrialisés, il est possible de vivre jusqu'à un âge avancé, et même très avancé. Les gens retraités peuvent espérer vivre encore dix-huit années supplémentaires, dont la majeure partie en bonne santé et au sein de la collectivité. Cette longévité, bien qu'elle soit plus souvent accompagnée d'incapacités et d'inconforts, se présente comme un acquis résultant de l'amélioration des conditions de vie et de santé des dernières décennies. Mais l'allongement de la vie entraîne aussi une période plus longue d'incertitude, avec des besoins variables et en constante évolution. S'il faut, d'un point de vue pragmatique, se préoccuper de la prise en charge des problèmes

particuliers associés aux 3^e et 4^e âges, il faut également soulever la question du sens que pose pour une société le fait d'être confronté à son vieillissement accéléré. Et, si les individus ont leur propre cheminement à faire pour composer avec leur âge et les rôles sociaux qui y sont associés, la collectivité doit quant à elle se responsabiliser en opérant un travail constant de recadrage du rôle et de la place de l'individu âgé au sein de la collectivité. C'est au prix de cet effort et d'un réajustement continus des rôles relatifs des générations qu'un équilibre pourra être dégagé et maintenu, permettant aux aînés de vivre et de vieillir dans la dignité.

FAITS SAILLANTS

Demographie

- En 2003, le Québec compte près d'un million de personnes âgées.
- La population des 85 ans et plus est celle qui augmente le plus rapidement.
- La majorité des personnes très âgées sont des femmes.

Conditions de vie

- 90 % des aînés vivent en ménages privés.
- Le tiers des personnes âgées vivent seules.
- Un faible pourcentage se trouve en institution.
- 27 % des aînés qui vivent dans la communauté se situent sous le seuil de faible revenu.
- Le réseau social des aînés compte de neuf à 17 personnes.

Santé

- Les personnes de 65 ans et plus ont de bonnes habitudes de vie.
- Elles font cependant moins d'activité physique qu'en 1987.
- Près du tiers présentent un excès de poids.
- Les Québécois connaissent une période de vie avec incapacité plus longue.
- Ils sont surtout affectés par les maladies chroniques.
- Près de 80 % des personnes âgées ne présentent pas d'incapacité modérée ou grave.

Soutien

- L'aide apportée par le réseau informel provient de moins de deux personnes.
- Le réseau formel est le premier dispensateur de soins pour les femmes avec conjoint, les personnes divorcées et les femmes sans conjoint ni enfant survivant.

Santé mentale

- Les personnes âgées présentent moins de symptômes de détresse psychologique que le reste de la population, sauf celles qui ont des limitations fonctionnelles.

UN PORTRAIT DE LA SANTÉ DES QUÉBÉCOIS DE 65 ANS ET PLUS

Auteure

Chantal Lefebvre, Institut national de santé publique du Québec

Sous la coordination de

Danielle St-Laurent, Institut national de santé publique du Québec

Mise en page

Line Mailloux, Institut national de santé publique du Québec

Avec la collaboration de

Jean-Pierre Courteau, Direction de santé publique de l'Outaouais

Richard Grignon, MSSS

Céline Gosselin, Direction de santé publique de Montréal-Centre

Denis Hamel, Institut national de santé publique du Québec

Remerciements

Michèle Dupont, Institut national de santé publique du Québec

Christine Brassard, Université de Montréal

Marc Ferland, Institut national de santé publique du Québec

Laurent Martel, Statistique Canada

Michel Prévile, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Robert Choinière, Institut national de santé publique du Québec

Élizabeth Cadieux, Direction de santé publique de Lanaudière
 Paule Lebel, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
 Jean-Pierre Lavoie, Direction de santé publique Montréal-Centre
 Natacha Joubert, Institut national de santé publique du Québec
 Line Mongeau, Institut national de santé publique du Québec
 Yvonne Robitaille, Direction de santé publique de Montréal-Centre
 Francine Ducharme, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
 Jean-François Labadie, CLSC Bordeaux-Cartierville

BIBLIOGRAPHIE

Association pour la santé publique du Québec (juin 2002).
 Éléments de connaissances. Document d'appui aux travaux du Groupe de travail provincial sur la problématique du poids. Montréal : ASPQ, 117 p.

Conseil des aînés (2001). La réalité des aînés québécois, 2^e édition. Ste-Foy : Les publications du Québec, 217 p.

Conseil du statut de la femme (1999). Des nouvelles d'elles. Les femmes âgées du Québec. Document d'information sur les Québécoises de 65 ans et plus. Québec : Conseil du statut de la femme, 56 p.

Conseil du statut de la femme (1999). Des nouvelles d'elles. Les femmes âgées du Québec. Document annexe d'informations statistiques sur les Québécoises de 65 ans et plus. En ligne. Consulté en janvier 2003
<http://www.csf.gouv.qc.ca/telechargement/publications/DesNouvellesDEllesFemmesAgeesTableaux.pdf>

Duchesne, Louis (2002). La situation démographique au Québec. Bilan 2002. La migration interrégionale au Québec au cours des périodes 1991-1996 et 1996-2001. Québec : Institut de la statistique du Québec (Collection démographie), 126 p. et annexes.

Fichier de microdonnées à grande diffusion, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 1.1 (2000-2001), Statistique Canada

Francoeur, L. et Bourbonnais, A. (2002). Les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile. L'infirmière du Québec, mars-avril 2002 : 40-44.

Gilhome, H. K. (1980). Psychosocial Consequences of Disorders of Hearing in the Elderly. In R. Hinchcliffe(Ed.), *Medecine in old-age - Hearing and Balance*, (pp. 174-200). Edimburgh : Churchill Livingstone.

Gouvernement du Québec (2002). Éco-Santé Québec 2002, CD-ROM. Données statistiques pour l'analyse du système de santé du Québec et de ses 18 régions sociosanitaires. Québec : Gouvernement du Québec.

Hallberg, L.R.-M. et S.G. Carlsson (1991). Hearing impairment, coping and perceived hearing handicap in middle-aged subjects with acquired hearing loss. *British Journal of Audiology*, 25 : 255-261.

Héту, R. (1986). Le vieillissement normal de l'audition : caractéristiques et conséquences. In *Actes du Sommet québécois sur la déficience auditive* (pp. 138-162). Montréal.

Héту, R. (1996). The stigma attached to hearing impairment. *Scandinavian Audiology*, Suppl. 43 : 12-24.

Institut de la statistique du Québec (2000). Enquête sociale et de santé 1998. Québec : Gouvernement du Québec (Collection la santé et le bien-être), 642 p. et annexes.

Institut de la statistique du Québec (2001a). Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998. Ste-Foy : Institut de la statistique du Québec (Collection la santé et le bien-être), 440 p. et annexes.

Institut de la statistique du Québec (2003). Perspectives démographiques du Québec 1996-2041. Édition 2000.

Institut de la statistique du Québec (2001b). Portrait social du Québec. Données et analyses. Édition 2001. Québec : Gouvernement du Québec (Collection les conditions de vie), 629 p.

Institut national de santé publique du Québec (2001a). Portrait de santé - Le Québec et ses régions. Édition 2001. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 432 p.

Institut national de santé publique du Québec (2001b). Enquête sur l'évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 271 p. et annexes.

Lacourse, M.-T. (1998). Sociologie de la santé. Montréal : Chenelière / McGraw-Hill (Collection du rétiaire), 254 p.

Lavoie, J.-P. (1998). Les aidantes naturelles : Que représentent-elles pour l'État ? Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Rapport synthèse, 4 p.

Larouche, J.-M. (1991). La mort et le mourir d'hier à aujourd'hui. Religiologiques. Sciences humaines et religion, 4 : 1-44. En ligne. Consulté en février 2003. <http://www.unites.uqam.ca/religiologiques/no4/index.html>

Levasseur, Madeleine (1983). Des problèmes prioritaires. La maladie selon les âges de la vie. Québec : Conseil des affaires sociales et de la famille (Collection la santé des Québécois), 189 p.

Martel, L. et J. Légaré (2001). Avec ou sans famille proche à la vieillesse : une description du réseau de soutien informel des personnes âgées, selon la présence du conjoint et des enfants. Cahiers québécois de démographie, 30 (1) : 89-114.

Pineault, R. et C. Daveluy (1995). La planification de la santé. Concepts – méthodes – stratégies. Montréal : Éditions Nouvelles, 480 p.

Préville, M., Hébert, R., Bravo, G. et R. Boyer (2001). Predisposing and Facilitating Factors of Severe Psychological Distress among Grail Elderly Adults. Canadian Journal on Aging / La revue canadienne du vieillissement, 21 (2) : 195-204.

Recensement de la population, 1996, Statistique Canada

Recensement de la population, 2001, Statistique Canada

Site internet de la Société Alzheimer Canada. Consulté en mars 2003. <http://www.alzheimer.ca/french/disease/stats-people.htm>

Site internet de l'Association des CLSC-CHSLD du Québec. Consulté en décembre 2002. <http://www.clsc-chsld.qc.ca/membres/chsld.htm>

Site internet du ministère de la Famille et de l'Enfance, Secrétariat aux aînés. Consulté en janvier 2003. http://www.famille-enfance.gouv.qc.ca/aîne/aines/aines_revenu.asp

Site internet du ministère de la Santé et des Services sociaux. Consulté en janvier 2003. <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/index.htm>

Site internet de l'Institut de la statistique du Québec. Consulté en mars 2003. <http://www.stat.gouv.qc.ca/>

Site internet de Statistique Canada. Consulté en mars-avril 2003. <http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/themes/index.cfm>

Statistique Canada (hiver 1999). Rapports sur la santé. La santé de la population canadienne, numéro spécial. Vol. 11, no 3 (N° 82-003-XPB au catalogue).

Ce document a été réalisé pour la Table de concertation nationale en surveillance, grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

UN PORTRAIT DE LA SANTÉ DES QUÉBÉCOIS DE 65 ANS ET PLUS

Auteure :

Chantal Lefebvre, agente de recherche
Unité Connaissance-surveillance
Institut national de santé publique du Québec



- Institut national de santé publique
- Ministère de la Santé et des Services sociaux

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca>
ainsi que sur celui du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec :
<http://www.msss.gouv.qc.ca>

Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.
Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)

Cote : INSPQ-2003-020

Dépôt légal – 2^e trimestre 2003

Bibliothèque Nationale du Québec

Bibliothèque Nationale du Canada

ISBN 2-550-40882-9

© Institut national de santé publique du Québec (2003)