



Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec

VIEILLISSEMENT ET SANTÉ

Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec

VIEILLISSEMENT ET SANTÉ

Octobre 2013

SOUS LA COORDINATION DE

Carole Blanchet, Institut national de santé publique du Québec

AUTEURS (par ordre alphabétique)

Nicole April, Carole Blanchet, Denis Hamel, Patricia Lamontagne, Benoit Lasnier, Bertrand Nolin, Mathieu D. Philibert, Émilie Raymond, Sébastien Tessier, André Tourigny, Institut national de santé publique du Québec

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Denis Hamel, Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Josée Morisset, Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES DU COMITÉ DE LECTURE

Claude Bégin, Direction de santé publique et d'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Lise Cardinal, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale; Département de santé publique du CHUQ et Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine de l'Université Laval.

Pierre Gauthier, Faculté d'éducation physique et sportive, Université de Sherbrooke.

Johanne Laguë, Habitudes de vie, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec.

Danielle Laurin, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) et Faculté de pharmacie, Université Laval.

Bernard-Simon Leclerc, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de Médecine, Université de Montréal.

Hélène Payette, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke et Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Andrée Sévigny, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) du CHU de Québec; Faculté de médecine de l'Université Laval et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés (IVPSA) de l'Université Laval.

MISE EN PAGE

Mélanie Tessier, Glenda Deschamps, Sylvie Muller et Hélène Fillion, Institut national de santé publique du Québec

CITATION SUGGÉRÉE POUR LE DOCUMENT

Blanchet C. Hamel D., et autres. (2014). *Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec*. Institut national de santé publique du Québec. 154 p.

CITATION SUGGÉRÉE POUR UN CHAPITRE

Nolin, Bertrand (2014). « Activité physique de loisirs et de transport » dans *Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec*. Chapitre 3. Institut national de santé publique du Québec.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2014
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISSN : 2367-9638 (VERSION IMPRIMÉE)
ISSN : 2367-9646 (PDF)
ISBN : 978-2-550-70523-9 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-70524-6 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

Mise en contexte

La planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes portant sur les saines habitudes de vie nécessitent au préalable l'obtention de données épidémiologiques populationnelles. En effet, les efforts de promotion et de prévention en santé publique doivent s'appuyer sur des données probantes, détaillées et actualisées périodiquement. Les enquêtes québécoises menées au cours des dernières décennies ont fourni peu d'informations sur les déterminants de la santé des aînés québécois. Or, avec le vieillissement de la population qui s'accroît d'année en année, il est urgent de mieux connaître les conditions de vie de ces personnes si l'on veut préserver leur qualité de vie, réduire les effets des maladies chroniques et éviter une perte d'autonomie prématurée. Comme le vieillissement est associé à une prévalence accrue de maladies chroniques, le maintien de la santé et de l'autonomie des personnes âgées s'avèrent des défis des plus importants pour les prochaines décennies. En outre, la littérature rapporte que les changements ou les améliorations apportées aux habitudes de vie, et cela même tardivement dans la vie, permettent de retarder l'apparition des maladies chroniques ou d'en réduire les conséquences chez les personnes âgées.

La présente étude s'inscrit dans le cadre de la surveillance des habitudes de vie chez la population vieillissante du Québec. L'étude intègre l'alimentation, l'activité physique, le statut pondéral, le tabagisme, la consommation d'alcool et la participation sociale.

Objectifs

L'objectif général de l'étude est d'analyser les données collectées dans le cadre de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) conduite en 2008-2009 et dont la thématique portait sur le Vieillissement en santé (Statistique Canada, 2010). Cette enquête a fourni des informations pertinentes et actualisées sur certains déterminants de la santé et du bien-être des Québécois et Québécoises âgés de 50 ans et plus. Le premier volet de l'étude porte sur la description de facteurs favorables ou non à la santé et au bien-être des personnes âgées de 65 ans et plus. Bien que l'ESCC ne permette pas de vérifier de relations de causes à effets, le second volet, qui sera réalisé en 2014, permettra d'éclairer le lien entre les habitudes de vie et la santé des aînés québécois au regard de la prévalence des maladies chroniques auto-déclarées et de la détérioration de la santé fonctionnelle, et comment les activités de la vie quotidienne peuvent en être affectées.

Les objectifs spécifiques du premier volet visent à :

- décrire certaines habitudes de vie de la population québécoise âgée de 65 ans et plus, soit l'alimentation, l'activité physique, la consommation d'alcool et le tabagisme ainsi que le statut pondéral et la participation sociale et vérifier le lien entre ces grands thèmes;
- décrire chacun de ces thèmes selon certaines variables démographiques, socioéconomiques et l'état de santé afin de mieux connaître les associations entre ces différentes caractéristiques des personnes âgées et leurs habitudes de vie;
- présenter un indice cumulatif regroupant certaines habitudes de vie ou facteurs favorables à la santé des aînés québécois.

Résumé

Faits saillants pour chaque thème étudié

Alimentation et risque nutritionnel

- Seulement 12 % des Québécois âgés de 65 ans et plus consomment quotidiennement 7 portions ou plus de fruits et légumes, soit la quantité recommandée pour les adultes de cet âge par le Guide alimentaire canadien et 38 % en consomment au moins 5 portions.
- En 2008-2009, la prévalence du risque nutritionnel élevé chez les aînés québécois a été estimée à 37 %. La prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et augmente avec l'âge.
- Un peu plus d'un Québécois sur 10 âgé de 75 ans et plus a besoin d'aide pour faire son épicerie ou son magasinage. Or, les résultats révèlent aussi que les personnes âgées qui font leur épicerie sans aide sont plus nombreuses (40 %) à consommer au moins 5 portions de fruits et légumes par jour que les personnes qui ont besoin d'aide (25 %).
- Chez les Québécois de 65 ans et plus, la prise d'au moins un repas par jour en compagnie d'autres personnes est moins fréquente chez les femmes (66 %) que chez les hommes (85 %).
- Une plus grande proportion d'aînés québécois qui participent aux activités communautaires consomment quotidiennement 5 portions ou plus de fruits et de légumes, ont un meilleur appétit ou prennent plus souvent leurs repas en compagnie d'autres personnes comparativement à ceux qui n'y participent pas.

Activité physique de loisir et de transport

- Environ 53 % des Québécois âgés de 65 ans et plus rapportent une pratique d'activité physique, au cours des sept jours précédant l'entrevue, leur permettant d'atteindre au moins le «minimum» hebdomadaire recommandé, (moyennement actifs : 8 %, actifs: 45 %). Les actifs, pour leur part, rapportent au moins le double de ce volume hebdomadaire minimal.
- La proportion d'actifs, pour les groupes 65-74 ans, 75-84 ans et 85 ans et plus, demeure relativement stable chez les hommes mais elle diminue avec l'âge chez les femmes. Dans le cas des sédentaires, le phénomène est le même chez les hommes mais la proportion augmente avec l'âge chez les femmes.
- La proportion d'actifs dans la population québécoise de 65 ans et plus est plus élevée dans les régions métropolitaines, dans les ménages où la scolarité et le revenu sont plus élevés, ainsi que chez ceux et celles qui ont déclaré un meilleur état de santé et un profil d'habitudes de vie plus favorable à la santé. Ces observations sont inversées chez les sédentaires.
- On observe, entre la côte Est (Maritimes) et la côte Ouest (Colombie-Britannique) du pays, un gradient positif « Est-Ouest » pour la proportion d'actifs chez les 65 ans et plus. Le phénomène inverse est observé chez les sédentaires.

Statut pondéral

- Près de 38 % des hommes et 42 % des femmes âgés de 65 ans et plus avaient un poids normal en 2008-2009 et ces proportions augmentent avec l'âge.
- La prévalence de l'obésité diminue avec l'âge chez les aînés québécois alors que celle du poids insuffisant tend à augmenter.

- Le poids défavorable (obésité et poids insuffisant) affecte 22 % des personnes âgées. Il est associé à un moins bon état de santé physique, mentale et fonctionnelle, ainsi qu'à un risque nutritionnel élevé et à une plus grande sédentarité.
- La variation du poids est observée chez 29 % des Québécois de 65 ans et plus. Elle est associée à un moins bon état de santé et à un risque nutritionnel élevé.
- La perte de poids est plus souvent rapportée que le gain (18 % c.11 %) et elle est associée à un moins bon état de santé physique et fonctionnelle.
- 38 % des aînés de 65 ans et plus ayant perdu du poids ont déclaré avoir perdu plus de 4,5 kg (plus de 10 livres) au cours des six derniers mois.

Tabagisme

- La prévalence du tabagisme actuel chez les Québécois âgés de 65 ans et plus se situait autour de 12 % en 2008 et 2009. Cette prévalence varie significativement selon le groupe d'âge et est estimée à 15 % chez les Québécois âgés entre 65 et 74 ans et à 8 % chez les 75 ans et plus.
- La proportion de fumeurs actuels est plus faible chez les aînés québécois qui ne vivent pas seuls ou qui sont immigrants.
- La proportion de fumeurs quotidiens rapportant consommer 11 cigarettes ou plus par jour est de 67 % chez les Québécois âgés de 65 ans et plus. Cette proportion s'abaisse à 55 % chez les 75 ans et plus.
- Les Québécois de 65 ans et plus percevant leur santé physique comme étant passable ou mauvaise sont proportionnellement plus nombreux à fumer 11 cigarettes ou plus par jour comparativement à ceux percevant la leur comme bonne ou excellente.
- La prévalence du tabagisme notée chez les personnes de 65 ans et plus au Québec est semblable à celle observée dans les régions de l'Atlantique et des Prairies. Cependant, cette prévalence est significativement plus élevée qu'en Colombie Britannique, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes.

Consommation d'alcool

- La proportion d'aînés québécois qui boivent de l'alcool diminue avec l'âge, passant de 79 % chez ceux âgés entre 65 et 74 ans à 69 % chez ceux âgés de 75 ans et plus.
- La majorité des Québécois de 65 ans et plus déclarent consommer de l'alcool. En effet, 75 % d'entre eux sont des buveurs actuels, 55 % étant des buveurs réguliers et 20 % des buveurs occasionnels.
- Les personnes âgées de 65 ans et plus qui ont des revenus plus élevés sont plus souvent des consommateurs d'alcool que celles qui ont des revenus inférieurs. C'est aussi chez les buveurs plus aisés que les proportions de buveurs quotidiens et de buveurs excessifs au moins une fois par mois sont les plus élevées.

Indice cumulatif des facteurs favorables à la santé

La majorité des Québécois âgés de 65 ans et plus cumulent 3 ou 4 facteurs favorables à la santé et 14 % d'entre eux présentent simultanément les 5 facteurs, à savoir :

1. Consommer 5 portions ou plus de fruits et de légumes par jour
2. Être actif ou moyennement actif (loisir et transport)

3. Avoir un indice de masse corporelle entre 18,5 et 30
4. Être non fumeur à vie ou ancien fumeur de plus de 5 ans
5. Ne pas boire de l'alcool à tous les jours et ne jamais en consommer de manière excessive.

Parmi les groupes de facteurs favorables à la santé observés simultanément chez les hommes et les femmes, les combinaisons de facteurs les plus fréquentes sont :

- Être non-fumeur à vie ou ancien fumeur depuis plus de 5 ans, consommer 5 portions ou plus de fruits et légumes par jour et être actif physiquement.
- Être non-fumeur à vie ou ancien fumeur depuis plus de 5 ans, être actif physiquement, consommer 5 portions ou plus de fruits et légumes par jour et avoir un poids favorable.

En plus d'être lié positivement à la scolarisation et au revenu du ménage, le cumul d'habitudes de vie saines chez les Québécois de 65 ans et plus est associé à une meilleure santé physique (perçue) ou fonctionnelle ainsi qu'à la participation sociale.

Participation sociale

- La fréquence de participation sociale chez les aînés québécois varie selon la forme d'activités sociales.
- L'activité sociale la plus souvent déclarée chez les Québécois âgés de 65 ans et plus est celle qui est faite avec des membres de la famille ou des amis à l'extérieur du domicile.
- Une personne âgée de 65 ans ou plus sur cinq ne participe fréquemment à aucune des huit formes d'activités considérées.
- Tandis que la fréquence de la participation sociale varie selon le groupe d'âge, peu de différences sont observées selon le sexe chez les aînés de 65 ans et plus.
- La fréquence de la participation sociale est plus élevée lorsque la santé est meilleure mais l'ampleur de cette association varie selon la forme de l'activité sociale.
- On observe des disparités dans la fréquence de participation sociale selon le revenu, le niveau de scolarité du ménage et la défavorisation matérielle du milieu local.

Table des matières

1	Aspects méthodologiques	3
1.1	Présentation de l'enquête et de l'échantillon.....	3
1.2	Méthodes de collecte des données et limites liées à ces méthodes	3
1.3	Variables de croisement retenues.....	4
1.4	Analyses statistiques.....	6
2	Alimentation et risque nutritionnel	7
2.1	Faits saillants.....	7
2.2	Introduction	7
2.3	Méthodes	9
2.4	Résultats.....	10
2.5	Discussion	19
3	Activité physique de loisir et de transport	23
3.1	Faits saillants.....	23
3.2	Introduction	23
3.3	Méthodes	24
3.4	Résultats.....	24
3.5	Discussion	30
3.6	Complément – Activité physique de loisir et de transport.....	32
4	Statut pondéral	35
4.1	Faits saillants.....	35
4.2	Introduction	35
4.3	Méthodes	36
4.4	Résultats.....	37
4.5	Discussion	46
4.6	Complément – Statut pondéral	50
5	Tabagisme	51
5.1	Faits saillants.....	51
5.2	Introduction	51
5.3	Méthodes	52
5.4	Résultats.....	53
5.5	Discussion	59
6	Consommation d'alcool.....	63
6.1	Faits saillants.....	63
6.2	Introduction	63
6.3	Méthodes	64
6.4	Résultats.....	65
6.5	Discussion	72
7	Indice cumulatif des facteurs favorables à la santé	75
7.1	Faits saillants.....	75

7.2	Introduction	75
7.3	Méthodes.....	76
7.4	Résultats.....	78
7.5	Discussion	86
8	Participation sociale	89
8.1	Faits saillants	89
8.2	Introduction	89
8.3	Méthodes.....	90
8.4	Résultats.....	91
8.5	Discussion	114
	Conclusion	115
	Références.....	119

Liste des tableaux

Tableau 2.1	Consommation quotidienne de 5 portions ou plus de fruits et légumes selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	11
Tableau 2.2	Consommation quotidienne de fruits et légumes selon le sexe et l'âge, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	12
Tableau 2.3	Risque nutritionnel élevé selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	14
Tableau 3.1	Proportion d' <i>actifs</i> et de <i>sédentaires</i> durant les loisirs et pour les déplacements (transport) selon le sexe et l'âge, population à domicile de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	25
Tableau 3.2	Niveau d'activité physique de loisir et de transport selon le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	26
Tableau 3.3	Proportion d' <i>actifs</i> durant les loisirs et pour les déplacements (transport) selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	27
Tableau 3.4	Proportion de <i>sédentaires</i> durant les loisirs et pour les déplacements (transport) selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	28
Tableau 3.5	Proportion d' <i>actifs</i> et de <i>sédentaires</i> durant les loisirs et pour les déplacements (transport) selon les autres déterminants de la santé, population à domicile de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	29
Tableau 3.6	Proportion d' <i>actifs</i> et de <i>sédentaires</i> durant les loisirs et pour les déplacements (transport), population à domicile de 65 ans et plus, Québec et autres régions du Canada, 2008-2009.....	30
Tableau 3.7	Niveau d'activité physique de loisir, population à domicile de 65 ans et plus selon le sexe, Québec, 2007-2008.....	33
Tableau 4.1	Niveaux de risque pour la santé selon les catégories de poids et l'IMC.....	36
Tableau 4.2	Statut pondéral selon le sexe et l'âge, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	38
Tableau 4.3	Poids défavorable selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	39
Tableau 4.4	Variation du poids, prise et perte de poids au cours des 6 derniers mois selon le sexe et l'âge, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	41
Tableau 4.5	Variation du poids au cours des 6 derniers mois selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	42
Tableau 4.6	Poids défavorable selon les autres déterminants de la santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	44
Tableau 4.7	Variation du poids selon le risque nutritionnel et la consommation de fruits et légumes, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	45
Tableau 5.1	Fumeurs actuels selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	54

Tableau 5.2	Fumeurs quotidiens qui fument 11 cigarettes ou plus par jour selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	56
Tableau 5.3	Fumeurs actuels selon la consommation d'alcool, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	59
Tableau 6.1	Buveurs actuels d'alcool selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009	66
Tableau 6.2	Buveurs quotidiens d'alcool parmi les buveurs actuels selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	69
Tableau 6.3	Buveurs excessifs d'alcool parmi les buveurs actuels selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	70
Tableau 7.1	Facteurs favorables à la santé et l'indice cumulatif de ces facteurs selon le sexe, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009	78
Tableau 7.2	Combinaisons des facteurs favorables à la santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	79
Tableau 7.3	Rapports de cotes pour toute combinaison de deux facteurs favorables à la santé selon le sexe, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009	80
Tableau 7.4	Indice cumulatif des facteurs favorables à la santé chez les hommes selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009	83
Tableau 7.5	Indice cumulatif des facteurs favorables à la santé chez les femmes selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009	84
Tableau 7.6	Facteurs favorables à la santé et Indice cumulatif de ces facteurs, versions plus strictes, selon le sexe, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009	85
Tableau 8.1	Participation fréquente à une activité avec des membres de la famille ou des amis à l'extérieur du domicile selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec 2008-2009.....	94
Tableau 8.2	Participation fréquente à des activités d'un groupe confessionnel selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec 2008-2009	96
Tableau 8.3	Participation fréquente à des activités sportives ou physiques avec d'autres personnes selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009	98
Tableau 8.4	Participation fréquente à des activités éducatives et culturelles avec d'autres personnes selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009	100
Tableau 8.5	Participation fréquente à des activités d'un club social ou d'une société d'aide mutuelle selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009	102

Tableau 8.6	Participation fréquente à des activités d'une association communautaire ou professionnelle selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	104
Tableau 8.7	Participation fréquente à des activités d'un organisme bénévole ou de bienfaisance selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	106
Tableau 8.8	Participation fréquente à d'autres activités récréatives avec d'autres personnes selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	107
Tableau 8.9	Proportion des personnes qui ne présentent aucune participation sociale fréquente selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	110
Tableau 8.10	Comparaison de la participation sociale fréquente à huit formes d'activités et de la participation fréquente cumulée, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec et le reste du Canada, 2008-2009.....	113

Liste des figures

Figure 2.1	Risque nutritionnel élevé selon l'âge et le sexe, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	13
Figure 2.2	Consommation quotidienne de 5 portions ou plus de fruits et légumes selon les autres déterminants de la santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009	18
Figure 2.3	Risque nutritionnel élevé selon les autres déterminants de la santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	18
Figure 2.4	Comparaison de la consommation quotidienne de 5 portions ou plus de fruits et légumes et du risque nutritionnel élevé selon l'âge, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec et le reste du Canada, 2008-2009.....	19
Figure 4.1	Variation du poids selon le statut pondéral, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	43
Figure 4.2	Comparaison des indicateurs du poids, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec et le reste du Canada, 2008-2009.....	45
Figure 4.3	Prise et perte de poids selon l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	50
Figure 5.1	Comparaison du statut de fumeur selon le sexe, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec et autres régions du Canada, 2008-2009.....	58
Figure 5.2	Comparaison des fumeurs quotidiens qui fument 11 cigarettes ou plus par jour selon le sexe, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec et autres régions du Canada, 2008-2009	58
Figure 6.1	Fréquence de consommation d'alcool chez les buveurs actuels, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	68
Figure 6.2	Comparaison du type de consommateurs d'alcool, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec et le reste du Canada, 2008-2009.....	72
Figure 7.1	Indice cumulatif des facteurs favorables à la santé chez les hommes et les femmes selon l'âge, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009	81
Figure 7.2	Comparaison de l'indice cumulatif des facteurs favorables à la santé selon le sexe, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec et le reste du Canada, 2008-2009	86
Figure 8.1	Participation fréquente selon les huit formes d'activités sociales chez les hommes selon l'âge, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009	92
Figure 8.2	Participation fréquente selon les huit formes d'activités sociales chez les femmes selon l'âge, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009	93
Figure 8.3	Participation sociale fréquente cumulée selon l'âge, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009.....	109

Liste des abréviations

c.	contre (versus)
CV	Coefficient de variation
E	Estimation à utiliser avec prudence (CV entre 16,6 % et 33,5 %)
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
F	Estimation non publiée (CV supérieur à 33,3 %; variabilité trop grande)
IC	Intervalle de confiance à 95 %
IMC	Indice de masse corporelle
P	Valeur p du test statistique d'association (Khi-deux)

Introduction - Vieillesse en santé

Carole Blanchet

Unité Surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

Un modèle conceptuel du vieillissement en santé a été développé récemment au Québec (Cardinal *et al.*, 2008). Le vieillissement en santé est un processus permanent d'optimisation des possibilités permettant aux personnes âgées d'améliorer et de préserver leur santé et leur bien-être physique, social et mental, leur autonomie et leur qualité de vie ainsi que de favoriser les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de leur vie (Santé Canada, 2001). Basé sur l'analyse de plusieurs autres modèles ou cadres de références, dont celui de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publié en 2002, ce modèle met de l'avant une perspective positive du vieillissement et intègre des actions pour agir en amont sur les grands déterminants de la santé et pour prévenir les problèmes de santé et leurs conséquences (OMS, 2002a). Ces actions impliquent la présence de plusieurs partenaires sectoriels et intersectoriels en respectant des principes chers aux personnes âgées que sont la dignité, la solidarité, l'indépendance et l'équité.

Le maintien de l'autonomie des personnes âgées et la prévention des maladies chroniques nécessitent des interventions qui préviennent et réduisent un ensemble de facteurs de risque modifiables, ce qui inclut des facteurs comportementaux et psychosociaux ainsi que les facteurs liés aux milieux de vie (Payette et Shatenstein, 2005). L'offre, la disponibilité et l'accessibilité des services conditionnent aussi grandement l'utilisation qu'en font les personnes âgées et conséquemment leur état de santé. Au cours des années 1970, on croyait qu'il n'y avait pas d'avantages significatifs pour l'état de santé des personnes âgées à modifier leurs habitudes de vie étant donné que très peu d'études épidémiologiques avaient vérifié si ces modifications pouvaient affecter les taux de mortalité ou même améliorer leur qualité de vie (Lasheras *et al.*, 2000). On pensait aussi que les personnes âgées présentaient certains comportements néfastes pour leur santé parce qu'elles étaient vieilles. Même si ce groupe de la population a reçu peu d'attention en termes de prévention primaire, il est aujourd'hui admis que l'accélération des pertes physiques ou mentales des personnes âgées causées par des facteurs externes ou par des comportements à risque peut être freinée et elle peut même être réversible à tout âge (OMS, 1999; Julien *et al.*, 2013; Peel *et al.*, 2005).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît que les efforts de surveillance doivent avant tout porter sur les facteurs de risque modifiables (OMS, 2012). D'une part, le tabagisme, la consommation d'alcool, les mauvaises habitudes alimentaires, l'obésité et la sédentarité sont définis comme des facteurs de risque traditionnels de la santé. Bien que l'obésité soit aussi classifiée parmi les maladies chroniques, elle peut être considérée comme un facteur de risque dit intermédiaire ou facteur de risque biologique. D'autre part, des études récentes portant sur des déterminants comportementaux ont révélé que la participation sociale était liée à l'état de santé des aînés et qu'elle pouvait avoir des effets positifs sur leur santé et leur bien-être (Raymond *et al.*, 2009; Sirven *et al.*, 2008; ASPC, 2011). Les personnes âgées sont donc davantage encouragées aujourd'hui à s'impliquer socialement, à mieux s'alimenter, à cesser de fumer, à maintenir un poids normal, à boire parcimonieusement les boissons alcoolisées et à être plus actives physiquement (Cardinal *et al.*, 2008; OMS, 2002b).

Comme le mentionnent Shields et Martel ainsi que d'autres, un mauvais état de santé pendant la vieillesse n'est pas inévitable mais la modification ou l'amélioration de certaines habitudes de vie peut non seulement prolonger la vie mais aussi permettre aux aînés de vivre de nombreuses années

en santé (Shields et Martel, 2006; Campion, 1998; Guranilk et al., 1989; La Croix et al., 1993; Morley et Flaherty, 2002; Reed et al., 1998). Par exemple, Smith et al. ont démontré que les personnes âgées qui présentent un risque cardiovasculaire plus élevé bénéficient vraisemblablement encore plus de la modification de leurs habitudes de vie (Smith et al., 1993). Selon le Conseil canadien de la santé, prévenir ou retarder les problèmes de santé chroniques ou, à tout le moins, en réduire la gravité, améliorerait non seulement la qualité de vie au fil du vieillissement, mais pourrait aussi réduire la pression sur les ressources de soins de santé (Conseil canadien de la santé, 2007).

Par ailleurs, il faut reconnaître que les personnes âgées sont davantage atteintes de maladies chroniques ou d'incapacités physiques, ce qui peut limiter leurs activités quotidiennes ou influencer leurs comportements et leurs choix liés aux habitudes de vie. Ainsi, un mauvais état de santé peut empêcher un individu de s'impliquer socialement, d'être actif physiquement ou de bien s'alimenter. Les conditions socio-économiques et environnementales dans lesquelles elles vivent ou auxquelles elles ont accès peuvent grandement influencer leur comportement et avoir un effet significatif sur leur santé (Agence de santé publique du Canada, 2010). Or, de plus en plus d'études montrent que les comportements sains et le bien-être psychosocial coexistent souvent chez un même individu ou dans certains groupes de la population. En outre, il a été démontré qu'avoir de saines habitudes de vie aurait un effet cumulatif, c'est-à-dire que les personnes qui ont le moins de facteurs de risque comportementaux ou psychosociaux sont en meilleure santé alors que celles qui présentent plusieurs facteurs le sont moins (Shields et Martel, 2006; Hubert et al., 2002; Laaksonen et al., 2001). Certaines observations de Shields et Martel ont révélé que le rétablissement des aînés suite à une maladie est positivement lié aux facteurs favorables à la santé (Shields et Martel, 2006). Selon Ramage-Morin, la probabilité de demeurer en bonne santé augmente avec chaque facteur favorable supplémentaire (Ramage-Morin et al. 2010).

Il semble donc que malgré leur âge avancé, les personnes âgées sont capables de gagner en qualité de vie, de retarder ou de réduire leur risque de maladies chroniques physiques mais aussi de maladies mentales tels que les troubles cognitifs, la dépression, etc.. Une approche multifactorielle apparaît essentielle pour maximiser les efforts de prévention auprès des aînés, pour maintenir leur autonomie et leur santé le plus longtemps possible.

1 Aspects méthodologiques

Denis Hamel

Unité Surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

Afin d'interpréter correctement les résultats présentés dans ce document, il importe de connaître l'essentiel de la méthodologie utilisée pour l'analyse des données. La première partie de ce chapitre porte sur la description sommaire du volet Vieillesse en santé de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) conduite par Statistique Canada en 2008-2009. La source des données ainsi que les principales limites liées à leur utilisation sont sommairement présentées. Dans la seconde partie, les variables de croisement retenues pour analyser les thèmes ou variables principales à l'étude sont définies et le choix des analyses statistiques est décrit en détail. Pour la définition complète de chacun des thèmes abordés dans la présente étude, le lecteur est invité à se référer aux chapitres appropriés.

1.1 Présentation de l'enquête et de l'échantillon

La source des données de la présente étude est le cycle thématique intitulé « Vieillesse en santé » de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) conduite par Statistique Canada (Statistique Canada, 2010). Cette enquête transversale, dont la collecte des données s'est échelonnée entre les mois de décembre 2008 et de novembre 2009, couvre l'ensemble des personnes âgées de 45 ans et plus vivant dans les logements privés des dix provinces canadiennes. Sont exclus de la population-cible les résidents des trois territoires et de certaines régions éloignées, ceux vivant sur les réserves indiennes et les terres de la Couronne, dans les établissements de santé ainsi que les membres à temps plein des Forces armées canadiennes. Pour le Québec, les régions éloignées non couvertes sont les régions des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik. Le lecteur devra garder en tête que la population visée par la présente étude est généralement en meilleure santé étant donné que les personnes âgées vivant en institution ne font pas partie de la population échantillonnée par Statistique Canada.

Les tailles d'échantillon ont été calculées de façon à produire des estimations fiables à l'échelle des provinces. Pour le Québec, 5 217 répondants de 45 ans et plus ont participé à l'enquête. Pour les besoins de notre étude, seuls les répondants de 50 ans et plus ont été retenus. Toutefois, la plupart des estimations présentées dans ce rapport portent chez les 65 ans et plus et pour lesquels des sous-groupes d'âge ont été formés. Le groupe d'âge des 50-64 ans sert essentiellement de base de comparaison.

1.2 Méthodes de collecte des données et limites liées à ces méthodes

La grande majorité des entrevues (94 %) conduites en 2008-2009 étaient assistées par ordinateur et menées en face-à-face par un interviewer. Les autres entrevues ont été faites par téléphone. Le contenu du questionnaire est similaire à celui des cycles généraux de l'ESCC auquel ont été greffés des modules de questions plus adaptées à la réalité que vivent les personnes âgées. La qualité des données de cette enquête semble très bonne car le taux de réponse à l'échelle des individus a été de plus de 74 %. Le biais potentiellement engendré par des profils différents des non répondants peut donc être considéré comme négligeable. Cependant, ce n'est pas le cas pour toutes les questions ou variables puisque la non-réponse partielle peut être plus importante. Une part importante de cette non-réponse partielle vient du fait que, pour certains modules de questions sur la santé, des

réponses par procuration n'étaient pas acceptées. Cette situation touche principalement les personnes très âgées (85 ans et plus) qui ne pouvaient pas répondre par elles-mêmes et concernent les variables suivantes : la consommation de fruits et de légumes, le risque nutritionnel et le poids corporel. Pour ces variables, un examen approfondi du profil des non répondants est nécessaire pour bien interpréter le sens des associations observées. Ainsi, lorsque des résultats sont présentés pour ces thèmes chez les 85 ans et plus, une note mentionnera la limite du résultat présenté. Pour de plus amples renseignements concernant cette enquête, le lecteur est invité à consulter le Guide de l'utilisateur (Statistique Canada, 2010).

1.3 Variables de croisement retenues

Les déterminants ou variables principales à l'étude ont été étudiés selon des caractéristiques démographiques, socioéconomiques et l'état de santé. Voici les variables de croisement qui ont été retenues.

Sexe et groupes d'âge

Dans la littérature, il est clair que la plupart des facteurs liés à la santé évoluent différemment selon le sexe et l'âge. Pour cette raison, les indicateurs sont souvent présentés séparément selon le sexe et l'âge. Pour l'âge, les analyses ont principalement porté sur deux groupes, les 65-74 ans et les 75 ans et plus. Lorsque la taille de l'échantillon le permettait, certaines prévalences sont aussi présentées pour les 85 ans et plus. Rappelons que les estimations pour le groupe d'âge des 50-64 ans ont surtout été utilisées à des fins comparatives.

Scolarité du ménage

La scolarité est une autre variable reconnue comme étant associée aux habitudes de vie. Ici, deux types de variables étaient disponibles: le plus haut niveau de scolarité atteint par l'individu ou le plus haut niveau de scolarité atteint par les membres du ménage. Puisque les membres du ménage peuvent mutuellement s'influencer, la scolarité du ménage a été retenue et comprend les catégories suivantes : aucun diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires seulement, diplôme d'études post-secondaires.

Revenu du ménage

Comme pour la scolarité, le revenu du répondant et du ménage sont disponibles dans la base de données. Puisque les membres d'un même ménage peuvent avoir accès à l'ensemble des revenus, le revenu du ménage est l'indicateur à privilégier. Cette variable représente la distribution des résidents du Québec en quintiles, basée sur le ratio entre le revenu total du ménage du répondant et le seuil de faible revenu correspondant au nombre de personnes dans le ménage et à la taille de la communauté (Statistique Canada, 2011). Comme cette variable compte un nombre important de non déclarations, une catégorie distincte pour ces cas est également présentée.

Dimension matérielle de l'indice de défavorisation

L'indice de défavorisation est une mesure écologique populationnelle qui représente la défavorisation des personnes vivant sur un petit territoire de recensement (aire de diffusion) couvrant de 400 à 700 personnes (Pampalon *et al*, 2009). Bien que cet indice reflète généralement deux dimensions, matérielle et sociale, seule la dimension matérielle de la version québécoise de 2006 a été retenue pour la présente étude. La défavorisation matérielle est associée à la privation de biens et de commodités de la vie courante et comprend principalement trois indicateurs : la proportion de personnes de 15 ans et plus n'ayant pas obtenu de diplôme secondaire, le ratio emploi/population chez les 15 ans et plus et le revenu personnel moyen des 15 ans et plus. L'indice de défavorisation

matérielle est présenté en quintiles. Les Q1 et Q5 correspondent respectivement aux quintiles de la population en milieu plus favorisé et plus défavorisé matériellement. Dans chaque quintile, on retrouve approximativement 20 % de la population totale du Québec.

Structure du ménage

Cette variable décrit le ménage dans lequel vit généralement la personne sondée. Elle comprend trois catégories : Vit seul(e), vit avec un partenaire/conjoint ou autres personnes.

Taille des municipalités

Cette variable décrit la région de résidence, urbaine ou rurale du milieu de vie des Québécois. Elle comprend trois catégories: Grandes villes (Région métropolitaine de recensement), villes moyennes (agglomération de recensement) et la troisième regroupe les petites villes et le milieu rural.

Immigration

Cette variable indique si la personne est immigrante ou non, sans distinction si cette immigration est récente ou non.

Perceptions de l'état de santé physique et de l'état de santé mentale

Il s'agit ici de deux variables distinctes qui donnent des aperçus généraux de la santé perçue par les répondants. Deux catégories sont formées pour chaque variable: de bonne à excellente et de passable à mauvaise.

Santé fonctionnelle

L'indice de l'état de santé fonctionnelle (IESF; en anglais, le *Health Utilities Index* ou HUI) est une mesure synthèse qui intègre les réponses à 27 questions décrivant huit attributs (vision, ouïe, élocution, mobilité, dextérité, émotions, cognition et douleur). Les chercheurs qui ont développé l'IESF l'ont considéré comme une mesure de la santé des individus sans égard aux conséquences sociales de celle-ci (Feeny, 2002a). La santé fonctionnelle fait ainsi référence au niveau de capacités des personnes à accomplir des actions physiques ou mentales. Ces capacités sont déterminantes du niveau de limitations (ou de l'absence de limitation) auxquelles sont confrontées les personnes dans la réalisation d'activités quotidiennes ou de rôles sociaux (les soins personnels, tâches domestiques, travail, loisirs, etc.) (Verbrugge et Jette, 1994). Ces limitations d'activités sont aussi appelées *situations de handicap* (Fougeyrollas et al., 1998).

L'IESF est issu d'une méthode de calcul complexe qui implique une pondération des réponses établie à partir d'une méthode d'évaluation des préférences d'un échantillon représentatif des ménages de Hamilton en Ontario. Une description détaillée de l'IESF et de sa construction est disponible dans Horsman et al. (2003), Feeny (2002a), Feeny (2002b), Feeny et al. (2002) et Torrance et al. (1996). En combinant les réponses des individus aux 27 questions et en appliquant une pondération à celles-ci, chaque répondant de l'enquête se voit attribué un IESF. Les répondants ont été catégorisés en niveau de santé fonctionnelle selon une classification des valeurs de l'IESF qui a montré une bonne capacité à discriminer les conséquences sur la réalisation d'activités quotidiennes (Feng et al. 2009). Trois catégories ont ici été formées, la première combinant l'incapacité nulle et légère (incapacité nulle : IESF = 1,00 et incapacité légère : $0,89 \leq \text{IESF} < 1,00$), la seconde décrivant l'incapacité modérée ($0,70 \leq \text{IESF} < 0,89$) et la troisième, l'incapacité grave (IESF < 0,70).

1.4 Analyses statistiques

Les résultats présentés dans ce document sont essentiellement descriptifs. Toutes les proportions ou prévalences sont pondérées afin qu'elles soient représentatives de la population-cible et non pas de l'échantillon des répondants. Cette pondération prend en compte, entre autres, les distributions selon l'âge et le sexe de la population québécoise âgée de 45 ans et plus. Comme le plan d'échantillonnage de l'enquête est complexe, l'évaluation de la précision des proportions nécessite l'emploi de technique de ré-échantillonnage pour bien les estimer. L'utilisation des poids « bootstrap » disponibles avec les données du fichier-maître de l'ESCC permet de tenir compte convenablement du plan d'échantillonnage. Les estimations doivent avoir un minimum de précisions pour être diffusées. Le coefficient de variation (CV), qui est le rapport exprimé en % de l'erreur-type de l'estimation sur l'estimation elle-même, est la mesure utilisée ici pour déterminer les règles de diffusion. Les critères de la présente étude sont les mêmes que ceux proposés par Statistique Canada :

- CV entre 0 et 16,6 % : diffusion sans restriction;
- CV entre 16,6 % et 33,3 % : diffusion marginale avec une note E : à utiliser avec prudence;
- CV supérieur à 33,3 % : précision insatisfaisante avec une note F : estimation non publiée.

Les intervalles de confiance qui accompagnent la plupart des proportions présentées sont obtenus grâce au service de télé-accès de Statistique Canada qui permet la soumission à distance de programmes statistiques. Les analyses comprennent également des tests globaux d'association, de type Khi-deux, entre les variables principales et chaque caractéristique démographique ou socioéconomique. Ces tests bivariés ne tiennent compte que de la relation brute observée entre les deux variables concernées. Ainsi, à l'exception des analyses statistiques spécifiques à l'indice cumulatif (chapitre 7), les effets de confusion de diverses variables comme les caractéristiques démographiques et socioéconomiques n'ont pas été corrigés, ni contrôlés. Des tests de comparaison de proportions, au seuil de 5 % (valeur $p < 0,05$), ont permis de repérer les différences statistiquement significatives entre deux variables ou deux catégories.

Finalement, les variables définissant les habitudes de vie, le poids corporel et la participation sociale ont été croisées entre elles. Ces croisements sont présentés dans les premiers chapitres seulement et les résultats ne sont pas répétés dans les chapitres subséquents. Comme l'ESCC porte sur l'ensemble des provinces canadiennes, il a été possible de comparer les résultats du Québec avec ceux observés dans le reste du Canada (le Canada sans le Québec) ou selon les régions du Canada par des tests de comparaison de proportions.

2 Alimentation et risque nutritionnel

Carole Blanchet

Unité Surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

2.1 Faits saillants

- Seulement 12 % des Québécois âgés de 65 ans et plus consomment quotidiennement 7 portions ou plus de fruits et légumes, soit la quantité recommandée pour les adultes de cet âge par le Guide alimentaire canadien et 38 % en consomment au moins 5 portions.
- En 2008-2009, la prévalence du risque nutritionnel élevé chez les aînés québécois a été estimée à 37 %. La prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et augmente avec l'âge.
- Un peu plus d'un Québécois sur 10 âgé de 75 ans et plus a besoin d'aide pour faire son épicerie ou son magasinage. Or, les résultats révèlent aussi que les personnes âgées qui font leur épicerie sans aide sont plus nombreuses (40 %) à consommer au moins 5 portions de fruits et légumes par jour que les personnes qui ont besoin d'aide (25 %).
- Chez les Québécois de 65 ans et plus, la prise d'au moins un repas par jour en compagnie d'autres personnes est moins fréquente chez les femmes (66 %) que chez les hommes (85 %).
- Une plus grande proportion d'aînés québécois qui participent aux activités communautaires consomme quotidiennement 5 portions ou plus de fruits et de légumes, ont un meilleur appétit ou prennent plus souvent leurs repas en compagnie d'autres personnes comparativement à ceux qui n'y participent pas.

2.2 Introduction

La nutrition est un important déterminant de la santé chez les aînés. En effet, une saine alimentation leur assure les apports en énergie et en nutriments nécessaires à leur bien-être général, au maintien de leur santé et de leur autonomie fonctionnelle et contribue à la prévention des maladies chroniques et à la résistance aux infections (Raine, 2005). Or, la malnutrition n'est pas souvent reconnue chez les personnes âgées et cette situation ne reçoit pas toujours l'attention qu'il faudrait (ACSP, 2009; Wells *et al.*, 2006; Keller *et al.*, 2004). Les personnes âgées, et particulièrement celles de 75 ans ou plus, sont souvent aux prises avec divers obstacles à une saine alimentation comme une mauvaise santé bucco-dentaire, des difficultés financières, leur environnement (accessibilité physique, disponibilité de services), l'isolement, l'incapacité fonctionnelle, les maladies chroniques, la dépression, la prise de médicaments et l'absorption inadéquate des nutriments (Payette et Shatenstein, 2005; Raine, 2005; Peel *et al.*, 2005; Mercille *et al.*, 2012).

La consommation de fruits et légumes est un indicateur reconnu d'une saine alimentation et une faible consommation est associée aux maladies chroniques. Liu *et al.* (2000) ont rapporté un risque réduit d'athérosclérose de 30 % chez des femmes âgées qui mangeaient 5 à 10 portions de fruits et de légumes par jour comparativement aux femmes n'en consommant qu'entre 2 et 5 portions. Une autre étude conduite auprès de 3 718 personnes âgées de 65 ans et plus et suivies pendant 6 ans a révélé que les personnes qui consommaient quotidiennement 3 à 4 portions de légumes présentaient un déclin cognitif moins rapide que les personnes qui n'en consommaient seulement qu'une portion (Morris *et al.*, 2006). Polidori *et al.* (2009) ont aussi rapporté qu'une alimentation riche en fruits et

légumes fournit des quantités importantes de micronutriments antioxydants qui maintiendraient la performance cognitive tard dans la vie.

Chez les aînés vivant dans la communauté, c'est-à-dire à domicile, la prévalence élevée de la dénutrition, illustrée par un apport très faible d'énergie et de nutriments et une perte de poids, s'observe surtout chez ceux qui vivent seuls et qui sont en perte d'autonomie, plutôt que chez ceux qui sont en couples, autonomes et indépendants (Santé Canada, 2002). Chandra (2002) a estimé la prévalence de la dénutrition à 35 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile. Par ailleurs, dans le cadre de l'analyse des données québécoises collectées lors de l'ESCC cycle 2.2 - volet nutrition en 2004, plusieurs lacunes ont été observées chez les personnes âgées de 71 ans et plus vivant à domicile (Blanchet *et al.*, 2009). Elles présentaient plusieurs inadéquations ou apports insuffisants par rapport aux recommandations du Guide alimentaire canadien en vigueur à cette époque ou aux apports nutritionnels de référence (ANREF). Les résultats de cette enquête ont révélé qu'au Québec, l'état nutritionnel des personnes âgées vivant dans la communauté pouvait être précaire pour plusieurs d'entre elles et nuire au maintien de leur santé.

L'appétit est un facteur décisif de l'ingestion d'aliments chez les personnes âgées. Bien que l'appétit soit associé au niveau d'activité physique, il est fortement influencé par l'existence de maladies chroniques ou psychologiques, par la prise de médicaments ainsi que par certaines fonctions sensorielles physiologiques telles que le goût et l'odorat (Santé Canada, 2002; Keller, 2005b; Wells *et al.*, 2006; Payette et Shatenstein, 2005). De plus, les difficultés de mastication ou de déglutition influencent considérablement la quantité et la qualité des aliments consommés.

Par ailleurs, il a été démontré que les facteurs socio-économiques comme le niveau d'éducation ou le revenu, ou encore, l'accès à des services d'alimentation communautaires, sont liés à la quantité et à la qualité de l'alimentation chez les aînés vivant à domicile (Shateinsten *et al.*, 2013; Payette et Shatenstein, 2005; Keller, 2005b et 2006b; Pee *et al.*, 2005). Il est donc important de considérer les déterminants socio-économiques et environnementaux de la nutrition en plus des limites fonctionnelles aux activités liées à l'alimentation si l'on veut préserver la santé nutritionnelle des personnes âgées.

Ce chapitre porte sur l'alimentation et le risque nutritionnel des Québécois âgés de 65 ans et plus, évaluée d'une part, par leur consommation quotidienne de fruits et de légumes et, d'autre part, au moyen d'une mesure de dépistage du risque nutritionnel, cette mesure fournissant une indication valide de problèmes nutritionnels potentiels chez les personnes âgées. La consommation de fruits et de légumes ainsi que le risque nutritionnel sont présentés selon des caractéristiques démographiques et socioéconomiques, l'état de santé perçue et la santé fonctionnelle des individus. Les questions qui sont incluses dans la mesure du risque nutritionnel (Keller *et al.*, 2005a) et qualifiées comme déterminants de l'alimentation chez les personnes âgées, sont aussi présentées séparément. À ces questions s'ajoutent d'autres questions en lien avec la nutrition et qui ont été tirées des modules portant sur la santé bucco-dentaire ou sur les activités de la vie quotidienne. Une autre section du chapitre porte sur la relation entre les variables nutritionnelles et les autres déterminants de la santé présentés dans les chapitres suivants. Enfin, certaines comparaisons ont été faites entre les résultats obtenus pour le Québec et ceux des autres provinces canadiennes.

2.3 Méthodes

Consommation de fruits et légumes

En 2008-2009, on a demandé aux participants combien de portions de fruits et de légumes par jour ils consommaient en général. Des modèles de portions leur ont été spécifiés. La variable a été dichotomisée : < 5 portions et \geq 5 portions. Cette valeur-seuil de 5 portions est largement utilisée dans la littérature pour fin de comparaison entre les études internationales. De plus, pour des raisons de puissance statistique lors des croisements avec d'autres variables, la nouvelle recommandation du Guide alimentaire canadien (GAC), soit 7 portions par jour, n'a pu être utilisée comme valeur-seuil (Santé Canada, 2007). Cependant, la répartition des Québécois à l'étude selon cette recommandation est présentée selon le sexe et les groupes d'âge.

Risque nutritionnel

Le module intitulé «*Seniors in the Community Risk Evaluation for Eating and Nutrition II- Abbreviated* (SCREEN II AB) est conçu pour dépister le risque d'états nutritionnels déficients chez les personnes âgées vivant dans la collectivité (Statistique Canada, 2010). Il est également valide pour dépister les personnes à risque nutritionnel vivant en institution. Les composantes du module mesurent la consommation de fruits et de légumes, le changement de poids au cours des 6 derniers mois, l'appétit, la consommation de liquides, les restrictions alimentaires, la préparation des repas au cours d'une journée ordinaire et la prise de repas en compagnie d'autres personnes, sont regroupées sous forme d'indice. Les questions et la méthode d'attribution des scores ont été élaborées par Dr Heather Keller de l'université de Waterloo en Ontario (Keller *et al.*, 2005a; Keller, 2006a). Plus la somme des scores attribués pour tous les items est faible, plus le risque nutritionnel est élevé. Le score maximal pour l'ensemble des items est 48, un seuil inférieur à 38 indiquant un risque nutritionnel élevé.

Déterminants de l'alimentation chez les personnes âgées

Comme mentionné auparavant, les composantes du module de dépistage du risque nutritionnel sont ici interprétées comme déterminants de l'alimentation chez les aînés (composantes annotées par un astérisque) (Keller, 2005 et 2006). À ces déterminants s'ajoutent d'autres variables ou déterminants en lien avec la nutrition qui ont été tirés des modules portant sur la santé bucco-dentaire ou sur les activités de la vie quotidienne. Pour des raisons de taille d'échantillon, les catégories de certaines variables ont parfois été regroupées.

Appétit*

Le répondant avait à décrire son appétit en général. L'appétit a été catégorisé en 1- Bon ou très bon appétit, 2- Passable ou peu d'appétit.

Sauter des repas*

Cette question mesure la fréquence à laquelle le répondant saute des repas. La variable est présentée selon 2 catégories : 1- Souvent à presque tous les jours, 2- Parfois, rarement ou jamais.

Restrictions alimentaires

Cette variable est tirée du module portant sur la santé bucco-dentaire. Elle permet d'ajouter des informations sur les restrictions alimentaires. Cette variable réfère à la fréquence à laquelle, au cours des 12 derniers mois, le répondant avait évité de consommer des aliments spécifiques à cause de problèmes dans sa bouche. La variable est présentée selon 3 catégories : 1- Souvent ou parfois, 2- Rarement, 3- Jamais.

Quantité de liquide bue dans une journée*

Cette variable renseigne sur la quantité de liquide bue en une journée (tout type de liquide à l'exception de l'alcool). La variable est présentée selon 3 catégories : 1-4 tasses, 2-5 à 7 tasses, 3-8 tasses et plus.

Capacité de faire seul son épicerie

Cette variable, tirée du module portant sur les activités de la vie quotidienne, renseigne sur la capacité du répondant de faire son épicerie ou aller magasiner pour l'achat de vêtements sans aide. La variable a été dichotomisée en 1- Oui, 2- Non.

Préparation des repas*

Deux variables ont été utilisées pour décrire la préparation des repas, la première - cuisiner ses propres repas et la seconde - attitude face à la préparation des repas.

Prise de repas en compagnie d'autres personnes*

Cette variable réfère à la fréquence de la prise des repas en compagnie d'autres personnes. La fréquence a été dichotomisée en : 1- Souvent ou presque tous les jours, 2- Parfois ou jamais.

2.4 Résultats

Consommation de fruits et légumes

Au Québec, 38 % des personnes âgées de 65 ans et plus consomment quotidiennement au moins 5 portions de fruits et légumes. Le tableau 2.1 présente les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des Québécois âgés de 65 ans et plus qui consomment 5 portions ou plus de fruits et légumes par jour. Près de 43 % des femmes et 33 % des hommes consomment au moins 5 portions de fruits et légumes par jour, les femmes étant significativement plus nombreuses à le faire. La répartition des personnes de 65 ans et plus selon leur consommation quotidienne de fruits et légumes et selon le sexe et l'âge est présentée au tableau 2.2. On observe que la proportion de personnes qui consomment quotidiennement au moins 5 portions de fruits et légumes diminue significativement avec l'âge, passant de 42 % chez les hommes et les femmes âgés de 65 à 74 ans à 33 % chez les personnes de 75 ans et plus. Alors que la recommandation du GAC pour les personnes de 51 ans et plus est de consommer au moins 7 portions de fruits et légumes par jour, on constate que seulement 12 % des personnes de 65 ans et plus consomment cette quantité ou plus. La moitié des personnes (51 %) ne consomment qu'entre 2 et 4 portions de fruits et légumes et cette proportion se chiffre à 56 % chez les personnes de 75 ans et plus. Notons aussi que 11 % des Québécois âgés de 65 ans et plus consomment quotidiennement moins de 2 portions de fruits et légumes.

La consommation d'au moins 5 portions de fruits et légumes par jour varie significativement selon le plus haut niveau de scolarité atteint dans le ménage, les personnes vivant dans des ménages ayant déclaré des études postsecondaires étant plus nombreuses à le faire que celles vivant dans des ménages moins scolarisés, c'est-à-dire sans études secondaires complétées (tableau 2.1). Chez les Québécois de 75 ans et plus vivant dans des ménages à faible scolarité, seulement le quart consomme 5 portions ou plus par jour (données non présentées). La consommation d'au moins 5 portions de fruits et légumes chez les personnes de 65 ans et plus augmente avec le revenu du ménage, passant de 31 % chez les individus vivant dans des ménages ayant un très faible revenu (quintile 1) à près de 40 % chez ceux ayant déclaré un revenu très élevé. Les proportions sont semblables chez les personnes de 75 ans et plus (31 % c. 37 %).

On observe aussi au tableau 2.1 que les aînés vivant seuls ou vivant dans d'autres types de ménage sont proportionnellement moins nombreux à consommer 5 portions ou plus de fruits et légumes par jour comparativement à ceux qui vivent avec un conjoint ou un autre partenaire. La consommation d'au moins 5 portions de fruits et légumes est encore moins fréquente chez les personnes de 75 ans et plus vivant seules ou dans d'autres types de ménage car seulement 30 % et 25 % d'entre elles respectivement consomment ces portions comparativement aux personnes vivant avec un conjoint (39 %).

Tableau 2.1 Consommation quotidienne de 5 portions ou plus de fruits et légumes selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		Proportion (%)	IC	Valeur p ^a
Sexe et âge				
Hommes :	50-64 ans*	31,9	27,7-36,1	0,726
	65-74 ans	33,7	29,3-38,0	
	75 ans et plus	30,8	25,5-36,1	
	65 ans et plus	32,6	29,3-35,9	< 0,001^b
Femmes :	50-64 ans*	46,1	41,8-50,4	< 0,001
	65-74 ans	49,5	44,4-54,5	
	75 ans et plus	34,7	29,9-39,4	
	65 ans et plus	42,7	39,2-46,2	
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	30,4	26,7-34,1	< 0,001
	Diplôme secondaire	39,1	32,9-45,2	
	Études postsecondaires	45,2	41,3-49,1	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	31,1	26,9-35,2	0,006
	Quintile 2	38,6	33,2-43,9	
	Quintile 3	46,3	39,8-52,8	
	Quintile 4	46,0	38,1-53,9	
	Quintile 5 (plus élevé)	39,5 ^E	27,3-52,8	
	Non déclaré	40,1	33,8-46,5	
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	33,3	29,8-36,7	< 0,001
	Vit avec conjoint/partenaire	42,6	39,0-46,3	
	Autre	33,5	27,5-39,5	
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	43,8	36,7-50,8	0,101
	Quintile 2	38,7	33,3-44,2	
	Quintile 3	40,3	35,1-45,6	
	Quintile 4	37,1	31,6-42,5	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	32,8	27,9-37,6	
Taille des municipalités	Métropolitaine	39,3	36,0-42,6	0,147
	Agglomération de recensement	41,5	33,5-49,4	
	Petite ville et milieu rural	33,7	29,2-38,1	
Statut d'immigrant	Immigrant	33,0	25,2-40,9	0,177
	Non immigrant	39,0	36,3-41,6	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	40,3	37,5-43,1	< 0,001
	Passable ou mauvaise	30,7	25,9-35,5	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	38,8	36,3-41,4	0,01
	Passable ou mauvaise	25,1 ^E	15,9-36,2	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	40,7	37,7-43,8	0,003
	Incapacité modérée	39,1	33,1-45,1	
	Incapacité grave	29,2	23,6-34,7	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

* Estimation présentée à titre de comparaison avec la population à l'étude.

IC : Intervalle de confiance.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

^b Valeur p du test d'association selon le sexe.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

La consommation quotidienne de fruits et de légumes ne varie pas de façon significative selon la défavorisation matérielle, la taille des municipalités ou le statut d'immigrant. Les Québécois de 65 ans et plus qui perçoivent leur état de santé physique ou mentale comme bon à excellent sont plus nombreux à consommer au moins 5 portions de fruits et légumes par jour comparativement à ceux percevant leur état comme passable ou mauvais. Au regard de la santé fonctionnelle, les aînés qui ont une incapacité grave sont moins nombreux à consommer 5 portions ou plus de fruits et légumes par jour comparativement à ceux ayant une incapacité modérée ou légère à nulle. Chez les Québécois de 75 ans et plus avec incapacité grave, seulement 24 % en consomment minimalement 5 portions quotidiennement (données non présentées).

Tableau 2.2 Consommation quotidienne de fruits et légumes selon le sexe et l'âge, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Sexe	Âge	Moins de 2 portions	2-4 portions	5-6 portions	7 portions et +
Hommes ^a	65-74 ans	14,0	52,3	23,2	10,4
	75 ans et plus	13,4	55,8	20,6	10,2
	65 ans et plus	13,8	53,7	22,2	10,3
Femmes ^a	65-74 ans	7,8	42,7	34,1	15,4
	75 ans et plus	9,9	55,5	23,2	11,4
	65 ans et plus	8,8	48,5	29,1	13,6
Tous ^b	65-74 ans	10,7	47,2	29,0	13,1
	75 ans et plus	11,3	55,6	22,2	10,9
	65 ans et plus	11,0	50,8	26,1	12,2

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

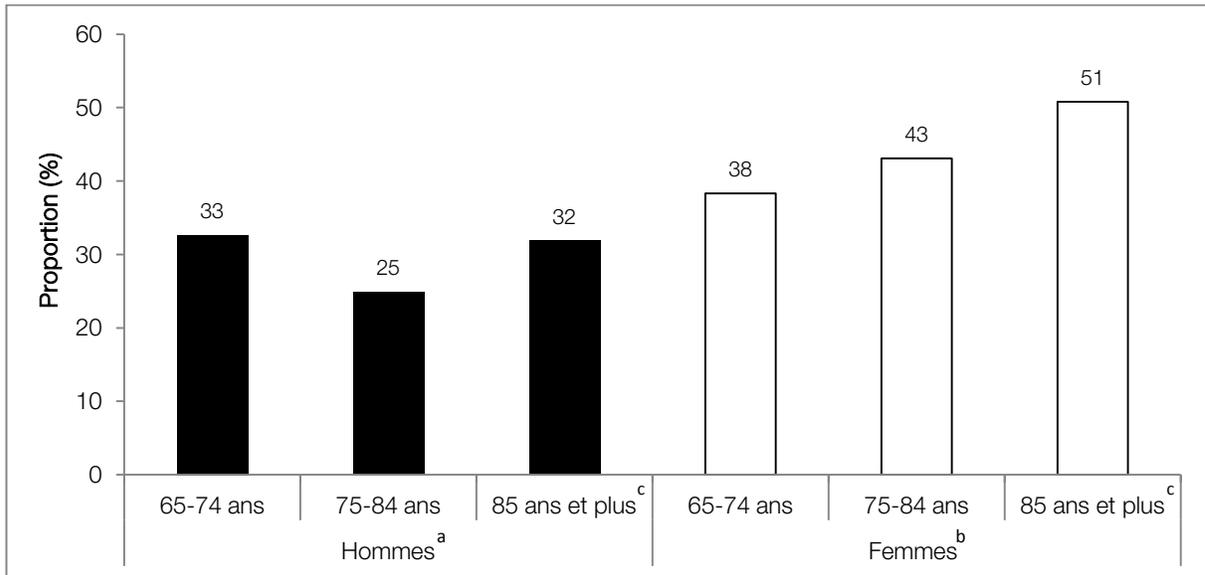
^a Valeur p du test d'association selon l'âge = 0,009.

^b Valeur p du test d'association selon le sexe < 0,0001.

Risque nutritionnel

Comme mentionné plus haut, cette variable permet de classer les répondants selon qu'ils présentent ou non un risque nutritionnel élevé. Au Québec, en 2008-2009, la prévalence du risque nutritionnel élevé chez les personnes âgées de 65 ans et plus se chiffrait à 37 %. La figure 2.1 illustre la prévalence du risque nutritionnel chez les hommes et les femmes de 65 ans et plus selon l'âge. On observe que la prévalence est plus élevée chez les femmes les plus âgées. En effet, la prévalence passe de 38 % chez les femmes âgées entre 65 et 74 ans à 43 % chez celles âgées de 75 à 84 ans. Cette différence n'est pas observée chez les hommes. On remarque aussi que la moitié (51 %) des Québécoises de 85 ans et plus présentent un risque nutritionnel élevé alors que la prévalence est de 32 % chez les hommes de cet âge. Ainsi, dans toutes les catégories d'âge étudiées, les femmes en sont toujours plus affectées que les hommes et ces différences sont significatives.

Figure 2.1 Risque nutritionnel élevé selon l'âge et le sexe, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009



Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

^a Test d'association significatif selon le sexe, $p < 0,0001$.

^b Test d'association significatif (Khi-deux) selon le l'âge chez les femmes, $p = 0,029$.

^c Estimation présentée à titre indicatif, non-réponse partielle élevée chez les personnes âgées de 85 ans et plus.

Le tableau 2.3 présente la prévalence du risque nutritionnel élevé chez les Québécois âgés de 65 ans et plus selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, et l'état de santé. La prévalence du risque nutritionnel élevé varie significativement selon le plus haut niveau de scolarité atteint dans le ménage, les aînés québécois vivant dans les ménages les plus scolarisés étant moins affectés que les moins scolarisés, c'est-à-dire n'ayant pas complété d'études secondaires. La prévalence du risque nutritionnel est inversement associée au revenu du ménage, la prévalence étant de 31 % chez les personnes vivant dans des ménages à revenu élevé (quintile 5) et de 44 % chez celles à très faible revenu ($p = 0,002$).

Tableau 2.3 Risque nutritionnel élevé selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		Proportion (%)	IC	Valeur p ^a
Sexe	Hommes	30,5	27,1-34,0	< 0,001
	Femmes	41,4	38,0-44,8	
Âge	50-64 ans*	32,1	29,4-34,9	0,013
	65-74 ans	36,0	32,7-39,2	
	75 ans et plus	37,6	34,2-40,9	
	65 ans et plus	36,7	34,2-39,1	
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	40,6	36,6-44,6	0,003
	Diplôme secondaire	40,0	33,7-46,2	
	Études postsecondaires	32,0	28,6-35,4	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	43,8	39,4-48,1	0,002
	Quintile 2	31,1	26,6-35,6	
	Quintile 3	35,4	28,6-42,1	
	Quintile 4	29,5	22,5-37,4	
	Quintile 5 (plus élevé)	30,9 ^E	20,1-43,4	
	Non déclaré	39,2	32,6-45,7	
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	50,4	46,7-54,0	< 0,001
	Vit avec conjoint/partenaire	29,3	25,9-32,8	
	Autre	32,9	27,1-38,8	
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	39,8	33,1-46,6	0,487
	Quintile 2	37,2	31,7-42,6	
	Quintile 3	33,5	28,9-38,1	
	Quintile 4	35,6	29,8-41,3	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	39,2	33,8-44,5	
Taille des municipalités	Métropolitaine	37,4	34,4-40,5	0,410
	Agglomération de recensement	38,5	30,6-46,3	
	Petite ville et milieu rural	33,6	29,1-38,2	
Statut d'immigrant	Immigrant	32,5	25,2-39,7	0,215
	Non immigrant	37,3	34,7-40,0	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	32,5	29,8-35,3	< 0,001
	Passable ou mauvaise	52,0	47,3-56,8	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	35,7	33,2-38,2	< 0,001
	Passable ou mauvaise	58,3	46,8-69,9	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	29,6	26,7-32,4	< 0,001
	Incapacité modérée	41,7	35,4-48,1	
	Incapacité grave	55,3	49,8-60,8	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

* Estimation présentée à titre de comparaison avec la population à l'étude.

IC : Intervalle de confiance.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

Le risque nutritionnel élevé a été observé chez une plus grande proportion d'aînés vivant seuls (50 %) alors que la proportion est de 29 % chez les aînés vivant avec un conjoint ou un partenaire et de 33 % chez ceux vivant dans d'autres types de ménage. Cette même tendance est observée chez les Québécois âgés de 75 ans et plus (données non présentées). La prévalence ne varie pas significativement selon la défavorisation matérielle, ni selon le statut d'immigrant. Il en est de même pour le lieu de résidence. Par contre, on constate au tableau 2.3 que la proportion d'aînés québécois ayant un risque nutritionnel élevé est plus élevée chez ceux qui perçoivent leur état de santé physique ou mentale comme passable ou mauvais (52 % et 58 %) comparativement à ceux qui perçoivent ces conditions comme bonnes à excellentes (33 % et 36 %). Le risque nutritionnel élevé est aussi associé à la santé fonctionnelle car 55 % des personnes détectées ont déclaré une incapacité grave comparativement à 30 % chez les personnes ayant déclaré une incapacité modérée ou légère à nulle.

DÉTERMINANTS DE L'ALIMENTATION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Appétit

En général, plus de Québécois (92 %) que de Québécoises (84 %) âgés de 65 ans et plus ont déclaré avoir un bon ou très bon appétit ($p < 0,0001$). La différence est encore plus marquée chez les personnes de 75 ans et plus, les femmes de cet âge étant deux fois plus nombreuses (22 %) que les hommes (11 %) à avoir déclaré un faible ou passable appétit ($p < 0,001$). La consommation quotidienne de fruits et de légumes est associée à la qualité de l'appétit des aînés, les personnes ayant déclaré un meilleur appétit étant significativement plus nombreuses à en consommer au moins 5 portions par jour comparativement à celles qui ont qualifié leur appétit comme passable ou faible ($p < 0,001$).

Sauter des repas

Un Québécois sur dix (11 %) âgé de 65 ans et plus saute des repas fréquemment (souvent ou presque tous les jours) et les hommes de cet âge sont aussi nombreux que les femmes à le faire. Cependant, alors que les hommes âgés entre 65 et 74 ans sont plus nombreux (16 %) que les femmes du même âge (9 %^E) à sauter fréquemment des repas ($p = 0,007$), la situation s'inverse chez les 75 ans et plus, les femmes étant plus nombreuses à le faire (12 %) que les hommes (5 %^E) ($p = 0,0002$). Les Québécois de 65 ans et plus qui sautent fréquemment des repas sont plus nombreux (14 %) à ne pas consommer le minimum de 5 portions de fruits et légumes par jour comparativement à ceux qui sautent parfois ou jamais de repas (4 %^E) ($p < 0,001$). De plus, sauter des repas est associé à l'appétit des aînés, ceux dont l'appétit est passable ou faible étant plus nombreux (26 %) à sauter fréquemment des repas comparativement à ceux ayant meilleur appétit (9 %) ($p < 0,0001$). Cette situation est similaire chez les 75 ans et plus.

Restrictions alimentaires : évite des aliments à cause de problèmes dans la bouche

Près de 11 % des aînés québécois de 65 ans et plus ont déclaré éviter souvent ou parfois des aliments spécifiques à cause de problèmes dans la bouche. Cette situation ne varie pas selon l'âge. Cependant, chez les personnes de 75 ans et plus, une proportion plus élevée de femmes (14 %) que d'hommes (7 %^E) en sont touchées ($p = 0,005$).

Environ les trois quarts des personnes de 65 ans et plus (76 %) qui ont déclaré être souvent ou parfois inconfortables de manger tout aliment ont aussi déclaré éviter fréquemment certains aliments. Cette proportion augmente avec l'âge et se chiffre à 82 % chez les aînés de 75 ans et plus ($p < 0,0001$).

La consommation de fruits et légumes est associée au fait d'éviter de manger certains aliments à cause de problèmes buccaux. Ainsi, 12 % des personnes de 65 ans et plus qui évitent de manger certains aliments ne consomment pas non plus au moins 5 portions par jour alors que ces problèmes apparaissent moins fréquents chez les personnes qui en consomment 5 portions ou plus (7 %) ($p = 0,009$).

Quantité de liquide bue dans une journée

Globalement, 36 % des Québécois âgés de 65 ans et plus boivent quotidiennement 8 tasses et plus de liquides, 39 % en boivent de 5 à 7 tasses et 26 % que 4 tasses ou moins. La quantité de liquide bue en une journée varie selon l'âge mais non selon de sexe. Ainsi, 42 % des personnes âgées entre 65 et 74 ans ont déclaré boire au moins 8 tasses de liquides contre 27 % des personnes de 75 ans et plus ($p < 0,0001$).

Capacité de faire seul son épicerie

Près de neuf Québécois sur dix âgés de 65 ans et plus ont déclaré faire leur épicerie ou leur magasinage sans aide et une plus grande proportion d'hommes (94 %) que de femmes (86 %) étaient en mesure de le faire ($p < 0,0001$). En contrepartie, une plus grande proportion de personnes de 75 ans et plus ont déclaré avoir besoin d'aide pour faire leur épicerie (11 %) comparativement à 4 % chez les personnes âgées entre 65 et 74 ans ($p < 0,0001$). Il est intéressant de noter que les personnes qui font leur épicerie ou leur magasinage sans aide sont plus nombreuses (40 %) à consommer au moins 5 portions de fruits et légumes par jour alors que cette proportion n'est que de 25 % chez les personnes ayant besoin d'aide ($p < 0,0001$).

Préparation des repas

La proportion de Québécois de 65 ans et plus qui cuisinent habituellement leurs repas est de 68 % et cette proportion est beaucoup plus élevée chez les femmes (91 %) que chez les hommes (38 %) ($p < 0,0001$). Les hommes et les femmes de 75 ans et plus sont moins nombreux à cuisiner leurs repas (65 %) comparativement aux personnes âgées entre 65 et 74 ans (70 %). Notons aussi que les personnes qui cuisinent habituellement leurs repas sont aussi plus nombreuses (41 %) à consommer au moins 5 portions de fruits et légumes comparativement à celles qui ne les cuisinent pas (33 %) ($p = 0,002$).

Près de trois Québécois sur quatre (73 %) âgés de 65 ans et plus aiment cuisiner la plupart de leurs repas, 21 % considèrent cette tâche comme parfois pesante et 7 % comme un fardeau. L'attitude face à la préparation des repas ne varie pas selon l'âge mais les femmes, indépendamment de leur âge, sont proportionnellement plus nombreuses à aimer cuisiner leurs repas que les hommes ($p = 0,0001$). Notons que l'attitude face à la préparation des repas, qu'elle soit positive ou non, ne semble pas être associée à la consommation de fruits et de légumes.

Prise des repas en compagnie d'autres personnes

La prise d'au moins un repas par jour en compagnie d'autres personnes varie selon le sexe chez les aînés québécois de 65 ans et plus, les hommes (85 %) étant plus nombreux à le faire que les femmes (66 %) ($p < 0,0001$). Cette activité apparaît moins fréquente chez les personnes plus âgées, en particulier chez les femmes. En effet, 62 % des femmes âgées de 75 à 84 ans et 49 % de 85 ans et plus prennent au moins un repas quotidiennement en compagnie d'autres personnes comparativement à 87 % et 79 % des hommes de ces groupes d'âge ($p < 0,0001$). La consommation de fruits et légumes est aussi associée à la fréquence de la prise de repas en compagnie d'autres personnes. Ainsi, 40 % des Québécois de 65 ans et plus qui en consomment quotidiennement 5 portions ou plus prennent souvent ou presque tous les jours leurs repas en compagnie d'autres

personnes comparativement à 32 % chez les Québécois du même âge qui ne prennent pas souvent ou jamais leurs repas en compagnie. Cette proportion s'abaisse à 28 % chez les aînés de 75 ans et plus ($p = 0,001$).

Enfin, une proportion plus élevée de personnes de 65 ans et plus qui prennent quotidiennement leurs repas avec d'autres personnes ont aussi déclaré avoir un bon ou très bon appétit (87 %) comparativement à celles (80 %) qui prennent parfois ou jamais leurs repas en compagnie d'autres personnes ($p = 0,0003$). De plus, les Québécois de 75 ans et plus qui ne prennent pas souvent ou jamais leurs repas avec d'autres sont plus nombreux à déclarer un faible appétit comparativement à ceux qui ont souvent de la compagnie ($p = 0,004$).

Consommation de fruits et de légumes, risque nutritionnel et appétit selon les autres déterminants de la santé

Activité physique de loisir et de transport

La figure 2.2 montre que les Québécois de 65 ans et plus qui sont actifs physiquement sont nombreux (44 %) à consommer au moins 5 portions de fruits et de légumes par jour comparativement aux Québécois sédentaires (29 %). Il en est de même chez les personnes de 75 ans et plus (39 % c. 29 %)(données non présentées). On remarque à la figure 2.3 que la prévalence du risque nutritionnel élevé est significativement plus élevée chez les Québécois de 65 ans et plus sédentaires comparativement aux Québécois actifs physiquement. Chez les personnes de 75 ans et plus, la prévalence du risque nutritionnel chez les sédentaires se chiffre à 49 % comparativement à 29 % chez les personnes actives. Enfin, les personnes de 65 ans et plus qui sont actives physiquement sont proportionnellement plus nombreuses à avoir déclaré un bon appétit comparativement aux personnes sédentaires (90 % c. 79 %, $p < 0,05$; données non présentées).

Tabac

Le quart des Québécois âgés de 65 ans et plus qui sont des fumeurs réguliers consomment un minimum de 5 portions de fruits et de légumes par jour alors que 40 % des non-fumeurs (anciens et non-fumeurs) le font (figure 2.2). La prévalence du risque nutritionnel élevé est également accrue chez les fumeurs de cet âge, étant estimée à 49 % comparativement à 35 % chez les non-fumeurs (figure 2.3). Les résultats ont par ailleurs révélé que les fumeurs réguliers sont proportionnellement moins nombreux (73 %) à avoir un bon appétit que les non-fumeurs (anciens ou jamais) (87 %).

Alcool

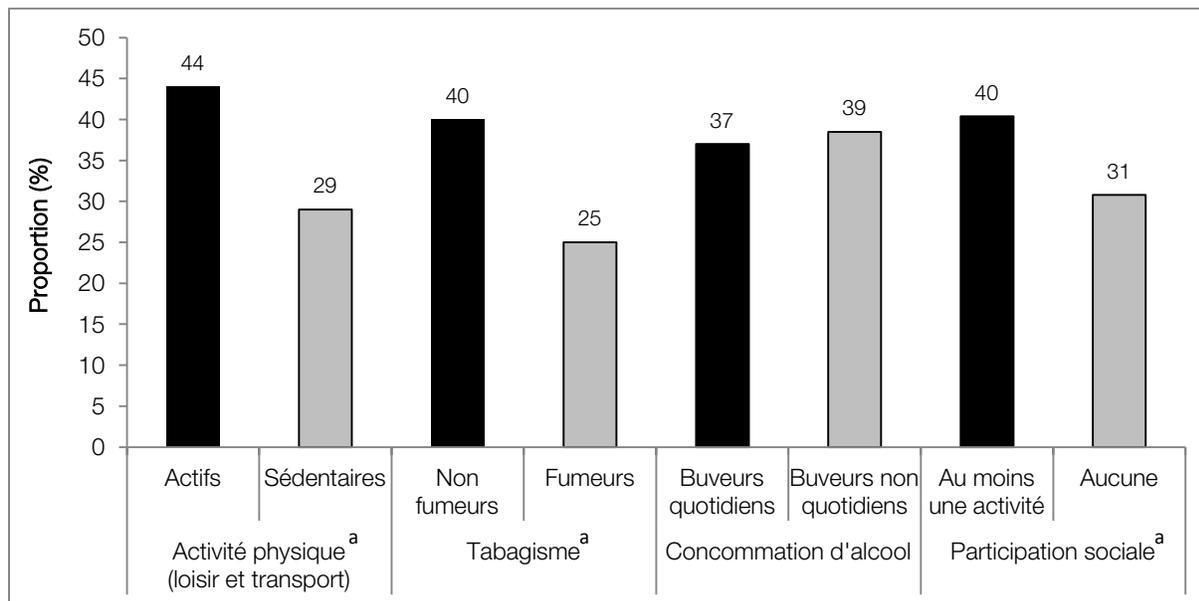
La consommation d'au moins 5 portions de fruits et légumes par jour ne varie pas selon le type de buveurs d'alcool, qu'ils boivent de façon quotidienne ou non (figure 2.2). La prévalence du risque nutritionnel élevé ne varie pas non plus selon le type de buveurs comme l'illustre la figure 2.3. Par ailleurs, les Québécois de 65 ans et plus qui consomment régulièrement de l'alcool sont plus nombreux (90 %) à avoir un bon appétit que les non buveurs (79 %) ou les buveurs occasionnels (81 %)(données non présentées).

Participation sociale

Une plus grande proportion d'aînés québécois qui participent à au moins une activité sociale consomme quotidiennement au moins 5 portions de fruits et de légumes comparativement à ceux qui n'y participent pas (figure 2.2). On observe aussi à la figure 2.3 une prévalence plus faible du risque nutritionnel élevé chez les personnes qui participent à des activités sociales (34 %) comparativement aux personnes qui ne participent pas à de telles activités (45 %). Les aînés

québécois qui participent à des activités sociales sont plus nombreux à avoir déclaré un bon appétit que ceux qui n’y participent pas (données non présentées).

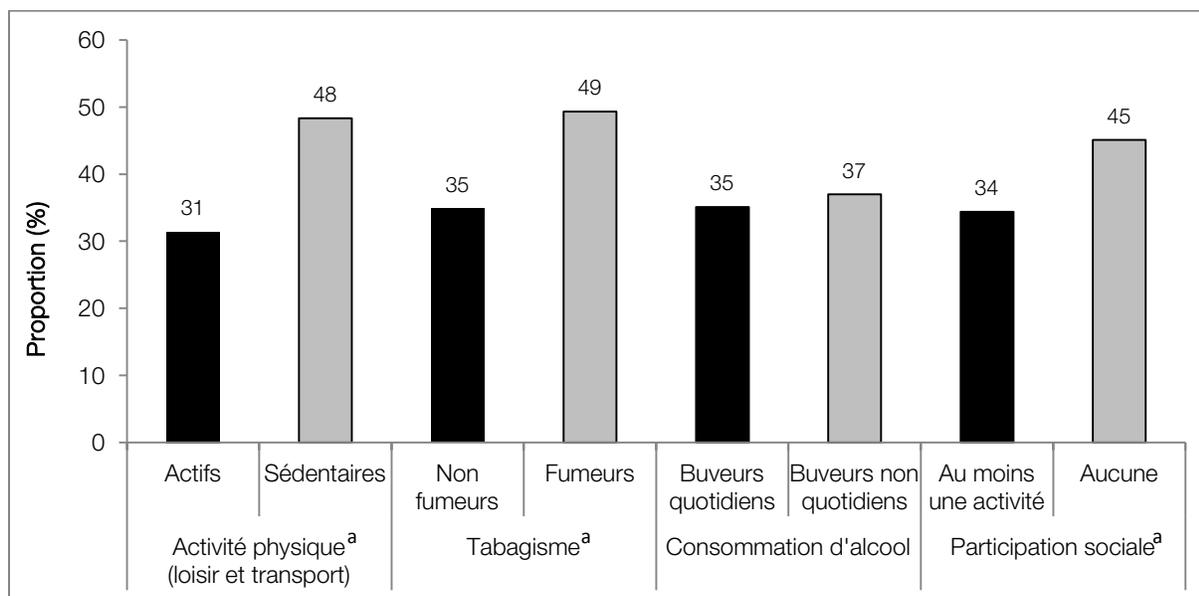
Figure 2.2 Consommation quotidienne de 5 portions ou plus de fruits et légumes selon les autres déterminants de la santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009



Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

^a Test d'association (Khi-deux) significatif entre la consommation de 5 portions ou plus et le déterminant, $p < 0,05$.

Figure 2.3 Risque nutritionnel élevé selon les autres déterminants de la santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009



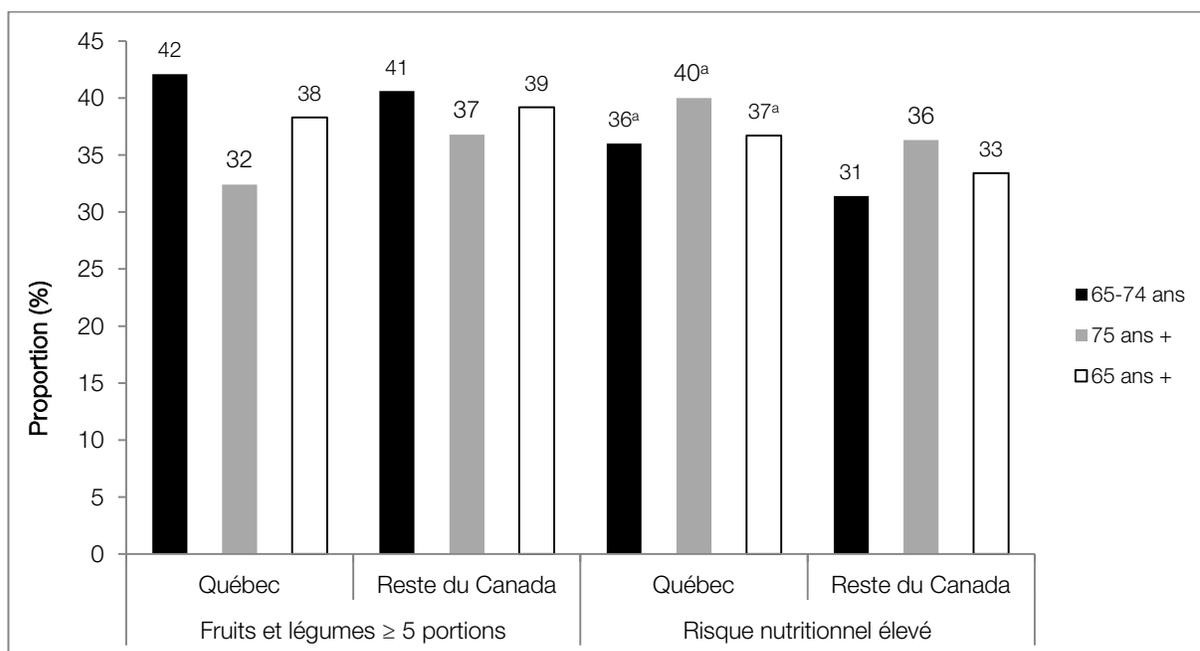
Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

^a Test d'association significatif (Khi-deux) entre le risque nutritionnel élevé et le déterminant, $p < 0,05$.

Comparaison de la consommation de fruits et de légumes et de la prévalence du risque nutritionnel élevé entre le Québec et le reste du Canada

La figure 2.4 illustre la consommation de fruits et de légumes des Québécois âgés de 65 ans et plus en comparaison avec celle des personnes du même âge vivant dans le reste du Canada (le Canada sans le Québec). On remarque que la consommation d'au moins cinq portions de fruits et légumes est semblable et les faibles différences observées selon les groupes d'âge ne sont pas significatives. La figure 2.4 montre aussi que la prévalence du risque nutritionnel élevé chez les personnes de 65 ans et plus est légèrement plus élevée au Québec (37 %) que dans le reste du Canada (33 %) ($p = 0,019$). Les Québécois âgés entre 65 et 74 ans sont significativement plus nombreux à présenter un risque nutritionnel élevé (36 %) comparativement aux Canadiens du même âge (31 %) ($p = 0,018$). La prévalence se situe à 40 % chez les Québécois de 75 ans et plus et à 36 % chez les autres Canadiens du même âge, les femmes québécoises (données non présentées) contribuant le plus à cette prévalence élevée (47 %) comparativement aux femmes des autres provinces pour qui la prévalence se chiffre à 39 %.

Figure 2.4 Comparaison de la consommation quotidienne de 5 portions ou plus de fruits et légumes et du risque nutritionnel élevé selon l'âge, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec et le reste du Canada, 2008-2009



Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

^a Test d'association significatif (Khi-deux) entre le Québec et le reste du Canada, pour les groupes d'âge, $p < 0,05$.

2.5 Discussion

Dans la présente étude, 12 % des Québécois âgés de 65 ans et plus consomment la quantité recommandée de fruits et de légumes par le Guide alimentaire canadien, soit 7 portions par jour, 38 % en consomment 5 portions ou plus et près d'une personne sur dix en consomme moins de 2 portions (Santé Canada, 2007). Ces résultats suggèrent que les aînés québécois rencontrent différents obstacles à consommer le nombre de portions de fruits et légumes recommandé. Il est vrai que cette recommandation s'adresse aux personnes de 51 ans et plus, un groupe de la population comprenant un nombre important de personnes plus jeunes (entre 51 et 64 ans) que celles qui font

partie de notre étude. Lorsque nous avons vérifié la proportion de personnes âgées entre 50 et 64 ans qui consomment quotidiennement soit 5 portions, soit 7 portions de fruits et légumes, les résultats ont indiqué que les personnes de ce groupe d'âge semblaient elles aussi avoir de la difficulté à rencontrer ces recommandations puisque seulement 52 % en consommaient effectivement 5 portions ou plus et 12 % rencontraient la recommandation de 7 portions. Ces proportions sont similaires à celles observées chez les Québécois âgés de 65 ans et plus (tableau 2.2).

Le groupe des fruits et légumes est fréquemment identifié comme étant le groupe alimentaire le plus important dans la prévention des maladies, et en particulier les maladies associées à l'âge avancé (Riediger *et al.*, 2008; Anlasik *et al.*, 2005; Hung *et al.*, 2004; Willett, 1998). Dans le cadre de l'analyse des données du cycle 2.1 de l'ESCC conduite en 2003, Shields et Martel (2006) ont observé que les personnes de 65 ans et plus qui consommaient au moins 5 fois par jour des fruits et des légumes étaient plus nombreuses (62 %) à déclarer être en bonne santé comparativement à celles qui en consommaient moins de trois fois par jour (52 %). Ces résultats vont dans le même sens que les nôtres. De plus, comme d'autres études l'ont rapporté, nos résultats montrent que la consommation de fruits et légumes est associée à plusieurs facteurs, dont certains facteurs socioéconomiques, ou alors à l'état de santé physique ou mentale perçue (Shatenstein *et al.*, 2012; Riedeger et Moghadasian, 2008; Raine, 2005; Payette et Shatenstein, 2005; Burns *et al.*, 2011). Dans le cadre de l'étude de cohorte NuAge, Shateinstein *et al.* (2013) ont aussi identifié des déterminants individuels et collectifs de la qualité globale de l'alimentation des personnes âgées. Par exemple, un plus haut niveau d'éducation, le nombre de repas pris quotidiennement ou la perception de sa santé physique étaient des déterminants positifs de la qualité de l'alimentation des hommes alors que la consommation d'alcool, les problèmes de dentition et la prise régulière de repas au restaurant étaient des déterminants négatifs.

Dans la présente étude, les personnes qui ont déclaré avoir de la difficulté à manger certains aliments ou qui évitent de manger certains aliments à cause de problèmes buccaux étaient aussi plus nombreuses à ne pas consommer au moins de 5 portions de fruits et de légumes que celles qui ne présentaient pas de difficultés. Le fait de pouvoir faire son épicerie sans aide semble aussi associé à une plus grande consommation de fruits et de légumes. En effet, les aînés québécois qui ont déclaré faire leur épicerie ou leur magasinage sans aide sont plus nombreux à consommer quotidiennement 5 portions ou plus de fruits et de légumes comparativement à ceux qui ont besoin d'aide.

Plusieurs études ont indiqué que l'alimentation des personnes âgées est influencée par des facteurs qui sont moins présents chez les plus jeunes adultes, pour ne citer que la perte d'autonomie associée au déclin de la santé fonctionnelle. Par exemple, dans la présente étude, les personnes de 75 ans et plus qui ont déclaré préparer leurs repas sans aide étaient aussi plus nombreuses à avoir un meilleur appétit comparativement à celles qui ne pouvaient préparer leurs repas (84 % c. 60 %, $p = 0,0003$). Keller *et al.* (2006b) ont rapporté que le budget restreint, un pauvre état de santé et le fait de vivre ou de manger seul et de ne pouvoir préparer des repas élaborés affectaient l'apport alimentaire des personnes âgées. Il en était de même pour celles qui avaient des difficultés à transporter leur épicerie ou alors en étaient restreintes à cause des conditions climatiques. Les facteurs interpersonnels associés incluaient l'aide au transport, l'approvisionnement alimentaire et la prise des repas avec d'autres personnes. Nombreux étaient ceux qui n'avaient pas d'autos ou n'étaient pas ou plus capables de conduire pour se rendre à l'épicerie ou à la banque et n'osaient pas le demander à leurs proches. Plusieurs utilisaient alors les dépanneurs comme première source d'approvisionnement alimentaire s'ils étaient près de la maison et faciles à atteindre.

Nos résultats ont indiqué que les aînés québécois qui consommaient davantage des fruits et des légumes ou qui ne présentaient pas de risque nutritionnel élevé avaient aussi déclaré un meilleur appétit et une meilleure santé, qu'ils prenaient plus fréquemment leurs repas en compagnie d'autres personnes et qu'ils étaient plus enclins à participer à des activités sociales. D'autres études ont aussi montré que le soutien social ainsi que la participation sociale sont liés à la quantité et à la qualité de l'alimentation chez les aînés vivant dans la communauté (Santé Canada, 2002; Raymond *et al.*, 2009; Ramage-Morin *et al.*, 2010; Shields et Martel, 2006). Selon Contreras, la solitude, provoquée par exemple par le veuvage, peut apporter une détérioration de la santé à travers un certain laisser-aller et un abandon alimentaire (Contreras, 2008). Le fait de devoir manger seul peut conduire à une «déréalisation» des repas. Aux États-Unis, on estime que deux personnes sur cinq âgées de 75 ans et plus et qui vivent seules montrent des signes de pauvre santé nutritionnelle et que 76 % des aînés de cet âge prennent leurs repas seuls (Home Instead, 2011).

À la suite de leur étude visant à identifier les facteurs associés au risque nutritionnel chez des personnes âgées vivant à leur domicile, Wham *et al.* (2011) ont rapporté que 52 % des personnes présentaient un risque nutritionnel élevé et ce, en utilisant l'outil de dépistage SCREEN. Le fait de vivre seul était associé à un risque nutritionnel plus élevé et on a aussi observé de plus faibles niveaux d'hémoglobine ou de zinc sérique chez ces personnes. À l'inverse, les personnes qui présentaient un risque nutritionnel moindre avaient une plus grande masse et force musculaires, consommaient de l'alcool régulièrement et pratiquaient plus d'activités physiques. Dans une autre étude menée par Keller *et al.* (2004) les personnes qui présentaient un risque nutritionnel élevé étaient en moins bonne santé physique et elles étaient aussi moins satisfaites de leur vie comparativement aux personnes à faible risque. Le risque nutritionnel était aussi associé à la qualité de vie.

Enfin, à la lumière des résultats obtenus à partir d'une récente étude longitudinale conduite auprès de Montréalais âgés de 75 ans et plus, Roberts *et al.* (2007) ont conclu qu'une nutrition adéquate contribue fortement au vieillissement en santé tout en maintenant l'autonomie et en prévenant la maladie. Dans le cadre de leur étude longitudinale conduite auprès d'aînés québécois, Shatenstein *et al.* (2012) ont observé que la qualité de l'alimentation et les facteurs de risque des maladies chroniques étaient associées à la cognition. Les auteurs sont d'avis que les personnes âgées doivent bénéficier d'une saine alimentation pour diminuer leur risque de maladies chroniques liées à la nutrition, la relation ou situation inverse constituant un facteur de risque pour le déclin cognitif.

Les aînés ont en général des exigences particulières à l'égard de certains nutriments afin de compenser les changements reliés à l'âge (Payette et Shatenstein, 2005). Les recommandations alimentaires précises à l'égard de plusieurs nutriments essentiels n'ont pas encore été formulées pour les personnes âgées en raison du manque de données. Or, il a été suggéré que les besoins énergétiques et protéiques des personnes âgées pourraient être plus élevés que ceux qui figurent dans les recommandations actuelles (ASPC, 2009). En effet, si la question des besoins en protéines des aînés fait toujours l'objet de controverses, certains chercheurs sont d'avis que ces besoins seraient supérieurs à ceux des adultes plus jeunes et ce, afin de minimiser ou d'empêcher la perte musculaire chez les personnes plus âgées (Paddon-Jones *et al.*, 2008). Selon Roberts *et al.* (2007), il est impératif de conduire davantage d'études longitudinales auprès des personnes âgées vivant dans la communauté afin de mieux comprendre leurs besoins, de maintenir leur bien-être nutritionnel et de mieux cibler les personnes à risque nutritionnel élevé. Ceci en vue de préserver leur qualité de vie, d'éviter une perte d'autonomie prématurée et de réduire ou éviter les maladies chroniques.

3 Activité physique de loisir et de transport¹

Bertrand Nolin

Unité Surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

3.1 Faits saillants

- Environ 53 % des Québécois âgés de 65 ans et plus rapportent une pratique d'activité physique, au cours des sept jours précédant l'entrevue, leur permettant d'atteindre au moins le « minimum » hebdomadaire recommandé, (moyennement actifs : 8 %, actifs: 45 %). Les actifs, pour leur part, rapportent au moins le double de ce volume hebdomadaire minimal.
- La proportion d'actifs, pour les groupes 65-74 ans, 75-84 ans et 85 ans et plus, demeure relativement stable chez les hommes mais elle diminue avec l'âge chez les femmes. Dans le cas des sédentaires, le phénomène est le même chez les hommes mais la proportion augmente avec l'âge chez les femmes.
- La proportion d'actifs, dans la population québécoise de 65 ans et plus, est plus élevée dans les régions métropolitaines, dans les ménages où la scolarité et le revenu sont plus élevés, ainsi que chez ceux et celles qui ont déclaré un meilleur état de santé et un profil d'habitudes de vie plus favorable à la santé. Ces observations sont inversées chez les sédentaires.
- On observe, entre la côte Est (Maritimes) et la côte Ouest (Colombie-Britannique) du pays, un gradient positif « Est-Ouest » pour la proportion d'actifs chez les 65 ans et plus. Le phénomène inverse est observé chez les sédentaires.

3.2 Introduction

L'activité physique, tout comme l'alimentation et le sommeil, est un besoin fondamental du corps humain. De nombreux travaux de comités d'experts, tant au Québec, au Canada ou ailleurs dans le monde, indiquent que ce comportement a une influence importante sur la santé et la qualité de vie des individus et des populations (WHO, 2010; Kesäniemi *et al.*, 2010; PAGAC, 2008a; CSKQ, 2002). Chez les adultes en particulier, les bénéfices répertoriés sont très nombreux et l'impact potentiel sur la morbidité et la mortalité est important (USDHHS, 2008, p.9 et CSKQ 2002, p. 10).

Jusqu'au milieu du 20^e siècle, l'activité physique était encore très intégrée au quotidien de la majorité de la population. L'évolution technologique accélérée, connue durant la seconde moitié de ce siècle, est venue changer radicalement cette réalité. À ce chapitre, la diminution des exigences physiques associées au travail est un exemple éloquent de cette « sédentarisation » croissante du mode de vie (Brownson *et al.*, 2005). Un phénomène qui a aussi touché les tâches domestiques et les moyens de transport. Si on se réfère aux quatre domaines d'activité physique potentiellement inclus dans une journée : domestique, travail ou occupation principale, transport et loisir (Nolin *et al.*, 2000, p. 171; WHO, 2010, p 52), c'est la majorité du temps d'éveil qui a été affectée par cette diminution des exigences physiques.

¹ La *bicyclette*, utilisée comme moyen de *transport*, n'est pas mesurée dans cette enquête. Cependant, cette activité touche une faible proportion (3 % : INSPQ, 2014) des 65 ans et plus. En comparaison, environ 54 % (INSPQ, 2014) de ce même groupe d'âge rapportent utiliser la *marche* comme moyen de *transport*. Ces données (3 % et 54 %), comme les résultats présentés dans de ce chapitre, représentent la moyenne pour l'ensemble de l'année.

Le défi, pour une part importante de la population, est de réintégrer l'activité physique dans son mode de vie. L'activité physique pratiquée durant les temps libres (loisirs) est l'avenue utilisée par plusieurs et, pour d'autres, la modification de la manière de se déplacer (transport) ou d'effectuer certaines tâches domestiques seront privilégiées. De plus, pour les personnes retraitées, l'arrêt du travail en privera un certain nombre d'une source potentielle d'activité physique, laquelle aura davantage à être remplacée si cette dernière en était l'apport principal.

Les pages suivantes nous apportent une estimation du niveau d'activité physique de loisir qui, dans le cadre de cette enquête, inclut également la marche utilisée comme moyen de transport. Les résultats portent sur les aînés québécois âgés de 50 ans plus et les données spécifiques au loisir seulement (excluant marche transport) ne sont pas disponibles. De plus, étant donné le phénomène important de vieillissement de la population, nous portons un regard plus détaillé sur le groupe des 65 ans et plus. Les analyses, dans ce cas, touchent les liens potentiels avec certains indicateurs socioéconomiques et de l'état de santé, les liens avec d'autres déterminants de la santé, ainsi que la pratique dans les autres régions du Canada. Finalement, après un survol global de nos résultats, nous faisons ressortir certaines implications qu'ils peuvent avoir sur les interventions dans ce secteur.

3.3 Méthodes

Tous les résultats de ce chapitre sont basés sur des entrevues réalisées de décembre 2008 à novembre 2009 et le rappel d'information porte sur les sept jours précédant la date de l'entrevue (Statistique Canada, 2010). Ce mode de collecte de données (12 mois consécutifs) permet de tenir compte des variations saisonnières, une variable d'influence importante dans le cas de l'activité physique (Tucker et Gilliland, 2007; Nolin *et al.*, 2002). Le résultat obtenu, de ce fait, est une « moyenne » pour 2008-2009 et il concerne, tel qu'indiqué plus haut, la pratique au cours des sept jours précédant l'entrevue et non la pratique habituelle du répondant.

Les informations, sur l'activité physique de loisir (APL) et la marche utilisée comme moyen de transport, ont été obtenues à partir de cinq questions. La première couvre la marche (loisir et transport) et, les trois suivantes, les activités physiques de loisir d'intensité faible (légère), modérée et élevée, autres que l'activité « marche ». La dernière question, pour sa part, porte sur l'entraînement musculaire. Pour chacune des questions, des renseignements sur la fréquence hebdomadaire (4 choix de réponse : Jamais (0 jour), Rarement (1 à 2 jours), Parfois (3 à 4 jours), Souvent (5 à 7 jours]) et la durée par jour (5 choix de réponse : Moins de 30 minutes, 30 à 59 minutes, 1 h à 1 h 59, 2 h à 3 h 59, 4 h et plus) viennent compléter l'information. Les deux choix supérieurs (2 h à 3 h 59 et 4 h et plus), dans nos analyses, ont été regroupés et la valeur attribuée est trois heures (Nolin, 2014). Les renseignements obtenus, avec les quatre premières questions, permettent de vérifier l'atteinte des recommandations touchant les activités de type aérobie (WHO, 2010 : voir Complément à la fin du chapitre) et de classer les individus selon différents niveaux d'activité physique (Nolin, 2014). Dans le cas des activités de type musculaire (5^e question), l'information ne permet pas de vérifier l'atteinte des recommandations sur ce sujet.

3.4 Résultats

Niveau d'activité physique selon l'âge et le sexe

Le tableau 3.1 montre qu'en 2008-2009, chez les personnes de 65 ans et plus, environ 52 % des hommes et 39 % des femmes atteignent le niveau *actif*, lorsqu'on tient compte de l'ensemble des activités de loisir et de la marche utilisée comme moyen de transport. À l'opposé, environ 16 % d'entre eux et 24 % d'entre elles sont considérés sédentaires pour ces mêmes activités. L'analyse

des résultats selon l'âge montre que la proportion d'actifs demeure assez stable chez les hommes mais non chez les femmes. Pour ces dernières, la diminution est constante entre les groupes 65-74 ans et 85 ans et plus (65-74 ans : 47 %; 75-84 ans: 36 %; 85 ans et plus : 16 %). Dans le cas des sédentaires, le phénomène de stabilité demeure encore présent chez les hommes et, chez les femmes, on observe une augmentation constante entre les groupes 65-74 ans et 85 ans et plus (65-74 ans : 18 %; 75-84 ans : 27 %; 85 ans et plus : 43 %).

Tableau 3.1 Proportion d'actifs^a et de sédentaires^a durant les loisirs et pour les déplacements (transport^b) selon le sexe et l'âge, population à domicile de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		Proportion (%)	IC	Valeur p ^c
A) Actifs				
Hommes	50-64 ans	51,1	45,6-56,6	0,055
	65-74 ans	56,6	51,8-61,4	
	75-84 ans	44,7	39,0-50,4	
	85 ans et plus	50,9	39,8-62,1	
	65 ans et plus	52,4	48,7-56,1	
Femmes	50-64 ans	50,8	46,5-55,2	< 0,001
	65-74 ans	46,6	41,2-52,0	
	75-84 ans	35,9	31,1-40,7	
	85 ans et plus	15,7	11,3-20,9	
	65 ans et plus	39,1	35,4-42,9	
B) Sédentaires				
Hommes	50-64 ans	15,3	12,4-18,7	0,776
	65-74 ans	14,6	11,3-18,5	
	75-84 ans	17,5	13,3-22,4	
	85 ans et plus	15,3 ^E	8,8-24,0	
	65 ans et plus	15,6	13,0-18,2	
Femmes	50-64 ans	14,9	11,4-18,9	< 0,001
	65-74 ans	18,1	14,3-22,4	
	75-84 ans	26,7	22,7-30,7	
	85 ans et plus	43,0	35,5-50,4	
	65 ans et plus	24,1	21,3-26,9	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

^a Actifs ou Sédentaires, au cours des sept jours précédant l'entrevue.

^b Les résultats incluent la *marche* comme moyen de transport, mais non la *bicyclette*. Cependant, cette dernière est très peu utilisée par les 65 ans et plus et cela, moins de 6 mois sur 12.

^c Valeur p du test d'association (Khi-deux).

^d Valeur p du test d'association selon le sexe. IC : Intervalle de confiance.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

Les recommandations internationales (WHO, 2010) sont venues ajouter, comme recommandation de base (« minimale »), le niveau *moyennement actif* tel que défini dans les indicateurs de surveillance au Québec (Nolin, 2004). Si on additionne les deux niveaux (actif et moyennement actif), c'est environ 59 % des hommes et 48 % des femmes de 65 ans et plus (tableau 3.2) qui rapportent un volume hebdomadaire d'activité physique leur permettant de retirer des bénéfices substantiels sur le plan de

la santé. Quant aux variations selon l'âge, les conclusions demeurent les mêmes que pour le niveau « actif » seulement (données non présentées).

Tableau 3.2 Niveau d'activité physique^a de loisir et de transport^b selon le sexe, population à domicile de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009.

Sexe	Actifs	Moyennement actifs	Un peu actifs	Sédentaires
	%			
Hommes	52,4	6,1 ^E	25,9	15,6
Femmes	39,1	9,0	27,8	24,1
Hommes et Femmes	45,0	7,7	26,9	20,4

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

^a Pratique au cours des sept jours précédant l'entrevue.

^b Les résultats incluent la *marche* comme moyen de transport, mais non la *bicyclette*. Cependant, cette dernière est très peu utilisée par les 65 ans et plus et cela, moins de 6 mois sur 12.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

Comme d'autres publiées avant elles (USDHHS, 1996; PHAC and CSEP, 1998; CSKQ, 2002), les recommandations internationales (WHO, 2010) soulignent l'importance du maintien d'une bonne vigueur musculaire tout au long de la vie. Une recommandation spécifique à ce sujet a été émise : Deux jours par semaine et plus, faire des activités qui influencent positivement la vigueur des principaux groupes musculaires (WHO, 2010). Parmi les activités potentiellement bénéfiques, l'entraînement musculaire (avec ou sans appareils) est certes la plus efficace et la plus sécuritaire, particulièrement chez les adultes plus âgés. Sur ce point, l'enquête nous révèle qu'environ 9 % des 65 ans et plus (hommes :14 % et femmes : 6 %) pratiquent ce type d'entraînement un jour et plus par semaine. Pour environ 7 % des personnes du même âge (hommes :10 % et femmes:4 %), ce serait trois jour et plus par semaine (données non présentées). Aucune information n'est disponible concernant la recommandation spécifique de deux jours et plus par semaine.

Niveau d'activité physique selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé

Les résultats du tableau 3.3 montrent que la proportion d'*actifs*, chez les 65 ans et plus, varie pour quatre des six indicateurs socioéconomiques retenus. On observe que cette proportion est moins élevée chez les personnes vivant dans un ménage moins scolarisé (secondaire non complété : 39 %, études postsecondaires : 52 %), dans un ménage à revenu moins élevé (quintile 1: 39 %, quintile 5 : 55 %), dans les milieux moins favorisés sur le plan matériel (quintile 5 : 42 %, quintile 1 : 56 %), ainsi que chez celles résidant à l'extérieur des régions métropolitaines de recensement (37 % et 39 %:non métropolitaines) contre 49 % (métropolitaines)). Aucune variation n'est observée selon la structure du ménage et le statut d'immigrant.

Dans le cas des indicateurs de l'état de santé, la proportion d'*actifs* est moins élevée chez ceux qui perçoivent leur état de santé général comme « passable ou mauvais » (25 %) comparativement à « bon, très bon ou excellent » (51 %). Également, la proportion d'*actifs* augmente à mesure que la gravité de l'incapacité physique diminue (grave : 28 %; modérée : 39 %; nulle ou légère : 53 %). Aucune variation n'est observée selon la perception de son état de santé mentale.

Tableau 3.3 Proportion d'actifs^a durant les loisirs et pour les déplacements (transport^b) selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		Proportion (%)	IC	Valeur p ^c
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	38,5	34,2-42,9	< 0,001
	Diplôme secondaire	42,8	36,2-49,4	
	Études postsecondaires	51,7	47,9-55,5	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	38,5	34,2-42,7	0,001
	Quintile 2	48,6	43,3-53,9	
	Quintile 3	43,3	36,9-49,7	
	Quintile 4	56,1	47,9-64,3	
	Quintile 5 (plus élevé)	55,4	44,0-66,8	
	Non déclaré	43,0	36,8-49,1	
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	43,7	40,0-47,4	0,115
	Vit avec conjoint/partenaire	47,1	43,1-51,0	
	Autre	40,1	33,6-46,6	
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	55,6	48,2-63,1	0,001
	Quintile 2	47,1	41,2-53,1	
	Quintile 3	46,6	41,8-51,4	
	Quintile 4	37,8	32,1-43,5	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	41,5	35,6-47,4	
Taille des municipalités	Métropolitaine	49,2	45,7-52,8	< 0,001
	Agglomération de recensement	37,2	31,4-43,0	
	Petite ville et milieu rural	39,0	33,0-45,0	
Statut d'immigrant	Immigrant	50,3	43,0-57,5	0,142
	Non immigrant	44,4	41,4-47,4	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	50,7	47,5-53,8	< 0,001
	Passable ou mauvaise	24,6	20,0-29,2	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	45,4	42,5-48,4	0,483
	Passable ou mauvaise	40,5 ^E	27,2-53,8	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	52,5	48,9-56,1	< 0,001
	Incapacité modérée	38,9	33,0-44,9	
	Incapacité grave	27,7	22,5-32,8	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

^a Actifs au cours des sept jours précédant l'entrevue.

^b Les résultats incluent la marche comme moyen de transport, mais non la bicyclette. Cependant, cette dernière est très peu utilisée par les 65 ans et plus et cela, moins de 6 mois sur 12.

^c Valeur p du test d'association (Khi-deux). IC : Intervalle de confiance.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

Les variations, chez les sédentaires (tableau 3.4), suivent un profil comparable aux actifs avec un pourcentage moins favorable pour les mêmes indicateurs socioéconomiques.

Tableau 3.4 Proportion de sédentaires^a durant les loisirs et pour les déplacements (transport^b) selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		Proportion (%)	IC	Valeur p ^c
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	25,6	22,5-28,7	< 0,001
	Diplôme secondaire	18,3	14,2-23,1	
	Études postsecondaires	15,8	13,0-18,6	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	25,3	21,7-28,9	0,003
	Quintile 2	18,4	14,5-22,8	
	Quintile 3	21,8	16,1-27,5	
	Quintile 4	11,5 ^E	6,9-17,6	
	Quintile 5 (plus élevé)	14,9 ^E	8,1-24,3	
	Non déclaré	20,2	15,8-24,6	
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	21,1	18,2-24,0	0,465
	Vit avec conjoint/partenaire	19,3	16,5-22,2	
	Autre	22,5	17,5-27,5	
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	12,4	9,0-16,6	0,002
	Quintile 2	20,6	16,7-24,4	
	Quintile 3	18,2	14,1-23,0	
	Quintile 4	23,7	19,5-28,0	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	24,2	19,5-28,9	
Taille des municipalités	Métropolitaine	17,2	15,1-19,2	< 0,001
	Agglomération de recensement	24,1	18,9-29,2	
	Petite ville et milieu rural	26,1	21,7-30,5	
Statut d'immigrant	Immigrant	19,0	14,0-24,9	0,633
	Non immigrant	20,4	18,3-22,5	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	15,9	13,9-18,0	< 0,001
	Passable ou mauvaise	36,3	31,8-40,7	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	19,6	17,6-21,6	0,200
	Passable ou mauvaise	26,4 ^E	17,1-37,6	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	15,1	12,8-17,4	< 0,001
	Incapacité modérée	17,6	14,2-21,5	
	Incapacité grave	38,7	33,3-44,1	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

^a Sédentaires au cours des sept jours précédant l'entrevue.

^b Les résultats incluent la *marche* comme moyen de transport, mais non la *bicyclette*. Cependant, cette dernière est très peu utilisée par les 65 ans et plus et cela, moins de 6 mois sur 12.

^c Valeur p du test d'association (Khi-deux). IC : Intervalle de confiance.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

La proportion de sédentaires est plus élevée chez les personnes vivant dans les ménages moins scolarisés (secondaire non complété : 26 %, études postsecondaires : 16 %), dans les ménages à revenu moins élevé (quintile 1 : 25 %, quintile 4 : 12 %), dans les milieux moins favorisés sur le plan matériel (quintile 5 : 24 %, quintile 1 : 12 %), ainsi que chez ceux résidant à l'extérieur des régions métropolitaines de recensement (26 % et 24 % : non métropolitaines) contre 17 % (métropolitaines). Aucune variation n'est observée selon la structure du ménage et le statut d'immigrant.

Concernant les indicateurs de l'état de santé, la proportion de sédentaires est plus élevée chez les personnes qui perçoivent leur état de santé général comme « passable ou mauvais » (36 % c. 16 %) et chez celles qui rapportent une incapacité physique grave (grave : 39 % c. modérée : 18 % et nulle ou légère : 15 %). Comme chez les actifs, aucune variation n'est observée selon la perception de son état de santé mentale.

Niveau d'activité physique selon les autres déterminants de l'état de santé

On observe, au tableau 3.5, que la proportion d'actifs est plus élevée chez les non-fumeurs (47 % c. 34 %), chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées (48 % c. 36 %) et pour ceux consommant cinq portions et plus, par jour, de fruits et de légumes (52 % c. 41 %). Cette proportion est également plus élevée lorsque le poids rapporté se situe dans les zones « normale et embonpoint » comparativement à ceux se situant dans la zone « obésité » (49 % et 48 % c. 37 %). Quant à la zone « insuffisance de poids », la proportion d'actifs semble également moins élevée mais l'imprécision du résultat ne permet pas de statuer sur ce sujet. Finalement, la proportion d'actifs est plus élevée (49 % c. 31 %) chez ceux rapportant une bonne participation sociale.

Un coup d'œil chez les sédentaires montre que cette proportion est plus élevée chez les fumeurs (29 % c. 19 %), chez ceux qui ne consomment pas de boissons alcoolisées (27 % c. 18 %) et lorsque la consommation de fruits et de légumes n'atteint pas cinq portions par jour (23 % c. 15 %). Dans le cas du poids corporel, la proportion de sédentaires est plus élevée pour les zones « insuffisance de poids et obésité » (36 % et 25 %) comparativement à « normale et embonpoint » (17 % et 18 %). Cette proportion, également, demeure plus élevée si la participation sociale est moins bonne (35 % c. 16 %).

Tableau 3.5 Proportion d'actifs^a et de sédentaires^a durant les loisirs et pour les déplacements (transport^b) selon certains déterminants de la santé, population à domicile de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		Actifs (%)	IC	Sédentaires (%)	IC
Fumeurs actuels	Oui	33,8	27,4-40,1	28,5	22,9-34,0
	Non	46,5	43,5-49,6	19,2	17,1-21,3
Buveurs actuels	Oui	48,0	44,8-51,1	18,2	16,1-20,3
	Non	36,2	31,3-41,1	26,6	22,4-30,8
Fruits et légumes	≥ 5 portions/jour	52,3	48,1-56,5	14,7	11,9-17,5
	< 5 portions/jour	41,2	37,7-44,7	22,6	20,2-25,1
Statut pondéral	Poids insuffisant	34,2 ^E	22,0-48,1	35,7 ^E	23,1-50,0
	Poids normal	48,8	44,8-52,8	17,2	14,3-20,1
	Embonpoint	48,0	43,9-52,1	17,7	14,7-20,8
	Obésité	36,5	30,4-42,6	25,3	20,5-30,1
Participation sociale	Au moins une activité	49,0	45,7-52,2	16,2	14,3-18,1
	Aucune	31,0	25,9-36,0	34,7	30,1-39,4

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

^a Actifs, ou Sédentaires, au cours des sept jours précédant l'entrevue.

^b Les résultats incluent la *marche* comme moyen de transport, mais non la *bicyclette*. Cependant, cette dernière est très peu utilisée par les 65 ans et plus et cela, moins de 6 mois sur 12. IC : Intervalle de confiance.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

Comparaison du niveau d'activité physique entre le Québec et les autres régions du Canada

Le tableau 3.6 montre que, globalement, la proportion d'actifs chez les 65 ans et plus est moins élevée au Québec que dans le reste du Canada (45 % c. 51 %). À l'inverse, la proportion de sédentaires est plus élevée (20 % c. 16 %). Cependant, lorsqu'on examine la situation dans les différentes régions du Canada, le constat est plus nuancé. On observe, d'Est en Ouest, une augmentation de la proportion d'actifs. À l'exception de l'Ontario et des Prairies où les résultats sont comparables (50 % et 51 %), le pourcentage augmente régulièrement entre l'Atlantique et l'Ontario (41 % c. 45 % c. 50 %), et il atteint environ 56 % en Colombie-Britannique. Chez les sédentaires, le phénomène est inversé. On observe une diminution constante entre l'Atlantique et l'Ontario (24 % c. 20 % c. 15 %) mais, par la suite, les résultats demeurent comparables pour l'Ontario (15 %), les Prairies (16 %) et la Colombie-Britannique (15 %).

Tableau 3.6 Proportion d'actifs^a et de sédentaires^a durant les loisirs et pour les déplacements (transport^b), population à domicile de 65 ans et plus, Québec et autres régions du Canada, 2008-2009

Niveau	Atlantique	Québec	Ontario	Prairies	Colombie-Britannique	Canada (sans le Québec)
	%					%
Actifs	41,3	45,0	50,1	50,9	56,0	50,5
Sédentaires	23,7	20,4	14,6	15,5	15,2	15,8

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

^a Actifs, ou Sédentaires, au cours des sept jours précédant l'entrevue.

^b Les résultats incluent la marche comme moyen de transport, mais non la bicyclette. Cependant, cette dernière est très peu utilisée par les 65 ans et plus et cela moins de 6 mois sur 12. Toutefois, en Colombie-Britannique il est plus facile de dépasser 6 mois par année.

3.5 Discussion

Les résultats montrent qu'une proportion appréciable de personnes de 65 ans et plus (hommes : 52 % et femmes : 39 %) rapportent une pratique, au cours des sept jours précédant l'entrevue, leur permettant d'atteindre le niveau Actif. Ces résultats, plus élevés que ceux obtenus avec l'enquête générale 2007-2008 (hommes : 34 % et femmes : 27 %, voir tableau 3.7), s'explique en bonne partie par le type de questionnaire utilisé dans chacune des enquêtes.

Premièrement, en plus de l'activité physique de *loisir*, l'ESCC-VS 2008-2009 inclut la marche utilisée comme moyen de transport dans les résultats. Deuxièmement, le rappel d'information porte sur les sept derniers jours soit, un rappel plus facile que l'enquête générale (3 derniers mois). Également, les choix de réponse concernant la durée et la fréquence de pratique sont très différents dans les deux enquêtes et ces deux facteurs expliquent probablement une part importante des variations entre les résultats. Dans le cas de l'ESCC-VS 2008-2009, la durée maximale attribuée peut atteindre trois heures par jour (Nolin, 2014) et, dans l'enquête générale (ESCC 2007-2008), une heure seulement. Les fréquences hebdomadaires attribuables, pour l'ESCC-VS 2008-2009, sont : 0; 1,5; 3,5 et 6 jours par semaine (valeurs centrales des choix de réponse) et, dans l'enquête générale (ESCC 2007-2008), c'est une moyenne hebdomadaire basée sur un nombre de fois par trois mois (un grand nombre de valeurs possibles, entre 0 et un maximum). Donc, comparativement à l'enquête générale, plusieurs paramètres peuvent « favoriser » une hausse du pourcentage d'actifs.

On constate, cependant, que l'addition des deux niveaux supérieurs (actif et moyennement actif : tableau 3.2 et tableau 3.7) a pour effet de diminuer passablement les différences entre les deux enquêtes (hommes : 59 % c. 52 % et femmes : 48 % c. 45 %). Ce résultat montre que la proportion de ceux et celles qui atteignent le niveau de base (« minimum ») recommandé (WHO, 2010) est assez semblable dans les deux cas et, également, que le type de questionnaire utilisé dans l'ESCC-VS 2008-2009 a pour effet de déplacer une bonne partie des moyennement actifs vers les actifs. Dans le cas des sédentaires, les différences sont liées principalement au fait que l'ESCC-VS 2008-2009 mesure seulement ceux et celles qui rapportent ne pratiquer « aucune » activité. Une pratique irrégulière (exemple : 2 à 3 jours par mois) n'est pas mesurée et donc, pas prise en compte dans le calcul du pourcentage de sédentaires. L'application du critère « aucune » activité, à l'enquête générale de 2007-2008, donne des résultats comparables à ceux identifiés au tableau 3.2 pour l'ESCC-VS 2008-2009 (hommes : 13 % et femmes : 23 %, données non présentées). Quant aux activités favorisant une bonne vigueur musculaire, les données sur l'entraînement musculaire (exemple : 1 jour/semaine et plus, 9 % des 65 ans et plus) sont très importantes du fait de leur efficacité et de leur sécurité. Cependant, ces résultats demeurent partiels car plusieurs autres activités peuvent apporter une contribution à l'atteinte de cet objectif.

Lorsqu'on examine la situation dans les différentes régions du Canada (tableau 3.6), on observe les différences importantes entre la côte Est et la côte Ouest du pays. Une situation qui s'explique, en bonne partie, par les conditions climatiques plus clémentes sur la côte Ouest du Canada. Dans le cas de nos voisins du Sud (PAGAC, 2008b), les instruments de mesure utilisés sont différents, ainsi que la méthode d'analyse, mais les résultats demeurent dans le même ordre de grandeur (données non présentées).

On se doit de souligner l'évolution très différente des pourcentages d'actifs et de sédentaires chez les hommes et les femmes à partir de 65 ans soit, une relative stabilité pour les premiers et une variation importante (diminution des actifs, augmentation des sédentaires) pour les secondes. On ne sait pas, jusqu'à quel point, une information détaillée sur l'activité physique *domestique* viendrait modifier ce constat. Cependant, nos résultats plaident pour des interventions plus soutenues visant la population féminine.

Le croisement avec quelques indicateurs socioéconomiques montrent également que certains sous-groupes de la population doivent faire l'objet d'une plus grande attention, lorsque des cibles d'interventions sont privilégiées. Les groupes les moins scolarisés et les moins favorisés économiquement demeurent, tout comme ailleurs dans d'autres pays (exemple : PAGAC, 2008b), moins réceptifs au message de promotion de l'activité physique. Même si des gains ont été réalisés à ce chapitre (Nolin et Hamel, 2008), l'écart demeure important et l'objectif de le réduire doit demeurer dans les priorités.

L'état de santé est un déterminant reconnu du niveau d'activité physique (Bauman *et al.*, 2012) et cela, particulièrement chez les adultes plus âgés. Nos résultats, à cet égard, vont dans la même direction. Ici, tout en prenant les mesures de sécurité qui s'imposent, le message doit être à l'effet que l'activité physique peut favoriser un meilleur état de santé et cela, même chez les individus où les capacités physiques sont assez réduites. Le milieu clinique peut être un support important dans la transmission de ce message auprès de cette clientèle.

On constate, comme chez les adolescents et les adultes moins âgés (Traoré *et al.*, 2012; Nolin *et al.*, 2002), que le niveau d'activité physique (loisir et transport) des personnes de 65 ans et plus est associé à d'autres déterminants de la santé. Sans présumer d'un lien de cause à effet, il semble que l'adoption et le maintien de certains comportements (tabac : non, alcool : oui, fruits et légumes :

5 portions ou plus/jour, participation sociale : oui) favorisent la pratique de l'activité physique et, qu'une certaine « synergie » semble s'installer. Néanmoins, il est difficile de se prononcer sur le « poids réel » de cette association comparativement, par exemple, au niveau de scolarité qui influencera, en plus de l'activité physique, ces mêmes comportements. Une analyse, nous croyons, qui méritent d'être approfondie. Dans le cas spécifique de l'alcool, la variable de croisement (buveurs actuels) recouvre des fréquences de consommation très différentes (exemples : quelques fois par année et à toutes les semaines) et une analyse plus détaillée permettrait de mieux cerner le type de consommation la plus associée à la pratique d'activité physique.

Il est intéressant de noter, comme chez les adolescents (Traoré *et al.*, 2012), que la maigreur excessive et l'obésité ne semble pas favoriser la pratique de l'activité physique chez les personnes de 65 ans et plus. Un constat, à notre avis, qui mérite d'être exploité dans nos interventions. Cependant, le message doit demeurer que les bénéfices de l'activité physique seront présents pour tous, mêmes si les objectifs personnels de contrôle de poids ne sont pas atteints. Comme pour le Guide alimentaire canadien, les recommandations d'activité physique visent une meilleure *santé globale* et non, de manière spécifique, le contrôle du poids corporel (PAGAC, 2008b). Le volume hebdomadaire recommandé, dans ce dernier cas, s'avère plus élevé que les recommandations d'activité physique pour la *santé globale*. Les « coûts-bénéfices » d'un tel investissement supplémentaire, particulièrement pour les 65 ans et plus, doivent être évalués avant de l'intégrer à son mode de vie.

L'objectif premier, à notre avis, doit demeurer *l'adoption et le maintien des recommandations générales* par le plus grand nombre possible d'individus. Dépasser cet objectif doit demeurer dans une zone « agréable » de réalisation personnelle, si on vise le maintien de ce comportement durant toute sa vie. Pour plusieurs, le fait de s'imposer un volume hebdomadaire plus élevé (exemple : pour le contrôle du poids corporel) peut les faire sortir de cette zone et, également, augmenter le risque de blessures (Hamel *et al.*, 2012). Deux réalités, particulièrement chez les personnes de 65 ans et plus, qui peuvent devenir contreproductives dans certains cas.

3.6 Complément – Activité physique de loisir et de transport

Recommandations² : 18-64 ans et 65 ans et plus (WHO, 2010)

- a) *Activités de type aérobie*³ (exemples : marche, jogging, vélo, natation, etc.)
- a.1) Faire au moins 150 minutes par semaine à une intensité *modérée* **ou** au moins 75 minutes par semaine à une intensité *élevée* (« vigoureuse ») **ou** une combinaison équivalente de ces deux types d'activité (intensité modérée et élevée).
- Note :** Cette recommandation « minimale », dans le rapport, est identifiée par le vocable « moyennement actif ».
- a.2) Les séances de pratique devraient durer au moins 10 minutes.
- a.3) Pour obtenir des bénéfices santé additionnels, il est recommandé d'atteindre, graduellement, le double du volume hebdomadaire recommandé au point « a.1 » soit :

² Chez les 65 ans et plus, certaines recommandations complémentaires sont faites pour les clientèles « à risque » (voir WHO, 2010).

³ Critères et méthodologie servant à mesurer (à « opérationnaliser ») l'atteinte de ces recommandations : voir le document technique (Nolin, 2014).

Faire au moins 300 minutes par semaine à une intensité *modérée* **ou** au moins 150 minutes par semaine à une intensité *élevée* (« vigoureuse ») **ou** une combinaison équivalente de ces deux types d'activité (intensité modérée et élevée).

Note : Cette recommandation « souhaitable », dans le rapport, est identifiée par le vocable « actif ».

b) *Activités de type musculaire (exemples : poids et haltères, exercices à mains libres, etc.)*

Des activités, visant l'amélioration de la vigueur des principaux groupes musculaires, devraient être faites au moins deux jours par semaine.

Tableau 3.7 Niveau d'activité physique* de loisir, population à domicile de 65 ans et plus selon le sexe, Québec, 2007-2008

Sexe	Actifs	Moyennement actifs	Un peu actifs	Sédentaires
	%			
Hommes	34,4	17,9	18,2	29,6
Femmes	26,5	18,6	19,5	35,5
H et F	29,9	18,3	18,9	32,9

Source des données : ESCC – Composante générale, 2007-2008 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

* Pratique au cours des trois mois précédant l'entrevue.

4 Statut pondéral

Patricia Lamontagne

Unité Surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

4.1 Faits saillants

- Près de 38 % des hommes et 42 % des femmes âgés de 65 ans et plus avaient un poids normal en 2008-2009 et ces proportions augmentent avec l'âge.
- La prévalence de l'obésité diminue avec l'âge chez les aînés québécois alors que celle du poids insuffisant tend à augmenter.
- Le poids défavorable (obésité et poids insuffisant) affecte 22 % des personnes âgées. Il est associé à un moins bon état de santé physique, mentale et fonctionnelle, ainsi qu'à un risque nutritionnel élevé et une plus grande sédentarité.
- La variation du poids est observée chez 29 % des Québécois de 65 ans et plus. Elle est associée à un moins bon état de santé et à un risque nutritionnel élevé.
- La perte de poids est plus souvent rapportée que le gain (18 % c.11 %), et elle est associée à un moins bon état de santé physique et fonctionnelle.
- 38 % des aînés de 65 ans et plus ayant perdu du poids ont déclaré avoir perdu plus de 4,5 Kg (plus de 10 livres) au cours des six derniers mois.

4.2 Introduction

Le poids est considéré comme un déterminant important de la santé et de la mortalité chez l'adulte (OMS, 1995; OMS, 2003; Orpana *et al.*, 2010; Flegal *et al.*, 2013). La prévention des problèmes reliés au poids fait d'ailleurs partie des priorités en santé publique au Québec (MSSS, 2008; MSSS, 2006). Le statut pondéral chez les adultes québécois s'est grandement modifié au cours des deux dernières décennies. Il y a eu, entre 1987 et 2010, une diminution importante des prévalences du poids normal et insuffisant et une augmentation significative de celles de l'embonpoint et de l'obésité chez les personnes de 18 ans et plus (Lamontagne et Hamel, 2012). En 2010, il en résulte que le Québec compte maintenant un adulte sur deux en surplus de poids, avec une prévalence d'obésité (16 %) parmi les plus élevées dans les pays développés (INSPQ, 2009). En considérant les tendances du passé, la proportion d'adultes obèses pourrait atteindre entre 20 % et 28 % d'ici 2030 au Québec (Lo, 2014). Dans un contexte de vieillissement accéléré de la population, il est intéressant d'examiner plus spécifiquement la problématique du poids chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Les problèmes de santé associés au surplus de poids, notamment le diabète de type 2, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et certains cancers, sont bien connus chez les adultes en général (OMS, 2003; OMS, 2012). L'insuffisance de poids aussi est associée à des risques tels que l'ostéoporose, les maladies respiratoires, la malnutrition et la diminution de la fonction immunitaire (Santé Canada, 2003). Plusieurs études rapportent des associations entre le poids et les problèmes de santé chez les personnes âgées (Janssen, 2007; Patterson *et al.*, 2004; Kvanne *et al.*, 2010; Andreyeva *et al.*, 2007; Wannamethee *et al.*, 2004; DeCaria *et al.*, 2012). Outre les divers problèmes de santé, l'insuffisance de poids et l'obésité ont été associées à des risques plus élevés de limitations fonctionnelles (Bowen, 2012) et à l'incapacité physique chez les personnes plus âgées

(Al Snih *et al.*, 2007; Wilkins et de Groh, 2005). L'incapacité physique serait une préoccupation majeure chez la personne âgée car elle peut grandement affecter l'autonomie et la qualité de vie.

En contrepartie, des études épidémiologiques montrent aussi qu'un indice de masse corporelle élevé chez les personnes âgées aurait un effet bénéfique ou neutre sur l'espérance de vie après 65 ans (DeCaria *et al.*, 2012). Toutefois, une augmentation de l'obésité à l'échelle populationnelle entraînerait une augmentation des années de vie en moins bonne santé et plus de coûts de soins de santé.

La variation de poids serait une mesure plus utile que l'indice de masse corporelle pour prédire le risque d'incapacité future et de mortalité chez les personnes âgées (Keller, 2005; Somes *et al.*, 2002). Elle a été associée, notamment, à des risques de difficultés avec les activités de la vie quotidienne et la mobilité (Newman *et al.*, 2001; Arnold *et al.*, 2010). La perte de poids, plus spécifiquement, serait associée à un moins bon état de santé et à des comorbidités, qui augmentent le risque de mortalité et des limitations physiques (Arnold *et al.*, 2010). La perte de poids augmenterait les risques, particulièrement lorsqu'elle est involontaire, excessive (>5 % du poids) ou associée à un faible poids corporel (Chapman, 2012). L'ESCC 2008-2009 nous permet d'examiner pour la première fois la prévalence de la variation de poids au Québec à l'échelle populationnelle.

Le présent chapitre examine la problématique du poids chez les Québécois âgés de 65 ans et plus. La première partie présente le statut pondéral selon le sexe et l'âge, ainsi que le poids défavorable (poids insuffisant et obésité regroupés) selon certaines caractéristiques socioéconomiques et de l'état de santé. La deuxième partie du chapitre explore la variation du poids selon le sexe, l'âge et les mêmes caractéristiques. Finalement, le poids défavorable et la variation du poids sont décrits selon les autres déterminants de la santé qui sont à l'étude dans le présent projet.

4.3 Méthodes

Indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle (IMC) est la mesure la plus utile au niveau populationnel pour estimer l'adiposité corporelle d'une personne. Il est obtenu en divisant le poids en kilogrammes (kg) par la taille en mètre (m) au carré ($IMC = kg/m^2$), pour ensuite être classé selon le niveau de risque qu'il représente pour la santé. La catégorisation recommandée pour les adultes, par Santé Canada et l'OMS, est définie dans le tableau 4.1.

Tableau 4.1 Niveaux de risque pour la santé selon les catégories de poids et l'IMC

Catégorie de poids	IMC (kg/m ²)	Niveau de risque pour la santé
Poids insuffisant	< 18,5	Accru
Poids normal	18,5 – 24,9	Moindre
Embonpoint ^a	25,0 – 29,9	Accru
Obésité	30,0 et plus	Élevé
Obésité classe I	30,0 – 34,9	Élevé
Obésité classe II	35,0 – 39,9	Très élevé
Obésité classe III	40,0 et plus	Extrêmement élevé

Source : Adapté de Santé Canada (2003).

^a Le terme « embonpoint » est celui retenu au Québec. Il correspond à la catégorie « excès de poids » utilisée par Santé Canada (Santé Canada, 2003) et « préobèse » employée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2003).

Il n'y a pas encore de consensus sur la définition des catégories de poids spécifiques aux personnes âgées. Dans le cas des personnes de 65 ans et plus, l'intervalle « poids normal » de l'IMC pourrait s'étendre à partir d'une valeur légèrement supérieure à 18,5 jusqu'à une valeur située dans l'intervalle « embonpoint » (Santé Canada, 2003). Par ailleurs, le risque relatif de morbidité et de mortalité associé à un IMC situé dans l'intervalle « embonpoint » serait moindre chez les adultes plus âgés que chez les adultes plus jeunes ou d'âge moyen (Must *et al.*, 1999; Heiat *et al.*, 2001). Bien que les risques associés à l'IMC puissent être différents chez les personnes de 65 ans et plus, Santé Canada recommande tout de même l'utilisation de ces catégories d'IMC à l'échelle populationnelle pour ce groupe d'âge.

Dans le cadre de la présente étude, une autre variable de poids a été créée sous l'appellation « poids défavorable ». Elle regroupe les catégories poids insuffisant et obésité. L'embonpoint n'a pas été intégré dans cette variable considérant que les risques pour la santé se manifesteraient davantage à des niveaux supérieurs de l'intervalle « embonpoint » chez la personne âgée (Heiat *et al.*, 2001). Elle est analysée chez les 65 ans et plus.

Variation du poids

À la question sur la variation du poids, les participants devaient répondre si, comparativement à 6 mois auparavant, ils avaient pris du poids, perdu du poids ou gardé à peu près le même poids. Le terme « variation » désigne la prise et la perte de poids regroupées dans le présent chapitre. Si les personnes rapportaient un gain ou une perte de poids, l'intervieweur leurs demandait par la suite d'identifier de quel ordre de grandeur était la prise ou la perte de poids. Les choix de réponse proposés étaient : 1) plus de 10 livres (plus de 4,5 kg); 2) de 6 à 10 livres (de 2,7 à 4,5 kg); 3) environ 5 livres (environ 2,3 kg) et 4) moins de 5 livres (moins de 2,3 kg). À des fins d'analyses, les deux dernières catégories ont été regroupées sous l'appellation environ 5 livres et moins (environ 2,3 kg et moins).

4.4 Résultats

Statut pondéral

Le tableau 4.2 présente le statut pondéral selon le sexe et l'âge chez les Québécois âgés de 50 ans et plus. On observe que la prévalence du poids insuffisant ne varie pas selon l'âge. Une analyse plus détaillée révèle toutefois une prévalence de 6,8 %^E (IC : 4,2-10,4) chez les personnes de 85 ans et plus (données non présentées), suggérant une tendance à la hausse du poids insuffisant à partir de cet âge. Ce résultat est toutefois présenté à titre indicatif compte tenu de la non-réponse partielle élevée à l'IMC (10 %) chez les 85 ans et plus. Il pourrait ne pas être représentatif de ce sous-groupe de la population.

La prévalence du poids normal quant à elle varie de façon significative selon l'âge et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Avant l'âge de 75 ans, la prévalence est stable chez les hommes. Chez les femmes, la prévalence est plus élevée chez les 50 à 64 ans que chez celles âgées entre 65 et 74 ans. C'est à partir de 75 ans que la prévalence du poids normal est la plus élevée. Ainsi, la prévalence du poids normal s'établit à environ un adulte sur trois chez les 65 à 74 ans (32 % chez les hommes et 37 % chez les femmes), et à près d'une personne sur deux chez les 75 ans et plus (47 % chez les hommes et 48 % chez les femmes).

La prévalence de l'embonpoint n'est pas associée à l'âge, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Quant à l'obésité, elle varie de façon significative chez les femmes, diminuant de façon importante à partir de 75 ans, en passant de 24 % chez les femmes âgées de 65 à 74 ans à 15 % chez les 75 ans et plus. Une tendance à la baisse est observée chez les hommes ($p = 0,05$).

Lorsqu'on compare le statut pondéral des personnes âgées de 65 ans et plus selon le sexe, on observe une prévalence de l'embonpoint plus élevée chez les hommes, mais des proportions de poids normal et d'obésité comparables entre les deux sexes.

Tableau 4.2 Statut pondéral selon le sexe et l'âge, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique	Proportion (%)	IC	Valeur p ^a
A) Poids insuffisant			
Sexes réunis^c			
50-64 ans	1,8 ^E	1,1- 2,7	0,074
65-74 ans	1,7 ^E	1,0- 2,9	
75 ans et plus	3,2 ^E	2,3- 4,5	
65 ans et plus	2,4	1,7- 3,2	
B) Poids normal :			
Hommes :			
50-64 ans	32,9	28,3-37,5	< 0,001
65-74 ans	31,8	27,6-35,9	
75 ans et plus	47,3	41,6-52,9	
65 ans et plus	37,7	34,4-41,1	
Femmes :			
50-64 ans	43,7	39,6-47,8	0,011
65-74 ans	36,8	31,8-41,9	
75 ans et plus	48,4	44,2-52,5	
65 ans et plus	42,1	38,6-45,6	
C) Embonpoint :			
Hommes :			
50-64 ans	45,3	40,3-50,2	0,104
65-74 ans	46,2	41,3-51,1	
75 ans et plus	37,4	32,1-42,7	
65 ans et plus	42,8	39,2-46,4	
Femmes :			
50-64 ans	34,1	30,3-37,9	< 0,001 ^b
65-74 ans	35,7	31,0-40,3	
75 ans et plus	32,3	28,5-36,1	
65 ans et plus	34,1	31,2-37,1	
D) Obésité :			
Hommes :			
50-64 ans	21,2	17,4-25,0	0,052
65-74 ans	21,8	17,6-25,9	
75 ans et plus	14,3	10,4-19,1	
65 ans et plus	18,9	15,8-22,0	
Femmes :			
50-64 ans	19,1	15,7-23,0	0,017
65-74 ans	24,4	19,6-29,2	
75 ans et plus	14,6	11,7-17,9	
65 ans et plus	19,9	16,9-23,0	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

IC : Intervalle de confiance.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

^b Valeur p du test d'association selon le sexe.

^c La taille de l'échantillon ne permet pas l'analyse du poids insuffisant selon le sexe.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

Poids défavorable

Au tableau 4.3, on peut voir que la prévalence du poids défavorable est de 22 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus (poids insuffisant : 2,4 % et obésité : 19,5 %), et qu'elle est plus élevée chez les individus plus jeunes (65-74 ans). La prévalence est plus faible chez les aînés de 75 ans et plus en raison de la diminution importante de l'obésité à cet âge (14,5 % chez les 75 ans et plus c. 23,2 % chez les 65-74 ans). Les femmes semblent se distinguer des hommes avec une prévalence du poids défavorable légèrement plus élevée mais la différence n'est pas significative ($p = 0,059$).

On remarque au tableau 4.3 que la scolarité du ménage est associée au poids défavorable. Les personnes vivant dans un ménage ayant déclaré des études postsecondaires, sont en proportion moins nombreuses (19 %) à présenter un poids défavorable que les personnes de ménage moins scolarisé (25 %). Les autres indicateurs tels que le revenu, la structure du ménage, l'indice de défavorisation matérielle, la taille des municipalités et le statut d'immigrant, ne sont pas associés au poids défavorable.

Ce sont surtout les indicateurs de santé qui ont un lien significatif avec le poids défavorable. Les personnes qui se perçoivent en moins bonne santé physique ou mentale, se retrouvent davantage avec un poids défavorable que celles qui se perçoivent en meilleure santé. En effet, environ un aîné sur trois (32 %) qui perçoit sa santé physique passable ou mauvaise présente un poids défavorable comparativement à près d'un aîné sur cinq (19 %) qui se considère en meilleure santé physique. Les résultats pour l'état de santé mentale vont dans le même sens alors que 35 % des personnes se percevant en moins bonne santé mentale se retrouvent en poids défavorable comparativement à 21 % chez celles qui se perçoivent en bonne ou excellente santé.

Enfin, la prévalence du poids défavorable augmente avec le niveau d'incapacité fonctionnelle rapportée, passant de 19 % chez les aînés de 65 ans et plus présentant une incapacité nulle ou légère à 24 % chez ceux qui déclarent une incapacité modérée et à 32 % chez les personnes en incapacité grave.

Tableau 4.3 Poids défavorable selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique	Proportion (%)	IC	Valeur p ^a	
Âge	65-74 ans	24,9	21,7-28,1	< 0,001
	75 ans et plus	17,7	15,3-20,2	
	65 ans et plus	21,9	19,7-24,0	
Sexe	Homme	19,5	16,3-22,6	0,059
	Femme	23,8	20,7-26,8	
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	24,7	20,9-28,5	0,033
	Diplôme secondaire	24,4	19,2-29,5	
	Études postsecondaires	19,0	16,1-21,9	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	24,6	21,4-27,8	0,276
	Quintile 2	22,2	18,0-26,4	
	Quintile 3	20,1	14,7-26,3	
	Quintile 4 - Quintile 5	17,3	12,4-23,2	
	Non déclaré	21,8	16,2-28,3	
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	19,9	17,3-22,6	0,086
	Vit avec conjoint/partenaire	21,7	18,4-25,0	
	Autre	27,2	21,4-33,0	

Tableau 4.3 Poids défavorable selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009 (suite)

Caractéristique	Proportion (%)	IC	Valeur p ^a	Caractéristique
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	19,1	12,0-28,1	0,384
	Quintile 2	22,9	17,9-27,8	
	Quintile 3	19,0	15,3-23,2	
	Quintile 4	24,5	20,1-28,9	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	23,6	19,3-28,0	
Taille des municipalités	Métropolitaine	22,2	19,5-24,9	0,647
	Agglomération de recensement	19,5	15,3-24,3	
	Petite ville et milieu rural	22,4	17,2-27,6	
Statut d'immigrant	Immigrant	21,9	16,3-27,4	0,973
	Non immigrant	22,0	19,6-24,4	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	19,1	16,8-21,5	< 0,001
	Passable ou mauvaise	32,0	26,8-37,3	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	21,3	19,1-23,5	0,025
	Passable ou mauvaise	35,4	24,4-47,6	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	18,6	16,3-21,0	< 0,001
	Incapacité modérée	23,8	18,0-30,4	
	Incapacité grave	31,5	25,7-37,4	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître); Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

IC Intervalle de confiance.

Variation du poids

Le tableau 4.4 montre qu'en 2008-2009, chez les personnes de 65 ans et plus, environ 25 % des hommes et 32 % des femmes avaient observé une variation de poids au cours des six derniers mois précédant l'enquête. La prévalence de la variation du poids diminue avec l'âge chez les hommes mais cela semble moins le cas chez les femmes ($p = 0,055$). Lorsqu'on analyse plus en détails le changement de poids, on peut voir tant chez les hommes que chez les femmes, que la prévalence de la prise de poids diminue significativement avec l'âge alors que celle de la perte de poids reste plutôt stable. Autre constat important, les personnes de 65 ans et plus ont davantage rapporté une perte (18 %) qu'un gain de poids (11 %) au cours des six derniers mois (données non présentées), et comme on peut voir au tableau 4.4, la perte de poids est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes à partir de cet âge. Quant à la prise de poids, la proportion ne diffère pas selon le sexe.

Les personnes qui avaient répondu par l'affirmative à une variation de poids au cours des six derniers mois, ont par la suite été interviewées quant à l'ordre de grandeur de la variation (nombre de livres ou de kilogrammes). Parmi les Québécois de 65 ans et plus, 32 % ont observé un changement de plus de 10 livres (4,5 kg et plus), 27 % de 6 à 10 livres (2,7 kg à 4,5 kg) et 42 % une variation d'environ 5 livres et moins (2,3 kg et moins). Suite à une analyse plus détaillée, on constate que parmi les 65 ans et plus qui ont répondu avoir perdu du poids au cours des six derniers mois, 38 % ont rapporté une perte de plus de 10 livres (4,5 kg et plus), 26 % de 6 à 10 livres (2,7 kg à 4,5 kg) et 37 % une perte d'environ 5 livres ou moins (2,3 kg et moins). Parmi ceux qui ont plutôt répondu avoir gagné du poids, 22 % ont rapporté un gain de plus de 10 livres (4,5 kg et plus), 28 % de 6 à 10 livres (2,7 kg à 4,5 kg) et 50 % un gain d'environ 5 livres et moins (2,3 kg et moins) (données non présentées).

Tableau 4.4 Variation du poids, prise et perte de poids au cours des 6 derniers mois selon le sexe et l'âge, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique	Proportion (%)	IC	Valeur p ^a
Variation du poids			
Hommes :			
50-64 ans	31,8	27,6-36,0	0,006
65-74 ans	26,1	21,5-30,6	
75 ans et plus	22,1	18,0-26,2	
65 ans et plus	24,5	21,3-27,7	
Femmes :			
50-64 ans	34,9	30,9-38,9	0,055
65-74 ans	35,8	30,9-40,6	
75 ans et plus	27,9	24,0-31,8	
65 ans et plus	32,2	29,1-35,2	
A) Prise de poids :			
Hommes :			
50-64 ans	14,7	11,3-18,5	0,034
65-74 ans	11,5	8,6-15,0	
75 ans et plus	8,8 ^E	5,9-12,6	
65 ans et plus	10,5	8,1-12,9	
Femmes :			
50-64 ans	18,5	15,4-21,9	<0,001
65-74 ans	14,5	11,0-18,5	
75 ans et plus	8,5 ^E	5,8-12,0	
65 ans et plus	11,7	9,4-14,1	
B) Perte de poids :			
Hommes :			
50-64 ans	17,1	13,7-21,0	0,234
65-74 ans	14,6	11,3-18,4	
75 ans et plus	13,3	10,3-16,7	
65 ans et plus	14,1	11,7-16,5	
Femmes :			
50-64 ans	16,4	13,1-20,1	0,114
65-74 ans	21,3	17,0-25,5	
75 ans et plus	19,4	16,5-22,3	
65 ans et plus	20,4	17,8-23,1	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

IC Intervalle de confiance.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

^b Valeur p du test d'association selon le sexe.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

Outre l'âge, l'analyse de la variable variation du poids selon les indicateurs socioéconomiques retenus ne révèle pas de liens significatifs chez les personnes âgées de 65 ans et plus (tableau 4.5). Cette variable est plutôt associée à l'état de santé perçue des aînés. En effet, les personnes de 65 ans et plus qui se considèrent en moins bonne santé physique (39 %) et mentale (41 %) sont en proportion plus nombreuses à avoir mentionné une variation de poids que les autres en meilleure santé. Au regard de la santé fonctionnelle, les résultats vont aussi dans le même sens alors que la prévalence de la variation du poids augmente avec la gravité de l'incapacité. L'analyse séparée de la prise et de la perte de poids a révélé que la prise de poids était négativement associée à la santé physique ($p = 0,002$), et que la perte de poids était négativement associée à la santé physique ($p = 0,021$) et à la santé fonctionnelle ($p = 0,044$) (voir figure 4.3, Complément à la fin du chapitre).

Tableau 4.5 Variation du poids au cours des 6 derniers mois selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		Proportion (%)	IC	Valeur p ^a
Âge	65-74 ans	31,2	27,7-34,7	0,019
	75 ans et plus	25,6	22,6-28,6	
	65 ans et plus	28,8	26,5-31,1	
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	29,3	25,7-33,0	0,773
	Diplôme secondaire	29,7	23,8-35,5	
	Études postsecondaires	27,7	23,9-31,4	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	29,9	26,1-33,6	0,333
	Quintile 2	30,8	26,1-35,5	
	Quintile 3	23,7	18,1-29,3	
	Quintile 4 - Quintile 5	30,0	23,8-36,2	
	Non déclaré	25,8	19,9-31,6	
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	29,7	26,6-32,8	0,231
	Vit avec conjoint/partenaire	29,5	26,1-32,9	
	Autre	24,3	18,5-30,1	
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	33,7	26,2-41,2	0,439
	Quintile 2	30,1	25,0-35,3	
	Quintile 3	27,7	23,0-32,4	
	Quintile 4	29,3	24,5-34,1	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	26,5	21,9-31,2	
Taille des municipalités	Métropolitaine	29,2	26,1-32,3	0,839
	Agglomération de recensement	27,1	21,6-32,6	
	Petite ville et milieu rural	28,9	23,3-34,5	
Statut d'immigrant	Immigrant	30,9	23,9-37,8	0,567
	Non immigrant	28,7	26,1-31,2	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	26,2	23,6-28,8	<0,001
	Passable ou mauvaise	38,6	33,7-43,5	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	28,3	26,0-30,6	0,041
	Passable ou mauvaise	41,0	29,1-52,9	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	26,0	23,3-28,8	0,017
	Incapacité modérée	31,7	25,9-37,6	
	Incapacité grave	35,0	28,9-41,0	

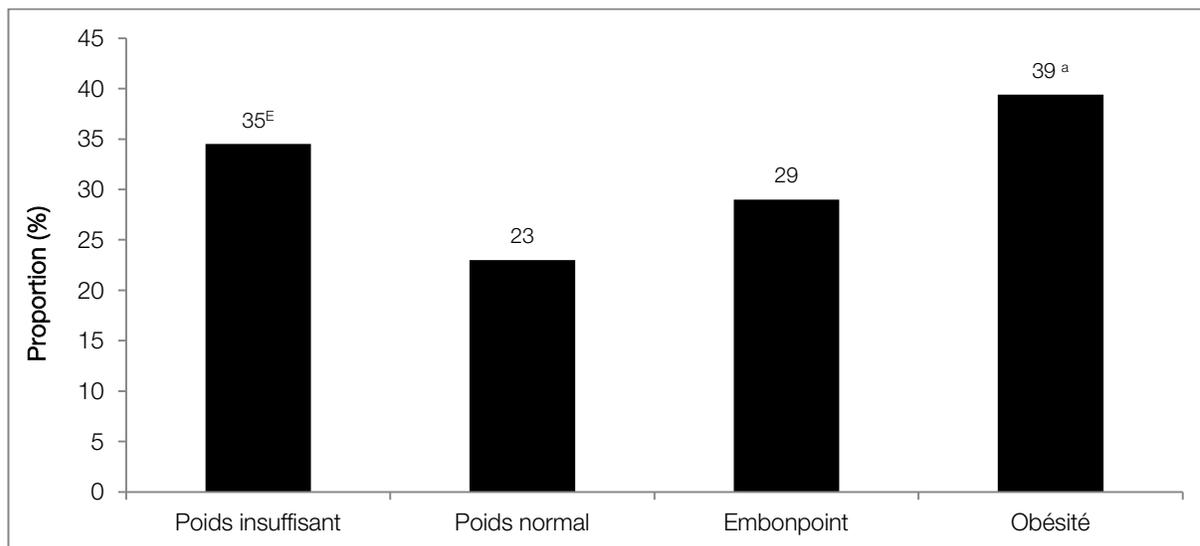
Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

IC Intervalle de confiance.

La figure 4.1 illustre la variation du poids selon les catégories d'IMC chez les personnes âgées de 65 ans et plus. On peut observer une tendance en « U » pour la variation, c'est-à-dire que la proportion des personnes qui ont changé de poids est plus élevée dans les catégories extrêmes de l'IMC (poids insuffisant et obésité). Le manque de puissance statistique ne permet pas de présenter la prise et la perte de poids séparément selon le statut pondéral.

Figure 4.1 Variation du poids selon le statut pondéral, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009



Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence

^a Test d'association (Khi-deux) significatif entre la variation de poids et le statut pondéral, $p < 0,001$.

Statut pondéral et variation du poids selon les autres déterminants de la santé à l'étude

Le poids est considéré comme un facteur de risque intermédiaire entre les habitudes de vie et les problèmes de santé (WHO, 2010). À cet égard, il est pertinent d'examiner son lien avec les autres déterminants à l'étude dans le présent projet.

Au tableau 4.6, on observe le lien entre le poids défavorable et les autres déterminants de la santé chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Les trois facteurs associés significativement au poids défavorable sont le risque nutritionnel, l'activité physique et la participation sociale. La prévalence du poids défavorable est plus élevée chez les personnes à risque nutritionnel élevé (25 %) que chez les individus qui ne sont pas à risque (20 %), particulièrement chez les femmes (29 % c. 20 %, données non présentées). Chez les hommes, les prévalences sont similaires (18 % c. 20 %). Une analyse complémentaire pour examiner le lien entre le risque nutritionnel et l'obésité seule n'a pas fait ressortir d'association significative chez les aînés ($p = 0,10$). Le lien entre le risque nutritionnel et le poids insuffisant ne peut être analysé compte tenu du faible effectif dans cette catégorie de poids.

Un niveau faible d'activité physique de loisir et de transport est un facteur fortement associé au poids défavorable. On constate, au tableau 4.6, que la prévalence du poids défavorable augmente avec la diminution de l'activité physique. En effet, 17 % des personnes actives âgées de 65 ans et plus avaient un poids défavorable comparativement à 30 % des personnes sédentaires.

La participation sociale s'est également révélée fortement associée au poids corporel dans la présente étude. On observe au tableau 4.6 que les aînés qui participent à la vie sociale affichent une prévalence plus faible de poids défavorable (20 %) que les autres qui n'y participent pas (29 %). Les résultats selon le sexe (données non présentées) ont indiqué un lien significatif uniquement chez les femmes (21 % au moins une activité c. 33 % aucune activité sociale, $p = 0,001$)

Finalement, une analyse plus détaillée de la participation sociale selon le statut pondéral (données non présentées) a permis de constater que le poids insuffisant était associé à la participation sociale (2 %^E c. 6 %^E, $p < 0,001$) et non l'obésité ($p = 0,07$).

Tableau 4.6 Poids défavorable selon les autres déterminants de la santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Déterminant de la santé	Proportion (%)	IC	Valeur p ^a
Non fumeur	21,7	19,4-24,0	0,622
Fumeur actuel	23,3	17,6-29,7	
Pas de risque nutritionnel	19,8	17,4-22,3	0,022
Risque nutritionnel élevé	25,2	21,3-29,1	
Actif	17,3	14,4-20,6	<0,001
Moyennement actif	18,8	12,9-26,0	
Peu actif	24,8	20,7-28,8	
Sédentaire	29,8	24,8-34,7	
Buveurs quotidiens d'alcool	17,5	13,0-22,9	0,063
Buveurs non quotidiens	22,7	20,3-25,1	
Au moins une activité sociale	19,9	17,7-22,0	0,002
Aucune activité sociale	29,2	23,8-34,6	
Fruits et légumes ≥ 5 portions	20,3	16,6-24,1	0,312
Fruits et légumes < 5 portions	22,7	20,1-25,3	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître); Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux); IC : Intervalle de confiance.

La variation du poids a également été analysée selon le statut tabagique, le risque nutritionnel, l'activité physique, la consommation de fruits et légumes, la consommation d'alcool et la participation sociale. Seuls le risque nutritionnel et la consommation de fruits et légumes sont associés à la variation de poids chez les personnes de 65 ans et plus. Dans le tableau 4.7, on peut voir que les personnes à risque nutritionnel élevé sont en proportion plus nombreuses à voir rapporté une variation de poids que les autres qui n'étaient pas à risque (51 % c. 16 %). Les résultats vont dans le même sens chez les hommes (44 % c. 15 %, $p < 0,001$) et chez les femmes (54 % c. 17 %, $p < 0,001$, données non présentées). Quant à la nature de la variation, la prise ainsi que la perte de poids sont associées au risque nutritionnel élevé. Il importe de souligner que les personnes à risque nutritionnel élevé ont déclaré plus souvent une perte (33 %) qu'une prise de poids (18 %).

La consommation de fruits et légumes est également associée à la variation de poids (tableau 4.7). En effet, les personnes de 65 ans et plus consommant 5 portions ou plus de fruits et légumes par jour sont proportionnellement plus nombreuses à avoir observé une variation de poids au cours des six derniers mois que les personnes ayant consommé moins de cinq portions (33 % c. 26 %). Cette association est significative chez les hommes (29 % c. 22 %, $p = 0,036$) mais non chez les femmes (35 % c. 30 %, $p = 0,224$) (données non présentées). Quant à la nature de la variation, les résultats nous révèlent que la perte de poids varie selon la consommation de fruits et légumes, ce qui n'est pas le cas pour la prise de poids. La perte de poids est positivement associée à la consommation de fruits et légumes chez les hommes (19 % c. 12 %, $p = 0,014$) mais non chez les femmes (22 % c. 19 %, $p = 0,432$) (données non présentées).

Tableau 4.7 Variation du poids selon le risque nutritionnel et la consommation de fruits et légumes, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique	Risque nutritionnel		Fruits et légumes		
	Pas de risque nutritionnel	Risque nutritionnel élevé	5 portions ou plus	Moins de 5 portions	
Variation du poids	Proportion (%)	16,0	50,5	32,6	26,3
	IC	13,7-18,3	46,2-54,8	28,5-36,6	23,6-28,9
	Valeur p ^a	< 0,001		0,011	
Prise de poids	Proportion (%)	7,2	17,6	11,8	10,6
	IC	5,6-9,0	14,1-21,5	9,2-14,8	8,7-12,4
	Valeur p ^a	< 0,001		0,405	
Perte de poids	Proportion (%)	8,8	32,9	20,8	15,7
	IC	7,2-10,7	28,9-37,0	16,9-24,6	13,6-17,9
	Valeur p ^a	< 0,001		0,028	

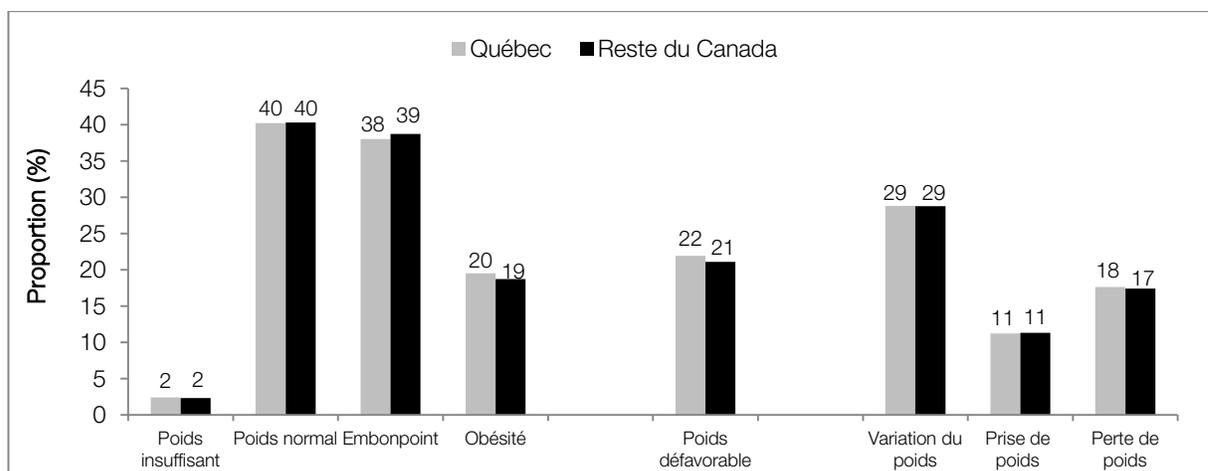
Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître); Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux); IC : Intervalle de confiance.

Comparaison du statut pondéral et de la variation de poids entre le Québec et le reste du Canada

La comparaison du statut pondéral des Québécois âgés de 65 ans et plus avec celui du reste du Canada (figure 4.2) nous indique des prévalences semblables à celles des autres Canadiens du même âge. Le même constat s'observe chez les aînés de 65-74 ans et de 75 ans et plus (données non présentées). Lorsqu'on compare le poids défavorable des aînés québécois avec celui des autres Canadiens du même âge, on n'observe pas de différence à cet égard (figure 4.2). Le constat est le même chez les personnes de 65-74 ans et de 75 ans et plus (données non présentées). Enfin, tel qu'observé à la figure 4.2, la comparaison de la variation du poids chez les aînés québécois avec ceux du reste du Canada ne révèle aucune différence significative. Chez les personnes âgées de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus, le constat est le même (données non présentées).

Figure 4.2 Comparaison des indicateurs du poids, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec et le reste du Canada, 2008-2009



Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître); Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

4.5 Discussion

Statut pondéral chez les personnes âgées de 65 ans et plus

Le statut pondéral des Québécois change au-delà de l'âge de 65 ans, et de façon très importante à partir de 75 ans. La prévalence du poids normal est significativement plus élevée chez les personnes de 75 ans et plus et ce aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Ce qui s'explique en partie par la prévalence de l'obésité beaucoup plus faible chez ce groupe plus âgé. Les dernières données américaines de 2007-2010 sur la prévalence de l'obésité chez les personnes de 65 ans et plus (Fakhouri *et al.*, 2012) révèlent un constat similaire au nôtre, alors que la prévalence pour cette période donnée était significativement plus élevée chez les aînés de 65 à 74 ans (41 %) que chez les autres âgés de 75 ans et plus (28 %).

La prévalence du poids insuffisant dans notre étude tend à augmenter à partir de l'âge de 75 ans, mais d'autres enquêtes sont nécessaires pour confirmer cette tendance. À cet égard, une étude longitudinale canadienne basée sur des données d'enquêtes autodéclarées a révélé que la prévalence de l'insuffisance de poids chez les hommes âgés de 80 ans et plus et chez les femmes de 75 ans et plus, était significativement plus élevée que celle du groupe de référence âgé de 55 à 59 ans (Garner *et al.*, 2012). Les hommes âgés de 85 à 89 ans avaient une prévalence de poids insuffisant de 5,3 % et les femmes de 7,7 %. Également, dans un rapport statistique américain, Schoenborn *et al.* (2002) ont observé deux fois plus de personnes âgées de 75 ans et plus en insuffisance de poids comparativement aux personnes âgées de 45 à 64 ans (5,0 % et 1,2 %). L'augmentation de la prévalence du poids insuffisant avec l'âge pourrait être un signe de fragilité ou d'un mauvais état de santé, mais aussi attribuable aux effets d'une maladie sous-jacente non diagnostiquée (Santé Canada, 2003).

Le statut pondéral des Québécois de 65 ans et plus s'est modifié de façon importante au cours de la dernière décennie. Lorsqu'on compare les estimations de l'ESCC générale de 2000-2001 avec celles de la présente enquête, on constate que les prévalences du poids normal et du poids insuffisant chez les aînés ont diminué significativement au cours des années, passant de 48 % à 40 % ($p < 0,001$) et de 3,4 % à 2,4 % ($p = 0,048$) respectivement. À l'inverse, la proportion des aînés en embonpoint est passée de 35 % à 38 % ($p = 0,039$) et celle des personnes âgées obèses de 13 % à 20 % ($p < 0,001$), au cours de cette période. On observe la même tendance à la fois chez les hommes et chez les femmes pour la prévalence du poids normal et celle de l'obésité dans ce groupe d'âge (données non présentées).

La faible prévalence de l'obésité observée en 2008-2009 chez les personnes âgées de 75 ans et plus peut étonner. Il faut comprendre qu'elle ne correspond pas nécessairement à un moindre risque de problèmes de santé chez les personnes âgées (Seidell et Visscher, 2000). L'adiposité ne diminue pas nécessairement à un âge avancé, et peut être redistribuée différemment, se localisant davantage au niveau abdominal. Or, il est bien connu que l'obésité abdominale est associée à des risques accrus de santé (OMS, 2003). Ainsi, l'IMC n'est pas nécessairement l'indicateur le plus adéquat pour déterminer les risques pour la santé chez les personnes âgées (voir la section « Limites »).

On peut observer quelques différences selon le sexe lorsqu'on compare le statut pondéral chez les personnes de 65 ans et plus, avec celui observé pour l'ensemble de la population adulte québécoise (Lamontagne et Hamel, 2012). Alors qu'il existe une différence significative pour chaque catégorie de poids entre les hommes et les femmes âgées de 18 ans et plus, on observe seulement une différence pour la prévalence de l'embonpoint chez les personnes de 65 ans et plus. Les proportions de poids normal et d'obésité sont comparables entre les deux sexes chez les aînés.

Le poids défavorable, regroupant l'obésité et l'insuffisance de poids, touche 22 % des Québécois âgés de 65 ans et plus, mais la prévalence diminue avec l'âge. Parmi les variables de croisement analysées, le poids défavorable est essentiellement relié à l'état de santé physique et mentale perçue ainsi qu'à la santé fonctionnelle. Les personnes se percevant en moins bonne santé sont plus nombreuses à présenter un poids défavorable. Dans une étude réalisée auprès de Norvégiens âgés de 65 ans et plus, Kvamme *et al.* (2010) ont démontré qu'un IMC faible ou élevé était associé à une moins bonne santé perçue. Dans une étude américaine, Galanos *et al.* (1994) ont observé une plus grande détérioration fonctionnelle à des valeurs faibles et élevées d'IMC chez des personnes âgées de 65 ans et plus.

Variation du poids chez les personnes âgées de 65 ans et plus

Le changement de poids chez les personnes âgées a été démontré comme étant une mesure plus utile que les mesures statiques, notamment comme l'IMC, pour évaluer le risque de mortalité et de l'incapacité future (Keller, 2005). Dans notre étude, 29 % des personnes de 65 ans et plus (hommes 25 %, femmes 32 %) avaient rapporté une variation de poids au cours des six derniers mois précédant l'enquête de 2008-2009. La perte était plus souvent mentionnée que la prise de poids, et elle était plus élevée chez les femmes. Ces résultats semblent aller dans le même sens que ceux obtenus dans une étude longitudinale américaine qui a révélé que 27 % des hommes et 35 % des femmes de 65 ans et plus, avaient eu un changement de poids en trois ans. Les proportions de personnes ayant perdu du poids étaient également plus élevées que celles en ayant gagné (Newman *et al.*, 2001). Dans cette même étude, les auteurs ont constaté que les adultes qui avaient pris du poids et surtout ceux qui avaient perdu du poids, avaient une prévalence plus élevée de difficultés avec les activités de la vie quotidienne, avec la mobilité, et avaient moins de force musculaire, que les autres qui avaient maintenu leur poids. À cet égard, nos résultats ont démontré que la variation du poids ainsi que la perte de poids chez les aînés étaient associées à une moins bonne santé fonctionnelle.

La perte de poids est fréquente chez les personnes âgées et elle est fortement associée à une perte de masse maigre (musculaire et osseuse) chez les hommes et les femmes (Newman *et al.*, 2005). Or, la masse maigre est associée positivement à la force, la capacité physique et à la qualité de vie en général (Miller et Wolfe, 2008). À cet égard, les résultats dans notre étude révèlent une proportion plus élevée de perte de poids chez les personnes ayant une incapacité physique grave que chez les personnes ayant une incapacité nulle ou légère.

Par ailleurs, nos résultats ont permis d'observer que parmi ceux qui avaient perdu du poids, 38 % avaient rapporté une perte importante de plus de 4,5 kg (10 livres) au cours des six derniers mois précédant l'enquête. Une étude américaine menée par Taylor et Ostbye (2001), a révélé que les personnes âgées de plus de 65 ans qui avaient perdu 4,5 kg et plus, un an avant l'investigation, étaient plus à risque de mortalité que celles qui avaient gagné 4,5 kg et plus. Cependant, selon Chapman (2011), la perte de poids non intentionnelle serait davantage néfaste que la perte volontaire car elle indique souvent une maladie sous-jacente (Miller et Wolfe, 2008; Sahyoun *et al.*, 2004). L'ESCC 2008-2009 n'a toutefois pas distingué si la variation de poids chez les personnes âgées était intentionnelle ou non.

Même si les gens en insuffisance de poids sont plus vulnérables face à la perte de poids, les personnes âgées avec un poids élevé qui perdent du poids peuvent également subir une perte musculaire (Newman *et al.*, 2001). Ainsi, une perte de poids chez une personne âgée obèse pourrait accélérer la sarcopénie (Newman *et al.*, 2005), c'est-à-dire une perte musculaire importante associée au vieillissement (Chapman, 2011). La sarcopénie en présence d'obésité augmenterait les risques de problèmes fonctionnels (Rolland *et al.*, 2009; Miller et Wolfe, 2008). Ce qui suggère qu'une perte de

poids chez les personnes âgées de 65 ans et plus ne serait pas automatiquement souhaitable, puisqu'elle peut les rendre vulnérables face à leur santé. Une perte de poids volontaire chez les personnes âgées obèses avec comorbidités ou limitations fonctionnelles (Mathus-Vliegen, 2012) pourrait être appropriée, cependant, elle doit être entreprise de manière à préserver la masse maigre (musculaire et osseuse). Une saine gestion du poids basée sur de saines habitudes de vie demeure essentielle. Il est important de noter que la présente étude a fait ressortir que 21 % des aînés obèses en 2008-2009 avaient perdu du poids au cours des six derniers mois, et qu'environ 18 % des personnes de 65 ans et plus ont répondu avoir l'intention de perdre du poids pour améliorer leur santé physique au cours de la prochaine année (donnée non présentée).

Le poids selon certains déterminants liés à la santé chez les personnes âgées de 65 ans et plus

Les habitudes de vie, notamment l'alimentation et l'activité physique, font partie des déterminants du poids. Dans la présente étude, on a observé que la consommation de fruits et légumes n'était pas associée au poids défavorable (poids insuffisant et obésité) chez les personnes âgées. Une analyse complémentaire avec l'obésité seule n'a pas non plus démontré d'association. Toutefois, l'activité physique de loisir et de transport s'est révélée inversement associée au poids défavorable. En effet, les personnes âgées actives étaient proportionnellement moins nombreuses que les personnes moins actives à présenter un poids défavorable. À ce déterminant s'ajoute la participation sociale qui, lorsqu'elle est absente, est aussi associée au poids défavorable.

Le risque nutritionnel, qui englobe les habitudes alimentaires et le changement ou non de poids, s'est révélé associé au poids défavorable. Une personne sur quatre à risque nutritionnel élevé dans notre étude présentait un poids défavorable comparativement à une sur cinq non à risque. Considérant qu'une analyse complémentaire entre l'obésité et le risque nutritionnel n'a pas démontré d'association, on peut supposer qu'il existe un lien important entre l'insuffisance de poids et le risque nutritionnel.

Il est intéressant de regarder ce qu'une mesure dynamique du poids, comme la variation du poids, peut nous apporter comme information chez les personnes âgées. La variation du poids est démontrée comme étant associée au risque nutritionnel dans notre étude. Le gain et la perte de poids augmentent en présence d'un risque nutritionnel élevé, mais la perte de poids est plus souvent rapportée. En effet, un aîné sur trois à risque nutritionnel élevé a rapporté avoir perdu du poids. Ce constat suggère que la perte de poids ne serait pas automatiquement souhaitable et que la prudence est de mise chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Un lien a également été observé entre la variation du poids et la consommation de fruits et légumes. On a observé qu'une proportion significativement plus élevée de personnes consommant 5 portions ou plus de fruits et légumes avait rapporté une variation de poids, et plus spécifiquement une perte de poids, que les autres qui avaient consommé moins de 5 portions par jour. Étonnamment, ce résultat s'avère a priori contre-intuitif. Une analyse plus détaillée nous a permis de constater que les personnes âgées de 65 à 74 ans qui consommaient plus de fruits et légumes avaient été plus nombreuses à rapporter une perte de poids, comparativement aux personnes plus âgées. Ne sachant pas si la perte de poids était intentionnelle ou non dans cette enquête, il est difficile d'interpréter ce résultat. La perte de poids plus fréquente chez les plus grands consommateurs de fruits et légumes pourrait possiblement refléter une plus grande préoccupation pour le poids ou la santé chez les aînés plus jeunes (65 à 74 ans).

Limites des données collectées sur le poids

Dans l'ESCC 2008-2009, les données recueillies sur la taille et le poids pour calculer l'IMC ont été autodéclarées par les répondants. Ces mesures anthropométriques indirectes sont connues pour sous-estimer l'IMC, les personnes ayant tendance à surestimer leur taille et sous-estimer leur poids. Il en résulte des prévalences d'embonpoint et d'obésité plus faibles (Shields *et al.*, 2009). Chez les personnes âgées plus spécifiquement, la taille autodéclarée serait davantage surestimée (Kuczmarski *et al.*, 2001; Connor Gorber et Tremblay, 2010), engendrant de plus faibles prévalences du surplus de poids. Ainsi, la proportion réelle de personnes âgées de 65 ans et plus, en situation d'embonpoint ou d'obésité, est possiblement supérieure à ce qui est présenté dans le présent document.

Par ailleurs, bien que l'IMC soit un indicateur utile pour mesurer l'adiposité corporelle, il ne saisit pas les effets du changement de composition corporelle dû au vieillissement. En vieillissant, même si le poids est maintenu, la masse grasse augmente et la masse maigre (musculaire et osseuse) diminue. L'IMC ne nous renseigne pas non plus sur la distribution de la masse adipeuse. Avec l'âge, il y a une redistribution de la masse adipeuse c'est-à-dire que la graisse sous-cutanée des membres tend à diminuer et la graisse abdominale tend à augmenter (OMS, 1995). Un excès d'adiposité abdominale est reconnu pour être associé à des risques de santé accrus (OMS, 2003). En raison de ces changements, le lien entre l'IMC et le risque de maladie serait moins important chez la personne âgée que chez l'adulte plus jeune (Mathus-Vliegen, 2012; Taylor et Ostbye, 2001). Ainsi, chez les personnes de 65 ans et plus, l'IMC ne serait probablement pas le meilleur indicateur pour évaluer les risques de santé associés au poids, considérant la perte de masse maigre (musculaire et osseuse) associée au vieillissement et de l'adiposité abdominale qui continue d'augmenter (Han *et al.*, 2011; Seidell et Visscher, 2000). La circonférence de la taille serait une mesure complémentaire utile chez les personnes âgées (De Caria, 2012).

La variation du poids utilisée comme mesure de risque pour la santé associée au poids dans l'ESCC 2008-2009, ne distingue pas si la variation est intentionnelle ou involontaire chez les personnes âgées. La variation obtenue dans une démarche volontaire, notamment de perte de poids, pourrait avoir été entreprise avec un suivi professionnel dans le cadre d'un traitement médical, tandis que la perte non intentionnelle pourrait résulter d'une maladie grave avec réduction de la masse maigre et être lourde de conséquences. Une étude américaine a démontré qu'une perte de poids intentionnelle était associée à des taux de mortalité plus faibles, et que la perte de poids involontaire était associée à des taux plus élevés de mortalité chez les adultes en surplus de poids (Gregg *et al.*, 2003).

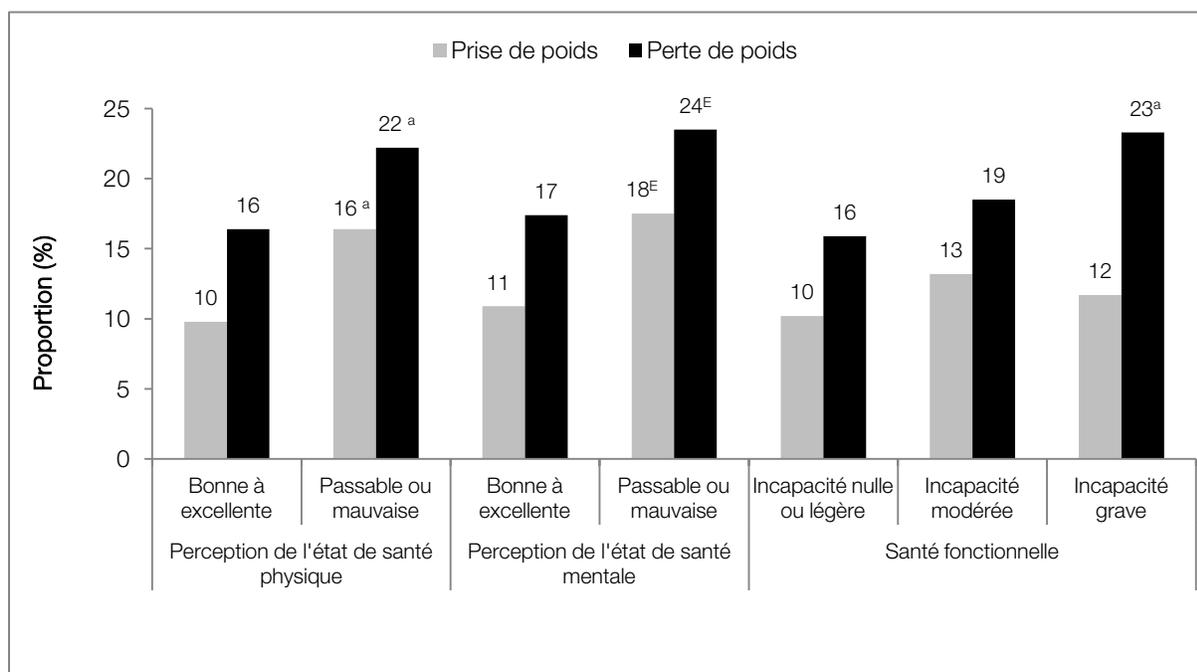
Finalement, les analyses présentées dans ce chapitre sont de nature descriptive. Les associations n'ont pas été ajustées en fonction des différentes variables potentiellement confondantes, ce qui peut nuire à l'interprétation finale. De même, le devis transversal de l'étude empêche toute inférence causale.

En conclusion, le statut pondéral des Québécois change au-delà de l'âge de 65 ans. Selon l'ESCC 2008-2009, la prévalence de l'obésité chez les aînés diminue alors que celle du poids insuffisant tend à augmenter. Ces deux catégories de poids associées à des risques accrus de problèmes de santé affectent plus d'une personne âgée sur cinq (22 %) au Québec. Sachant que l'IMC autodéclaré chez les adultes sous-estime la prévalence de l'obésité, la prévalence du poids défavorable à la santé serait en réalité plus élevée que le résultat obtenu dans la présente étude. Le poids défavorable a été associé à un moins bon état de santé physique, mentale et fonctionnelle, ainsi qu'à un risque nutritionnel élevé et une plus grande sédentarité. La variation du poids serait une mesure de risque pour la santé très utile chez les personnes âgées. La variation est fréquente chez les aînés québécois et la perte de poids est plus souvent rapportée que le gain. Elle a été associée à un moins bon état de santé et à un risque nutritionnel élevé.

Bien que la perte de poids chez les personnes âgées en excès de poids puisse apporter des améliorations au niveau du risque pour la santé, elle est aussi associée à des effets délétères sur la santé osseuse et musculaire. Les avantages et les effets néfastes devraient être pris en considération face à la décision de perdre du poids chez les personnes âgées. Il faut avant tout préconiser, chez ce sous-groupe de la population, des comportements sains tels qu'une meilleure activité physique et une saine alimentation afin d'assurer une santé optimale et de réduire la mortalité.

4.6 Complément – Statut pondéral

Figure 4.3 Prise et perte de poids selon l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009



Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître); Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

^E Estimations dont le coefficient de variation (CV) se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

^a Test d'association (Khi-deux) significatif entre la prise ou la perte de poids et l'état de santé, $p < 0,05$.

5 Tabagisme

Benoit Lasnier

Unité Habitudes de vie
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

5.1 Faits saillants

- La prévalence du tabagisme actuel chez les Québécois âgés de 65 ans et plus se situait autour de 12 % en 2008-2009. Cette prévalence varie significativement selon le groupe d'âge et est estimée à 15 % chez les Québécois âgés entre 65 et 74 ans et à 8 % chez les 75 ans et plus.
- La proportion de fumeurs actuels est plus faible chez les aînés québécois qui ne vivent pas seuls ou qui sont immigrants.
- La proportion de fumeurs quotidiens rapportant consommer 11 cigarettes ou plus par jour est de 67 % chez les Québécois âgés de 65 ans et plus. Cette proportion s'abaisse à 55 % chez les 75 ans et plus.
- Les Québécois de 65 ans et plus percevant leur santé physique comme étant passable ou mauvaise sont proportionnellement plus nombreux à fumer 11 cigarettes ou plus par jour comparativement à ceux percevant la leur comme bonne ou excellente.
- La prévalence du tabagisme notée chez les personnes de 65 ans et plus au Québec est semblable à celle observée dans les régions de l'Atlantique et des Prairies. Cependant, cette prévalence est significativement plus élevée qu'en Colombie Britannique, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes.

5.2 Introduction

Le tabagisme représente un facteur de risque considérable pour la santé des fumeurs et des non-fumeurs, le lien entre l'usage du tabac et la survenue de certaines maladies ayant été amplement démontré par la recherche médicale et les études épidémiologiques. Les fumeurs sont notamment plus susceptibles de développer divers types de cancer, dont le cancer du poumon, ainsi que des maladies cardiovasculaires et respiratoires (Centers for Disease Control and Prevention, 2013; Organisation mondiale de la santé, 2006). Le tabagisme est la principale cause de décès évitable dans le monde, un fumeur sur deux étant prédestiné à mourir d'une maladie liée à l'usage du tabac (Organisation mondiale de la santé, 2011). À l'échelle canadienne, on estime que le tabagisme est responsable d'environ 17 % des décès survenus en 2002, ce qui représente presque 40 000 décès (Baliunas *et al.*, 2007). Ces décès se répartissent essentiellement entre trois catégories de maladies : les tumeurs malignes (47 %), les maladies cardiovasculaires (28 %) et les maladies respiratoires (22 %) (Baliunas *et al.*, 2007). Au Québec, on estime que plus de 10 000 personnes décèdent chaque année des suites d'une maladie causée par le tabagisme (Makomaski Illing et Kaiserman, 2004; Rehm *et al.*, 2006).

Il apparaît par ailleurs que les fumeurs plus âgés sont plus à risque de souffrir de maladies causées par le tabagisme, principalement parce que la plupart d'entre eux fument depuis de nombreuses années (Rimer *et al.*, 1990). L'élimination tôt dans la vie du facteur de risque que constitue le tabagisme aurait ainsi un impact majeur sur l'espérance de vie des aînés, ne serait-ce qu'en considérant le risque de maladies cardiovasculaires et de cancers.

Selon Baliunas *et al.* (2007), le tabagisme a été responsable de 10 275 décès par maladie cardiovasculaire au Canada en 2002, dont notamment 3729 décès par cardiopathie ischémique chez les 60 ans et plus et 1617 décès par maladie vasculaire cérébrale chez les 65 ans et plus. Il est de plus évalué qu'environ 61 % des décès causés par des tumeurs malignes chez les hommes (43 % chez les femmes) peuvent être attribuées au tabagisme au cours de l'année 2002, soit un total de 17 427 décès tous sexes confondus (Baliunas *et al.*, 2007).

Sachant par ailleurs que la prévention de l'apparition de ces maladies chroniques apporterait des gains importants en ce qui a trait à l'espérance de vie des Québécois, il est aisé de réaliser l'impact néfaste du tabagisme sur la santé des aînés. Des données récentes estiment en effet que l'élimination des cardiopathies ischémiques entraînerait un gain d'espérance de vie variant entre 1 et 2 années chez les hommes et les femmes du Québec, alors que la disparition des maladies vasculaires cérébrales ajouterait respectivement 0,6 et 0,5 année de santé à la vie des hommes et des femmes du Québec (Martel et Choinière, 2007). Des gains importants découleraient par ailleurs de l'éradication des tumeurs malignes, soit 4 ans d'espérance de vie chez les hommes et 3,6 années chez les femmes.

La cessation tabagique présente des avantages certains pour la santé, et ce, autant chez les personnes âgées que chez les plus jeunes. Lorsqu'une personne d'âge mûr cesse de fumer, sa circulation sanguine s'améliore de manière quasi-immédiate et ses poumons commencent à se régénérer, alors qu'un an plus tard le risque de présenter une maladie cardiovasculaire, un cancer ou une maladie respiratoire a déjà diminué comparativement à celui d'une personne ayant continué à fumer (Taylor *et al.*, 2002; U.S. Department of Health and Human Services, 1990; 2010). Le risque d'infarctus du myocarde diminue de manière marquée seulement 1 an après l'arrêt complet d'usage du tabac. Même les fumeurs ayant déjà souffert d'un infarctus diminuent leur risque d'en subir un deuxième de 33 % à 50 % s'ils cessent de fumer (U.S. Department of Health and Human Services, 2010). Deux à cinq ans après l'arrêt tabagique le risque d'accident vasculaire cérébral pourrait par ailleurs chuter au même niveau que celui d'un non-fumeur.

L'objectif du présent chapitre est de décrire l'usage de la cigarette chez les Québécois âgés de 65 ans et plus en 2008-2009. La première partie s'intéresse au tabagisme en fonction de certaines caractéristiques socioéconomiques et de l'état de santé, alors que la deuxième fait état de l'âge à la consommation de la première cigarette complète. La troisième partie du chapitre présente la consommation de 11 cigarettes ou plus par jour chez les 65 ans et plus selon certaines caractéristiques socioéconomiques ainsi que l'état de santé. Les quatrième et cinquième parties portent respectivement sur le statut tabagique selon les régions du Canada et le tabagisme actuel en fonction de la consommation d'alcool.

5.3 Méthodes

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé de 2008-2009 fournit de l'information sur le statut tabagique des répondants, l'âge à la consommation de la première cigarette entière, ainsi que le nombre de cigarettes fumées par jour chez les fumeurs quotidiens. À moins d'indications contraires, les données présentées font référence à la population québécoise âgée de 65 ans et plus.

Types de fumeurs

Le statut tabagique est déterminé en fonction de quatre catégories distinctes : 1) les fumeurs quotidiens, qui fument tous les jours actuellement, 2) les fumeurs occasionnels, qui fument actuellement mais pas tous les jours, 3) les anciens fumeurs, qui ne fument pas actuellement mais

qui ont déjà fumé 100 cigarettes ou plus au cours de leur vie, et 4) les non-fumeurs, qui ne fument pas actuellement et qui ont fumé moins de 100 cigarettes au cours de leur vie. Un indicateur utilisé dans cette section, soit le tabagisme actuel, est produit en regroupant les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels. Ainsi, l'expression « fumeurs actuels » désigne l'ensemble des Québécois qui fumaient la cigarette de manière quotidienne ou occasionnelle au moment de l'enquête, ce qui exclut les individus consommant d'autres produits du tabac sans faire usage de la cigarette.

Les questions servant à déterminer le statut tabagique des répondants portaient sur l'atteinte du seuil de 100 cigarettes consommées au cours de la vie : « Avez-vous fumé une centaine de cigarettes ou plus durant votre vie (environ 4 paquets)? », ainsi que sur l'usage actuel de la cigarette : « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? ».

Âge à la consommation de la première cigarette entière

L'âge à la consommation de la première cigarette entière a été calculé de manière continue, les valeurs possibles allant de 9 à 45 ans. La valeur 9 représente 9 ans et moins alors que la valeur 45 représente 45 ans et plus. La question visant à déterminer l'âge à la consommation de la première cigarette entière était formulée de la manière suivante : « À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette entière? ».

Nombre de cigarettes fumées par jour chez les fumeurs quotidiens

Le nombre de cigarettes fumées par jour chez les fumeurs quotidiens a également été calculé de manière continue, les valeurs possibles se situant entre 1 et 99 cigarettes. La question qui était posée aux répondants se lisait comme suit : « Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous chaque jour? ».

5.4 Résultats

Tabagisme actuel

La prévalence du tabagisme actuel chez la population ciblée dans l'étude, soit les Québécois âgés de 65 ans et plus, se situe autour de 12 % pour 2008-2009. Des ventilations conduites en fonction de caractéristiques socioéconomiques des Québécois âgés de 65 ans et plus laissent entrevoir quelques disparités entre les sous-groupes étudiés (tableau 5.1). Il semble notamment que les Québécois âgés de 65 à 74 ans sont proportionnellement plus nombreux à fumer la cigarette de manière quotidienne ou occasionnelle que ceux qui sont âgés de 75 ans et plus (soit 15 % c. 8 %). On note d'ailleurs que les Québécois de 50 à 64 ans se retrouvent en proportion significativement plus élevée que les 65 ans et plus à s'être déclarés fumeurs au moment de l'enquête (soit 25 % c. 12 %).

En outre, il apparaît que les Québécois de 65 ans et plus vivant seuls sont proportionnellement plus nombreux à fumer la cigarette quotidiennement ou occasionnellement (16 %). Les personnes de 65 ans et plus percevant leur santé physique comme étant passable ou mauvaise se retrouvent pour leur part en proportion significativement plus élevée à fumer de manière quotidienne ou occasionnelle (15 %) que celles qui rapportaient avoir une bonne ou une excellente santé physique (11 %). Comparativement aux immigrants de 65 ans et plus, une proportion plus élevée de fumeurs actuels est retrouvée chez les aînés n'ayant pas un statut d'immigrant (soit 12 % c. 8 %). Les autres caractéristiques sociodémographiques étudiées, de même que les facteurs environnementaux tels que la défavorisation matérielle et la taille des municipalités, n'apparaissent pas être associés de manière significative l'usage de la cigarette chez les Québécois de 65 ans et plus.

Tableau 5.1 Fumeurs actuels selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		Proportion (%)	IC	Valeur p ^a
Sexe	Hommes	12,0	9,5 – 14,5	0,851
	Femmes	11,7	9,8 – 13,6	
Âge	50-64 ans*	24,8	22,0 – 27,7	< 0,001
	65-74 ans	14,5	12,1 – 17,0	
	75 ans et plus	8,3	6,8 – 10,0	
	65 ans et plus	11,9	10,3 – 13,4	
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	12,9	10,3 – 15,5	0,558
	Diplôme secondaire	10,6 ^E	6,8 – 15,5	
	Études postsecondaires	11,6	9,5 – 13,7	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	15,4	12,6 – 18,2	0,088
	Quintile 2	11,6	8,6 – 15,0	
	Quintile 3	11,1 ^E	6,8 – 16,9	
	Quintile 4	8,1 ^E	4,2 – 13,9	
	Quintile 5 (plus élevé)	F	-	
	Non déclaré	9,7 ^E	6,7 – 13,6	
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	16,0	13,3 – 18,8	< 0,001
	Vit avec conjoint/partenaire	9,7	7,6 – 12,1	
	Autre	10,6 ^E	7,3 – 14,8	
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	9,9 ^E	6,6 – 14,0	0,689
	Quintile 2	12,3	9,0 – 16,2	
	Quintile 3	12,3	9,1 – 16,1	
	Quintile 4	11,3	8,5 – 14,6	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	13,7 ^E	9,3 – 19,2	
Taille des municipalités	Métropolitaine	11,2	9,5 – 13,0	0,668
	Agglomération de recensement	12,8	9,2 – 17,2	
	Petite ville et milieu rural	12,8 ^E	8,8 – 17,9	
Statut d'immigrant	Immigrant	8,1 ^E	5,0 – 12,2	0,027
	Non immigrant	12,3	10,7 – 13,9	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	10,9	9,3 – 12,5	0,027
	Passable ou mauvaise	15,3	11,8 – 19,3	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	11,9	10,3 – 13,5	0,444
	Passable ou mauvaise	14,9 ^E	8,2 – 24,1	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	10,8	9,1 – 12,5	0,234
	Incapacité modérée	13,4	9,8 – 17,8	
	Incapacité grave	14,2	10,1 – 19,1	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

* Estimation présentée à titre de comparaison avec la population à l'étude.

IC : Intervalle de confiance.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

^F Estimation dont le CV est supérieur à 33,3 %; non publiée.

Âge à la consommation de la première cigarette complète

Une importante proportion (34 %) de Québécois âgés de 65 ans et plus ayant déjà fumé une cigarette entière se sont initiés à l'usage de la cigarette entre 15 et 17 ans, alors qu'une proportion moindre de personnes ont rapporté avoir consommé leur première cigarette entre l'âge de 12 et 14 ans (23 %) ou entre 18 et 24 ans (26 %) (données non présentées). La comparaison de ces données avec celles obtenues auprès des personnes de 50 à 64 ans (données non présentées) laisse entrevoir que les personnes âgées de 65 ans et plus ont tendance à s'être initiées à l'usage de la cigarette de manière plus tardive que leurs cadets. Il apparaît en effet que les Québécois âgés de 50 à 64 ans se retrouvent en proportion significativement plus élevée (33 %) que les 65 ans et plus à avoir fumé leur première cigarette entière entre 12 et 14 ans, alors qu'ils se retrouvent en plus faible proportion (20 %) à avoir fumé leur première cigarette entre 18 et 24 ans.

Il semble par ailleurs que l'âge de consommation de la première cigarette entière varie de façon significative selon le sexe et la structure du ménage. En effet, les hommes apparaissent s'être initiés à l'usage de la cigarette à un âge plus précoce que les femmes, alors que les personnes vivant avec un(e) conjoint(e) ou un(e) partenaire l'ont fait plus tôt que les personnes vivant seules (données non présentées). L'âge de consommation de la première cigarette ne semble pas associée à d'autres caractéristiques socioéconomiques chez les Québécois de 65 ans et plus.

Consommation de 11 cigarettes ou plus par jour

Chez les fumeurs quotidiens du Québec âgés de 65 ans et plus, la proportion de personnes rapportant consommer 11 cigarettes ou plus par jour se situe à 67 % (tableau 5.2). L'examen de cet indicateur en fonction de l'âge révèle pour sa part des différences significatives entre les personnes âgées de 75 ans et plus et celles d'âge inférieur. En effet, les individus âgés de 75 ans et plus (55 %) se retrouvent en proportion moins élevée que les individus de 50 à 64 ans (77 %) et ceux de 65 à 74 ans (72 %) à fumer plus de 10 cigarettes par jour.

Par ailleurs, il apparaît que les personnes de 65 ans et plus percevant leur santé physique comme étant passable ou mauvaise sont proportionnellement plus nombreuses à fumer 11 cigarettes ou plus par jour que celles qui rapportaient avoir une bonne ou une excellente santé (78 % c. 62 %). Finalement, les fumeurs quotidiens de 65 ans et plus vivant en région métropolitaine ou dans une agglomération de recensement sont en proportions plus élevées à consommer plus de 10 cigarettes par jour que les fumeurs résidant en zone rurale (69 % et 79 % c. 55 %). Les autres caractéristiques présentées au tableau 5.2 ne semblent pas être liés de manière significative la consommation de plus de 10 cigarettes par jour chez les Québécois de 65 ans et plus.

Tableau 5.2 Fumeurs quotidiens qui fument 11 cigarettes ou plus par jour selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		Proportion (%)	IC	Valeur p ^a
Sexe	Hommes	71,0	61,3 – 79,5	0,233
	Femmes	62,9	53,1 – 72,8	
Âge	50-64 ans*	76,8	71,5 – 82,1	0,003
	65-74 ans	72,1	62,4 – 80,5	
	75 ans et plus	54,5	45,2 – 63,8	
	65 ans et plus	66,6	60,0 – 73,2	
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	71,8	62,7 – 79,8	0,185
	Diplôme secondaire	52,7 ^E	31,9 – 72,8	
	Études postsecondaires	65,1	53,3 – 75,6	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	75,6	65,2 – 84,2	0,404
	Quintile 2	65,3	50,3 – 78,3	
	Quintile 3	61,2 ^E	35,7 – 82,8	
	Quintile 4	F	-	
	Quintile 5 (plus élevé)	F	-	
	Non déclaré	54,4 ^E	34,0 – 73,7	
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	65,6	56,1 – 75,1	0,186
	Vit avec conjoint/partenaire	72,0	59,5 – 82,4	
	Autre	53,2 ^E	34,5 – 71,3	
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	61,1 ^E	35,5 – 82,8	0,933
	Quintile 2	69,6	53,6 – 82,8	
	Quintile 3	64,9	50,1 – 77,8	
	Quintile 4	69,3	54,7 – 81,6	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	63,8	47,9 – 77,8	
Taille des municipalités	Métropolitaine	69,1	60,7 – 77,4	0,046
	Agglomération de recensement	78,9	62,3 – 90,6	
	Petite ville et milieu rural	55,1	42,0 – 68,2	
Statut d'immigrant	Immigrant	44,3 ^E	17,4 – 74,0	0,134
	Non immigrant	68,8	62,0 – 75,7	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	61,8	53,6 – 70,0	0,021
	Passable ou mauvaise	78,2	65,8 – 87,8	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	66,3	59,4 – 73,2	0,594
	Passable ou mauvaise	73,2 ^E	40,8 – 93,7	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	64,4	55,9 – 72,9	0,716
	Incapacité modérée	67,0	48,5 – 82,4	
	Incapacité grave	71,2	57,2 – 82,8	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

* Estimation présentée à titre de comparaison avec la population à l'étude.

IC : Intervalle de confiance.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

^F Estimation dont le CV est supérieur à 33,3 %; non publiée.

Comparaison du statut de fumeur entre le Québec et les autres régions du Canada

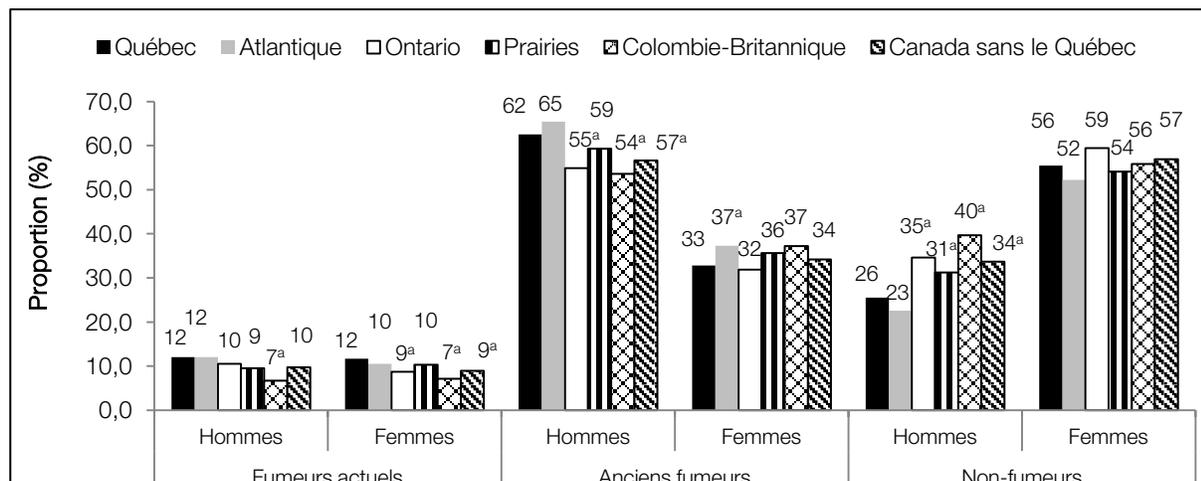
La situation observée au Québec quant à la prévalence de l'usage de la cigarette chez les 65 ans et plus a été comparée à celles des autres provinces (Ontario et Colombie-Britannique) et régions (Atlantique et Prairies) du Canada, de même qu'à celle de l'ensemble du pays excluant le Québec, afin de détecter d'éventuelles disparités entre ces zones géographiques (figure 5.1). Cela permet d'évaluer où se situe le Québec par rapport aux autres provinces canadiennes.

Alors que la comparaison des données québécoises avec celles des régions de l'Atlantique et des Prairies ne révèle aucune différence significative quant à la prévalence du tabagisme actuel, il en est tout autrement lorsque la comparaison est effectuée avec les données obtenues pour la Colombie-Britannique. En effet, la proportion de fumeurs actuels retrouvée au Québec est significativement plus élevée que son équivalent pour la Colombie Britannique, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes (12 % c. 7 %). Comparativement aux femmes de l'Ontario, la proportion de fumeurs actuels est significativement plus élevée chez les femmes québécoises (12 % c. 9 %). Un constat similaire peut être fait lors de la comparaison entre les femmes du Québec et celle du reste du Canada.

Les prévalences d'anciens fumeurs chez les personnes de 65 ans et plus au Québec ont elles aussi été comparées aux estimations produites pour les autres provinces et régions du Canada. Il ressort de ces comparaisons que les hommes de l'Ontario (55 %) et de la Colombie-Britannique (54 %) présentent une proportion d'anciens fumeurs significativement inférieure aux hommes du Québec (62 %), alors que la région Atlantique affiche pour sa part une proportion d'anciens fumeurs significativement plus élevée que celle du Québec chez les femmes (37 % c. 33 %). Comparativement au reste du Canada, la proportion d'anciens fumeurs est significativement plus élevée chez les hommes québécois (62 % c. 57 %), alors qu'elle ne varie pas de manière significative chez les femmes.

En ce qui a trait aux prévalences de non-fumeurs au Québec et ailleurs au Canada chez les 65 ans et plus, il apparaît que le Québec (26 %) présente une proportion d'hommes non-fumeurs significativement moins élevée que les autres provinces et régions, à l'exception de la région Atlantique (23 %). Aucune différence significative sur le plan statistique n'est observée entre le Québec et les autres provinces et régions chez les femmes. Des observations similaires aux précédentes peuvent être tirées des comparaisons effectuées entre le Québec et le reste du Canada.

Figure 5.1 Comparaison du statut de fumeur selon le sexe, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec et autres régions du Canada, 2008-2009



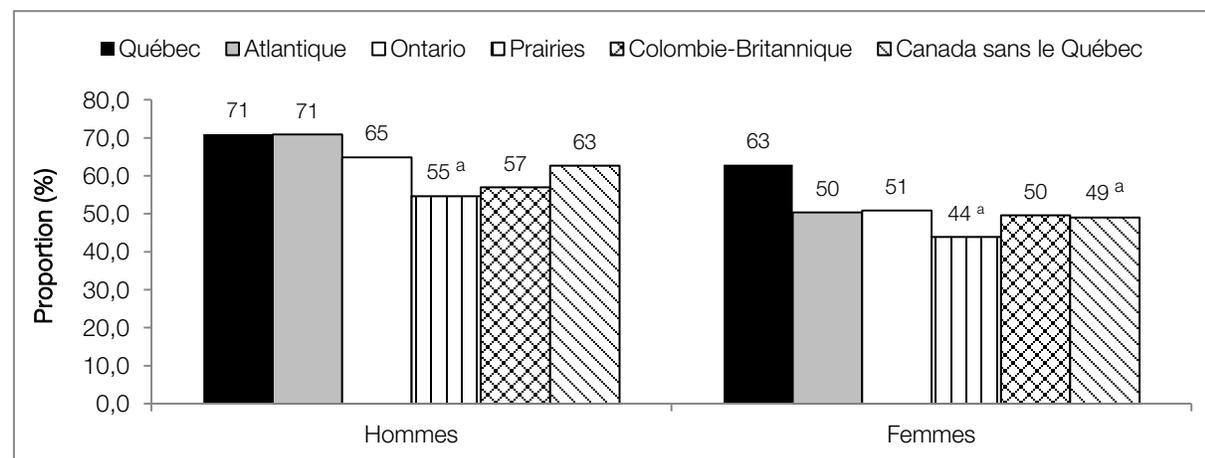
Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

^a Test d'association significatif (Khi-deux) entre le Québec et les autres régions du Canada, $p < 0,05$.

Consommation de 11 cigarettes ou plus par jour selon les régions du Canada

De manière générale, la proportion d'hommes fumant 11 cigarettes ou plus par jour retrouvée au Québec (71 %) s'avère similaire à celles observées dans les autres régions canadiennes, à l'exception des Prairies où la proportion est significativement inférieure (55 %) (figure 5.2). Chez les femmes, il est possible d'observer des différences significatives entre le Québec (63 %) et les Prairies (44 %), ainsi qu'avec l'ensemble du Canada excluant le Québec (49 %).

Figure 5.2 Comparaison des fumeurs quotidiens qui fument 11 cigarettes ou plus par jour selon le sexe, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec et autres régions du Canada, 2008-2009



Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

^a Test d'association significatif (Khi-deux) entre le Québec et les autres régions du Canada, $p < 0,05$.

Tabagisme actuel en fonction de la consommation d'alcool

Les résultats obtenus suite au croisement de la variable faisant état du tabagisme actuel avec celles portant sur la consommation d'alcool (buveur actuel, type de buveur, buveur quotidien, consommation excessive d'alcool) ne révèlent pas de liens statistiquement significatifs entre les deux comportements chez les Québécois âgés de 65 ans et plus (tableau 5.3). En effet, les proportions de fumeurs retrouvées chez les buveurs et les non-buveurs s'avèrent similaires, se situant autour de 12 %. Bien que la proportion de fumeurs actuels semble plus élevée chez les buveurs quotidiens (16 %) que chez les autres buveurs (11 %), les analyses n'ont pas démontré que cette différence était significative sur le plan statistique en raison des faibles effectifs concernés.

Tableau 5.3 Fumeurs actuels selon la consommation d'alcool, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		Proportion (%)	IC	Valeur p ^a
Buveur actuel (12 derniers mois)	Buveur	11,7	9,9 – 13,4	0,686
	Non-buveur	12,4	9,3 – 16,2	
Type de buveur	Régulier	11,2	9,2 – 13,2	0,567
	Occasionnel	13,0	9,4 – 17,3	
	Ancien	13,9 ^E	9,6 – 19,1	
	Abstinent	10,1 ^E	5,9 – 15,9	
Buveur quotidien^b	Non	10,6	8,7 – 12,5	0,068
	Oui	15,7	11,1 – 21,2	
Consommation excessive d'alcool^{b,c}	Non	11,2	9,4 – 13,0	0,224
	Oui	18,6 ^E	8,8 – 32,5	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

^b Ne sont inclus que les répondants ayant indiqué avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois;

^c La consommation excessive d'alcool équivaut à 5 consommations ou plus lors d'une même occasion. IC : Intervalle de confiance.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

5.5 Discussion

L'analyse descriptive des données de l'ESCC 2008-2009 a permis d'identifier un lien entre certaines caractéristiques socioéconomiques ou l'état de santé autodéclaré et le tabagisme chez les personnes âgées de 65 ans et plus. En effet, il apparaît que les Québécois de 65 ans et plus vivant seuls se retrouvent en proportion significativement plus élevée à fumer la cigarette quotidiennement ou occasionnellement, de même que ceux percevant leur santé comme étant passable ou mauvaise et ceux n'ayant pas le statut d'immigrant. En outre, les Québécois âgés de 65 à 74 ans sont proportionnellement plus nombreux à fumer la cigarette de manière quotidienne ou occasionnelle que ceux qui sont âgés de 75 ans et plus. La prévalence d'usage de la cigarette chez les 65 ans et plus représente par ailleurs la moitié de celle observée chez les personnes de 50 à 64 ans.

Dans une certaine mesure, les résultats obtenus tendent à décrire une réalité similaire à celle observée par l'Enquête québécoise sur la santé de la population de 2008 (Cazale et Bernèche, 2012). En effet, les deux enquêtes démontrent l'existence d'une relation entre le fait de fumer et la perception d'un état de santé passable ou mauvais chez les Québécois âgés de 65 ans et plus. De plus, des analyses effectuées à partir des données de l'ESCC 2007-2008 font ressortir un portrait

similaire à celui obtenu à l'aide de la présente étude en ce qui a trait à l'âge de consommation de la première cigarette complète, à savoir que les personnes âgées de 65 ans et plus se sont généralement initiées à l'usage de la cigarette à un âge plus avancé que les personnes de 50 à 64 ans (Statistique Canada, 2009). Les deux éditions de l'ESCC considérées rapportent également des tendances semblables en ce qui a trait à l'usage de la cigarette chez les personnes de 65 ans et plus (Statistique Canada, 2009), ce qui renforce la validité de l'observation selon laquelle les individus de ce groupe d'âge présentent, chez les adultes, la plus faible prévalence d'usage de la cigarette.

La tendance voulant que la prévalence de l'usage de la cigarette diminue de manière substantielle avec l'âge, généralement reproduite dans les autres provinces canadiennes et les autres pays occidentaux, peut être expliquée par divers phénomènes (Centers for Disease Control and Prevention, 2012; Forey *et al.*, 2012; Statistique Canada, 2009; 2010). Tout d'abord, il peut être considéré qu'une proportion non négligeable de fumeurs décède de manière prématurée, bien souvent en raison d'une maladie liée à l'usage du tabac. Comme bien peu de personnes âgées de 65 ans ou plus débutent ou reprennent l'usage de la cigarette, le décès prématuré de fumeurs explique probablement, en grande partie, la faible prévalence d'usage du tabac observée au sein de cette population.

Par ailleurs, il doit être pris en compte que les personnes vieillissantes présentent plus fréquemment des problèmes de santé et peuvent ainsi être plus enclines à cesser de fumer pour ne pas aggraver leur état de santé. À ce sujet, les données de l'ESCC 2007-2008 illustrent qu'une proportion significativement plus élevée de personnes âgées de 65 ans et plus (46 %) sont des anciens fumeurs comparativement aux personnes de 45-64 ans (40 %) (Statistique Canada, 2009). À l'échelle canadienne, il est de plus possible de constater qu'une majorité des personnes âgées de 65 ans et plus ayant cessé de fumer au cours de la dernière année ont rapporté leur santé comme étant la principale raison les ayant amené à mettre fin à leur usage du tabac (Statistique Canada, 2009; 2010). Ce souci particulier de l'état de santé chez les fumeurs plus âgés désirant cesser de fumer se dégage également d'une publication récente faisant état du profil de la clientèle des centres d'abandon du tabagisme au Québec (Montreuil, 2012).

Bien que la faible prévalence du tabagisme chez les aînés représente un élément positif quant à l'état de santé de la population québécoise, le fait demeure qu'un nombre non négligeable de Québécois âgés de 65 ans et plus font encore usage de la cigarette et ne prévoient pas cesser de fumer dans un avenir rapproché (Statistique Canada, 2010). Plusieurs fumeurs âgés croient par ailleurs que la cessation tabagique ne peut pas offrir de bénéfices tangibles quant à leur état de santé. Il existe pourtant de nombreuses études ayant démontré que la cessation tabagique apporte des bénéfices aux aînés faisant usage du tabac, au sens où elle contribue notamment à allonger la vie et à en améliorer la qualité en réduisant la survenue de problèmes de santé pouvant générer des incapacités (Burke *et al.*, 2001; de Groot *et al.*, 2004; Kerr *et al.*, 2004; Lightwood et Glantz, 1997; Lightwood, Fleischmann et Glantz, 2001; Suskin *et al.*, 2001; Taylor *et al.*, 2002).

Les fumeurs plus âgés présentent des taux de cessation tabagique tout à fait comparables à ceux des fumeurs d'âge moins avancé lorsqu'ils utilisent des outils d'aide à la cessation appropriés à leur situation (Appel et Aldrich, 2003). À cet effet, les lignes directrices américaines sur le traitement de la dépendance publiées en 2008 indiquent que plusieurs types d'interventions de renoncement au tabac ont démontré une certaine efficacité chez les fumeurs âgés de 50 ans et plus, dont notamment le counseling individuel, le counseling par téléphone, les thérapies de remplacement de la nicotine, les programmes de soutien par un pair et le matériel autodidacte d'aide à l'arrêt tabagique adapté selon l'âge (Fiore *et al.*, 2008). Diverses problématiques survenant plus particulièrement chez les personnes âgées (prise de médication, difficultés sur le plan de la mobilité, etc.) sont susceptibles de

complexifier le recours à certains types d'intervention. Ainsi, il pourrait être pertinent, par exemple, d'offrir des interventions facilitantes telles que le counseling téléphonique proactif pour les personnes ayant des difficultés sur le plan de la mobilité (Fiore *et al.*, 2008).

Les professionnels de la santé, du fait de leur contact privilégié avec les fumeurs qui les consultent, peuvent avoir une influence considérable sur les tentatives de renoncement au tabac de leurs patients, que ce soit en mettant l'emphase sur les bénéfices de l'arrêt tabagique pour la santé ou en les dirigeant vers les ressources d'aide appropriées. Considérant la présence d'importantes variations entre les divers types de professionnels de la santé quant à leur familiarité avec les ressources en cessation tabagique et la fréquence à laquelle ils dirigent leurs patients fumeurs vers ces services (Michèle Tremblay, communication personnelle; Steinberg *et al.*, 2006; Tremblay, Cournoyer et O'Loughlin, 2009), il importe d'informer ces professionnels sur les ressources existantes et de les sensibiliser à l'importance du rôle qu'ils peuvent jouer quant au renoncement au tabac. Au Québec, ce constat a mené à l'établissement en 2004 d'un partenariat entre cinq ordres professionnels et l'Institut national de santé publique du Québec afin de développer et d'offrir des activités de formation et de sensibilisation, en vue d'optimiser les pratiques de counseling des pharmaciens, dentistes, hygiénistes dentaires, infirmières et inhalothérapeutes (Tremblay et Poirier, 2012).

Certaines avenues de recherche demeurent à explorer afin de favoriser la cessation tabagique chez les fumeurs plus âgés, notamment sur le plan de l'évaluation de l'efficacité des divers types d'intervention utilisés, de l'identification de possibles effets secondaires pouvant découler du recours aux thérapies de remplacement de la nicotine, et finalement du développement de méthodes de motivation efficaces pouvant amener les fumeurs âgés à effectuer une tentative d'arrêt tabagique (Fiore *et al.*, 2008). De nouvelles avancées dans ces champs de connaissance pourraient se révéler très importantes quant à l'amélioration de la qualité et de l'espérance de vie des aînés au Québec, le fait de cesser de fumer constituant le comportement le plus significatif auquel un fumeur puisse se livrer afin d'améliorer son état de santé. Il importe donc de véhiculer le message aux aînés qu'il n'est jamais trop tard pour cesser de fumer, et qu'il existe plusieurs ressources disponibles pour améliorer leurs chances de réussir à arrêter de fumer de manière définitive.

6 Consommation d'alcool

Sébastien Tessier et Nicole April

Unité Habitudes de vie
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

6.1 Faits saillants

- La proportion d'aînés québécois qui boivent de l'alcool diminue avec l'âge, passant de 79 % chez ceux âgés entre 65 et 74 ans à 69 % chez ceux âgés de 75 ans et plus.
- la majorité des Québécois de 65 ans et plus déclarent consommer de l'alcool. En effet, 75 % d'entre eux sont des buveurs actuels, 55 % étant des buveurs réguliers et 20 % des buveurs occasionnels.
- Les personnes âgées de 65 ans et plus qui ont des revenus plus élevés sont plus souvent des consommateurs d'alcool que celles qui ont des revenus inférieurs. C'est aussi chez les buveurs plus aisés que les proportions de buveurs quotidiens et de buveurs excessifs au moins une fois par mois sont les plus élevées.

6.2 Introduction

La consommation d'alcool est une pratique culturellement intégrée dans le mode de vie des Québécois. Cette habitude de vie peut, en contrepartie, être un facteur de risque de plus d'une soixantaine de problèmes sociaux et de santé physique ou mentale (Babor *et al.*, 2010; Rehm, 2011).

L'impact de l'alcool sur la santé dépend du volume d'alcool consommé, par exemple sur une année, et de la façon de boire l'alcool, notamment boire une grande quantité lors d'une même occasion de consommation (Rehm, 2010). Or, ces deux facteurs ont augmenté au Québec depuis la fin des années 1990. D'abord, la consommation d'alcool moyenne par habitant est passée de 6,8 litres d'alcool absolu en 1994-1995 à 8,6 litres en 2011-2012 (Statistique Canada, 2012). Ensuite, la consommation de 5 verres et plus par occasion au moins une fois par mois a augmenté chez les deux sexes et dans toutes les catégories d'âge, sauf chez les jeunes d'âge mineur (Statistique Canada, 2011).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la consommation d'alcool se place au deuxième rang des facteurs de risque du fardeau de la maladie (mesuré en années de vie corrigées pour l'incapacité) dans les pays occidentaux, après le tabagisme (WHO, 2009). Les problèmes engendrés par l'alcool surviennent selon trois mécanismes différents : les modifications biologiques, bénéfiques ou toxiques, sur les tissus et les organes; l'intoxication; la dépendance (Rehm *et al.*, 2010). Les principaux problèmes de santé associés à la consommation d'alcool sont : les cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'oesophage, du foie, du sein et colorectal; les maladies gastro-intestinales, comme la cirrhose et la pancréatite; plusieurs maladies neuropsychiatriques; les traumatismes intentionnels et non intentionnels; l'hypertension, l'arythmie cardiaque et les accidents vasculaires hémorragiques (WHO, 2011; Rehm, 2011).

La consommation modérée d'alcool a un effet protecteur contre les maladies ischémiques cardiaques et cérébrales chez les hommes d'âge mûr et les femmes ménopausées (WHO, 2011; Rehm, 2011). Toutefois, une consommation plus importante augmente le risque de ces problèmes et les effets bénéfiques de la consommation modérée sont annulés quand elle s'accompagne

d'épisodes occasionnels de consommation excessive (5 verres et plus lors d'une même occasion) (Roercke et Rehm, 2010). La consommation modérée est aussi un facteur protecteur de diabète de type 2 (Koppes *et al.*, 2005). Chez les personnes âgées, des quantités faibles ou modérées d'alcool ont été associées à une diminution des incidents de démence dans une méta-analyse, mais il n'est pas établi si le lien est causal ou si d'autres facteurs expliquent ce constat (Peters *et al.*, 2008). Les personnes âgées peuvent être plus sensibles aux effets de l'alcool et être plus à risque de problèmes (Heuberger, 2009). La tolérance à l'alcool peut être diminuée par différents facteurs dont les changements physiologiques liés à la vieillesse, la vulnérabilité du système nerveux central à l'alcool, la présence de maladies concomitantes et les interactions entre les médicaments et l'alcool (Heuberger, 2009).

Afin de préciser les modes de consommation d'alcool qui limitent les risques de problèmes sociaux et de santé, un groupe d'experts canadiens a établi des directives de consommation à faible risque pour la population (Butt *et al.*, 2011). Ces directives recommandent de ne pas commencer à boire ou de ne pas augmenter sa consommation pour en retirer des bienfaits pour sa santé et de ne pas boire dans certaines situations, comme lors de la conduite d'un véhicule ou en présence de certaines maladies et de prise de médicaments, ce qui touche particulièrement les personnes âgées.

Chez les personnes qui boivent de l'alcool, il est recommandé aux femmes de se limiter à 0 à 2 verres par jour et de ne pas dépasser 10 verres par semaine, et aux hommes de se limiter à 0 à 3 verres par jour et de ne pas dépasser 15 verres par semaine. On conseille d'éviter d'augmenter sa consommation à la limite supérieure, car les bienfaits pour la santé sont optimaux jusqu'à un verre par jour. Il est également recommandé de ne pas boire certains jours de la semaine pour minimiser le risque de tolérance et d'accoutumance. Ces recommandations visent à diminuer les risques à long terme de la consommation d'alcool et s'appliquent à tous les adultes, incluant les personnes âgées.

Les directives proposent aussi des limites pour diminuer les risques à court terme. Ces limites ne devraient s'appliquer qu'occasionnellement, lorsque les personnes boivent plus que d'habitude (maximum de 3 verres par jour pour les femmes et 4 verres pour les hommes). Toutefois, celles-ci ne s'appliquent pas aux personnes âgées de plus de 65 ans (Butt *et al.*, 2011).

Le présent chapitre porte sur la consommation d'alcool des Québécois âgés de 65 ans et plus. Grâce aux données de l'ESCC 2008-2009 – Vieillesse en santé, il est possible de dresser un portrait des buveurs d'alcool âgés de 65 ans et plus, de la fréquence de leur consommation et de certains modes de consommation plus à risque.

6.3 Méthodes

Types de buveurs

Les buveurs sont répartis en quatre groupes : 1) les abstinents qui n'ont jamais pris d'alcool; 2) les anciens buveurs qui ont déjà consommé de l'alcool, mais pas dans l'année précédant l'enquête; 3) les buveurs occasionnels qui ont consommé de l'alcool moins d'une fois par mois; 4) les buveurs réguliers qui ont consommé de l'alcool au moins une fois par mois. Aux fins de la présente analyse, les buveurs occasionnels et les buveurs réguliers ont été regroupés pour former la catégorie des buveurs actuels.

Fréquence de consommation d'alcool

La fréquence de consommation habituelle chez les répondants ayant bu de l'alcool au cours de la dernière année est présentée en quatre catégories dans le cadre de la présente enquête : moins d'une fois par mois; 1 à 3 fois par mois; 1 à 6 fois par semaine; tous les jours.

Une attention particulière a été portée à la consommation quotidienne d'alcool pour les analyses qui suivent. La consommation quotidienne n'est généralement pas retenue comme indicateur de surveillance, mais peut être pertinente pour décrire la consommation des personnes âgées étant donné leurs habitudes de consommation. Ce comportement ne respecte pas les directives de consommation à faible risque qui recommandent de ne pas boire de l'alcool tous les jours.

Consommation excessive d'alcool

La consommation excessive d'alcool, ou « *binge drinking* », élève la concentration d'alcool dans le sang à des niveaux dangereux pour le buveur ou la société (NIAAA, 2004). Chez les adultes, cette façon de boire correspond à 5 verres ou plus dans une occasion (environ 2 heures) pour les hommes ou 4 ou plus chez les femmes (NIAAA, 2004). C'est la raison pour laquelle, dans les directives canadiennes présentées précédemment, on définit les limites quotidiennes pour diminuer les risques à court terme à 4 verres pour les hommes et 3 verres pour les femmes (Butt *et al.*, 2011).

Les enquêtes questionnent les consommateurs d'alcool sur le nombre de fois où ils ont bu de façon excessive. Celle-ci est définie comme 5 verres et plus lors d'une même occasion de consommation, mais elle ne fait pas la distinction entre les hommes et les femmes. La fréquence de la consommation excessive d'alcool est présentée en trois catégories : jamais; moins d'une fois par mois; une fois par mois et plus. La catégorie « une fois par mois et plus » est généralement retenue comme indicateur de consommation la plus à risque.

Au Canada, une consommation d'alcool fait référence à un « verre standard » de bière, de vin ou de spiritueux ayant une teneur de 13,45 g ou 17,05 ml d'alcool pur (Butt *et al.*, 2011). Par exemple, une bouteille de 341 ml (12 oz) de bière, de cidre ou de « vin panaché » à 5 %; un verre de 142 ml (5 oz) de vin à 12 %; une dose de 43 ml (1,5 oz) de spiritueux à 40 %; un verre de 86 ml (3 oz) de vin fortifié à 20 %.

6.4 Résultats

Types de buveurs

Les données de l'ESCC 2008-2009 montrent que la majorité des Québécois âgés de 65 ans et plus déclarent consommer de l'alcool. En effet, 75 % d'entre eux sont des buveurs actuels, 55 % étant des buveurs réguliers et 20 % des buveurs occasionnels.

Une plus grande proportion d'hommes que de femmes de ce groupe d'âge déclarent boire de l'alcool : 81 % des hommes et 70 % des femmes (tableau 6.1). Les hommes sont davantage portés à boire sur une base régulière que les femmes (67 % c. 46 %, $p < 0,0001$). Inversement, les femmes sont plus enclines à boire de façon occasionnelle (24 % c. 14 %, $p < 0,0001$; données non présentées). La proportion de buveurs diminue de manière significative avec l'âge, passant de 87 % chez les 50-64 ans à 69 % chez les 75 ans et plus. Cette diminution est retrouvée tant chez les hommes que chez les femmes.

Les données indiquent aussi que 10 % des Québécois âgés de 65 ans et plus déclarent être abstinentes à l'égard de la consommation d'alcool. Ce comportement est davantage adopté par les femmes avec une proportion de 15 % comparativement à 3 % chez les hommes ($p < 0,0001$). Par ailleurs, des proportions similaires d'hommes et de femmes se déclarent anciens buveurs (16 % c. 15 %, $p = 0,819$; données non présentées).

La consommation d'alcool est plus fréquente chez les personnes qui ont de meilleures conditions socioéconomiques. Pour le niveau de scolarité du ménage, les données montrent que la proportion de buveurs chez les 65 ans et plus passe de 66 % chez ceux vivant dans des ménages n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires, à 82 % et 81 % respectivement chez ceux ayant complété des études secondaires ou postsecondaires. Cette différence existe également pour le niveau du revenu du ménage où la proportion de buveurs passe de 66 % pour les personnes se classant au quintile de revenu du ménage le plus faible à 86 % chez celles se situant à l'opposé, soit au quintile de revenu le plus élevé. Enfin, l'indice de défavorisation matérielle nous permet d'observer que les personnes considérées plus favorisées (1^{er} quintile) rapportent davantage boire de l'alcool que celles qui le sont moins (5^e quintile) (83 % c. 68 %).

La proportion de buveurs est plus élevée chez les personnes qui vivent avec un conjoint/partenaire que chez celles vivant seules (81 % c. 68 %). La consommation d'alcool est également plus répandue chez les personnes qui ont une bonne ou une excellente perception de leur état de santé physique ou mentale comparativement à celles qui en ont une perception passable ou mauvaise (santé physique : 79 % c. 61 %; santé mentale : 76 % c. 54 %). Les personnes n'ayant pas d'incapacité ou ayant une incapacité légère sont proportionnellement plus nombreuses à boire de l'alcool que celles qui ont une incapacité modérée ou grave (81 % et 73 % c. 59 %).

Tableau 6.1 Buveurs actuels d'alcool selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		Proportion (%)	IC	Valeur p ^a
Sexe	Hommes	80,8	77,4-83,9	<0,001
	Femmes	70,0	67,0-73,0	
Âge	50-64 ans*	86,7	84,4-89,1	<0,001
	65-74 ans	78,9	75,7-82,1	
	75 ans et plus	69,3	66,0-72,7	
	65 ans et plus	74,8	72,5-77,1	
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	65,8	62,1-69,4	<0,001
	Diplôme secondaire	82,1	76,6-86,7	
	Études postsecondaires	81,4	78,5-84,3	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	66,4	62,5-70,3	<0,001
	Quintile 2	77,6	73,4-81,7	
	Quintile 3	85,1	79,2-89,8	
	Quintile 4	88,6	82,4-93,2	
	Quintile 5 (plus élevé)	85,6	75,6-92,6	
	Non déclaré	67,6	62,0-73,2	
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	68,2	64,7-71,8	<0,001
	Vit avec conjoint/partenaire	81,4	77,9-84,5	
	Autre	65,3	59,8-70,9	
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	83,0	77,6-87,6	<0,001
	Quintile 2	73,3	67,8-78,9	
	Quintile 3	81,6	77,9-84,9	
	Quintile 4	71,5	66,9-76,1	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	67,9	62,9-72,9	
Taille des municipalités	Métropolitaine	76,4	73,5-79,3	0,058
	Agglomération de recensement	76,8	70,0-82,7	
	Petite ville et milieu rural	69,5	64,3-74,7	

Tableau 6.1 Buveurs actuels d'alcool selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009 (suite)

Caractéristique		Proportion (%)	IC	Valeur p ^a
Statut d'immigrant	Immigrant	70,0	62,6-76,8	0,1408
	Non immigrant	75,5	73,1-78,0	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	78,7	76,4-81,1	< 0,001
	Passable ou mauvaise	60,7	55,6-65,7	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	75,8	73,4-78,2	< 0,001
	Passable ou mauvaise	54,1	43,4-64,8	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	80,5	78,0-83,0	< 0,001
	Incapacité modérée	72,9	67,8-77,9	
	Incapacité grave	59,3	53,0-65,6	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

* Estimation présentée à titre de comparaison avec la population à l'étude.

IC : Intervalle de confiance.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

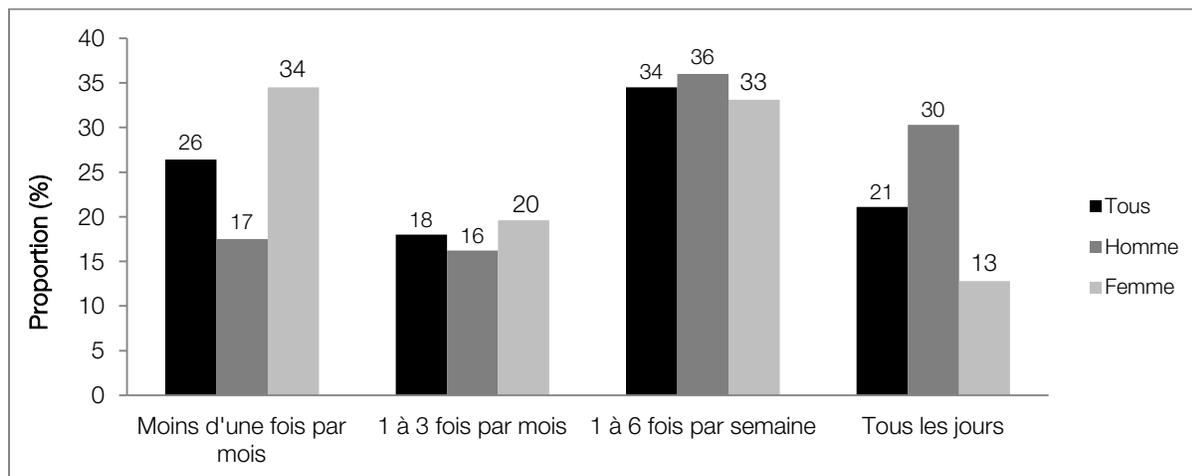
Fréquence de consommation d'alcool

Les données relatives à la fréquence de consommation d'alcool nous permettent d'observer que, parmi les Québécois âgés de 65 ans et plus qui rapportent boire de l'alcool, 26 % boivent moins d'une fois par mois, 18 % de une à trois fois par mois, 35 % de une à six fois par semaine et 21 % à tous les jours (figure 6.1).

C'est donc 56 % des buveurs de ce groupe d'âge qui boivent de l'alcool au moins une fois par semaine, soit 66 % des hommes et 46 % des femmes. Lorsque ces données sont rapportées à l'ensemble de la population étudiée (et non seulement aux buveurs), la proportion de Québécois âgés de 65 ans et plus qui déclarent avoir bu au moins une fois par semaine est de 42 %, soit, 54 % des hommes et 32 % des femmes.

Ces données révèlent également que boire « tous les jours » est une habitude de consommation présente chez les Québécois âgés de 65 ans et plus. En effet, 21 % des buveurs rapportent boire tous les jours et les hommes s'avèrent proportionnellement plus nombreux que les femmes à rapporter ce comportement (30 % c. 13 %) (figure 6.1). Les données indiquent aussi que, malgré le fait qu'ils soient moins nombreux en proportion à boire de l'alcool, les personnes âgées de 65 ans et plus se retrouvent significativement plus nombreux à consommer de l'alcool quotidiennement comparativement à celles âgées de 50 à 64 ans (21 % c. 16 %) (tableau 6.2).

Figure 6.1 Fréquence de consommation d'alcool chez les buveurs actuels, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009



Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

Le tableau 6.2 présente la consommation quotidienne d'alcool chez les buveurs selon les caractéristiques socioéconomiques. Les données montrent que, selon le niveau de scolarité du ménage, la proportion de buveurs quotidiens âgés de 65 ans et plus atteint 25 % chez ceux ayant complété des études postsecondaires comparativement à 20 % et 16 % respectivement chez ceux ayant complété des études secondaires ou n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires.

Pour le revenu du ménage, la proportion de buveurs quotidiens passe de 17 % pour les personnes se classant au quintile le plus faible de revenu à 41 % chez celles se situant au quintile de revenu le plus élevé. La consommation quotidienne d'alcool ne varie pas selon l'indice de défavorisation matérielle, la structure du ménage, la taille des municipalités, la perception de l'état de santé physique ou mentale ainsi que la santé fonctionnelle. Cependant, une plus grande proportion d'immigrants consomme de l'alcool de façon quotidienne comparativement aux non-immigrants (31 % c. 20 %) (tableau 6.2).

Lorsque les données relatives à la consommation quotidienne d'alcool sont considérées à l'échelle de la population plutôt qu'à celle des buveurs, la consommation quotidienne est déclarée par 16 % des 65 ans et plus, soit 25 % des Québécois et 9 % des Québécoises. On observe les mêmes variations pour plusieurs variables de croisement. Toutefois, à l'échelle de la population, la consommation quotidienne ne varie pas selon l'âge. De plus, elle est plus fréquente chez les personnes ayant une bonne ou une excellente perception de leur état de santé physique, les personnes qui vivent avec un conjoint ou un partenaire et celles rapportant une incapacité nulle ou légère (données non présentées).

Tableau 6.2 Buveurs quotidiens d'alcool parmi les buveurs actuels selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		Proportion (%)	IC	Valeur p ^a
Sexe	Hommes	30,3	26,4-34,1	<0,001
	Femmes	12,8	10,0-16,0	
Âge	50-64 ans*	15,6	13,2-18,1	0,003
	65-74 ans	21,0	17,8-24,2	
	75 ans et plus	21,4	18,0-24,7	
	65 ans et plus	21,1	18,7-23,5	
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	15,8	12,4-19,8	0,001
	Diplôme secondaire	20,3	14,7-26,8	
	Études postsecondaires	25,2	21,6-28,8	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	17,0	13,1-21,5	0,001
	Quintile 2	21,5	16,5-26,6	
	Quintile 3	17,7	12,6-23,8	
	Quintile 4	30,6	23,2-38,1	
	Quintile 5 (plus élevé)	41,4 ^E	27,9-55,0	
	Non déclaré	16,1	11,4-21,7	
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	18,7	15,6-22,2	0,305
	Vit avec conjoint/partenaire	22,4	19,1-25,8	
	Autre	20,8	15,0-27,8	
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	27,4	20,6-35,2	0,218
	Quintile 2	20,5	16,0-25,0	
	Quintile 3	17,9	13,8-22,7	
	Quintile 4	21,8	16,1-27,4	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	20,5	14,4-27,8	
Taille des municipalités	Métropolitaine	22,3	19,1-25,5	0,379
	Agglomération de recensement	20,2	15,1-25,3	
	Petite ville et milieu rural	18,5	13,7-24,2	
Statut d'immigrant	Immigrant	31,1	24,3-37,9	0,003
	Non immigrant	19,9	17,4-22,5	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	21,7	19,1-24,4	0,229
	Passable ou mauvaise	18,3	13,3-24,1	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	21,1	18,6-23,5	0,647
	Passable ou mauvaise	24,0 ^E	12,3-39,6	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	22,6	19,6-25,6	0,259
	Incapacité modérée	17,9	12,9-23,9	
	Incapacité grave	19,8	14,2-26,4	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

* Estimation présentée à titre de comparaison avec la population à l'étude.

IC : Intervalle de confiance.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

Consommation excessive d'alcool

Au Québec, 6 % des buveurs de 65 ans et plus rapportent avoir pris 5 verres ou plus d'alcool lors d'une même occasion et au moins une fois par mois dans l'année, ce comportement étant plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (tableau 6.3). Par ailleurs, 74 % des hommes et 93 % des femmes disent n'avoir jamais bu 5 verres ou plus d'alcool lors d'une même occasion dans l'année précédente (données non présentées). La consommation excessive d'alcool au moins une fois par mois passe de 18 % chez les personnes âgées de 50 à 64 ans à 8 % chez celles âgées de 65 à 74 ans, et à 3 % chez celles de 75 ans et plus.

La proportion de buveurs excessifs âgés de 65 ans et plus varie en fonction du revenu du ménage, celle-ci étant plus élevée chez les personnes qui se retrouvent au quintile de revenu le plus élevé (18 % c. 5 %). De plus, les personnes vivant dans une agglomération de recensement rapportent plus souvent consommer de façon excessive au moins une fois par mois par rapport à celles vivant en région métropolitaine ou en région rurale (12 % c. 5 %).

Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool au moins une fois par mois ne varie pas selon le niveau de scolarité, l'indice de défavorisation matérielle, la structure du ménage, le statut d'immigrant, la perception de l'état de santé physique ou mentale, de même que la santé fonctionnelle.

Lorsque les données relatives à la consommation excessive sont considérées à l'échelle de la population plutôt qu'aux buveurs, les mêmes variations sont observées pour l'ensemble des variables étudiées.

Tableau 6.3 Buveurs excessifs* d'alcool parmi les buveurs actuels selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique	Proportion (%)	IC	Valeur p ^a
Sexe			
Hommes	11,5	8,9-14,6	<0,001
Femmes	F	-	
Âge			<0,001
50-64 ans*	18,2	15,5-20,8	
65-74 ans	8,1	6,1-10,4	
75 ans et plus	3,1	1,8-5,0	
65 ans et plus	6,1	4,8-7,7	
Scolarité du ménage			0,273
< Diplôme secondaire	4,6 ^E	2,7-7,3	
Diplôme secondaire	8,2 ^E	4,4-13,8	
Études postsecondaires	6,1	4,3-8,2	
Revenu du ménage			0,027
Quintile 1 (moins élevé)	5,0 ^E	2,7- 8,5	
Quintile 2	5,4 ^E	2,9- 9,0	
Quintile 3	F		
Quintile 4	9,7 ^E	4,9-16,8	
Quintile 5 (plus élevé)	17,6 ^E	8,3-30,9	
Non déclaré	4,3 ^E	2,1-7,7	
Structure du ménage			0,658
Vit seul (sans lien)	5,5 ^E	3,3-8,4	
Vit avec conjoint/partenaire	6,6	4,8-8,8	
Autre	F	-	

Tableau 6.3 Buveurs excessifs* d'alcool parmi les buveurs actuels selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009 (suite)

Caractéristique		Proportion (%)	IC	Valeur p ^a
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	4,1 ^E	2,1-7,2	0,116
	Quintile 2	7,2 ^E	4,5-10,8	
	Quintile 3	4,1 ^E	2,2-7,0	
	Quintile 4	5,8 ^E	3,2-9,4	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	9,2 ^E	5,3-14,6	
Taille des municipalités	Métropolitaine	5,2	3,8-6,9	0,020
	Agglomération de recensement	12,3 ^E	7,1-19,3	
	Petite ville et milieu rural	4,6 ^E	2,5-7,5	
Statut d'immigrant	Immigrant	F		0,340
	Non immigrant	6,1	4,8-7,7	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	5,9	4,5-7,5	0,587
	Passable ou mauvaise	7,2 ^E	3,4-13,0	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	6,2	4,8-7,8	0,670
	Passable ou mauvaise	F		
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	6,8	5,1-8,8	0,225
	Incapacité modérée	6,6 ^E	3,2-11,6	
	Incapacité grave	F	-	

Source des données: ESCC-Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

* 5 verres et plus par occasion, au moins une fois par mois dans l'année.

** Estimation présentée à titre de comparaison avec la population à l'étude.

IC : Intervalle de confiance.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

^F Estimation dont le CV est supérieur à 33,3 %; non publiée.

Comparaison du type de consommateurs d'alcool entre le Québec et le reste du Canada

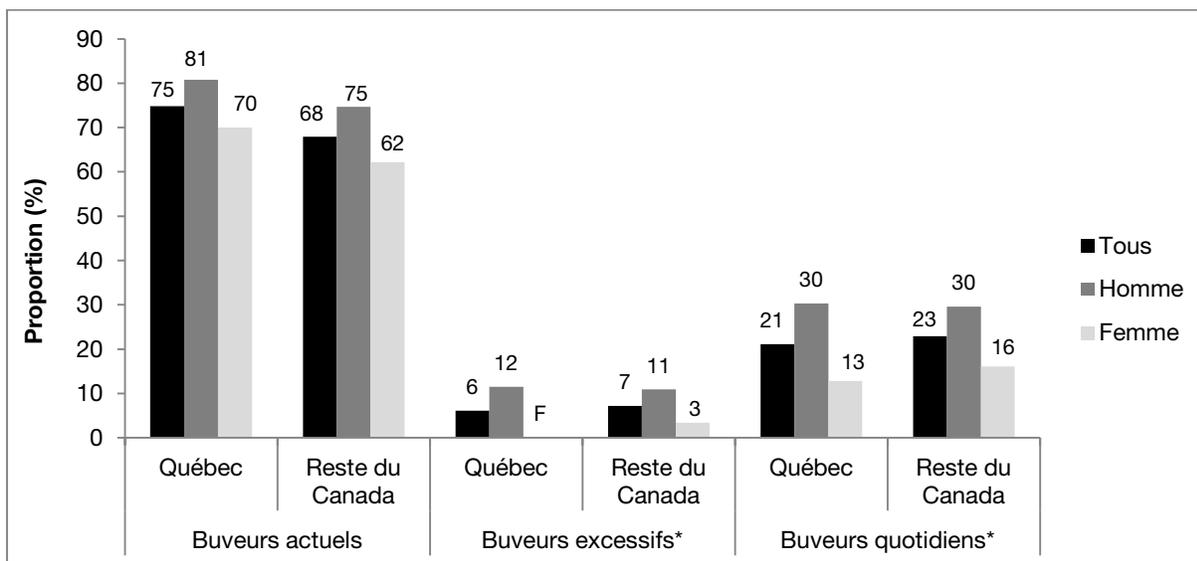
Si nous comparons les données québécoises de la présente enquête avec celles du reste du Canada, il est possible d'observer que, pour la population âgée de 65 ans et plus, le Québec rapporte une proportion significativement plus élevée de buveurs d'alcool actuels (buveurs réguliers et occasionnels réunis) que les autres provinces (75 % c. 68 %) (figure 6.2). Cette différence est surtout attribuable à la proportion de buveurs réguliers qui est plus élevée au Québec que dans le reste du Canada, et ce pour les deux sexes. Les données montrent aussi que le reste du Canada affiche une plus grande proportion de personnes se qualifiant d'anciens buveurs chez les 65 ans et plus par rapport au Québec (22 % c. 16 %). Une proportion plus élevée de non consommateurs d'alcool est aussi rapportée dans le reste du Canada comparativement au Québec (32 % c. 25 %).

Pour ce qui est de la consommation excessive (5 verres et plus par occasion) au moins une fois par mois chez les buveurs d'alcool de 65 ans et plus, aucune différence n'est observée entre le Québec qui rapporte une proportion de 6 % et le reste du Canada à 7 % (figure 6.2). Les données de l'enquête nous indiquent également qu'un peu plus de 83 % des buveurs québécois de 65 ans et plus rapporte ne jamais consommer de l'alcool de façon excessive, ce qui est aussi observé ailleurs au Canada. Ces observations restent similaires lorsque la consommation excessive est rapportée à l'échelle de la population.

À l'instar du reste du Canada, un peu plus du cinquième des buveurs québécois âgés de 65 ans et plus consomme de l'alcool tous les jours (figure 6.2). Les hommes sont d'ailleurs beaucoup plus nombreux que les femmes à consommer de cette façon, et ce, que ce soit au Québec (30 % c. 13 %)

ou dans le reste du Canada (30 % c. 16 %). Comparativement au Québec, davantage de femmes âgées de 65 ans et plus du reste du Canada ont une consommation excessive ou boivent quotidiennement. Cependant, comme plus de Québécoises âgées de 65 ans et plus boivent de l'alcool, la consommation excessive ou quotidienne n'est pas différente du reste du Canada lorsque ces comportements sont rapportés à l'échelle de la population.

Figure 6.2 Comparaison du type de consommateurs d'alcool, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec et le reste du Canada, 2008-2009



Source des données : ESCC – Vieillissement en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques: INSPQ, 2013.

* Parmi les buveurs;

F Estimation dont le CV est supérieur à 33,3 %; non publiée.

6.5 Discussion

Les résultats issus de l'ESCC 2008-2009 – Vieillissement en santé démontrent qu'une grande proportion de Québécois et de Québécoises âgés de 65 ans et plus boivent de l'alcool.

Comme dans les autres groupes d'âge plus jeunes, les hommes de 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à boire de l'alcool et ils le font aussi de façon plus fréquente. Ils sont également davantage portés à boire de façon excessive ou quotidienne que les femmes qui, de leur côté, rapportent plus souvent être abstinentes. La consommation excessive des femmes est cependant sous-estimée dans les ESCC qui la définissent comme cinq verres et plus par occasion tant pour les hommes que pour les femmes. Chez les femmes, elle devrait plutôt être définie comme quatre verres et plus par occasion tel que recommandé dans les directives canadiennes de consommation à faible risque et les organismes américains (Butt *et al.*, 2011; NIAAA, 2004).

Les données de cette enquête révèlent que parmi les personnes âgées de 50 ans et plus, la proportion de buveurs diminue d'une catégorie d'âge à une autre plus âgée. La consommation excessive au moins une fois par mois chez les buveurs est trois fois moindre chez les personnes âgées de 65 ans et plus comparativement à celles âgées de 50 à 64 ans. Elle est de six fois moins chez celles âgées 75 ans et plus. Des études longitudinales ont documenté une telle diminution de la consommation ou de la consommation excessive avec le vieillissement (Molander *et al.*, 2010; Moos

et al., 2010; Moore *et al.*, 2005). La diminution de la consommation excessive avec l'âge s'expliquerait en bonne partie par des changements liés à l'état de santé (Shaw *et al.*, 2011).

Inversement, les buveurs âgés de 65 ans et plus boivent plus souvent de l'alcool à tous les jours. Une étude longitudinale entre les âges de 53 et 64 ans a mis en évidence une augmentation de la fréquence de la consommation, c'est-à-dire du nombre de jours de consommation dans le mois précédent, laquelle s'accompagnait d'une diminution de la consommation moyenne par occasion (Molander *et al.*, 2010). La présente enquête ne documentait pas les quantités consommées lors des occasions de consommation. Il n'est donc pas possible de préciser si les aînés modifient leur quantité d'alcool par occasion. Dans l'ESCC 2003, le nombre moyen de consommations dans la semaine précédant l'enquête était moindre chez les personnes âgées de 65 ans et plus par rapport aux plus jeunes (Statistique Canada, 2004). Dans une enquête canadienne, la consommation habituelle d'un ou deux verres par occasion, soit une quantité respectant les limites quotidiennes de faible risque au Canada, était plus grande chez les buveurs âgés de 65 ans et plus que chez les plus jeunes buveurs (Demers et Poulain, 2005). Boire « tous les jours » représente une habitude de consommation qui est présente au sein de cette population, bien qu'elle soit non recommandée selon les dernières directives de consommation à faible risque (Butt *et al.*, 2011).

Il serait souhaitable d'obtenir davantage de données relatives à la quantité objective d'alcool consommé quotidiennement, ce qui nous permettrait d'établir le réel degré de risque associé à la consommation fréquente d'alcool et à la consommation quotidienne. Selon des estimations de l'ESCC datant de 2005, 28 % des buveurs quotidiens âgés de 65 ans et plus rapportait une consommation hebdomadaire au-delà des seuils de faible risque comparativement à 6 % des buveurs actuels (buveurs occasionnels et buveurs réguliers) (Statistique Canada, 2006).

Dans la présente enquête, les personnes âgées de 65 ans et plus qui ont des revenus plus élevés sont plus souvent des consommateurs d'alcool que celles des quintiles de revenu inférieurs. C'est aussi chez les buveurs plus aisés que les proportions de buveurs quotidiens et de buveurs excessifs au moins une fois par mois sont les plus élevées. En 2004, dans la population canadienne adulte, les personnes plus aisées étaient plus souvent des consommatrices d'alcool et buvaient plus fréquemment que les moins riches; cependant, la forte consommation ne variait pas selon le revenu (Demers et Poulain, 2005).

Les proportions de personnes qui boivent de l'alcool et de consommateurs quotidiens chez les buveurs sont aussi plus élevées chez les personnes plus scolarisées. Cependant, la consommation excessive ne varie pas en fonction de cette caractéristique socioéconomique. Enfin, seule la proportion de buveurs varie selon l'indice de défavorisation matérielle, étant plus basse dans le quintile le plus défavorisé par rapport au plus favorisé.

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, le seul indicateur de consommation d'alcool qui varie selon le statut d'immigrant est la consommation quotidienne, qui est plus élevée chez les immigrants que chez les non-immigrants. Quant aux variations de la consommation d'alcool selon les indicateurs de santé, seule la proportion de buveurs est plus élevée chez les personnes qui ont une perception de leur état de santé physique ou mentale de bonne à excellente et chez ceux qui n'ont qu'une incapacité nulle ou légère. Par contre, la consommation quotidienne et la consommation excessive ne varient pas selon ces indicateurs de santé.

Pour la consommation excessive, l'étude n'a pas pu mettre en évidence des différences en fonction de plusieurs variables de croisement, probablement à cause d'une faible puissance, elle-même due à une faible prévalence de cette habitude.

Les données provenant des cycles antérieurs de l'ESCC nous permettent de dresser un portrait évolutif et d'observer que les trois indicateurs de consommation d'alcool retenus dans le cadre de ce rapport ont évolué au fil du temps. Par exemple, la proportion de buveurs actuels chez les 65 ans et plus est passée de 69 % en 2000-2001 à 75 % en 2008-2009 (Statistique Canada, 2010). Fait intéressant, ce sont les femmes qui ont connu la plus forte augmentation passant de 64 % à 70 % comparativement aux hommes où la proportion de buveurs a augmenté d'environ 4 points de pourcentage. Les données rapportées à l'échelle de la population révèlent aussi que, malgré les risques bien connus d'une consommation importante d'alcool, la consommation excessive chez les 65 ans et plus a continué de progresser au cours des dernières années au Québec, passant de 3 % en 2000-2001 à 5 % en 2008-2009 (Statistique Canada, 2010). La consommation quotidienne a, pour sa part, connu une hausse d'environ 4 points de pourcentage en 8 ans, passant de 12 % en 2000-2001 à 16 % en 2008-2009. Une autre étude portant sur les Canadiens âgés de 55 ans et plus a permis de constater également une augmentation du taux de buveurs et de consommation excessive entre 1994 et 2004, et conclut qu'un contexte social plus favorable à la consommation d'alcool est probablement responsable de cette évolution (Moriconi *et al.*, 2012). Ces modes de consommation pourraient continuer à augmenter dans le contexte où la consommation globale d'alcool est en croissance dans la population québécoise (Statistique Canada, 2012).

7 Indice cumulatif des facteurs favorables à la santé

Denis Hamel et Carole Blanchet

Unité de surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

7.1 Faits saillants

La majorité des Québécois âgés de 65 ans et plus cumulent 3 ou 4 facteurs favorables à la santé et 15 % d'entre eux présentent simultanément les 5 facteurs, à savoir :

- 1) Consommer 5 portions ou plus de fruits et de légumes par jour;
- 2) Être actif ou moyennement actif (loisir et transport);
- 3) Avoir un indice de masse corporelle entre 18,5 et 30;
- 4) Être non fumeur à vie ou ancien fumeur de plus de 5 ans;
- 5) Ne pas boire de l'alcool à tous les jours et ne jamais en consommer de manière excessive.

Parmi les groupes de facteurs favorables à la santé observés simultanément chez les hommes et les femmes, les combinaisons de facteurs les plus fréquentes sont :

- Être non-fumeur à vie ou ancien fumeur depuis plus de 5 ans, consommer 5 portions ou plus de fruits et légumes par jour et être actif physiquement.
- Être non-fumeur à vie ou ancien fumeur depuis plus de 5 ans, être actif physiquement, consommer 5 portions ou plus de fruits et légumes par jour et avoir un poids favorable.

En plus d'être lié positivement à la scolarisation et au revenu du ménage, le cumul d'habitudes de vie saines est aussi associé à une meilleure santé physique (perçue) ou fonctionnelle et à la participation sociale chez les Québécois de 65 ans et plus.

7.2 Introduction

La relation quantitative entre plusieurs habitudes de vie et les maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires (MCV), a été démontrée par des études de grande envergure comme l'étude de Framingham (Grundey *et al.*, 1999). Ces études ont entre autres révélé que les facteurs de risque majeurs peuvent être additifs, ce qui signifie que le risque total d'une personne peut être estimé par la sommation du risque fourni par chaque facteur de risque. En outre, la présence simultanée de plusieurs facteurs de risque chez un même individu a été associée à un risque accru de mortalité, et notamment de mortalité pour les maladies chroniques comme les MCV et certains types de cancer (Galan *et al.*, 2005; McGuire *et al.*, 2009; Centers for Disease Control and Prevention, and Merck Institute of Aging and Health, 2004).

La littérature suggère qu'un « agrégat » de facteurs de risque ou de déterminants de la santé comme les habitudes de vie peut être présent chez un même individu de même que chez certains groupes de la population en proportion plus importante (Poortinga *et al.*, 2007; Chioloro *et al.*, 2006; Fine *et al.*, 2004; Pronk *et al.*, 2004). Ceci signifie que les déterminants ne seraient pas dissociés les uns des autres dans une population mais plutôt qu'ils seraient présents en combinaison avec d'autres facteurs de risque et ce, chez certains groupes d'individus. Par exemple, le tabagisme, la

consommation à risque d'alcool, les mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité apparaissent simultanément chez certains groupes d'individus présentant des caractéristiques sociodémographiques semblables. Selon Poortinga *et al.* (2007), il est important d'examiner de façon regroupée la prévalence des facteurs de risque liés aux habitudes de vie à cause de leurs effets multiplicatifs potentiels sur la santé. Leurs travaux ont d'ailleurs démontré qu'une combinaison de facteurs de risque présents simultanément chez un même individu pourrait avoir des effets multiplicatifs plutôt qu'additifs. D'autres études ont indiqué que les comportements sains et le bien-être psychosocial coexistent souvent et semblent avoir un effet protecteur cumulatif, c'est-à-dire que les personnes qui ont le moins de facteurs de risque liés aux comportements et aux facteurs psychosociaux sont en meilleure santé. En outre, les observations de Shields et Martel (2006) ont révélé que le rétablissement des aînés suite à une maladie est positivement lié aux facteurs favorables à la santé.

Les résultats présentés dans le présent document et relatifs à chaque déterminant étudié ont montré que la bonne santé telle que perçue par les Québécois âgés de 65 ans et plus est associée à des comportements sains, que ce soit le fait de consommer 5 portions ou plus de fruits et de légumes par jour, d'être actif physiquement, d'avoir un poids normal, de ne pas fumer, d'avoir une consommation d'alcool à faible risque ou de participer à des activités sociales. En outre, plusieurs comportements sains ou favorables se sont avérés associés entre eux. Le but du présent chapitre est de décrire un indice regroupant des facteurs favorables à la santé. Cet indice permet de décrire la population québécoise vieillissante selon la prévalence du nombre de facteurs favorables à la santé, soit le nombre de comportements sains qu'ils ont déclaré en 2008-2009.

7.3 Méthodes

Dans la présente étude, l'indice cumulatif a été formé de cinq indicateurs présentés dans les chapitres thématiques précédents (chapitres 2 à 6). Bien qu'il existe quelques méthodes différentes rapportées dans la littérature pour regrouper les indicateurs ou facteurs de risque de la santé, la création d'un indice cumulatif accordant un poids identique à chaque facteur est souvent l'option retenue (Poortinga *et al.*, 2007; Reeves *et al.*, 2005; Ramage-Morin *et al.*, 2010). Chacun des cinq indicateurs retenus pour former l'indice a été dichotomisé en facteur favorable (valeur de 1) ou non favorable (valeur de 0) à la santé. Une mesure globale positive a ainsi été créée et consiste à un décompte de ces facteurs favorables à la santé. L'indice cumulatif est donc la somme des valeurs données aux cinq facteurs et peut prendre les valeurs de 0 à 5. Mentionnons que cet indice jette un regard nouveau sur les effets positifs de cumuler de saines habitudes de vie.

La participation sociale (chapitre 8) n'a pas été incluse dans l'indice. En effet, seules les habitudes de vie dites classiques ou traditionnelles ainsi que le statut pondéral l'ont été. Cependant, la distribution de l'indice cumulatif a été vérifiée selon la fréquence de participation sociale des aînés québécois, laquelle a été dichotomisée en : participation fréquente cumulée c. aucune participation fréquente (ref. Méthodes, Chapitre 8).

La définition de chacun des facteurs favorables à la santé des personnes âgées a fait l'objet d'une attention particulière par les auteurs. En effet, le choix des valeurs-seuils de l'IMC, des niveaux d'activité physique, du tabagisme, de la consommation d'alcool ou de fruits et légumes tient compte non seulement des valeurs-seuils recommandées actuellement aux Québécois ou aux Canadiens, mais aussi de celles rapportées dans la littérature scientifiques et adaptées à la population âgée visée. Par exemple, l'IMC a été dichotomisé et défini en facteur favorable de façon à inclure les personnes âgées présentant de l'embonpoint en plus de celles ayant un poids normal. Les personnes âgées actives (facteur favorable) sont définies selon les critères de personnes actives ou

moyennement actives. Tout en tenant compte de l'utilisation répandue dans la littérature de la valeur-seuil de 5 portions de fruits et légumes, cette valeur-seuil a ici été utilisée et définie comme facteur favorable, des limites statistiques appuyant par ailleurs ce choix.

Une version plus stricte de l'indice a aussi été produite et tient compte des recommandations actuelles pour chaque indicateur pour la population adulte générale qui sont appliquées ici à la population des 65 ans et plus. Cet indice cumulatif strict n'est présenté qu'à titre indicatif.

Voici la description de chacun des indicateurs formant l'indice cumulatif, en termes de facteurs favorables :

Alimentation : Consommer 5 portions ou plus de fruits et de légumes par jour. La recommandation actuelle chez les personnes âgées de 51 ans et plus est de 7 portions ou plus de fruits et de légumes par jour. Cette recommandation a été considérée comme facteur favorable dans la version stricte de l'indice cumulatif.

Activité physique de loisir et de transport : Être actif ou moyennement actif. Dans la version plus stricte de l'indice cumulatif, seulement le niveau Actif est pris en compte.

Poids corporel : Avoir un indice de masse corporelle (IMC) entre 18,5 et 30, ce qui représente les catégories de poids normal et d'embonpoint. Dans la version plus stricte de l'indice, le poids favorable retenu ne se limite qu'à la catégorie de poids normal, soit un IMC se situant entre 18,5 et 25.

Tabagisme : Être non fumeur à vie ou ancien fumeur non récent (depuis plus de 5 ans).

Les bienfaits sur la santé de l'arrêt tabagique se font sentir dès le moment de l'arrêt et augmentent avec le temps mais un lourd passé de consommation de tabac est également associé à des problèmes respiratoires importants. Ce même indicateur est retenu pour la version plus stricte de l'indice cumulatif.

Consommation d'alcool : Ne pas boire d'alcool à tous les jours et ne jamais consommer de l'alcool de manière excessive, c'est-à-dire ne pas boire 5 verres ou plus lors d'une même occasion. La consommation excessive au moins une fois par mois est un indicateur de consommation à risque couramment utilisé. L'absence de ce comportement aurait pu être considéré mais sa trop forte prévalence chez les personnes âgées de 65 ans et plus accorderait un poids trop important à cet indicateur dans un indice global. Rappelons que l'absence de questions dans l'enquête sur la quantité d'alcool consommé ne permet pas de considérer un indicateur de consommation à faible risque tel que défini dans les recommandations canadiennes dans une version plus stricte de l'indice cumulatif. À défaut de quoi, l'indicateur retenu dans la formulation plus stricte de l'indice cumulatif est le même que celui présenté au chapitre 6.

Présentation des résultats

Après une description de l'indice cumulatif, les résultats présentés dans ce chapitre comprennent également l'analyse d'agrégats des facteurs favorables par une série de modèles de régression logistique mesurant l'association entre chaque paire de facteurs favorables. Puisque ces facteurs peuvent être grandement affectés par l'âge et la scolarité, les modèles ont été ajustés sur ces variables potentiellement confondantes. De plus, comme les comportements ou habitudes de vie sont souvent pratiqués différemment par les hommes et les femmes, la majorité des résultats sont ici présentés séparément pour les hommes et les femmes. L'indice cumulatif est présenté selon les variables socioéconomiques, les variables portant sur l'état de santé et selon la participation sociale. Enfin, la dernière section de ce chapitre porte sur la description sommaire de l'indice cumulatif « strict ».

7.4 Résultats

Description de l'indice cumulatif

Le tableau 7.1 décrit les proportions de chaque indicateur formant l'indice cumulatif de même que la répartition des différentes valeurs de l'indice selon le sexe chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Mis à part le tabagisme, la répartition des facteurs favorables est significativement différente entre les hommes et les femmes ($p < 0,05$). Plus de 3 femmes sur 4 et de 6 hommes sur 10 possèdent de saines habitudes de vie en ce qui a trait à l'usage du tabac, à la consommation d'alcool ou à un poids jugé favorable. Une proportion beaucoup plus élevée de femmes (87 %) que d'hommes (63 %) ne boivent pas de l'alcool à tous les jours et ne consomment jamais d'alcool de façon excessive. Un peu moins de 60 % des hommes et de 50 % des femmes sont actifs ou moyennement actifs. Le facteur favorable qui est le moins bien adopté demeure la consommation d'au moins 5 portions de fruits et de légumes par jour, 33 % des hommes et 43 % des femmes répondant à ce critère.

Tableau 7.1 Facteurs favorables à la santé et Indice cumulatif de ces facteurs selon le sexe, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Facteurs favorables à la santé	Hommes	Femmes	Total
	(%)	(%)	(%)
Tabagisme : non fumeur ou ancien fumeur plus de 5 ans	83,1	84,9	84,1
Alcool : ne boit pas de l'alcool à tous les jours et ne consomme jamais d'alcool de façon excessive	63,0 ^a	86,5	76,2
Poids corporel : Normal et embonpoint	80,7 ^a	76,2	78,2
Activité physique (loisir et transport) : Actif et moyennement actif	59,7 ^a	49,0	53,7
Alimentation : 5 portions ou + de fruits et légumes/jour	32,7 ^a	43,0	38,5
Indice cumulatif			
- Aucun facteur favorable	F	F	F
- 1 seul facteur favorable	5,6 ^a	3,5	4,4
- 2 facteurs favorables	20,3 ^a	14,9	17,3
- 3 facteurs favorables	31,7	34,7	33,4
- 4 facteurs favorables	31,3	30,4	30,8
- 5 facteurs favorables	10,5 ^a	16,1	13,7

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

^a Test d'association significatif (Khi-deux) selon le sexe, $p < 0,05$.

^F Estimation dont le CV est supérieur à 33,3 %; non publiée.

On constate aussi que près de 80 % des Québécois âgés de 65 ans et plus cumulent au moins 3 facteurs favorables à la santé. La majorité d'entre eux (67 %) présentent 3 ou 4 facteurs et 14 % (11 % des hommes et 16 % des femmes) ont simultanément les 5 facteurs favorables à la santé. À l'opposé, 6 % des hommes et 4 % des femmes ne présentent qu'un seul facteur favorable. Comme les tailles d'échantillon sont assez faibles pour les sous-groupes ne présentant que peu de facteurs favorables à la santé, les catégories de 0 à 2 facteurs favorables ont été regroupées pour la suite des analyses.

Agrégats de facteurs favorables à la santé

Il est intéressant de vérifier quelles sont les relations qui existent entre les facteurs favorables à l'étude. Notre approche a été de passer en revue toutes les combinaisons possibles et de relever celles qui sont les plus fréquentes (fréquence supérieure à 2 % chez les hommes ou les femmes) telles que présentées au tableau 7.2. Ainsi, pour les quatre combinaisons les plus fréquentes, soit pour les facteurs favorables au regard du tabagisme, de la consommation d'alcool et de l'IMC, 43 % des hommes et 58 % des femmes présentent simultanément ces 3 facteurs.

Tableau 7.2 Combinaisons des facteurs favorables à la santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Tabagisme	Alcool	Poids corporel	Activité physique	Alimentation	Hommes	Femmes
					%	%
+	+	+	+	-	18,2	13,5
+	+	+	+	+	10,5	16,1
+	+	+	-	-	10,1	17,6
+	+	+	-	+	4,1	11,2
+	-	+	+	-	8,2	2,2
+	-	+	-	-	7,7	1,7
+	-	+	+	+	7,1	2,3
+	+	-	-	-	3,9	6,0
-	+	+	+	-	3,3	2,9
+	+	-	+	-	2,7	4,1
-	+	+	-	-	3,1	3,5
+	+	-	-	+	1,9	4,0
-	-	+	-	-	2,3	1,0
+	-	+	-	+	2,0	1,2
+	+	-	+	+	1,1	2,0

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013. Description des facteurs favorables : Tabagisme = Non fumeur ou ancien fumeur plus de 5 ans; Alcool = Ne boit pas de l'alcool à tous les jours et n'en consomme jamais de façon excessive; Poids corporel = A un poids dans les catégories « Normal » et « Embonpoint » de l'IMC; Activité physique (loisir et transport) = Actif et Moyennement actif; Alimentation = Consomme 5 portions ou plus de fruits et légumes par jour.

Le tableau 7.3 présente les rapports de cotes (RC) chez les hommes et les femmes pour toute combinaison de deux facteurs favorables à la santé qui a été obtenue au moyen de modèles de régression logistique. Ces modèles quantifient l'association entre chaque paire de facteurs favorables en ajustant pour tenir compte de l'âge et de la scolarité. Les rapports de cotes représentent ici la probabilité accrue (RC supérieur à 1) ou diminuée (RC inférieur à 1) de la variable dépendante (un facteur favorable donné) en présence d'un autre facteur favorable. Il faut mentionner que ces résultats peuvent se lire dans les deux sens, en inversant les variables dépendantes et facteurs favorables, sans perte de généralité. Par exemple, un rapport de cotes de 1,5 pour l'association entre le tabagisme et le poids corporel signifie autant une probabilité accrue d'avoir un poids santé parmi les non fumeurs à vie ou les anciens fumeurs non récents comparativement aux fumeurs qu'une probabilité accrue d'être non fumeur à vie ou ancien fumeur non récent parmi les personnes ayant un poids santé comparativement à celles ayant un poids non favorable.

Tableau 7.3 Rapports de cotes^a pour toute combinaison de deux facteurs favorables à la santé selon le sexe, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Sexe	Facteur favorable ^b	Variable dépendante ^b			
		Poids corporel	Activité physique	Alimentation	Alcool
Hommes	Tabagisme	1,1 (0,65-1,89)	1,6 (1,07-2,38)	2,2 (1,35-3,51)	1,0 (0,62-1,49)
	Poids corporel	---	2,0 (1,37-2,93)	0,9 (0,60-1,39)	0,9 (0,58-1,35)
	Activité physique	---	---	1,8 (1,30-2,57)	1,1 (0,76-1,47)
	Alimentation	---	---	---	0,9 (0,62-1,23)
Femmes	Tabagisme	1,3 (0,83-1,97)	1,5 (1,06-2,27)	2,5 (1,66-3,72)	1,8 (1,04-3,1)
	Poids corporel	---	1,6 (1,12-2,22)	1,4 (0,93-2,00)	1,4 (0,80-2,64)
	Activité physique	---	---	1,4 (1,01-1,83)	0,7 (0,44-1,13)
	Alimentation	---	---	---	1,0 (0,55-1,67)

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

^a Rapports de cotes obtenus avec des modèles de régression logistique et ajustés pour l'âge et la scolarité. IC à 95 % entre parenthèses. Les rapports de cotes significatifs à un seuil de 5 % sont en caractères gras.

^b Description des facteurs favorables et des variables dépendantes : Tabagisme = Non fumeur ou ancien fumeur plus de 5 ans; Alcool = Ne boit pas de l'alcool à tous les jours et n'en consomme jamais de façon excessive; Poids corporel = A un poids dans les catégories « Normal » et « Embonpoint » de l'IMC; Activité physique (loisir et transport) = Actif et moyennement actif; Alimentation = Consomme 5 portions ou plus de fruits et légumes par jour.

On constate donc chez les Québécois de 65 ans et plus, que les non-fumeurs c'est-à-dire ceux qui ne fument pas ou les anciens fumeurs de plus de 5 ans, sont plus susceptibles d'être actifs ou moyennement actifs (loisir et transport) ou plus enclins à consommer au moins 5 portions de fruits et légumes par jour (*et vice versa*). Des résultats semblables sont observés chez les Québécoises du même âge. Toutefois, les non-fumeuses présentent une association favorable quant à leur consommation d'alcool alors que les hommes ne présentent pas de telle tendance positive. On remarque aussi au tableau 7.3 qu'à la fois chez les hommes et les femmes, ceux qui présentent un poids favorable sont plus souvent actifs ou moyennement actifs physiquement. Enfin, les résultats montrent que ces derniers sont aussi plus susceptibles de consommer quotidiennement au moins 5 portions de fruits et légumes ou à l'inverse, la consommation quotidienne de 5 portions ou plus de fruits et légumes par jour est positivement associée à l'activité physique de loisir.

Ce type d'analyse identifie principalement deux agrégats de facteurs favorables à la santé observés simultanément chez les hommes et les femmes :

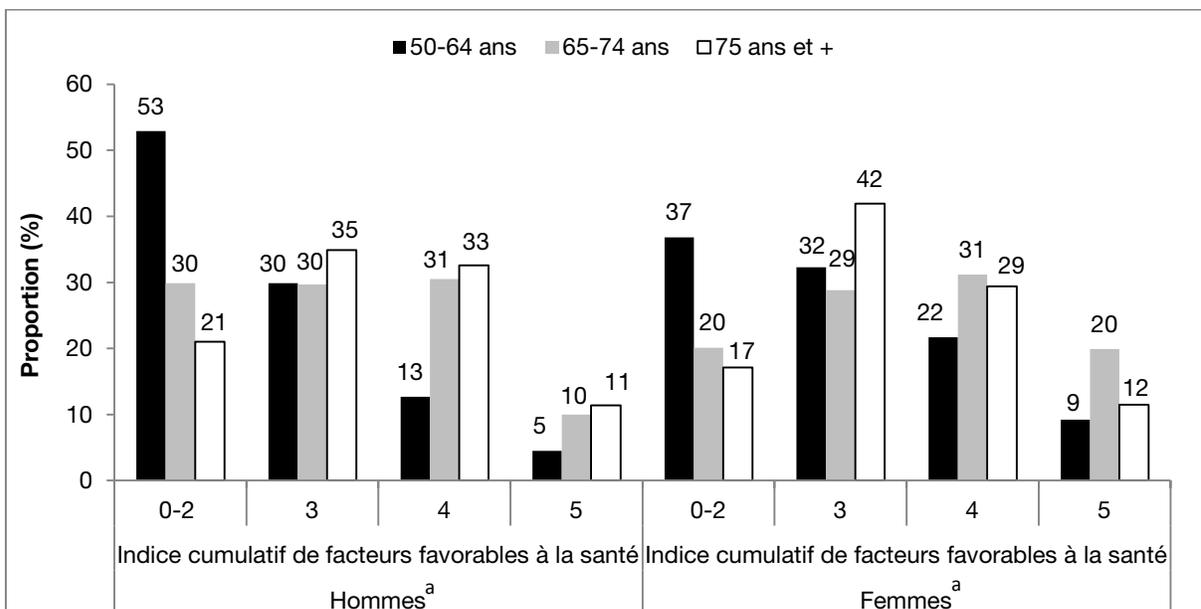
- Être non-fumeur à vie ou ancien fumeur de plus de 5 ans + Consommer 5 portions ou plus de fruits et légumes par jour + Être actif ou moyennement physiquement;
- Être actif ou moyennement actif physiquement + Être non-fumeur à vie ou ancien fumeur non récent + Consommer 5 portions ou plus de fruits et légumes par jour + Avoir un poids favorable.

L'analyse factorielle des correspondances qui estiment les relations de fréquences entre plusieurs variables catégoriques a aussi été réalisée. Les résultats de cette analyse descriptive, non présentés ici, confirment les observations obtenues par les régressions logistiques et encore une fois, ce sont les mêmes grands agrégats qui ont été formés.

Indice cumulatif selon certaines caractéristiques démographiques, socioéconomiques, l'état de santé et la participation sociale

Bien que les facteurs favorables à la santé semblent être distribués de façon semblable chez les hommes et les femmes de 65 ans et plus, les hommes apparaissent proportionnellement plus nombreux à ne présenter qu'entre 0 à 2 facteurs et, à l'inverse, les femmes semblent plus nombreuses à présenter les 5 facteurs. La figure 7.1 illustre la répartition du nombre de facteurs favorables à la santé selon l'âge chez les hommes et les femmes. On constate que les Québécois âgés de 65 à 74 ans ou de 75 ans et plus sont proportionnellement plus nombreux à présenter les 5 facteurs favorables à la santé comparativement à ceux âgés entre 50 et 64 ans. À l'inverse, 53 % des hommes de 50 à 64 ans ne présentent qu'entre 0 et 2 facteurs alors que les hommes des groupes d'âge supérieurs sont significativement moins nombreux dans cette catégorie (21 %). On observe une tendance semblable chez les Québécoises qui présentent 0 à 2 facteurs favorables à la santé (37 % c. 17 %). Une proportion plus importante de femmes de 65 ans et plus, en particulier celles âgées entre 65 et 74 ans, présentent les 5 facteurs favorables comparativement aux plus jeunes âgées entre 50 et 64 ans.

Figure 7.1 Indice cumulatif des facteurs favorables à la santé chez les hommes et les femmes selon l'âge, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009



Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

^a Test d'association significatif (Khi-deux) selon l'âge, $p < 0,001$.

La distribution de l'indice cumulatif chez les hommes et les femmes âgés de 65 ans et plus selon les variables socioéconomiques et de santé est présentée aux tableaux 7.4 et 7.5. Chez les hommes, la prévalence du nombre de facteurs favorables à la santé ne varie pas significativement selon les niveaux de scolarité ou le revenu du ménage (tableau 7.4). On observe toutefois une plus faible prévalence des 5 facteurs favorables chez les hommes vivant dans des ménages dont la scolarité est

inférieure au secondaire. Il en est de même chez les hommes dont le revenu du ménage est très bas (Q1). Les femmes vivant dans les ménages les plus scolarisés (avec études postsecondaires) sont en proportion plus nombreuses à présenter les 5 facteurs favorables à la santé comparativement aux femmes des niveaux de scolarité plus faibles. Aussi, une plus grande proportion de femmes dont le revenu du ménage se situe dans les quintiles 3, 4 et 5 présente 5 facteurs favorables à la santé comparativement aux femmes du quintile le plus bas.

Le nombre de facteurs favorables à la santé varie significativement selon la structure du ménage chez les hommes mais non chez les femmes. La présence de seulement 0 à 2 facteurs semble plus élevée chez ceux vivant seuls et ces derniers semblent également moins nombreux à présenter les 5 facteurs favorables comparativement aux hommes vivant en couple ou selon une autre modalité. La prévalence des facteurs favorables à la santé ne varie pas selon l'indice de défavorisation matérielle, ni selon la taille des municipalités du Québec ou le statut d'immigrant et ce, à la fois chez les hommes et les femmes.

Cependant, on remarque aux tableaux 7.4 et 7.5 que la prévalence du nombre de facteurs favorables à la santé varie significativement selon la perception de l'état de santé physique des hommes et des femmes. En effet, la prévalence de seulement 0 à 2 facteurs favorables est significativement plus élevée chez les hommes et les femmes percevant leur santé physique comme passable ou mauvaise comparativement aux autres la percevant en bon ou excellent état. De plus, une plus grande proportion de femmes ayant déclaré une meilleure santé physique présente les 5 facteurs favorables à la santé comparativement aux femmes en moins bonne condition.

L'indice cumulatif varie significativement chez les femmes selon leur état de santé fonctionnelle, les femmes ayant une incapacité grave sont proportionnellement plus nombreuses à ne présenter que 0 à 2 facteurs favorables comparativement à celles ayant une incapacité nulle ou légère. On observe une tendance semblable chez les hommes mais non significative. À l'inverse, la prévalence des 5 facteurs favorables est plus élevée chez les femmes ayant déclaré aucune ou une faible incapacité. Chez les hommes, la grande variabilité des données ne permet pas de se prononcer.

Enfin, l'indice ou le nombre de facteurs favorables à la santé varie significativement avec la fréquence de la participation sociale des aînés québécois. En effet, les hommes et les femmes présentant simultanément les 5 facteurs favorables ont aussi déclaré participer à au moins une activité sociale alors que chez ceux qui ne participent pas socialement sont en proportion plus nombreux à ne présenter que 0 à 2 facteurs favorables.

Tableau 7.4 Indice cumulatif des facteurs favorables à la santé chez les hommes selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		Nombre de facteurs favorables à la santé (%)				Valeur p ^a
		0-2	3	4	5	
Hommes						
Âge	65-74 ans	29,9	29,7	30,5	10,0	0,068
	75 ans et plus	21,0	34,9	32,6	11,4	
	65 ans et plus	26,5	31,7	31,3	10,5	
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	28,2	36,5	28,9	6,4 ^E	0,051
	Diplôme secondaire	29,3	32,6	24,9	13,1 ^E	
	Études postsecondaires	24,3	29,1	34,1	12,4 ^E	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	28,5	34,1	30,1	7,4 ^E	0,105
	Quintile 2	27,7	32,7	29,6	10,0 ^E	
	Quintile 3	28,4 ^E	31,2	25,5	14,9 ^E	
	Quintiles 4 et 5 (plus élevé)	23,1 ^E	29,4	41,0	6,5 ^E	
	Non répondants	23,0 ^E	28,9	28,6 ^E	19,5 ^E	
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	37,4	31,1	23,6	8,0 ^E	0,010
	Vit avec conjoint/partenaire	23,4	31,3	34,5	10,7	
	Autre	26,3 ^E	34,9	25,6 ^E	13,2 ^E	
Indice de défavorisation matérielle	Quintiles 1 et 2 (plus favorisé)	20,7	33,4	35,3	10,6 ^E	0,189
	Quintile 3	27,4	29,3	29,4	13,9 ^E	
	Quintiles 4 et 5 (plus défavorisé)	30,0	31,5	30,0	8,5 ^E	
Taille des municipalités	Métropolitaine	23,8	32,7	32,5	11,0	0,321
	Agglomération de recensement	31,8	26,0	34,7	7,5 ^E	
	Petite ville et milieu rural	29,1	32,9	26,7	11,3 ^E	
Statut d'immigrant	Immigrant	22,4 ^E	32,5	35,1	9,9 ^E	0,799
	Non immigrant	26,9	31,5	31,0	10,6	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	23,9	30,8	34,5	10,7	< 0,001
	Passable ou mauvaise	37,3	35,4	17,8	9,5 ^E	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	24,2	31,9	32,4	11,5	0,326
	Incapacité modérée	26,8	34,8	29,9	8,6 ^E	
	Incapacité grave	36,2	27,9 ^E	27,6	F	
Participation sociale	Au moins une activité	23,3	32,2	32,6	11,9	< 0,001
	Aucune activité	40,2	29,6	25,7	4,6 ^E	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

^F Estimation dont le CV est supérieur à 33,3 %; non publiée.

Tableau 7.5 Indice cumulatif des facteurs favorables à la santé chez les femmes selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		Nombre de facteurs favorables à la santé (%)				Valeur p ^a
		0-2	3	4	5	
Femmes						
Âge	65-74 ans	20,1	28,8	31,2	19,9	< 0,001
	75 ans et plus	17,1	41,9	29,4	11,5	
	65 ans et plus	18,7	34,7	30,4	16,1	
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	20,9	40,3	27,5	11,3	< 0,001
	Diplôme secondaire	19,1 ^E	31,4	37,8	11,7 ^E	
	Études postsecondaires	16,7	29,3	31,4	22,6	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	23,5	36,3	30,3	9,9 ^E	0,004
	Quintile 2	13,1 ^E	37,6	31,1	18,3 ^E	
	Quintile 3	16,1 ^E	32,9	25,8 ^E	25,2 ^E	
	Quintiles 4 et 5 (plus élevé)	21,5 ^E	22,4 ^E	29,0	27,1 ^E	
	Non répondants	17,5	36,3	33,0	13,2 ^E	
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	18,0	35,8	32,2	14,0	0,139
	Vit avec conjoint/partenaire	18,4	31,5	31,1	19,1	
	Autre	22,0	40,9	23,4 ^E	13,7 ^E	
Indice de défavorisation matérielle	Quintiles 1 et 2 (plus favorisé)	17,6	32,3	34,3	15,8	0,182
	Quintile 3	19,1	32,5	27,9	20,5	
	Quintiles 4 et 5 (plus défavorisé)	20,0	38,2	28,3	13,5 ^E	
Taille des municipalités	Métropolitaine	18,5	33,3	32,4	15,8	0,565
	Agglomération de recensement	20,1 ^E	32,2	28,8	18,8 ^E	
	Petite ville et milieu rural	18,6	40,2	25,8	15,4 ^E	
Statut d'immigrant	Immigrant	16,9 ^E	38,6	32,5	12,1 ^E	0,523
	Non immigrant	19,0	34,2	30,1	16,7	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	15,6	33,7	31,6	19,1	< 0,001
	Passable ou mauvaise	29,6	38,3	26,1	6,1 ^E	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	14,4	31,9	34,1	19,6	< 0,001
	Incapacité modérée	21,8	35,1	28,3	14,8 ^E	
	Incapacité grave	29,5	41,9	21,4	7,2 ^E	
Participation sociale	Au moins une activité	15,5	33,0	32,8	18,7	< 0,001
	Aucune activité	30,0	40,7	22,0	7,3 ^E	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence

^F Estimation dont le CV est supérieur à 33,3 %, non publiée.

Indice cumulatif *strict* selon le sexe

Tel que mentionné précédemment, un indice cumulatif plus « strict » a aussi été calculé (tableau 7.6). Ce dernier conserve les mêmes facteurs d'analyse mais, pour trois d'entre eux (poids corporel, activité physique et alimentation), une recommandation plus exigeante est retenue. Comme ce nouvel indice est plus sévère, il n'est pas surprenant de constater qu'une plus faible proportion de Québécois âgés de 65 ans et plus répond affirmativement à tous les facteurs favorables avec un score total de 5 (2,5 %). Il est probable que cela soit principalement dû au fait que peu de personnes

consomment en moyenne les 7 portions de fruits et de légumes recommandées par jour (12 %) ou ont un indice de masse corporelle entre 18,5 et 25, soit dans la catégorie normale (environ 40 %). Néanmoins, un bon nombre de personnes âgées ont simultanément de saines habitudes de vie étant donné que 49 % d'entre elles présentent 3 à 4 facteurs favorables à la santé.

Tableau 7.6 Facteurs favorables à la santé et Indice cumulatif de ces facteurs, versions plus strictes, selon le sexe, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec, 2008-2009

Facteurs favorables à la santé	Hommes	Femmes	Total
	(%)	(%)	(%)
Tabagisme : non fumeur ou ancien fumeur plus de 5 ans	83,1	84,9	84,1
Alcool : ne boit pas de l'alcool à tous les jours et ne consomme jamais d'alcool de façon excessive	63,0 ^a	86,5	76,2
Poids corporel : Normal : 18,5 < IMC < 25	37,6	42,1	40,1
Activité physique (loisir et transport) : Actif	53,4 ^a	40,2	46,0
Alimentation : 7 portions ou + de fruits et légumes/jour	10,2 ^a	13,7	12,2
Indice cumulatif strict			
- Aucun facteur favorable	F	F	1,2
- 1 seul facteur favorable	15,3 ^a	7,7	11,1
- 2 facteurs favorables	34,4	37,8	36,3
- 3 facteurs favorables	32,9	33,9	33,5
- 4 facteurs favorables	14,5	16,4	15,5
- 5 facteurs favorables	F	3,4	2,5

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

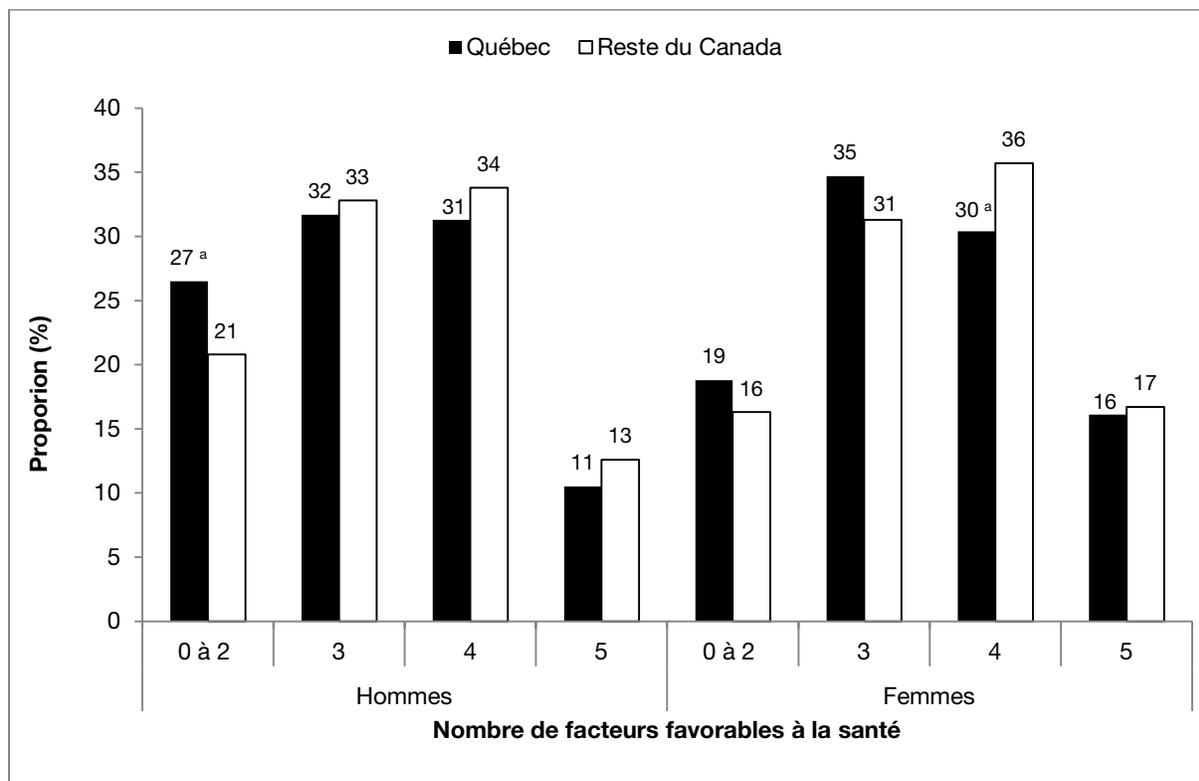
^a Test d'association significatif (Khi-deux) selon le sexe, $p < 0,05$.

^F Estimation dont le CV est supérieur à 33,3 %; non publiée.

Comparaison de l'indice cumulatif entre le Québec et le reste du Canada

La comparaison de la prévalence de l'indice cumulatif au Québec avec celle observée dans le reste du Canada est illustrée en fonction du sexe à la figure 7.2. Globalement, les Québécois âgés de 65 ans et plus sont proportionnellement aussi nombreux que les autres Canadiens à présenter les 5 facteurs favorables à la santé (14 % c. 15 %). Toutefois, plus de Québécois ne présentent qu'entre 0 et 2 facteurs favorables à la santé, notamment les hommes québécois, comparativement à leurs vis-à-vis canadiens (27 % c. 21 %). De plus, les femmes âgées de 65 ans et plus du reste du Canada sont plus nombreuses que les Québécoises à présenter 4 facteurs favorables (36 % c. 31 %). Enfin, tel qu'observé pour les femmes québécoises, les autres femmes canadiennes sont aussi plus nombreuses (17 %) que les hommes du reste du Canada à (13 %) présenter les 5 facteurs favorables à la santé.

Figure 7.2 Comparaison de l'indice cumulatif des facteurs favorables à la santé selon le sexe, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec et le reste du Canada, 2008-2009



Source des données : ESCC – Vieillissement en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

^a Test d'association (Khi-deux) significatif entre le Québec et le Reste du Canada, $p < 0,05$

7.5 Discussion

Les auteurs des études portant sur les associations entre de multiples facteurs de risque comportementaux ont fait face au problème de bien choisir les variables à analyser ainsi que la nature des variables choisies (Laaksonen *et al.*, 2001). Conséquemment, il est difficile de comparer les résultats de différentes études. Toutefois, plusieurs ont suggéré d'inclure les habitudes alimentaires, le tabagisme, la consommation d'alcool et l'activité physique car souvent, trois ou quatre de ces habitudes de vie tendent à s'agréger ou s'accumuler chez les mêmes individus. De plus, ils seraient associés à un risque plus élevé de présenter plusieurs problèmes de santé.

Certaines études ont indiqué que la prévalence des modèles comportementaux diffère entre les groupes sociodémographiques et les régions. Nos résultats appuient ces constats mais selon un traitement inverse, c'est-à-dire par l'analyse de comportements favorables à la santé. Laaksonen *et al.* (2001) ont aussi étudié les déterminants sociodémographiques de multiples comportements non favorables à la santé. L'âge, le niveau d'éducation ainsi que le statut marital ont prédit la présence de trois ou quatre comportements non favorables. Comme les modèles explicatifs de plusieurs comportements non favorables à la santé sont relativement semblables, on pourrait s'attendre à ce que ces comportements s'accumulent. Poortinga (2007) a rapporté que de multiples facteurs de risques étaient prévalents chez les hommes, dans les ménages de faible niveau socioéconomique, chez les célibataires et chez les individus qui étaient économiquement inactifs. À l'inverse, la prévalence de ces facteurs était plus faible chez les individus propriétaires de leur maison et chez les

groupes plus âgés. Ces observations vont dans le même sens que les nôtres. En effet, nos résultats ont révélé que les aînés québécois de 65 ans et plus qui sont peu scolarisés, qui ont un faible revenu ou qui vivent seuls étaient proportionnellement moins nombreux à présenter les cinq facteurs favorables à la santé comparativement aux aînés des autres groupes. En outre, il est intéressant de souligner que la prévalence des facteurs favorables à la santé est supérieure chez les Québécois de 65 ans et plus comparativement à ceux âgés entre 50 et 64 ans. Il semble donc qu'en prenant de l'âge, les individus modifient positivement leurs comportements, soit à cause d'un problème de santé ou alors, pour maintenir leur santé, bien qu'il soit aussi possible que les personnes les plus à risque ne se rendent pas à un âge plus avancé.

Le cumul d'habitudes de vie saines a été associé à une meilleure santé physique et fonctionnelle ainsi qu'à une participation sociale positive chez les aînés québécois. Ceux et celles percevant leur état de santé physique comme bonne à excellente ou qui ont déclaré au moins une participation sociale étaient proportionnellement plus nombreux à présenter les cinq facteurs favorables à la santé comparativement à ceux qui percevaient leur santé comme passable ou mauvaise ou qui avaient déclaré aucune participation sociale. À l'inverse, ces derniers étaient en proportion plus nombreux à ne présenter que 0 à 2 facteurs favorables. Suite à l'analyse des données canadiennes de l'ESCC – Vieillesse en santé (2008-2009), Ramage-Morin *et al.* (2010) ont aussi observé que plus il y avait présence de facteurs favorables ou d'habitudes de vie positives, plus grandes étaient les chances d'être en bonne santé. Ces observations positives pourraient refléter un effet de survivant en bonne santé. Ainsi, il est probable que les personnes qui ont toujours eu de bonnes habitudes de vie soient en meilleure santé lorsque devenues âgées. Des associations positives ont aussi été observées entre la bonne santé et la participation sociale fréquente. Shields et Martel (2006) ont aussi rapporté des associations similaires en 2003 auprès des Canadiens âgés de 65 ans et plus. Les résultats de Ramage-Morin *et al.* (2010) ont indiqué que les avantages de présenter des facteurs favorables à la santé chez les personnes âgées de 65 ans et plus sont cumulatifs. Ainsi, la probabilité de bonne santé augmente significativement avec chaque facteur favorable supplémentaire.

En analysant les données du système de surveillance des facteurs de risque de maladies chroniques de l'Espagne, Galan *et al.* (2005) ont observé que 20 % des individus présentaient trois ou quatre facteurs de risque. L'agrégat des facteurs de risque était plus fréquent chez les hommes et chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation. De plus, comparativement aux personnes qui ne présentaient aucun des quatre facteurs de risque, celles qui en présentaient trois ou quatre ont rapporté plus souvent un état de santé plus précaire. Galan et d'autres sont d'avis que les facteurs de risque comportementaux tendent à s'agréger (Schuit *et al.*, 2002; Laaksonen *et al.*, 2001; Burke, 1997; Galan *et al.*, 2005; Portinga, 2007; Grundy *et al.*, 1999). Par exemple, la relation entre le tabagisme et la consommation d'alcool, entre le tabagisme et les habitudes alimentaires ou entre l'activité physique et d'autres facteurs est bien connue. Or, un grand nombre de combinaisons de trois ou quatre a été étudié.

Dans notre étude, la distribution de l'indice cumulatif selon diverses combinaisons de facteurs favorables montre sans surprise la prédominance de combinaisons des facteurs qui sont déjà les plus fréquents lorsqu'analysés séparément. Entre autres, la relation entre la consommation d'alcool à risque et le tabagisme chez les personnes de 65 ans et plus rapportée par d'autres études semble à première vue évidente, mais il faut faire attention lorsque nous faisons de tels constats. En effet, il est normal de retrouver plus de personnes ayant adopté à la fois ces deux comportements sains. Selon Schuit *et al.* (2002) et Galan *et al.* (2005), l'arrêt du tabagisme et la consommation à faible risque d'alcool font partie des comportements favorables les plus enclins à être modifiés avec l'âge. On ne peut donc se fier uniquement à une analyse descriptive des prévalences de combinaisons de facteurs favorables à la santé pour déterminer le sens et l'importance des relations entre les facteurs.

Au moyen des modèles de régression logistique et de l'analyse factorielle des correspondances qui mesurent les associations entre les facteurs favorables, nous avons démontré l'existence de deux agrégats qui vont sensiblement dans le même sens que ceux observés ailleurs (McGuire *et al.*, 2009; Galan *et al.*, 2005; Laaksonen *et al.*, 2012). Les données disponibles sur la consommation d'alcool ne portaient que sur les fréquences de consommation et ne comportaient pas de données sur les quantités d'alcool consommées. Cette lacune peut avoir entraîné un manque de précision quant aux habitudes de consommation d'alcool des aînés québécois et aussi affaiblir le lien de ce facteur avec les autres facteurs favorables à la santé. Chez les femmes, une relation positive a été observée entre les non-fumeuses et celles qui ne boivent pas quotidiennement de l'alcool ou qui n'en consomment jamais de façon excessive. Lorsqu'on se réfère au tableau 7.1, on constate effectivement que beaucoup plus de Québécoises (87 %) que de Québécois (63 %) ne boivent pas d'alcool à tous les jours et n'en consomment pas de façon excessive. Cette observation pourrait aussi être le reflet d'un effet de cohorte, la génération de personnes âgées à l'étude, et en particulier les femmes, ayant peu consommé d'alcool ou ayant été abstinentes sur une base régulière pendant toute leur vie alors que chez les hommes, la consommation d'alcool fait davantage partie de leurs habitudes de vie. D'ailleurs, cette explication peut être applicable aux autres facteurs, tout comme il est possible que les mauvaises habitudes de vie aient été moins rapportées lors de l'entrevue.

Par ailleurs, Shields et Martel (2006) ont indiqué que l'étude des comportements auprès des personnes âgées doit être faite avec circonspection car d'une part, les données transversales ne permettent pas de dire si les comportements sains aident les aînés à demeurer en bonne santé et d'autre part, un déclin de la santé entraîne une diminution de ces facteurs positifs. Il n'en demeure pas moins que le vieillissement en santé a été associé à des comportements sains dans de nombreuses études.

Selon Goldstein *et al.* (2004), une des importantes barrières pour la réussite des interventions visant les facteurs de risque modifiables est le manque de dépistage et d'approche intégrés dans le milieu clinique mais aussi en santé publique. Ainsi, nombreux sont ceux qui affirment que l'étude épidémiologique des facteurs de risque regroupés permet de planifier plus efficacement les interventions préventives, se traduisant alors par des approches multi-comportementales, c'est-à-dire visant plusieurs facteurs de risque, et ayant conséquemment des impacts plus grands en santé publique plutôt que les interventions ne portant que sur un seul facteur ou comportement (Atkins *et al.*, 2004; Goldstein *et al.*, 2004; Poortinga, 2007). L'approche multifactorielle doit donc être considérée pour maximiser les efforts de prévention et pour contrôler ou ralentir la hausse des maladies chroniques auprès des personnes âgées tout en maintenant leur autonomie le plus longtemps possible.

8 Participation sociale

Mathieu D. Philibert

Unité Analyse de la santé et des inégalités sociales et territoriales
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Institut national de santé publique du Québec

Émilie Raymond et André Tourigny

Unité Développement des communautés
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

8.1 Faits saillants

- La fréquence de participation sociale chez les aînés québécois varie selon la forme d'activités sociales.
- L'activité sociale la plus souvent déclarée chez les Québécois âgés de 65 ans et plus est celle qui est faite avec des membres de la famille ou des amis à l'extérieur du domicile.
- Une personne âgée de 65 ans ou plus sur cinq ne participe fréquemment à aucune des huit formes d'activités considérées.
- Tandis que la fréquence de participation sociale varie selon le groupe d'âge, peu de différences sont observées selon le sexe chez les aînés de 65 ans et plus.
- La fréquence de la participation sociale est plus élevée lorsque la santé est meilleure mais l'ampleur de cette association varie selon la forme de l'activité sociale.
- On observe des disparités dans la fréquence de participation sociale selon le revenu, le niveau de scolarité du ménage et la défavorisation matérielle du milieu local.

8.2 Introduction

La participation sociale est une notion dont le sens varie selon les auteurs et les contextes (Raymond *et al.*, 2009). Au Québec, au moins trois modèles conceptuels sont utilisés pour guider les choix et les démarches de différentes institutions politiques et de recherche en matière de participation sociale. Ces modèles ont en commun de considérer la participation sociale comme un déterminant de la santé.

Dans le cadre de la politique *Vieillir et vivre ensemble : Chez-soi, dans sa communauté, au Québec* (Gouvernement du Québec, 2012), la participation sociale fait référence aux interactions interpersonnelles qui se déroulent dans différents contextes informels, auprès des amis, de la famille ou des voisins notamment, ainsi qu'à l'implication des personnes dans les activités d'organisations formelles comme des associations, des tables de concertation ou des organismes d'action communautaire. De même, d'après le modèle conceptuel pour un vieillissement en santé, développé par l'Institut national de santé publique du Québec et la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale (Cardinal *et al.*, 2009), la participation sociale se manifeste dans les liens des personnes avec leurs proches et leur communauté, dans le contexte d'une société respectueuse des contributions de tous ses citoyens et reconnaissant l'importance de relations positives entre générations.

La définition utilisée par la politique québécoise *À part entière* : *Pour un véritable exercice du droit à l'égalité* (Gouvernement du Québec, 2009) est celle du *Processus de production du handicap* (Fougeyrollas, *et al.*, 1998). Ici, la participation sociale désigne la réalisation sans entrave des habitudes de vie, par opposition à la situation de handicap qui fait plutôt référence à la présence d'obstacles. Dans ce modèle, les habitudes de vie incluent l'ensemble des activités courantes (se nourrir, se déplacer, communiquer, etc.) et des rôles sociaux (travailler, étudier, s'impliquer dans sa communauté, etc.) que réalise une personne, dont plusieurs qui sont potentiellement influentes sur la santé des personnes.

La diversité des cadres de définition de la participation sociale laisse présager de la pluralité sémantique du concept dans les recherches qui s'intéressent à la participation sociale des aînés. De plus, des études décrivent des mesures en utilisant, parfois de manière indifférenciée, des concepts apparentés, mais non identiques tels que : relations sociales, connectivité sociale, implication sociale, ainsi qu'activités sociales et de loisirs (Gilmour, 2012). Au moment de se pencher sur les liens entre, d'une part, la participation sociale et, d'autre part, l'état de santé des aînés et des facteurs associés (voir les variables de croisement décrites au chapitre 1), il convient donc de porter une attention particulière à la manière dont est définie cette participation. En effet, la définition de la participation sociale sera déterminante des associations observées avec d'autres facteurs.

Dans les analyses présentées ci-dessous, la participation sociale fait référence à des activités réalisées dans différents contextes d'activités collectives. L'influence de la participation sociale sur la santé est suggérée par différentes études qui ont rapporté des liens entre le niveau de participation sociale et différents marqueurs d'états de santé, soit la mortalité (Thomas, 2012; Maier et Klumb, 2005; Zunzunegui *et al.*, 2003), la santé fonctionnelle (Thomas, 2011, Béland *et al.*, 2005, Avlund *et al.*, 2004; Zunzunegui *et al.*, 2003, Fratiglioni *et al.*, 2000), la consommation de médicament (Bath et Gardiner, 2005), la santé perçue (Bennett, 2005) et la santé mentale (Abu-Rayya, 2006; van Willigen, 2000).

8.3 Méthodes

Dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes – Vieillesse en santé (ESCC-VS), Statistique Canada (2010) mesure la participation sociale par la fréquence à laquelle une personne participe à l'une ou l'autre des huit formes d'activités sociales suivantes:

- les activités avec des membres de la famille ou des amis à l'extérieur du domicile;
- les activités d'un groupe confessionnel (comme un service religieux, un comité ou un chœur);
- les activités sportives ou physiques avec d'autres personnes;
- les activités éducatives et culturelles avec d'autres personnes;
- les activités d'un club social ou d'une société d'aide mutuelle (comme les Chevaliers de Colomb, un Club d'âge d'or);
- les activités d'une association communautaire ou professionnelle;
- les activités d'un organisme bénévole ou de bienfaisance;
- les autres activités récréatives avec d'autres personnes (comme les bingos, les jeux divers, etc.).

Chacune des variables portant sur une des huit formes d'activités a été catégorisée pour faire ressortir la participation fréquente (Gilmour, 2012) : les répondants sont considérés avoir une participation fréquente ou non (deux catégories possibles). Pour les activités familiales et amicales,

religieuses, sportives et physiques ainsi que les autres activités récréatives, une participation est considérée fréquente lorsqu'elle est faite sur une base quotidienne ou hebdomadaire. Pour les autres activités, la participation est considérée fréquente si l'activité est exercée une fois par mois ou plus fréquemment.

Aussi, une neuvième variable a été créée afin de caractériser globalement la participation à l'ensemble des huit formes d'activités. Cette variable, appelée « participation fréquente cumulée », décrit le nombre de formes d'activités, parmi les huit décrites ci-dessus, pour lesquelles la participation est considérée fréquente (de 0 à 8).

Les résultats pour chacune des huit formes de participation sociale sont présentés ci-dessous séparément. Ils sont suivis par ceux de la mesure de participation fréquente cumulée. Ce sont les proportions de personnes qui déclarent une participation fréquente qui sont décrites ci-dessous. Elles sont présentées par sexe et groupes d'âge aux figures 8.1 et 8.2. La variation de ces prévalences selon les autres variables de croisement a été analysée et ces différences sont présentées uniquement lorsqu'un test de Khi-deux indique qu'elles sont statistiquement significatives (voir la section Analyses statistiques du chapitre 1). Ces variations, lorsqu'elles sont significatives, sont décrites pour la population des 65 ans et plus, mais aussi, pour des fins de comparaison, pour les 50 à 64 ans.

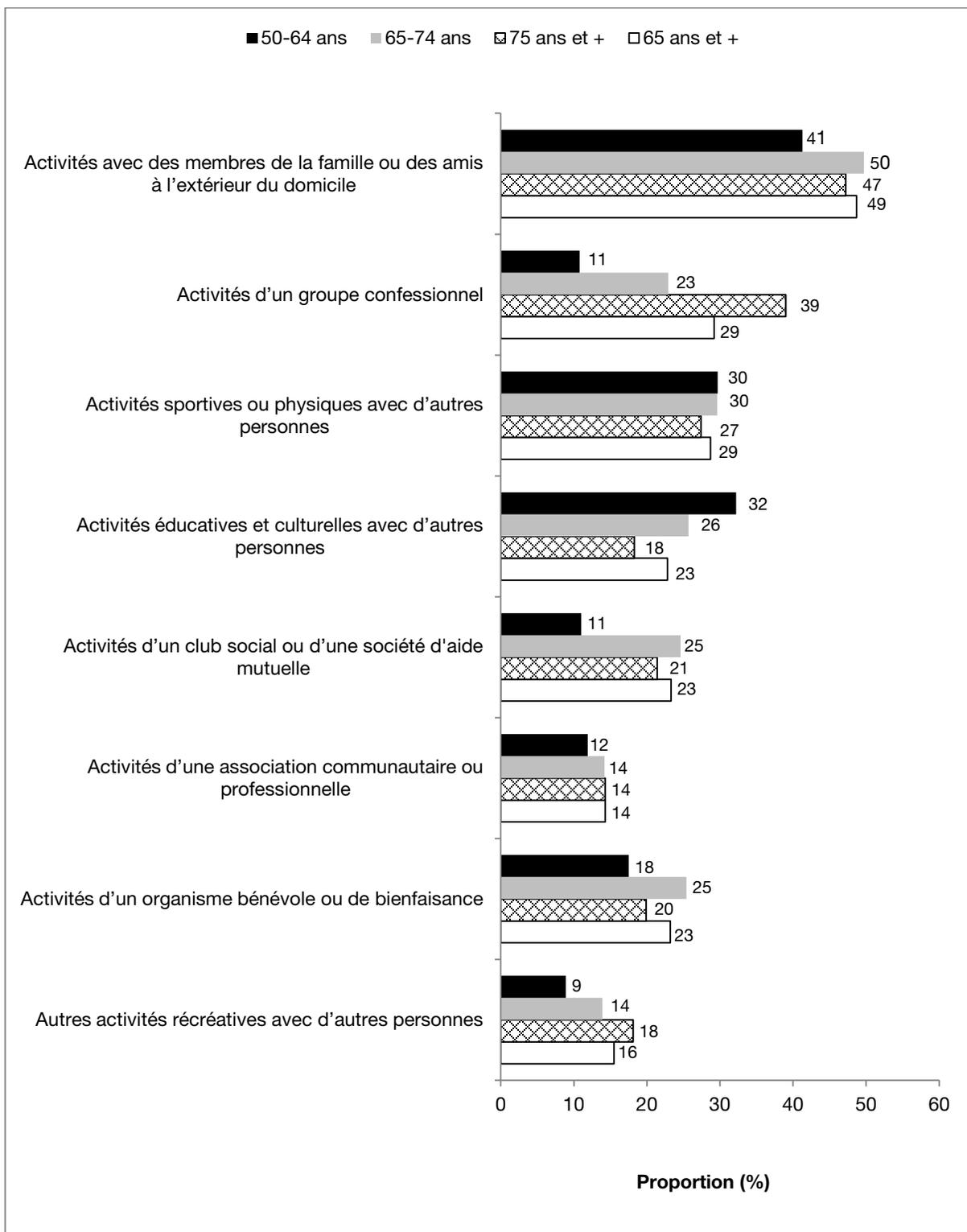
Pour la participation fréquente cumulée, les résultats selon le nombre d'activités effectuées fréquemment (de 0 à 8) sont présentés pour l'ensemble des 65 ans et plus. Les données ventilées selon une autre variable portent uniquement sur la proportion de personnes qui ne déclarent aucune participation fréquente à l'une ou l'autre de huit formes d'activités. Elles sont aussi présentées pour les 65 ans et plus et pour les 50 à 64 ans. Enfin, des comparaisons ont été faites pour la participation sociale fréquente entre le Québec et le Canada. Enfin, la relation entre la participation sociale et d'autres déterminants à l'étude a été vérifiée et est présentée dans les chapitres précédents.

8.4 Résultats

Activités avec des membres de la famille ou des amis à l'extérieur du domicile

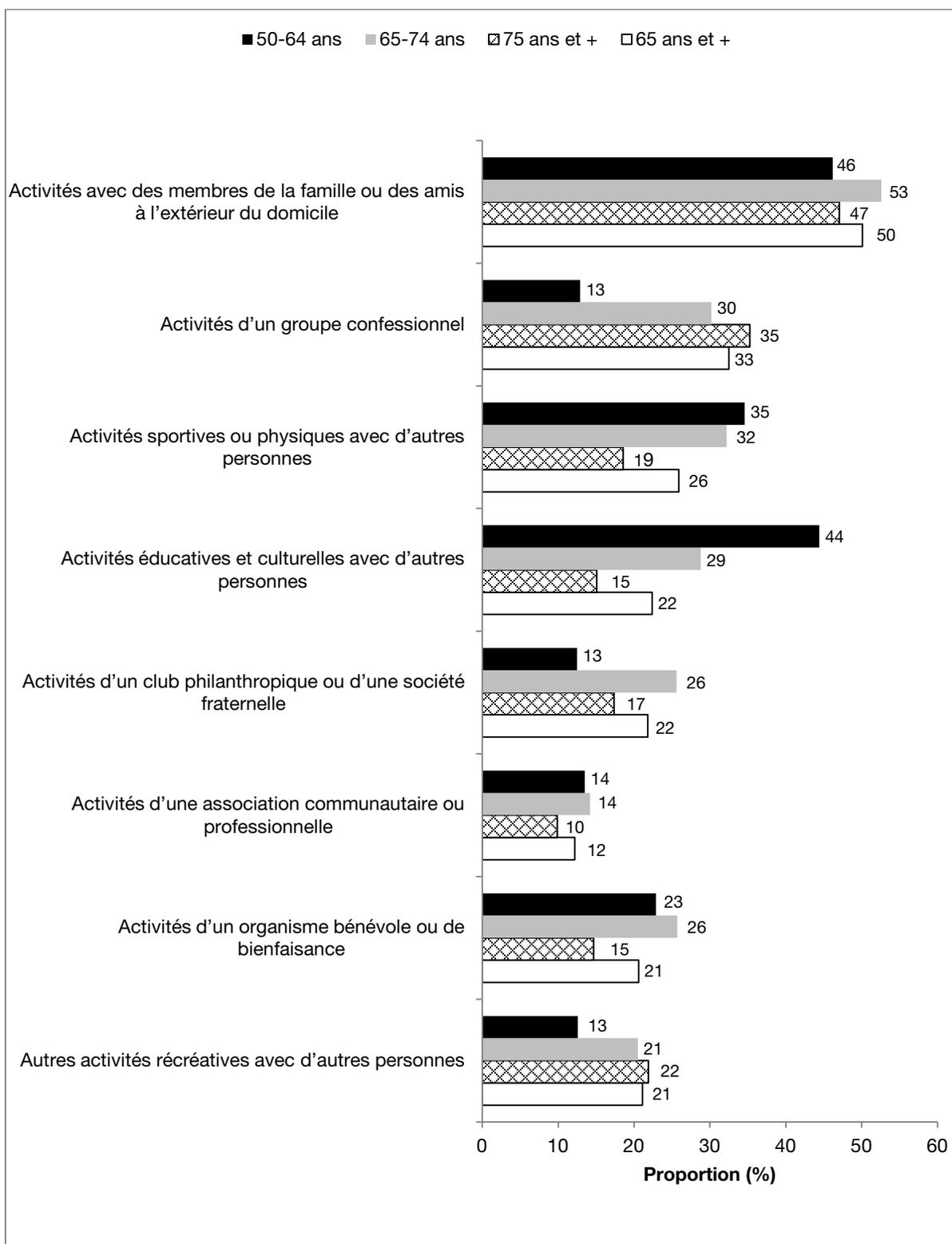
Environ la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus (50 %) font fréquemment des activités avec des membres de la famille ou des amis hors de leur domicile (figures 8.1 et 8.2). Il n'y a pas de différence significative entre les femmes et les hommes. Chez les hommes, on note des différences selon le groupe d'âge : les hommes de 50 à 64 ans sont moins nombreux à participer fréquemment à cette forme d'activité (41 %) tandis que les hommes des groupes plus âgés font ces activités dans des proportions similaires (50 % chez les 65 à 74 ans et 47 % chez les 75 ans et plus). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les groupes d'âge chez les femmes.

Figure 8.1 Participation fréquente selon les huit formes d'activités sociales chez les hommes selon l'âge, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009



Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

Figure 8.2 Participation fréquente selon les huit formes d'activités sociales chez les femmes selon l'âge, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009



Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

Pour l'ensemble des aînés de 65 ans et plus, la prévalence d'une participation fréquente aux activités familiales et amicales varie selon la structure du ménage, le statut d'immigrant, le revenu du ménage, la santé physique autodéclarée et la santé fonctionnelle (tableau 8.1). Aucune différence significative n'est observée pour ces facteurs chez les 50 à 64 ans. Chez les 65 ans et plus, les personnes vivant avec un conjoint ou un partenaire participent fréquemment aux activités familiales et amicales dans une proportion légèrement supérieure à celle des personnes vivant seules (53 % et 51 %, respectivement) tandis que les personnes vivant avec d'autres personnes qu'un conjoint ou partenaire le font dans une proportion beaucoup plus faible (36 %). Un peu plus de quatre immigrants sur dix ont une participation fréquente à cette forme d'activité, comparativement à une personne sur deux chez les non-immigrants. On observe une progression graduelle de la prévalence de la participation aux activités familiales et amicales fréquente lorsque le revenu du ménage augmente.

Les personnes qui ne se perçoivent pas en bonne santé sont proportionnellement moins nombreuses à prendre part fréquemment à des activités familiales ou amicales que les personnes qui se considèrent en bonne santé (39 % et 52 %, respectivement). La prévalence de participation fréquente à ces activités tend à diminuer lorsque le niveau d'incapacité augmente; elle est de 53 % chez les personnes sans incapacité ou avec une incapacité légère, 45 % chez les personnes qui ont une incapacité modérée et 43 % chez celles qui ont une incapacité sévère.

Tableau 8.1 Participation fréquente à une activité avec des membres de la famille ou des amis à l'extérieur du domicile selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec 2008-2009

Caractéristique		50-64 ans			65 ans +		
		(%)	IC	p ^a	(%)	IC	p ^a
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	46,1	40,3-51,9	0,409	50,7	46,6-54,7	<0,001
	Vit avec conjoint/partenaire	45,0	40,6-49,4		52,6	48,6-56,6	
	Autre	41,0	34,1-47,8		36,2	29,1-43,3	
Statut d'immigrant	Immigrant	44,0	34,3-53,8	0,938	41,0	35,0-47,1	0,006
	Non immigrant	43,6	40,0-47,2		50,7	47,5-54,0	
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	39,1	31,6-46,7	0,119	46,9	42,6-51,3	0,221
	Diplôme secondaire	38,7	31,7-45,7		52,4	46,0-58,8	
	Études postsecondaires	45,3	41,2-49,4		50,9	46,8-55,0	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	40,7	33,8-47,7	0,307	43,8	39,5-48,0	0,002
	Quintile 2	43,4	35,0-51,9		47,8	42,8-52,7	
	Quintile 3	44,8	37,7-51,9		49,2	42,0-56,3	
	Quintile 4	43,0	35,5-50,5		53,7	46,2-61,2	
	Quintile 5 (plus élevé)	40,0	33,8-46,2		65,8	52,8-77,3	
	Non déclaré	53,3	42,6-63,9		54,5	47,8-61,2	
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	48,5	40,5-56,5	0,159	48,6	41,0-56,2	0,807
	Quintile 2	48,2	40,2-56,2		50,9	44,8-57,0	
	Quintile 3	46,2	39,2-53,1		51,3	46,0-56,6	
	Quintile 4	39,1	32,1-46,2		47,9	42,3-53,5	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	38,8	32,0-45,6		47,0	40,2-53,8	
Taille des Municipalités	Métropolitaine	43,1	38,7-47,4	0,826	47,9	44,2-51,6	0,061
	Agglomération de recensement	46,1	36,9-55,4		57,6	51,2-64,1	
	Petite ville et milieu rural	43,7	37,2-50,2		48,6	42,7-54,6	

Tableau 8.1 Participation fréquente à une activité avec des membres de la famille ou des amis à l'extérieur du domicile selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec 2008-2009 (suite)

Caractéristique		50-64 ans			65 ans +		
		(%)	IC	p ^a	(%)	IC	p ^a
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	43,9	40,5-47,4	0,750	52,3	49,1-55,6	< 0,001
	Passable ou mauvaise	42,3	32,0-52,5		39,3	33,8-44,7	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	44,0	40,5-47,4	0,984	50,1	47,1-53,2	0,259
	Passable ou mauvaise	43,8 ^E	24,6-64,3		44,1	33,1-55,2	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	44,8	41,1-48,5	0,102	52,9	49,6-56,3	0,003
	Incapacité modérée	45,8	37,1-54,4		44,8	39,2-50,4	
	Incapacité grave	33,3	23,1-43,6		43,4	36,7-50,1	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

IC : Intervalle de confiance.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

Activités d'un groupe confessionnel

Près d'une personne sur trois âgée de 65 ans et plus participe fréquemment à des activités d'un groupe confessionnel (par ex. : service religieux, comité, chœur) et ce, autant chez les hommes que chez les femmes (figures 8.1 et 8.2). Les personnes de 75 ans et plus sont celles qui participent le plus à ces activités, suivies de celles de 65 à 74 ans. Les personnes de 50 à 64 ans sont moins nombreuses à y participer. Globalement, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus qui participent fréquemment à ces activités est presque trois fois plus élevée que celle des 50 à 64 ans (31 % c. 12 %).

La participation fréquente aux activités d'un groupe confessionnel chez les aînés de 65 ans et plus varie selon la défavorisation matérielle et la taille des municipalités (tableau 8.2). Chez les personnes de 65 ans et plus, la proportion des personnes qui participent fréquemment aux activités d'un groupe confessionnel et plus est plus faible dans les milieux plus favorisés que dans les autres milieux. Cette proportion est plus élevée chez les personnes habitant des villes de taille moyenne (40 %) ou petite ville ou milieu rural (33 %) que chez celles demeurant dans des villes de grande taille (28 %). Chez les personnes âgées de 50 à 64 ans, la participation diffère selon le statut d'immigrant, le revenu du ménage et la santé mentale auto-déclarée.

La proportion de personnes de 50 à 64 ans qui participent fréquemment aux activités d'un groupe confessionnel est presque trois fois plus élevée chez les immigrants (27 %) par rapport aux non-immigrants (10 %). Elle diminue progressivement avec l'augmentation du revenu du ménage, avec un écart du simple au double entre les quintiles le plus faible et le plus élevé. La participation est plus élevée chez les personnes se percevant en bonne santé mentale (12 %) relativement aux personnes ayant une appréciation négative de leur santé mentale (CV > 33,3 %, estimation non publiée).

Tableau 8.2 Participation fréquente à des activités d'un groupe confessionnel selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec 2008-2009

Caractéristique		50-64 ans			65 ans +		
		(%)	IC	p ^a	(%)	IC	p ^a
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	11,0	8,5-14,1	0,870	29,0	25,9-32,0	0,375
	Vit avec conjoint/partenaire	12,2	8,9-16,1		32,4	28,6-36,1	
	Autre	11,9 ^E	8,2-16,5		31,1	25,8-36,3	
Statut d'immigrant	Immigrant	27,2 ^E	18,4-37,7	0,001	34,3	27,7-41,0	0,323
	Non immigrant	10,0	7,8-12,3		30,9	28,4-33,3	
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	10,6 ^E	6,4-16,2	0,096	32,6	28,9-36,4	0,661
	Diplôme secondaire	8,4 ^E	5,3-12,6		30,6	24,7-36,4	
	Études postsecondaires	13,1	10,2-16,4		30,4	26,7-34,0	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	19,3	13,5-26,4	0,037	29,5	25,8-33,2	0,136
	Quintile 2	16,7 ^E	9,6-26,2		32,3	27,8-36,9	
	Quintile 3	11,9 ^E	7,6-17,4		34,6	27,8-41,5	
	Quintile 4	7,6 ^E	4,7-11,5		25,6	19,3-32,9	
	Quintile 5 (plus élevé)	8,6 ^E	4,1-15,4		22,4 ^E	13,5-33,7	
	Non déclaré	12,5 ^E	8,0-18,3		34,8	28,2-41,4	
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	7,6 ^E	4,6-11,7	0,282	23,8	17,8-30,7	0,025
	Quintile 2	15,2 ^E	8,8-23,7		26,9	21,9-31,9	
	Quintile 3	11,5 ^E	7,9-15,9		33,6	28,9-38,2	
	Quintile 4	12,9 ^E	8,9-17,7		34,8	29,5-40,1	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	11,7 ^E	7,8-16,7		33,8	28,0-39,6	
Taille des municipalités	Métropolitaine	10,7	8,2-13,8	0,381	28,2	25,4-31,0	0,013
	Agglomération de recensement	11,9 ^E	7,9-17,0		39,5	31,7-47,2	
	Petite ville et milieu rural	14,2 ^E	9,2-20,5		33,4	28,2-38,7	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	11,9	9,3-14,4	0,979	31,7	29,1-34,3	0,321
	Passable ou mauvaise	11,8 ^E	6,9-18,4		29,0	24,4-33,7	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	12,1	9,7-14,6	0,045	31,7	29,3-34,0	0,121
	Passable ou mauvaise	F	--		23,6 ^E	14,1-35,4	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	12,7	9,9-15,9	0,149	31,4	28,5-34,3	0,779
	Incapacité modérée	9,1 ^E	6,0-13,2		31,6	26,0-37,3	
	Incapacité grave	9,4 ^E	5,7-14,4		29,3	23,8-34,8	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

IC : Intervalle de confiance.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

^F Estimation dont le CV est supérieur à 33,3 %; non publiée.

Activités sportives ou physiques avec d'autres personnes

Un peu plus d'une personne sur quatre âgée de 65 ans et plus (27 %) participe fréquemment à des activités sportives ou physiques avec d'autres personnes, et ce, sans différence entre les hommes et les femmes. La proportion d'hommes qui participent fréquemment à des activités sportives ou physiques avec d'autres personnes ne varie pas avec l'âge mais chez les femmes, la proportion diminue (figures 8.1 et 8.2). Environ une femme sur trois âgée entre 50 et 64 ans (35 %) ou entre 65 et 74 ans (32 %) participe fréquemment à ces activités alors que moins d'une femme sur cinq (19 %) y participe parmi les 75 ans et plus. Globalement, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus qui participent fréquemment à des activités sportives ou physiques avec d'autres personnes est moins élevée (27 %) que celle des 50 à 64 ans (32 %).

La participation fréquente à des activités sportives ou physiques avec d'autres personnes varie selon la structure du ménage, la taille de la municipalité et la santé mentale autodéclarée chez les aînés de 65 ans et plus (tableau 8.3). La participation fréquente à ces activités est plus élevée chez les personnes vivant avec un conjoint ou un partenaire (31 %). Elle baisse à 25 % lorsque les personnes vivent seules et à 20 % lorsqu'elles vivent avec d'autres. La proportion de personnes qui participent fréquemment à des activités sportives ou physiques avec d'autres est plus élevée chez celles qui habitent des villes de taille moyenne (36 %). Elle se situe à 27 % pour les individus habitant les villes de grande taille et à 23 % pour ceux habitant les villes de petite taille ou les milieux ruraux. La proportion de personnes qui participent fréquemment à cette forme d'activité est presque deux fois plus élevée chez celles qui perçoivent leur santé mentale comme étant de bonne à excellente (28 %) par rapport à celles qui la perçoivent comme étant passable ou mauvaise (16 %).

La participation fréquente à des activités sportives ou physiques avec d'autres personnes varie chez les personnes de 65 ans et plus et chez celles de 50 à 64 ans selon le statut d'immigrant, la scolarité ou le revenu du ménage, la santé physique autodéclarée et la santé fonctionnelle ou l'incapacité. La proportion de personnes qui y participent fréquemment est plus élevée chez les personnes n'ayant pas un statut d'immigrant que chez celles qui en ont un. La prévalence de participation fréquente est la plus élevée chez les personnes âgées entre 50 et 64 ans (35 %) et vivant dans des ménages plus scolarisés (diplôme d'études postsecondaires). Elle est de 30 % chez les 65 ans et plus. À l'inverse, les personnes vivant dans des ménages moins scolarisés, c'est-à-dire ne possédant de diplôme d'études secondaires sont les moins nombreuses à participer à des activités sportives ou physiques.

L'association entre la participation fréquente et le revenu du ménage est significative tant chez les 65 ans et plus que chez les 50 à 64 ans. Ce n'est toutefois que chez les 50 à 64 ans que cette association prend la forme d'une augmentation graduelle de la participation lorsque le revenu du ménage augmente. Dans les deux groupes d'âge, la prévalence de participation fréquente est plus élevée chez les personnes qui considèrent être en bonne santé physique que chez celles qui considèrent leur santé physique comme étant mauvaise. Pour les deux groupes d'âge, la prévalence de participation fréquente est plus élevée chez les personnes déclarant une incapacité nulle ou légère. Cette proportion baisse de façon marquée avec la présence d'une incapacité modérée (22 %) ou grave (13 %) chez les personnes de 65 ans et plus. Si elle demeure à 35 % lors d'une déclaration d'incapacité modérée chez les 50 à 64 ans, elle chute à 9 % avec la présence d'une incapacité sévère.

Tableau 8.3 Participation fréquente à des activités sportives ou physiques avec d'autres personnes selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		50-64 ans			65 ans +		
		(%)	IC	p ^a	(%)	IC	p ^a
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	27,8	22,7-32,9	0,099	24,7	21,5-27,9	0,001
	Vit avec conjoint/partenaire	35,3	31,0-39,7		30,7	27,1-34,2	
	Autre	30,2	24,3-36,1		20,1	15,3-24,8	
Statut d'immigrant	Immigrant	21,5 ^E	14,8-29,6	0,004	17,4 ^E	12,0-23,9	0,002
	Non immigrant	33,5	30,0-37,0		28,5	25,8-31,1	
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	20,9 ^E	14,4-28,7	0,019	21,2	18,0-24,4	< 0,001
	Diplôme secondaire	30,1	23,3-36,8		34,7	28,1-41,3	
	Études postsecondaires	34,0	30,0-38,1		30,3	26,4-34,2	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	17,2	12,3-23,0	< 0,001	21,1	17,7-24,5	< 0,001
	Quintile 2	25,1	18,2-33,0		30,2	25,3-35,2	
	Quintile 3	33,4	25,9-40,9		26,3	19,9-33,6	
	Quintile 4	37,6	30,5-44,8		41,5	33,3-49,8	
	Quintile 5 (plus élevé)	39,7	33,2-46,2		28,7 ^F	19,4-39,5	
	Non déclaré	28,7	20,5-38,0		25,7	20,1-31,3	
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	38,3	30,7-45,9	0,528	28,8	22,9-34,7	0,159
	Quintile 2	31,2	25,0-37,4		31,9	26,6-37,3	
	Quintile 3	30,3	22,7-37,8		26,2	21,8-30,5	
	Quintile 4	30,4	23,1-37,7		26,8	22,0-31,6	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	32,0	24,9-39,1		22,9	17,6-28,1	
Taille des municipalités	Métropolitaine	31,3	27,2-35,4	0,261	26,9	23,8-29,9	0,006
	Agglomération de recensement	39,0	28,5-49,5		35,6	29,8-41,3	
	Petite ville et milieu rural	30,0	24,2-35,9		23,0	18,6-27,3	
Perception de l'état santé physique	Bonne à excellente	33,9	30,5-37,4	0,002	30,9	28,0-33,8	< 0,001
	Passable ou mauvaise	19,4 ^E	11,4-29,8		13,6	10,4-17,5	
Perception de l'état santé mentale	Bonne à excellente	32,9	29,6-36,3	0,160	27,8	25,3-30,4	0,006
	Passable ou mauvaise	F	--		15,5 ^F	8,2-25,6	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	35,0	31,4-38,6	< 0,001	33,4	30,2-36,5	< 0,001
	Incapacité modérée	34,5	25,3-43,7		21,9	17,1-26,7	
	Incapacité grave	8,7 ^E	4,9-13,9		13,1	8,8-18,5	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

IC : Intervalle de confiance.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

^F Estimation dont le CV est supérieur à 33,3 %; non publiée.

Activités éducatives et culturelles avec d'autres personnes

Près d'une personne sur quatre (23 %) âgée de 65 ans et plus a déclaré une participation fréquente à des activités éducatives ou culturelles avec d'autres personnes et cette proportion est plus faible que celle observée chez les 50 à 64 ans, soit 38 % (figures 8.1 et 8.2). Cette baisse associée à l'âge est plus marquée chez les femmes que chez les hommes. Chez les femmes de 50 à 64 ans, la prévalence de la participation fréquente est de 44 %, tandis qu'elle est de 29 % chez les 65 à 74 ans et de 15 % chez les 75 ans et plus alors que chez les hommes, les proportions sont 32 %, 26 % et 18 %, respectivement.

La prévalence de la participation fréquente à des activités éducatives et culturelles avec d'autres personnes est sensible à toutes les variables de croisement, sauf la structure du ménage et le statut d'immigrant, et ce, autant chez les 65 ans et plus que chez les 50 à 64 ans (tableau 8.4). La prévalence varie grandement selon le plus haut niveau de scolarité atteint dans le ménage, les personnes vivant dans des ménages n'ayant pas de diplôme secondaire étant de loin les moins nombreuses à y participer. L'ampleur de ces différences est similaire chez les deux groupes d'âge bien que les prévalences soient différentes. Ainsi, on constate au tableau 8.4 que chez les personnes vivant dans les ménages les plus scolarisés, la prévalence est environ le triple de celle observée chez les personnes les moins scolarisés. On observe aussi une progression importante de la participation fréquente aux activités éducatives ou culturelles selon le quintile de revenu du ménage chez les 65 ans et plus. La prévalence est de 12 % au quintile de revenu le plus faible, double au second quintile (20 %), triple au troisième quintile (33 %) et quadruple aux quatrième et cinquième quintiles (40 % et 44 %, respectivement). Chez les 50 à 64 ans, la prévalence augmente aussi de façon importante suivant l'augmentation du revenu du ménage. La prévalence de la participation fréquente diminue avec l'augmentation de la défavorisation, et ce, davantage chez les 65 ans et plus que chez les 50 à 64 ans. Chez les 65 ans et plus, la population résidente des milieux les plus défavorisés a une prévalence qui est environ le tiers de celle observée dans les milieux les plus favorisés. Chez les 50 à 64 ans, l'écart entre les milieux très défavorisés et très favorisés est plutôt du simple au double.

Tant chez les 65 ans et plus que chez les 50 à 64 ans, les proportions de personnes qui déclarent une participation fréquente varient selon la taille des municipalités. Les proportions observées dans les populations des grandes villes sont supérieures à celles des villes de tailles moyennes tandis que les proportions les plus faibles sont celles des petites villes et les milieux ruraux.

La participation fréquente à des activités éducatives ou culturelles est deux fois plus élevée chez les personnes qui se perçoivent en bonne santé physique et ce, dans les deux groupes d'âge. On observe aussi au tableau 8.4 un écart au regard de la santé mentale : la prévalence de la participation fréquente à ces activités chez les personnes en bonne santé mentale est deux fois plus élevée que celle observée chez les personnes qui ne se considèrent pas en bonne santé mentale. De façon similaire, la participation fréquente à ces activités est plus prévalente chez les personnes ayant déclaré une incapacité nulle ou légère comparativement à celles qui ont déclaré des incapacités modérées ou graves. Notons que chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la prévalence de la participation fréquente est plus élevée chez les personnes avec des incapacités modérées que chez les personnes avec une incapacité grave.

Tableau 8.4 Participation fréquente à des activités éducatives et culturelles avec d'autres personnes selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		50-64 ans			65 ans +		
		(%)	IC	p ^a	(%)	IC	p ^a
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	38,7	33,0-44,4	0,762	20,7	17,3-24,0	0,305
	Vit avec conjoint/partenaire	37,0	32,7-41,4		24,0	20,7-27,3	
	Autre	39,4	32,7-46,0		21,6	16,1-27,1	
Statut d'immigrant	Immigrant	42,1	32,5-51,6	0,401	18,5 ^E	12,2-26,2	0,209
	Non immigrant	37,9	34,4-41,3		23,3	20,5-26,0	
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	13,6 ^E	9,2-19,3	< 0,001	9,0	6,9-11,5	< 0,001
	Diplôme secondaire	31,2	24,7-37,7		23,3	17,4-30,0	
	Études postsecondaires	43,8	39,8-47,8		34,9	31,0-38,7	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	21,0	15,3-27,7	< 0,001	11,9	9,2-15,0	< 0,001
	Quintile 2	31,3	23,4-39,2		20,1	15,6-24,5	
	Quintile 3	35,7	29,0-42,3		33,1	26,3-40,0	
	Quintile 4	41,7	34,9-48,5		40,1	32,9-47,3	
	Quintile 5 (plus élevé)	52,4	45,1-59,8		44,4	32,0-56,9	
	Non déclaré	34,8	26,6-43,0		21,6	16,0-28,0	
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	50,3	41,9-58,6	< 0,001	40,5	32,5-48,5	< 0,001
	Quintile 2	40,7	33,3-48,1		22,4	17,5-27,2	
	Quintile 3	38,8	31,8-45,8		23,3	19,0-27,5	
	Quintile 4	34,9	29,1-40,7		17,8	13,9-22,4	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	26,3	20,0-33,4		14,5	10,1-19,8	
Taille des municipalités	Métropolitaine	42,6	37,9-47,3	0,005	26,3	22,9-29,7	< 0,001
	Agglomération de recensement	32,5	25,6-39,3		22,6	17,5-27,7	
	Petite ville et milieu rural	31,9	26,0-37,8		13,4	10,4-16,8	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	40,8	37,3-44,4	< 0,001	25,5	22,4-28,5	< 0,001
	Passable ou mauvaise	19,5 ^E	12,6-28,0		12,3	8,9-16,3	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	39,1	35,8-42,5	0,002	23,3	20,8-25,9	< 0,001
	Passable ou mauvaise	17,5 ^E	8,3-30,8		9,7 ^E	4,5-17,8	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	41,3	37,5-45,1	0,002	26,6	23,4-29,8	< 0,001
	Incapacité modérée	28,9	21,6-37,1		18,3	14,1-23,2	
	Incapacité grave	29,0	19,9-39,5		14,8 ^E	10,1-20,5	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

IC : Intervalle de confiance.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

Activités d'un club social ou d'une société d'aide mutuelle

Les personnes de 65 ans et plus sont en proportion deux fois plus nombreuses à déclarer une participation fréquente à des activités d'un club social ou d'une société d'aide mutuelle que les personnes de 50 à 64 ans (23 % et 12 %, respectivement). Les femmes et les hommes s'adonneraient fréquemment à cette forme d'activité dans des proportions similaires (figures 8.1 et 8.2).

Chez les personnes de 65 ans et plus, des différences de participation fréquente à des activités d'un club social ou d'une société d'aide mutuelle sont observées selon la structure du ménage, le statut d'immigrant, le revenu, la taille des municipalités, la santé autodéclarée (physique et mentale) et la santé fonctionnelle ou le niveau d'incapacité (tableau 8.5). Ainsi, 27 % des personnes vivant avec un conjoint ou un partenaire ont déclaré une participation fréquente comparativement à 20 % chez les personnes vivant seules, ou 13 % chez celles vivant avec quelqu'un d'autre qu'un partenaire ou un conjoint. On observe aussi une différence selon la structure du ménage chez les personnes de 50 à 64 ans, mais elles sont d'un autre ordre : les personnes vivant seules ainsi que celles vivant avec un conjoint ou un partenaire ont une prévalence de participation fréquente d'environ le double de celle des personnes vivant avec quelqu'un d'autre qu'un partenaire ou un conjoint (14 %, 14 % et 8 %, respectivement).

Chez les aînés de 65 ans et plus, les immigrants sont beaucoup nombreux à déclarer une participation fréquente que les non-immigrants (12 % c. 24 %). On observe des différences significatives selon les quintiles de revenu du ménage chez les 65 ans et plus mais la variation ou la tendance observée n'est pas claire. Pour ce groupe même d'âge, la prévalence de participation fréquente aux activités d'un club social ou d'une société d'aide mutuelle est plus faible dans les grandes villes (19 %) que dans les villes de taille moyenne (28 %) et dans les petites villes et en milieu rural (27 %).

Les personnes de 65 ans et plus qui se perçoivent en mauvaise santé physique ou mentale ont déclaré une participation fréquente aux activités d'un club social ou d'une société d'aide mutuelle dans une proportion largement inférieure aux personnes qui se considèrent en bonne santé physique ou mentale. Chez les 50 à 64 ans, la prévalence de participation fréquente tend à être plus faible chez les personnes qui ont déclaré une mauvaise santé physique (8 %) que chez celles qui se considèrent en bonne santé (12 %) ($p = 0,056$). Enfin, la prévalence de participation fréquente à ces activités chez les personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité grave (16 %) est plus faible que celle observée chez les personnes du même groupe d'âge avec une incapacité modérée (23 %) ou avec une incapacité faible ou sans incapacité (25 %). La participation fréquente chez les 50 à 64 ans ne varie pas selon l'état de santé fonctionnelle.

Tableau 8.5 Participation fréquente à des activités d'un club social ou d'une société d'aide mutuelle selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		50-64 ans			65 ans +		
		(%)	IC	p ^a	(%)	IC	p ^a
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	14,2 ^E	9,8-19,7	0,012	20,4	17,2-23,6	< 0,001
	Vit avec conjoint/partenaire	14,0	10,9-17,6		26,5	23,0-30,0	
	Autre	7,7 ^E	4,7-11,9		12,8 ^E	8,9-17,7	
Statut d'immigrant	Immigrant	F	--	0,942	12,2 ^E	7,8-17,9	<0,001
	Non immigrant	11,8	9,5-14,1		23,9	21,5-26,4	
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	12,9 ^E	7,9-19,6	0,216	21,4	17,6-25,2	0,481
	Diplôme secondaire	8,7 ^E	5,6-12,7		25,6	19,7-31,4	
	Études postsecondaires	12,7	10,0-16,0		22,5	19,3-25,7	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	13,1 ^E	8,0-19,7	0,741	18,8	15,4-22,7	0,001
	Quintile 2	11,6 ^E	5,9-19,8		27,5	22,5-32,5	
	Quintile 3	13,0 ^E	7,6-20,3		21,4	15,5-28,3	
	Quintile 4	8,7 ^E	5,6-12,7		33,3	25,6-41,0	
	Quintile 5 (plus élevé)	13,2 ^E	8,6-19,1		15,8 ^E	8,1-26,7	
	Non déclaré	10,7 ^E	6,3-16,7		18,8	14,3-23,9	
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	8,9 ^E	5,4-13,5	0,210	18,0	12,7-24,5	0,129
	Quintile 2	16,8 ^E	10,6-24,7		22,7	17,8-27,5	
	Quintile 3	11,0 ^E	6,4-17,1		24,3	19,6-29,1	
	Quintile 4	10,6 ^E	7,1-14,9		20,0	15,5-24,6	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	11,4	8,0-15,6		26,6	21,6-31,7	
Taille des municipalités	Métropolitaine	11,2	8,3-14,8	0,292	19,4	16,5-22,3	0,003
	Agglomération de recensement	9,4 ^E	6,1-13,7		28,1	22,7-33,4	
	Petite ville et milieu rural	14,3	10,0-19,5		26,9	21,9-31,9	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	12,4	9,9-14,9	0,056	23,8	21,2-26,5	0,012
	Passable ou mauvaise	7,5 ^E	4,1-12,5		17,7	13,5-22,5	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	12,2	9,9-14,5	0,361	23,2	20,7-25,6	0,026
	Passable ou mauvaise	F			13,6 ^E	6,5-24,2	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	12,8	10,1-16,0	0,083	24,5	21,4-27,6	0,014
	Incapacité modérée	9,0 ^E	5,6-13,5		23,3	17,6-28,9	
	Incapacité grave	7,8 ^E	3,9-13,6		15,6	11,0-21,2	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

IC : Intervalle de confiance.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

^F Estimation dont le CV est supérieur à 33,3 %; non publiée.

Activités d'une association communautaire ou professionnelle

La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus qui participent fréquemment à des activités d'une association communautaire ou professionnelle est de 13 %. Cette proportion ne varie pas selon le sexe et les groupes d'âge (figures 8.1 et 8.2). La participation fréquente à des activités d'une association communautaire ou professionnelle varie selon la structure du ménage, le statut d'immigrant, le revenu du ménage et la santé physique autodéclarée seulement chez les personnes de 65 ans et plus. Elle diffère selon la scolarité tant chez les personnes de 65 ans et plus que chez celles de 50 à 64 ans. Elle varie selon le niveau d'incapacité seulement chez les personnes de 50 à 64 ans.

La proportion de personnes qui participent fréquemment à des activités d'une association communautaire ou professionnelle est plus élevée chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant avec un conjoint ou un partenaire (15 %) que chez celles vivant seules (12 %) ou avec d'autres personnes (9 %) (tableau 8.6). Cette proportion est plus élevée parmi les non-immigrants (14 %) que parmi les immigrants (9 %). Elle augmente progressivement selon le quintile de revenu du ménage avec toutefois une baisse au quintile de revenu le plus élevé. La prévalence de participation fréquente à des activités d'une association communautaire ou professionnelle est plus élevée lorsque les personnes âgées de 65 ans et plus perçoivent leur santé physique comme étant bonne (14 %) que lorsqu'elles la perçoivent comme étant mauvaise (9 %).

La prévalence de participation fréquente à des activités d'une association communautaire ou professionnelle est plus élevée chez les personnes âgées de 65 ans et plus qui vivent dans un ménage qui ont un diplôme d'études secondaires (18 %) ou postsecondaires (17 %) que chez celles vivant dans des ménages ne détenant pas de diplôme d'études secondaires (10 %). Chez les personnes de 50 à 64 ans, cette proportion est plus élevée chez celles vivant dans les ménages les plus scolarisés (16 %) que chez celles ayant un diplôme d'études secondaires (10 %) ou ne détenant pas de diplôme d'études secondaires (6 %). La proportion de personnes qui participent fréquemment à des activités d'une association communautaire ou professionnelle est plus élevée chez les personnes âgées de 50 à 64 ans qui déclarent une incapacité nulle ou légère (14 %). Elle décroît sensiblement en présence d'incapacité modérée (9 %) ou grave (7 %).

Tableau 8.6 Participation fréquente à des activités d'une association communautaire ou professionnelle selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		50-64 ans			65 ans +		
		(%)	IC	p ^a	(%)	IC	p ^a
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	15,2	11,1-20,1	0,133	12,0	9,7-14,4	0,016
	Vit avec conjoint/partenaire	13,9	10,8-17,4		14,9	12,7-17,1	
	Autre	10,0 ^E	6,7-14,3		9,1 ^E	5,6-13,8	
Statut d'immigrant	Immigrant	20,9 ^E	11,7-32,9	0,083	9,0	6,3-12,4	0,006
	Non immigrant	11,6	9,5-13,7		13,7	12,0-15,4	
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	8,8 ^E	4,6-14,8	< 0,001	9,2	7,2-11,5	0,002
	Diplôme secondaire	6,1	3,8- 9,2		16,9	12,2-22,6	
	Études postsecondaires	15,1	12,3-17,9		15,4	12,7-18,1	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	10,8 ^E	6,6-16,4	0,112	8,9	6,9-11,2	0,003
	Quintile 2	13,5 ^E	6,9-22,9		15,2	11,8-19,0	
	Quintile 3	11,6 ^E	7,4-17,0		17,7	12,7-23,8	
	Quintile 4	9,2 ^E	6,2-13,0		19,9 ^E	13,8-27,3	
	Quintile 5 (plus élevé)	18,2	13,0-24,3		10,5 ^E	5,1-18,4	
	Non déclaré	11,2 ^E	6,8-17,1		11,5 ^E	7,7-16,4	
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	13,7 ^E	8,6-20,2	0,966	11,5 ^E	7,6-16,6	0,438
	Quintile 2	13,0 ^E	7,9-19,7		12,9	9,4-17,1	
	Quintile 3	12,2 ^E	7,8-17,8		14,1	10,9-17,8	
	Quintile 4	13,8	10,2-18,2		11,3	7,9-15,5	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	11,8 ^E	7,8-16,9		15,6	12,0-19,8	
Taille des municipalités	Métropolitaine	12,4	9,7-15,6	0,349	12,2	10,1-14,3	0,310
	Agglomération de recensement	10,0 ^E	6,0-15,4		15,5	11,3-20,5	
	Petite ville et milieu rural	14,9	10,5-20,2		14,0	11,2-17,1	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	13,2	10,8-15,6	0,179	14,1	12,3-16,0	0,009
	Passable ou mauvaise	9,4 ^E	5,1-15,5		9,4	6,6-12,8	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	12,9	10,6-15,2	0,831	13,3	11,6-14,9	0,915
	Passable ou mauvaise	F	--		12,9 ^E	6,2-22,8	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	14,1	11,4-16,9	0,007	14,7	12,6-16,8	0,074
	Incapacité modérée	9,3 ^E	5,7-14,1		10,3 ^E	6,9-14,5	
	Incapacité grave	7,1 ^E	4,0-11,6		11,1 ^E	7,5-15,7	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

IC : Intervalle de confiance.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

^F Estimation dont le CV est supérieur à 33,3 %; non publiée.

Activités d'un organisme bénévole ou de bienfaisance

Un peu plus d'une personne sur cinq âgée de 65 ans ou plus (22 %) participe fréquemment aux activités d'un organisme bénévole ou de bienfaisance. La proportion de personnes qui y participent varie en fonction des groupes d'âge chez les deux sexes (figures 8.1 et 8.2). Les personnes de 65 à 74 ans sont celles qui participent le plus, tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, ce sont ensuite les personnes de 75 ans et plus qui participent le plus (20 %), suivies par celles de 50 à 64 ans (18 %). Chez les femmes, celles âgées entre 50 et 64 ans (23 %) y participent davantage que les femmes de 75 ans et plus (15 %). Globalement il n'y a pas de différence significative de participation fréquente entre les personnes de 65 ans et plus et celles de 50 à 64 ans.

La participation fréquente à des activités d'un organisme bénévole ou de bienfaisance varie selon le statut d'immigrant, le revenu du ménage, la santé physique autodéclarée et la santé fonctionnelle mais seulement chez les personnes de 65 ans et plus, alors que des différences sont observées selon la structure et la scolarité atteinte dans le ménage tant chez les personnes de 65 ans et plus que chez celles de 50 à 64 ans (tableau 8.7). Près d'une personne sur quatre âgée de 65 ans et plus n'ayant pas le statut d'immigrant participe fréquemment à des activités d'un organisme bénévole ou de bienfaisance (23 %), alors que cette proportion est de 13 % chez les immigrants. La proportion de personnes qui participent fréquemment à ces activités augmente avec l'accroissement du revenu du ménage, à l'exception d'une baisse relative au quintile de revenu le plus élevé. Près d'une personne sur quatre (24 %) âgée de 65 ans ou plus qui se perçoit en bonne santé physique participe fréquemment, alors que cette proportion n'est de 13 % chez les personnes se percevant en mauvaise santé physique. La prévalence de participation fréquente décroît de façon importante en présence d'incapacité. Elle est de 25 % chez les personnes sans incapacité ou ayant une incapacité légère, de 22 % chez les personnes ayant une incapacité modérée et de 12 % chez les personnes ayant une incapacité grave.

La prévalence de participation fréquente à des activités d'un organisme bénévole ou de bienfaisance est plus élevée chez les personnes de 65 ans et plus vivant avec un conjoint ou partenaire (23 %) ou encore seules (23 %) comparativement aux personnes vivant avec d'autres personnes (16 %). Elle est plus élevée chez les personnes de 50 à 64 ans qui vivent seules (26 %) ou avec un conjoint ou partenaire (22 %) que chez celles vivant avec d'autres (15 %). La prévalence de participation fréquente à des activités d'un organisme bénévole ou de bienfaisance est plus élevée chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans un ménage dont le plus haut niveau de scolarité atteint est un diplôme d'études secondaires (29 %) ou postsecondaires (29 %) que chez celles n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (16 %). Chez les personnes de 50 à 64 ans, la prévalence est plus élevée chez celles vivant dans des ménages avec diplôme d'études postsecondaires (25 %) que chez celles vivant dans des ménages ayant un diplôme d'études secondaires (16 %) ou sans diplôme d'études secondaires (12 %).

Tableau 8.7 Participation fréquente à des activités d'un organisme bénévole ou de bienfaisance selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		50-64 ans			65 ans +		
		(%)	IC	p ^a	(%)	IC	p ^a
Structure du Ménage	Vit seul (sans lien)	26,3	20,7-31,9	0,004	22,6	19,6-25,6	0,035
	Vit avec conjoint/partenaire	22,0	18,4-25,6		22,9	19,7-26,2	
	Autre	14,9	10,7-19,9		15,9	11,5-21,2	
Statut d'immigrant	Immigrant	24,6 ^E	16,1-34,8	0,300	13,0 ^E	8,5-18,6	< 0,001
	Non immigrant	19,6	17,0-22,3		23,0	20,7-25,4	
Scolarité du Ménage	< Diplôme secondaire	12,9 ^E	7,6-20,1	0,004	15,6	12,8-18,4	< 0,001
	Diplôme secondaire	15,5 ^E	10,7-21,2		28,3	22,4-34,2	
	Études postsecondaires	22,9	19,6-26,3		25,8	22,5-29,1	
Revenu du Ménage	Quintile 1 (moins élevé)	26,0	19,6-33,2	0,078	15,2	12,5-17,9	< 0,001
	Quintile 2	19,2 ^E	12,3-27,8		25,4	21,1-29,7	
	Quintile 3	16,7	11,9-22,5		28,5	22,4-35,3	
	Quintile 4	21,9	16,5-27,2		33,9	25,9-41,9	
	Quintile 5 (plus élevé)	23,3	17,6-29,8		25,4 ^E	15,1-38,2	
	Non déclaré	13,2 ^E	8,3-19,4		15,8	11,8-20,5	
Indice de Défavorisation Matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	21,2	15,1-28,5	0,995	22,5	16,4-29,5	0,797
	Quintile 2	20,2	14,8-26,5		23,5	18,3-28,7	
	Quintile 3	19,6	13,8-26,5		19,5	15,9-23,6	
	Quintile 4	19,8	14,6-25,8		21,9	17,4-26,4	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	20,5	15,1-25,9		22,7	18,2-27,1	
Taille des Municipalités	Métropolitaine	18,8	15,6-22,4	0,443	20,7	18,0-23,4	0,449
	Agglomération de recensement	20,6 ^E	14,3-28,3		23,6	17,7-30,4	
	Petite ville et milieu rural	22,8	17,7-27,8		23,4	19,3-27,4	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	20,9	18,1-23,7	0,094	24,3	21,7-26,9	< 0,001
	Passable ou mauvaise	14,9 ^E	9,3-22,1		12,7	9,7-16,2	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	20,3	17,7-23,0	0,639	22,4	20,1-24,7	0,121
	Passable ou mauvaise	23,1 ^E	12,2-37,5		15,9 ^E	8,7-25,8	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	21,0	17,8-24,2	0,228	25,1	22,2-28,0	< 0,001
	Incapacité modérée	20,0	14,0-27,3		21,7	16,4-27,0	
	Incapacité grave	14,3 ^E	9,3-20,7		11,3 ^E	7,8-15,6	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

IC : Intervalle de confiance.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

Autres activités récréatives avec d'autres personnes

Près d'une personne sur cinq de 65 ans et plus (19 %) participe fréquemment à d'autres activités récréatives avec d'autres personnes et les femmes y participent davantage que les hommes (21 % c. 16 %). La prévalence de participation fréquente varie en fonction de l'âge chez les deux sexes. Les personnes de 75 ans et plus sont celles qui y participent le plus, tant chez les hommes que chez les femmes (hommes : 18 %; femmes : 22 %). Si elle demeure similaire chez les femmes de 65 ans et plus (21 %), la prévalence diminue à 14 % chez les hommes. Les hommes et les femmes de 50 à 64 ans sont ceux qui participent le moins (hommes : 9 %; femmes : 13 %). Globalement, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus qui participent fréquemment à d'autres activités récréatives avec d'autres personnes (19 %) est près du double de celle des personnes âgées de 50 à 64 ans (11 %).

La participation fréquente à d'autres activités récréatives avec d'autres personnes varie selon le statut d'immigrant et tend à différer selon la santé fonctionnelle ou l'incapacité chez les personnes de 65 ans et plus ($p = 0,059$) (tableau 8.8). La proportion des personnes de 65 ans et plus qui participent fréquemment à d'autres activités récréatives avec d'autres personnes est plus du double chez celles n'ayant pas de statut d'immigrant comparativement à celles qui en ont un (20 % c. 9 %). Les personnes de 65 ans et plus ayant déclaré une incapacité nulle ou légère sont proportionnellement plus nombreuses à participer à d'autres activités que celles ayant déclaré une incapacité modérée (16 %) ou grave (16 %).

Enfin, chez les personnes âgées entre 50 et 64 ans, la proportion de personnes qui participent fréquemment à d'autres activités récréatives avec d'autres personnes est plus élevée chez les personnes qui perçoivent que leur santé mentale comme étant bonne (11 %), comparativement aux personnes qui la perçoivent comme étant mauvaise (CV > 33,3 %, estimation non publiée).

Tableau 8.8 Participation fréquente à d'autres activités récréatives avec d'autres personnes selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique	50-64 ans			65 ans +			
	(%)	IC	p ^a	(%)	IC	p ^a	
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	9,5	6,5-13,2	0,318	21,0	17,8-24,2	0,099
	Vit avec conjoint/partenaire	12,3	9,2-16,2		18,5	15,4-21,6	
	Autre	9,3 ^E	5,8-13,9		14,3 ^E	9,7-20,1	
Statut d'immigrant	Immigrant	F	--	0,736	8,8 ^E	4,6-14,8	< 0,001
	Non immigrant	10,6	8,5-12,8		20,0	17,8-22,2	
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	9,6 ^E	6,0-14,4	0,280	17,8	14,9-20,7	0,127
	Diplôme secondaire	8,0 ^E	5,0-12,1		23,8	18,0-29,7	
	Études postsecondaires	11,2	8,6-14,2		18,0	14,9-21,1	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	9,3 ^E	5,9-13,8	0,754	20,3	16,7-23,9	0,526
	Quintile 2	12,3 ^E	6,2-21,1		18,7	14,5-23,6	
	Quintile 3	12,8 ^E	7,4-20,0		18,7	13,9-24,3	
	Quintile 4	11,0 ^E	7,0-16,3		20,5	14,3-27,9	
	Quintile 5 (plus élevé)	9,2 ^E	6,1-13,4		12,4 ^E	6,0-21,8	
	Non déclaré	8,8 ^E	5,1-13,8		16,9	12,8-21,7	
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	11,3 ^E	6,9-17,0	0,576	19,1 ^E	13,1-26,3	0,166
	Quintile 2	10,9 ^E	6,1-17,5		23,0	17,5-28,4	
	Quintile 3	9,6 ^E	6,7-13,3		15,4	12,0-19,2	
	Quintile 4	8,4 ^E	6,0-11,4		15,9	12,7-19,6	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	13,6 ^E	7,6-21,8		19,7	15,2-24,7	

Tableau 8.8 Participation fréquente à d'autres activités récréatives avec d'autres personnes selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009 (suite)

Caractéristique		50-64 ans			65 ans +		
		(%)	IC	p ^a	(%)	IC	p ^a
Taille des municipalités	Métropolitaine	9,1	7,1-11,5	0,151	18,6	15,9-21,3	0,704
	Agglomération de recensement	10,2 ^E	5,8-16,3		20,5	15,4-25,6	
	Petite ville et milieu rural	14,5 ^E	9,1-21,5		17,7	13,7-22,3	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	10,7	8,5-12,9	0,903	19,4	17,0-21,9	0,119
	Passable ou mauvaise	F	--		15,9	12,3-20,1	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	11,1	8,9-13,4	0,013	19,1	16,8-21,3	0,305
	Passable ou mauvaise	F	--		14,5 ^E	7,1-25,3	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	10,6	8,3-13,4	0,322	20,6	17,7-23,6	0,059
	Incapacité modérée	13,8 ^E	7,8-22,1		15,5	11,8-19,8	
	Incapacité grave	7,6 ^E	4,4-12,1		16,4	12,3-21,2	

Source des données : ESCC – Vieillissement en santé, 2008-2009 (Fichier maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

IC : Intervalle de confiance.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

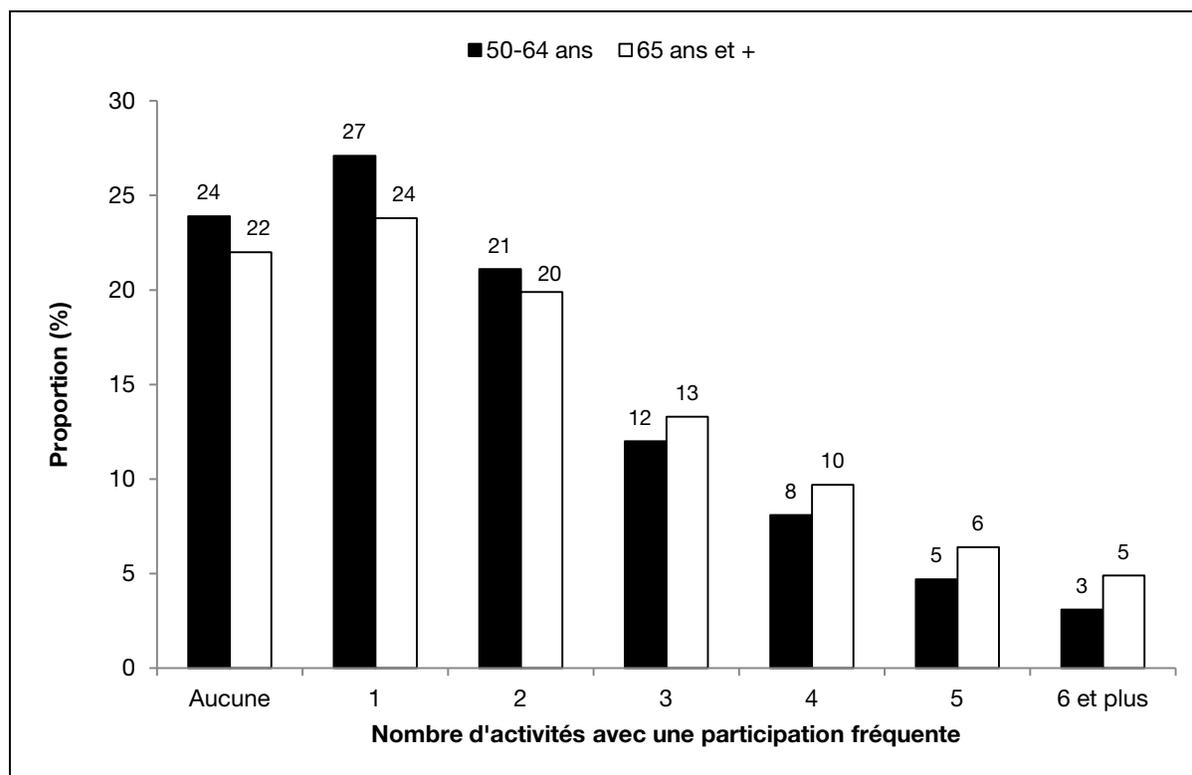
^F Estimation dont le CV est supérieur à 33,3 %; non publiée.

Participation sociale fréquente cumulée et absence de participation

Tandis qu'environ une personne sur quatre (24 %) âgée de 65 ans et plus déclare participer fréquemment à une seule activité (peu importe laquelle), c'est environ une personne sur cinq (20 %) qui déclare participer fréquemment à deux activités. La proportion de personnes qui déclarent une participation fréquente tend à diminuer au fur et à mesure qu'augmente le nombre d'activités. Cette diminution est moins marquée chez les 65 ans et plus que chez les 50 à 64 ans (figure 8.3).

Lorsqu'on observe la proportion de personnes qui ne déclarent aucune participation fréquente (absence de participation fréquente), il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes pour les 65 ans et plus (données non présentées). On note toutefois des différences selon le sexe lorsqu'on s'attarde à la variation selon le groupe d'âge. Chez les hommes, ce sont les 50 à 64 qui sont les moins actifs, 28 % ne déclarant aucune participation fréquente, comparativement à 20 % chez les 65 à 74 ans et à 20 % chez les 75 ans plus. La proportion de femmes qui ne déclarent aucune participation fréquente ne varie pas significativement selon le groupe d'âge.

Figure 8.3 Participation sociale fréquente cumulée selon l'âge, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009



Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier maître); Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

Des différences significatives sont observées, à la fois chez les 65 ans et plus et chez les 50 à 64 ans, au regard de la prévalence de l'absence de participation fréquente et les variables de croisement suivantes : scolarité, revenu, santé physique autodéclarée et incapacité (tableau 8.9). La proportion de personnes qui ne déclarent aucune participation fréquente tend à être plus élevée lorsque le statut socio-économique est faible, et ce, tant chez les 50 à 64 ans que chez les 65 ans et plus. Chez les 65 ans et plus, le groupe dont le ménage est le moins scolarisé se distingue par une proportion plus élevée que dans les autres groupes. Chez les 50 à 64 ans, ce sont les personnes vivant dans les ménages les plus scolarisés qui se distinguent par une proportion plus faible. L'augmentation du revenu du ménage s'accompagne d'une diminution progressive (sauf exception) de la prévalence de l'absence de participation fréquente, et ce, tant chez les 65 ans et plus que chez les 50 à 64 ans.

On remarque au tableau 8.9 que l'absence de participation fréquente est plus prévalente chez les personnes qui se perçoivent en moins bonne santé physique que chez celles qui se considèrent en bonne santé physique. De même, plus le niveau d'incapacité est sévère, plus l'absence de participation fréquente augmente chez les 50 à 64 ans et encore davantage chez les 65 ans et plus.

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, mais non chez les 50 à 64 ans, des différences sont aussi observées selon la structure du ménage, la taille des municipalités et la perception de l'état de santé mentale. Les personnes vivant avec un conjoint ou un partenaire sont proportionnellement moins nombreuses à ne déclarer aucune participation fréquente (19 %) que les personnes vivant seules (24 %) ou vivant avec quelqu'un d'autre qu'un partenaire ou un conjoint (31 %). C'est parmi les résidents de villes de taille moyenne que l'absence de participation fréquente serait la plus faible

(14 %) comparativement à 23 % pour les résidents des grandes villes et 24 % pour ceux des petites villes et des milieux ruraux. Les personnes qui considèrent que leur santé mentale est bonne ou excellente déclarent une absence de participation fréquente dans une proportion moindre que celles qui perçoivent que leur santé mentale est passable ou mauvaise (21 % et 34 %, respectivement). Chez les 50 à 64 ans, mais non chez les 65 ans et plus, des différences sont observées selon le niveau de défavorisation du milieu local : plus le niveau de défavorisation est élevé, plus l'absence de participation fréquente est prévalente.

Tableau 8.9 Proportion des personnes qui ne présentent aucune participation sociale fréquente selon certaines caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé, population à domicile âgée de 50 ans et plus, Québec, 2008-2009

Caractéristique		50-64 ans			65 ans +		
		(%)	IC	p ^a	(%)	IC	p ^a
Structure du ménage	Vit seul (sans lien)	23,7	18,8-28,5	0,937	23,5	20,4-26,7	< 0,001
	Vit avec conjoint/partenaire	24,5	20,5-28,5		18,6	15,7-21,5	
	Autre	23,5	18,5-28,6		30,9	24,7-37,2	
Statut d'immigrant	Immigrant	27,1	18,9-36,6	0,421	25,5	19,8-31,1	0,177
	Non immigrant	23,6	20,7-26,5		21,3	19,1-23,6	
Scolarité du ménage	< Diplôme secondaire	36,8	29,2-44,5	< 0,001	26,6	23,0-30,2	< 0,001
	Diplôme secondaire	32,8	25,3-40,4		19,5	15,3-24,2	
	Études postsecondaires	20,1	17,0-23,2		18,0	15,1-20,9	
Revenu du ménage	Quintile 1 (moins élevé)	33,5	27,2-39,9	0,028	27,3	23,5-31,1	0,005
	Quintile 2	23,9	18,1-30,5		19,3	15,9-23,2	
	Quintile 3	20,7	15,1-26,2		22,5	16,7-29,2	
	Quintile 4	28,4	21,2-36,5		14,2 ^E	9,3-20,3	
	Quintile 5 (plus élevé)	18,9	14,3-24,4		15,3 ^E	8,4-24,8	
	Non déclaré	22,8 ^E	14,8-32,6		22,8	17,1-29,5	
Indice de défavorisation matérielle	Quintile 1 (plus favorisé)	19,0	13,3-25,7	0,016	24,4	18,1-31,6	0,254
	Quintile 2	20,3	15,7-25,0		19,7	15,8-24,2	
	Quintile 3	20,9	15,4-27,1		22,9	18,8-27,1	
	Quintile 4	28,6	22,0-36,0		18,5	14,6-23,0	
	Quintile 5 (plus défavorisé)	30,9	24,2-37,7		24,8	19,7-29,8	
Taille des municipalités	Métropolitaine	23,2	19,7-26,7	0,128	23,1	20,3-25,9	0,006
	Agglomération de recensement	19,3	13,7-26,0		14,2	10,2-19,0	
	Petite ville et milieu rural	28,2	22,1-35,0		23,9	19,6-28,2	
Perception de l'état de santé physique	Bonne à excellente	22,2	19,4-25,0	0,006	19,8	17,4-22,1	< 0,001
	Passable ou mauvaise	36,4	26,7-46,0		30,1	25,8-34,5	
Perception de l'état de santé mentale	Bonne à excellente	23,1	20,4-25,9	0,139	20,9	18,7-23,0	0,012
	Passable ou mauvaise	32,3 ^E	19,1-47,9		33,7	23,5-43,9	
Santé fonctionnelle	Incapacité nulle ou légère	21,4	18,5-24,3	0,001	17,4	15,4-19,5	< 0,001
	Incapacité modérée	23,3	16,7-30,9		24,8	19,0-30,6	
	Incapacité grave	41,9	30,9-52,9		32,9	28,0-37,9	

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

^a Valeur p du test d'association (Khi-deux).

IC : Intervalle de confiance.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; utiliser avec prudence.

Synthèse des résultats pour le Québec

Chez les Québécois âgés de 65 ans ou plus, on ne note aucune différence de participation fréquente entre les hommes et les femmes, sauf pour les réponses à la question portant sur les « autres activités récréatives avec d'autres personnes ». Dans ce dernier cas, les femmes ont une prévalence de participation fréquente plus élevée que celle des hommes.

La prévalence de participation fréquente des 65 ans et plus est généralement différente de celle des 50 à 64 ans. Il arrive qu'elle soit supérieure (activités familiales ou amicales; activités d'un groupe confessionnel; activités d'un club social ou d'une société d'aide mutuelle; autres activités récréatives avec d'autres personnes), mais elle peut aussi être inférieure (activités sportives ou physiques; activités éducatives et culturelles). En ce qui a trait à la participation cumulée, la distribution du nombre d'activités effectuées fréquemment ne varie pas significativement entre ces deux groupes d'âge.

À l'exception des activités d'un groupe confessionnel et activités éducatives et culturelles, la prévalence de participation fréquente chez les aînés québécois est plus faible chez les immigrants. C'est aussi le cas des personnes qui ne vivent ni seules, ni avec un conjoint ou un partenaire. Notons que ce type de structure du ménage inclut les personnes qui vivent avec un membre de la famille (par ex. un enfant) ou des personnes non apparentées, (par ex. les personnes ayant une santé fragile et nécessitant de l'aide à domicile). De façon générale, les personnes de 65 ans et plus vivant seules ont une prévalence de participation fréquente comparable à celle des personnes vivant avec un conjoint ou un partenaire, sauf pour les activités sportives ou physiques et les activités d'un club social ou d'une société d'aide mutuelle, activités auxquelles les personnes seules participent dans des proportions plus faibles.

Ce chapitre a aussi illustré la présence de disparités socioéconomiques dans la prévalence de la participation fréquente. Celle-ci varie selon la scolarité ou le revenu du ménage, ou la défavorisation du milieu de résidence, mais la sensibilité à ces variables socioéconomiques n'est pas homogène dans l'ensemble des activités considérées. Toutes les formes d'activités ne sont pas touchées par ces différences socioéconomiques, et pour celles qui le sont, les écarts sont observés par rapport à des variables différentes. Par exemple, alors que les activités éducatives et culturelles varient selon le niveau des variables socioéconomiques, et ce, tant chez les 65 ans et plus que chez les 50 à 64 ans, les activités récréatives « autres », au contraire, ne montrent aucune variation socioéconomique. Les seules différences socioéconomiques significatives pour les activités familiales et amicales et les activités d'un club social ou d'une société d'aide mutuelle ont été observées par rapport à la variable du revenu, et ce, uniquement pour les 65 ans et plus. Seules deux formes d'activités ont le même profil de variations socioéconomiques : les activités familiales et amicales et les activités d'un club social ou d'une société d'aide mutuelle tendent à être réalisées plus fréquemment lorsqu'augmente le niveau de scolarité atteint dans le ménage (chez les 65 ans et plus et chez les 50 à 64 ans) ou le revenu du ménage (chez les 65 ans et plus seulement). Cependant, la prévalence de participation fréquente pour ces deux formes d'activités ne varie pas significativement selon le niveau de défavorisation matérielle du milieu de résidence. Enfin, là où des différences sont observées, il s'agit généralement d'une augmentation de la participation fréquente suivant l'augmentation du statut socio-économique des personnes ou des milieux locaux. Les activités d'un groupe confessionnel présentent toutefois une association différente chez les 50 à 64 ans: l'augmentation du revenu s'accompagne d'une baisse marquée de la prévalence de la participation fréquente.

Notons aussi que lorsque des différences socioéconomiques sont observées, les écarts entre les niveaux extrêmes sont généralement du simple au double. Toutefois, la participation fréquente aux activités éducatives et culturelles fait exception à cette tendance. En effet, des écarts importants de

la prévalence de participation fréquente ont été observés chez les 65 ans et plus. Pour la scolarité et le revenu, les groupes avec le statut socioéconomique le plus élevé ont une prévalence de participation fréquente qui est près du quadruple de celle du groupe dont le statut socioéconomique est le plus faible, tandis que pour la défavorisation matérielle, le groupe le plus favorisé a une prévalence de participation fréquente qui avoisine le triple de celle du groupe le moins favorisé.

Les écarts de participation observés au regard de l'état de santé varient aussi selon la forme d'activités et ils s'expriment davantage chez les 65 ans et plus que chez les 50 à 64 ans. Certaines formes d'activités ont une participation fréquente qui est fortement influencée par la santé (tant la santé physique que la santé mentale ou fonctionnelle), soit les activités sportives ou physiques, les activités éducatives et culturelles, et les activités d'un club social ou d'une société d'aide mutuelle. D'autres formes d'activités, comme les activités familiales et amicales et les activités d'un organisme bénévole ou de bienfaisance, ne varient que selon la santé physique et fonctionnelle, et seulement chez les 65 ans et plus.

Comparaison de la participation sociale fréquente entre le Québec et le reste du Canada

L'analyse des prévalences pour les sexes réunis révèle que la prévalence au Québec est différente de celle du reste du Canada pour cinq des neuf variables de participation sociale (tableau 8.10). Pour quatre formes d'activités, la prévalence de participation sociale fréquente au Québec est inférieure à celle du Canada : activités avec des membres de la famille ou des amis à l'extérieur du domicile; activités d'un groupe confessionnel; activités d'une association communautaire ou professionnelle; et activités d'un organisme bénévole ou de bienfaisance. Pour une seule forme d'activités, soit les activités d'un club social ou d'une société d'aide mutuelle, la prévalence québécoise de participation sociale fréquente est supérieure à celle du reste du Canada.

Les différences entre le Québec et le reste du Canada varient selon le sexe. En fait, parmi les quatre formes d'activités décrites ci-dessus, pour lesquelles la prévalence québécoise est inférieure à celle du reste du Canada, une seule forme d'activité présente une différence significative pour les deux sexes, soit les activités d'une association communautaire ou professionnelle. Pour les trois autres formes d'activités, la différence entre le Québec et le reste du Canada n'est significative que chez les femmes.

Pour les activités d'un club social ou d'une société d'aide mutuelle, soit la seule forme d'activité pour lequel la prévalence du Québec est supérieure à celle du reste du Canada, cette différence est significative et d'une ampleur similaire pour chacun des sexes. Enfin, notons que l'absence de participation sociale fréquente est aussi plus élevée au Québec, mais ce, uniquement chez les femmes.

Tableau 8.10 Comparaison de la participation sociale fréquente à huit formes d'activités et de la participation fréquente cumulée, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Québec et le reste du Canada, 2008-2009

	Québec	Reste du Canada (%)	Différence ^a	valeur p ^b
Activités avec des membres de la famille ou des amis à l'extérieur du domicile				
Sexes réunis	49,5	53,4	-3,9	0,021
Femmes	50,1	55,0	-4,9	0,026
Hommes	48,7	51,5	-2,8	0,197
Activités d'un groupe confessionnel				
Sexes réunis	31,1	35,1	-4,0	0,005
Femmes	32,5	38,4	-5,9	0,001
Hommes	29,2	31,0	-1,8	0,353
Activités sportives ou physiques avec d'autres personnes				
Sexes réunis	27,1	25,5	1,6	0,255
Femmes	25,9	24,5	1,5	0,433
Hommes	28,7	26,8	1,9	0,337
Activités éducatives et culturelles avec d'autres personnes				
Sexes réunis	22,6	24,8	-2,2	0,128
Femmes	22,4	26,3	-3,8	0,061
Hommes	22,8	23,1	-0,3	0,882
Activités d'un club social ou d'une société d'aide mutuelle				
Sexes réunis	22,5	16,6	5,9	< 0,001
Femmes	21,8	16,4	5,4	0,002
Hommes	23,3	16,8	6,5	0,001
Activités d'une association communautaire ou professionnelle				
Sexes réunis	13,1	19,4	-6,3	< 0,001
Femmes	12,2	20,2	-8,0	< 0,001
Hommes	14,3	18,5	-4,2	0,005
Activités d'un organisme bénévole ou de bienfaisance				
Sexes réunis	21,8	25,5	-3,7	0,005
Femmes	20,6	26,3	-5,7	0,001
Hommes	23,2	24,5	-1,3	0,488
Autres activités récréatives avec d'autres personnes				
Sexes réunis	18,7	18,3	0,3	0,784
Femmes	21,1	19,8	1,3	0,434
Hommes	15,5	16,5	-1,0	0,546
Participation fréquente cumulée (aucune participation)				
Sexes réunis	22,0	19,8	2,2	0,088
Femmes	23,4	18,9	4,5	0,009
Hommes	20,3	21,0	-0,7	0,701

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2013.

^a Différence entre le Québec et le reste du Canada.

^b Valeur p du test d'association (Khi-deux).

8.5 Discussion

Ce chapitre a dressé un portrait de la participation fréquente à différentes formes d'activités des Québécois âgés de 65 ans et plus en comparaison avec ceux âgés de 50 à 64 ans. Les données sur la participation sociale de l'ESCC-VS montrent que toutes les formes d'activités ne sont pas effectuées fréquemment. Ce chapitre a permis d'illustrer les écarts de participation suivant des caractéristiques démographiques, socioéconomiques et sanitaires.

La diversité des significations attribuées à l'expression « participation sociale » dans la littérature internationale limite les possibilités de comparaison des résultats présentés dans ce chapitre. En effet, selon la définition de la participation sociale, des études peuvent étudier des attitudes et des comportements différents. Les résultats présentés ci-dessus illustrent l'influence de la forme d'activités sur l'association observée entre la participation fréquente et les caractéristiques démographiques, socioéconomiques et sanitaires des individus. Ainsi, il convient d'être prudent dans la comparaison de mesures de la participation sociale. Néanmoins, les mesures de la participation sociale contenues dans l'ESCC-VS permettent d'établir des constats similaires à ceux faits par Raymond *et al.* (2009) dans une recension de la littérature internationale sur les facteurs associés aux variations de la participation sociale chez les aînés, à savoir :

- le vieillissement s'accompagne d'une réduction de la fréquence de la plupart des activités;
- un meilleur état de santé favorise la participation sociale;
- le statut socioéconomique est associé à la fréquence de la participation sociale, mais l'association peut varier selon la forme d'activité.

La recension de la littérature faite par Raymond *et al.* (2009) fait état de divergences dans les différences observées entre hommes et femmes quant à la participation à des activités bénévoles. Certaines études ne rapportent aucune différence, alors que d'autres suggèrent que les hommes et les femmes s'impliquent différemment (en terme d'intensité et de type d'organisation) dans les activités bénévoles. Les données présentées ci-dessus ne montrent aucune différence de participation aux activités bénévoles selon le sexe, mais elles suggèrent toutefois que l'effet de l'âge sur la participation n'est pas le même chez les hommes que chez les femmes. Les données de l'ESCC-VS ne permettaient pas de distinguer la nature des organisations ni l'intensité de l'implication. Ces résultats présentent toutefois des similitudes avec la littérature internationale quant aux facteurs qui influencent la participation à des activités bénévoles, soit la scolarité, le revenu, la santé physique autodéclarée et la santé fonctionnelle (Godbout *et al.*, 2012).

Si les résultats obtenus donnent de précieuses informations sur les activités réalisées en groupe par des Québécois âgés de 50 ans ou plus, il faut se rappeler que ni la présence effective, ni l'intensité, ni la qualité des interactions sociales générées dans le cadre de ces activités n'ont été mesurées. De plus, d'autres analyses pourront éventuellement permettre d'évaluer si les différences décrites dans ce chapitre peuvent être le résultat d'associations observées avec une autre variable (par ex. les différences d'âge ou encore de statut socioéconomique pourraient s'expliquer, du moins en partie, par des différences quant à l'état de santé), ou encore, la conséquence de facteurs non considérés dans les analyses bivariées présentées ci-dessus.

Conclusion

Josée Morisset

Vice-présidence aux affaires scientifiques
Institut national de santé publique du Québec

La présente étude apporte une compréhension enrichie d'un important phénomène qui caractérisera la société québécoise des prochaines décennies : le vieillissement et la santé. En effet, on estime que d'ici 2031, un Québécois sur quatre sera âgé de 65 ans et plus (MSSS, 2011). Le vieillissement de la population aura des répercussions majeures, notamment sur le système de soins et services de santé qui subira des pressions pour répondre aux problèmes tels que les maladies chroniques, les troubles cognitifs, la perte d'autonomie, les incapacités qui y sont associées. Mais les défis actuels concernent surtout l'identification de moyens pour assurer la santé et la qualité de vie le plus longtemps possible (Richard *et al.*, 2013).

Or, il est de plus en plus reconnu que la promotion de la santé et du bien-être peut favoriser un vieillissement en santé chez les aînés. L'accroissement de la participation sociale, l'activité physique, l'alimentation saine et d'autres comportements peuvent faire une différence (Cardinal *et al.*, 2008).

Bonne nouvelle! L'analyse descriptive des données de l'ESCC-Vieillissement en santé (2008-2009) révèle que la majorité des Québécois âgés de 65 ans et plus cumulent plusieurs comportements favorables dans une perspective de vieillir en santé. Toutefois, des zones d'amélioration sur lesquelles on devrait agir dans une perspective de préserver la santé de la population aînée du Québec sont mises en évidence. Parmi celles-ci, rappelons les principales observations à l'égard des thèmes abordés par cette étude, soit l'alimentation, l'activité physique, le poids corporel, le tabac, l'alcool et la participation sociale.

Au chapitre de l'alimentation, les données révèlent que le nombre de portions quotidiennes de fruits et légumes consommés (reconnu comme un indicateur révélateur d'une saine alimentation) est insuffisant chez les Québécois de 65 ans et plus. Or, ceux qui font leur épicerie sans aide ou qui cuisinent habituellement leurs repas sont plus susceptibles d'en consommer au moins 5 portions par jour. L'étude révèle que participer à des activités sociales ou prendre souvent ses repas en compagnie d'autres personnes est positivement associé à l'appétit chez les aînés. À l'inverse, un faible appétit est davantage observé chez ceux dont le niveau socioéconomique est faible ou qui vivent seuls. Enfin, l'étude a révélé qu'un peu plus du tiers des aînés québécois présentent un risque nutritionnel élevé et les femmes en sont particulièrement affectées.

Environ la moitié de la population québécoise de 65 ans et plus rapporte un volume d'activité physique (loisir et transport) leur permettant de retirer des bénéfices substantiels sur le plan de la santé. Cette proportion tend à se maintenir avec l'âge chez les hommes mais diminue chez les femmes. Une scolarité ou un revenu élevé dans le ménage, le fait d'habiter dans une région métropolitaine et d'avoir un bon état de santé ainsi que des habitudes de vie plus favorables sont des facteurs qui influencent positivement la pratique de l'activité physique chez les aînés.

La variation du poids est fréquente chez les Québécois âgés de 65 ans et plus et se traduit plus souvent par la perte que le gain de poids. Une plus grande sédentarité, un risque nutritionnel élevé, un moins bon état de santé physique, mentale et fonctionnelle sont associés à un poids défavorable, ce qui affecte plus d'un Québécois sur cinq âgé de 65 ans et plus. L'étude rappelle l'importance de préconiser des comportements sains auprès des aînés, tels qu'une meilleure activité physique et une saine alimentation plutôt que la perte ou le gain de poids.

Plus d'un Québécois sur dix âgé de 65 ans et plus fume la cigarette. Le tabagisme varie selon l'âge et la structure du ménage. Les Québécois âgés entre 65 et 74 ans et plus sont proportionnellement plus nombreux que les 75 ans et plus à fumer la cigarette de manière quotidienne ou occasionnelle. Les aînés vivant seuls sont plus nombreux à fumer la cigarette quotidiennement ou occasionnellement. En outre, les fumeurs de 11 cigarettes ou plus par jour ont généralement une perception négative de leur état de santé. L'étude rappelle que la cessation tabagique présente des avantages pour la santé et ce, même chez les aînés.

La majorité des Québécois âgés de 65 ans et plus consomment de l'alcool. La proportion de buveurs diminue toutefois avec l'âge. Les personnes considérées plus favorisées matériellement ou vivant dans des ménages dont le revenu ou le niveau de scolarité est élevé rapportent davantage boire de l'alcool. Les aînés québécois qui vivent avec un partenaire ou un conjoint sont proportionnellement plus nombreux à consommer de l'alcool que ceux vivant seuls. De plus, ceux qui consomment de l'alcool ont une meilleure perception de leur état de santé physique ou mentale. L'étude note que le taux de buveurs et de consommation excessive d'alcool pourraient continuer à augmenter dans le contexte où la consommation globale d'alcool est en croissance.

La participation sociale chez les aînés québécois varie selon le type d'activités. Près d'une personne sur quatre âgée de 65 ans et plus déclare participer fréquemment à une seule activité. On ne note aucune différence de participation fréquente entre les hommes et les femmes. La fréquence de la participation varie toutefois selon le groupe d'âge. L'étude vient confirmer des constats faits ailleurs, à savoir que le vieillissement chez les aînés s'accompagne d'une réduction de la fréquence de la plupart des activités; un meilleur état de santé favorise la participation sociale; le statut socioéconomique est associé à la fréquence de la participation sociale mais l'association peut varier selon le type d'activité.

Les résultats d'analyse révèlent que certaines variables sociodémographiques peuvent affecter les habitudes de vie et la participation sociale des aînés. Les personnes seules, les personnes vivant dans un ménage ayant un faible revenu ou peu scolarisé, peuvent être plus vulnérables et avoir une perception plus négative de leur état de santé que d'autres groupes d'aînés. L'étude révèle toutefois que ces mêmes facteurs peuvent à l'inverse avoir un effet protecteur quant à l'adoption d'une saine alimentation et la pratique de l'activité physique, mais aussi inférer des comportements à risque comme par exemple la consommation excessive d'alcool. La toile causale est ainsi fort complexe, les environnements de vie pouvant également interagir avec ces facteurs et exercer une influence sur les comportements individuels. Le fait d'habiter dans une région métropolitaine, par exemple, favorise la marche comme moyen de transport et donc favorise le maintien de l'autonomie.

Les travaux d'analyse des données de l'ESCC se poursuivent en vue d'éclairer le lien entre les habitudes de vie associées à la santé des personnes âgées au regard des maladies chroniques et la détérioration de la santé fonctionnelle. Bien que la nature transversale de l'ESCC conduite en 2008-2009 ne puisse nous permettre de vérifier des relations de causes à effets au regard des habitudes de vie favorables ou non à la santé des personnes âgées, il est concevable de dresser un portrait de la prévalence des maladies chroniques ou de la mesure des incapacités physiques en fonction des facteurs liés à ces problèmes de santé. De plus, il faut se rappeler que les personnes âgées sont davantage atteintes de maladies chroniques ou d'incapacités physiques liées à une détérioration de leur santé fonctionnelle, ce qui peut limiter ou influencer leurs habitudes de vie. Ainsi, un mauvais état de santé peut limiter un individu dans ses activités quotidiennes, à être actif physiquement, à bien s'alimenter ou à avoir des activités sociales. Il est donc possible que les relations entre les facteurs favorables à la santé et l'état de santé puissent être bidimensionnelles, l'âge avancé des individus pouvant modifier ces relations. Certains de ces postulats seront vérifiés au cours de la phase 2 du

projet. Comme le niveau d'activités quotidiennes des personnes âgées représente généralement une conséquence de leur état de santé, la place de cette dimension sera examinée dans le volet 2 de ce projet, et ce, en s'appuyant sur un modèle conceptuel adapté à la présente population.

À cet égard, l'approche écologique est particulièrement inspirante, prenant en compte des relations entre les individus et les environnements, leurs milieux et conditions de vie. Un bel objet d'étude pour la suite des travaux d'analyse et de recherche, sans oublier les intervenants de santé publique et les partenaires intersectoriels qui auront à les mettre en œuvre. Ce sera aussi un défi qui interpellera les planificateurs dans l'évolution des stratégies à promouvoir pour la santé et le bien-être de nos aînés et qui devra trouver écho dans le futur Programme national de santé publique du Québec.

Références

Introduction

- Agence canadienne de santé publique. (2011). *Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital - Document de discussion*. 26 p. En ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/healthy-sante/vision/vision-bref/index-fra.php>
- Campion, E.W. (1998). "Aging better". *New England Journal of Medicine*, 338(15): 1064-1066.
- Cardinal, L., Langlois, M.C., Gagné, D, et A. Tourigny (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et Institut national de santé publique du Québec. 58 p.
- Conseil canadien de la santé. (2007). *L'importance de renouveler les soins de santé : apprendre de l'expérience de Canadiens souffrant de maladies chroniques*. Conseil canadien de la santé. Toronto, 55 p.
- Dahlgren G., et M. Whitehead. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health: background document to WHO strategy paper for Europe*. Stockholm : Institute for future studies. En ligne: http://www.nwci.ie/download/pdf/determinants_health_diagram.pdf
- Guralnik J.M. et G.A. Kaplan (1989). "Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County study." *American Journal of Public Health*, 79(6): 703-708.
- Hubert H.B., Bloch D.A., Oehlert J.W., et al.. (2002). "Lifestyle habits and compression of morbidity." *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and medical Sciences*, 57 (6) : M338-M342.
- Institut de la statistique du Québec. (2010). *Le bilan démographique du Québec*. Gouvernement du Québec. p. 22-28. En ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca>.
- Janssen I. (2007). "Morbidity and mortality risk associated with an overweight BMI in older men and women." *Obesity*, 15(7): 1827-1840.
- Julien, D., Gauvin, L., Richard, L., Kestends, Y. et H. Payette. (2013). "The role of social participation and walking in depression among older adults: Results from the VoisiNuAge study." *Can J on Aging*, 32: 1-12.
- Laaksonen, M., Prättälä R., et A. Karisto (2001). "Patterns of unhealthy behaviour in Finland." *Eur J Public Health*, 1(3):294-300.
- LaCroix, A.Z., Guralnik, J.M., Berkman, L.F., et al. (1993). "Maintaining mobility in late life. II. Smoking, alcohol consumption, physical activity, and body mass index." *Am J Epidemiol*, 137(8): 858-869.
- Lasheras, C., Fernandez, S. et A.M. Patterson. (2000). "Mediterranean diet and age with respect to overall survival in institutionalised, non-smoking elderly people." *Am J Clin Nutr*, 71:987-992.
- Manton K.G., Corder L. et E. Stallard. (1997). *Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 94: 2593-2598.

Morley J.E. et J.H. Flaherty. (2002). "It's never too late: health promotion and illness prevention in older persons." *The Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Science*. 57(6): M338-M342.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2002a). *Vieillesse et qualité de la vie : Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation*. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2002b). *Keep fit for life: meeting the nutritional needs of older persons*. En ligne : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42515/1/9241562102.pdf>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). *Active ageing: a policy framework*. En ligne : <https://apps.who.int/nut/age.htm>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (1999). *Ageing: exploding the myths*. En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66330/1/WHO_HSC_AHE_99.1.pdf

Ontario Agency for health protection and promotion. (2011). *Moving risk and behavior surveillance forward in Ontario: a proposal and recommendations*. Toronto, 46 p. En ligne : http://www.oahpp.ca/resources/projects/orbss/documents/Summary_Report_ORBSS_Initial_Consultation_Dec6.pdf

Payette, H. et B. Shatenstein. (2005). Les déterminants de la saine alimentation chez les personnes âgées vivant dans la collectivité. » *Revue canadienne de santé publique*, 96(3): S30-S35.

Peel, N. M., McClure, R.J. et H.P. Bartlett. (2005). "Behavioral determinants of healthy aging." *Am J Prev Med*, 28(3): 298-304.

Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2008). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services, 683 p., En ligne : <http://www.health.gov/paguidelines>.

Raine, K.D. (2005). « Les déterminants de la saine alimentation au Canada : Aperçu et synthèse ». *Revue canadienne de santé publique*; 96(3):S8-S15.

Raymond, E., Gagné, D., Sévigny, A. et A. Tourigny. (2009). *La participation sociale des aînés du Québec dans une perspective de vieillissement en santé : Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence de Québec sur le vieillissement et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval. Québec, 111 p.

Ramage-Morin, P.L., Shields M, et L. Martel. (2010). « Facteurs favorables à la santé et bon état de santé chez les Canadiens du milieu à la fin de vie. » *Composante des Rapports sur la santé*. Santé Canada. Gouvernement du Canada. 21 (3): 1-10.

Reed, D.M., Foley, D.J., White, L.R. et al. (1998). "Predictors of healthy aging in men with high life expectancies." *American Journal of Public Health*, 88(10) : 1463-1468

Santé Canada. (2001). *Atelier sur le vieillissement en santé. Partie 1 : Le vieillissement et les pratiques de santé*. Gouvernement du Canada. Ottawa.

Seidell, J.C. and T.L.S Visscher (2000). "Body weight and weight change and their health implications for the elderly." *Eur J Clin Nutr*, 54(3): S33-S39.

Shields M. et L. Martel. (2006). « Des aînés en bonne santé. » Statistique Canada. *Supplément aux Rapports sur la santé*. Ottawa. Catalogue no 82-003, 16 : 7-21.

Sirven N. et T. Debrand. (2008). "Social participation and healthy ageing: An international comparison using SHARE data." *Social Science and Medicine*, 67(12): 2017-2026.

Smith G.D., Song F., Sheldon T.A. (1993). "Cholesterol lowering and mortality: the importance of considering initial level of risk." *British Medical Journal*. 306:1367-1373

Statistique Canada. (2010). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2008-2009, Vieillesse en santé*. Gouvernement du Canada. En ligne : <http://www.statcan.gc.ca>.

Tourigny A. *Vieillesse en santé et responsabilité populationnelle : les apports possibles de la santé publique*. Conférence scientifique en santé publique de la Capitale-Nationale. Québec, 24 avril 2013.

Wilkins, K. et M. de Groh. (2005). « Masse corporelle et dépendance. » *Rapports sur la santé*, Ottawa, Statistique Canada. 17: 29-42.

Chapitre 1 : aspects méthodologiques

Feeny, D.H., Furlong, W.J., Torrance, G.W., Goldsmith, C.H., Zhu, Z., DePauw, S, Denton, M. et M. Boyle. (2002). "Multi-Attribute and Single-Attribute Utility Functions for the Health Utilities Index Mark 3 System." *Medical Care*, 40(2):113-128.

Feeny, D.H. (2002a). "The utility approach to assessing population health. Summary Measures of Population Health." WHO. Genève. Chapt. 10.2 : 515-528.

Feeny, D. (2002b). "Health status classification systems for summary measures of population health" dans C.J.L. Murray, J.A. Salomon, C.D. Mathers et A.D. Lopez, sous la dir. de. *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Application*, World Health Organization. p. 329-341.

Feng, Y., Bernier J., McIntosh, C. et H. Orpana. (2009). « Validation des catégories d'incapacité dérivées des scores du Health Utilities Index Mark 3. » Statistique Canada. *Rapports sur la santé*, 20(2) : 2-9.

Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., et G. St-Michel. (1998). *Classification québécoise : Processus de production du handicap*. Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH), Université Laval. 164 p.

Horsman, J., Furlong, W., Feeny, D., et G. Torrance G. (2003). "The Health Utilities Index (HUI®): concepts, measurement properties and applications." *Health Qual Life Outcomes*, 1(54): 1-13.

Pampalon, R. Hamel, D. et P. Gamache. (2009). « Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada. » *Maladies Chroniques au Canada*, 29 (4) : 199-213.

Statistique Canada. (2010). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Vieillesse en santé. Guide de l'utilisateur*. Gouvernement du Canada

Statistique Canada. (2011). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)- Vieillesse en santé. Variables dérivées – Fichier de microdonnées à grande diffusion*.

Torrance, G.W., Feeny, D.H., Furlong, W.J., Barr, R.D., Zhang, Y. et Q. Wang. (1996). "Multiattribute Utility Function for a Comprehensive Health Status Classification System: Health Utilities Index Mark 2." *Medical Care*, 34(7):702-722.

Verbrugge, L.M. et A.M. Jette. (1994). "The disablement process." *Soc Sci Med*. 38(1):1-14.

Chapitre 2 : alimentation et risque nutritionnel

Agence de santé publique du Canada (ASPC). (2009). *Cinq grands domaines d'intervention : les preuves*. Ottawa, En ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/healthy-sante/vision/vision-bref/chap04-fra.php>

Anlasik, T., Sies, H., Griffiths, H.R., Mecocci, P., Wilhelm, S. et M.C. Polidori. (2005). "Dietary habits are major determinants of the plasma antioxidant status in healthy elderly subjects." *Br J Nutr*, 94: 639-642.

Blanchet, C., Plante, C. et L. Rochette. (2009). *La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois*. Institut national de santé publique du Québec. 119 p.

Burns, C., Bentley, R., Thornton, L. et A. Kavanagh. (2011). "Reduced food access due to a lack of money, inability to lift and lack of access to a car for food shopping: a multilevel study in Melbourne, Victoria." *Public Health Nutrition*, 14:1017-1023.

Chandra, R.K. (2002). "Nutrition and the immune system from birth to old age." *Eur J Clin Nutr*, 56 (Suppl 3):S73-76.

Contreras, J. (2008). *Alimentation et personnes âgées: commensalité et santé*. Odela. Observatori de l'Alimentacio. Chaire STUDIUM 2007/2008. En ligne : <http://lestudium.cnrs-orleans.fr/francais/rubriques/actu/seminaires%20chaire/Alimentation%20personnes%20agees.pdf>

Home Instead Senior Care Network. (2011). *The loneliness factor*. Home Instead, Inc. 1 p. En ligne : http://ww1.prweb.com/prfiles/2011/08/16/8724917/Loneliness_Factor.pdf

Hung, H.C., Joshipura K.J., Jiang R., Hu F.B., Hunter D. et al. (2004). "Fruit and vegetable intake and risk of major chronic disease." *J Natl Cancer Ins*. 96: 1577-1584.

Keller, H.H., Ostbye, T. et R. Goy. (2004). "Nutritional risk predicts quality of life in elderly community-living Canadians." *J Gerontol Biol and Med Sci*, 59(1):68-74.

Keller, H.H., Goy, R., Kane et S.L. (2005a). "Validity and reliability of SCREEN II" (Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition- version II). *Eur J Clin Nutr* 59, 1149-1167.

Keller, H.H. 2005b. "Reliance on others for food related activities of daily living." *J Nutr for the Elderly*. 25(1): 43-59.

Keller, H.H. (2006a). "The SCREEN I (Seniors in the Community Risk Evaluation for Eating and Nutrition) Index adequately represents nutritional risk." *J Clin Epi*, 59(8): 836-841.

Keller, H.H., Dwyer, J.M., Censon, S., Edwards, V. et H.G. Edward. (2006b). "A social ecological perspective of the influential factors for food intake described by low-income seniors." *J Hunger Environ Nutr*, 1(3), 27-44.

Liu, S., Manson, J.E., Lee, I.M., Cole, S.R., Hennekens C.H., Willett W.C. et J.E. Buring. (2000). "Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease: the Women's Health Study." *Am J Clin Nutr*, 72:922-928.

- Mercille, G., Richard, L., Gauvin, L., Kestens, Y., Shatenstein, B., Daniel, M., et H. Payette. (2012). "Associations between residential food environment and dietary patterns in urban-dwelling older adults: results from the VoisiNuAge study." *Pub Health Nutr*, 15(11): 2026-2039.
- Morris, M.C., Evans, D.A., Tangney, C.C., Bienias, J.L., et R.S. Wilson. (2006). "Associations of vegetable and fruit consumption with age-related cognitive change." *Neurology*, 67: 1370-1376.
- Paddon-Jones, D., Short, K.R., Campbell, W.W., Volpi, E. et R.R. Wolfe. (2008). "Role of dietary protein in the sarcopenia of aging." *Am J Clin Nutr*, 87 (suppl): 1562S-1566S.
- Payette, H., et G. Ferland. (1999). « La malnutrition chez les personnes âgées démentes: étiologie, évolution et efficacité des interventions. » Dans La collection l'Année gérontologique. Paris. pp. 131-145.
- Payette, H. et B. Shatenstein (2005). « Les déterminants de la saine alimentation chez les personnes âgées vivant dans la collectivité. » *Revue canadienne de santé publique*, 96(3) : S30-S35.
- Peel, N. M., McClure, R.J. et H.P. Bartlett. (2005). "Behavioral determinants of healthy aging." *Am J Prev Med*, 28(3): 298-304.
- Pérez, C.E. (2002). « Consommation de fruits et de légumes, » *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada. 13(3) : 25 - 34.
- Polidori, M.C., Pratico, D., Mangialasche, F., Mariani, E., Aust, O. et al. (2009). "High fruits and vegetable intake is positively correlated with antioxidant status and cognitive performance in healthy subjects." *J Alzheimer's Disease*, 17: 921-927.
- Ramage-Morin, P.L., Shields, M. et L. Martel. (2010). « Facteurs favorables à la santé et bon état de santé chez les Canadiens du milieu à la fin de vie. » *Composante des Rapports sur la santé*. Gouvernement du Canada, 21(3) : 1-10.
- Raine, K.D. (2005). « Les déterminants de la saine alimentation au Canada : Aperçu et synthèse. » *Revue canadienne de santé publique*, 96(3): S8-S15.
- Riediger N.D. et M.H. Moghadasian. (2008). "Patterns of fruit and vegetable consumption and the influence of sex, age and socio-demographic factors among Canadian Elderly." *J Am Coll Nutr*. 27 (2): 306-313.
- Roberts K.C., Wolfson C. et H. Payette. (2007). "Predictors of Nutritional Risk in Community-dwelling Seniors." *Can J Public Health*. 98(4): 331-336.
- Santé Canada. (2007). *Le guide alimentaire canadien pour manger sainement*. En ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/basics-base/index-fra.php>.
- Santé Canada. (2002). *Vieillesse en santé : Alimentation saine et vieillissement en santé*, Division du vieillissement et des aînés, Gouvernement du Canada. 26 p.
- Shateinsten, B., Gauvin, L., Keller, H., Richard, L., Gaudreau, P., Giroux, F., Gray-Donald, K., Jabbour, M., Morais, J.A., et H. Payette. (2013). "Baseline determinants of global diet quality in older men and women from the Nuage cohort." *J Nutr Health Aging*, 17(5): 419-425.
- Shateinsten, B., Ferland, G., Belleville, S., Gray-Donald, K., Kergoat, M.J., Morais, J., Gaudreau, P., Payette, H. et C. Greenwood. (2012). "Diet quality and cognition among older adults from the NuAge study." *Exp. Gerontol*. 47(5) : 353-360.

Shields, M., et L. Martel. (2006). « Des aînés en bonne santé » *Supplément aux Rapports sur la santé*, volume 8, 7-20, Statistique Canada, no 82-003 au catalogue.

Smith, G.D., Song, F. et T.A. Sheldon. (1993). "Cholesterol lowering and mortality: the importance of considering initial level of risk." *Br Med J*, 306:1367-1373.

Statistique Canada. (2010). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Vieillesse en santé, 2008-2009*. Gouvernement du Canada. En ligne : <http://www.statcan.gc.ca>.

Wells, J.L. et A.C. Dumbrell. (2006). "Nutrition and aging: assessment and treatment of compromised nutritional status in frail elderly patients." *Clinical intervention in aging*, 1(1): 69-79.

Wham, C.A., Troy, T., Robinson, M. et N.M. Kerse. (2011). "What is associated with nutrition risk in very old age?" *The journal of nutrition, health & aging*, 15(4):247-251.

Willett, W.W. (1998) *Nutritional Epidemiology*. Second Edition. Oxford University Press. Oxford. 514 p.

Chapitre 3: activité physique de loisir et de transport

Bauman, A. E., Reis R. S., Sallis J. F., Wells J. C., Loos R. J. F. et B. W. Martin. The Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). "Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?" *Lancet*, 380: 258-271 and Appendix.

Brownson R.C., Boehmer T.K. et D.A. Douglas. (2005). "Declining Rates of Physical Activity in the United States: What Are the Contributors?" *Annu. Rev. Public Health*, 26: 421-443.

Comité scientifique de Kino-Québec (CSKQ). (2002). *L'activité physique, déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus : Avis du comité*. Québec, Secrétariat au loisir et au sport, gouvernement du Québec, 59 p. En ligne : <http://www.kino-quebec.qc.ca>.

Hamel, D., Tremblay, B., Nolin, B., Goulet, C et P. Patry. (2012). *Étude sur les blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives au Québec en 2009-2010*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 119 p. En ligne : <http://www.inspq.qc.ca/publications>.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), (janvier 2014). *Compilation spéciale à partir de la Base de données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005*, Ottawa, Statistique Canada. (Note : les enquêtes subséquentes, 2007 et après, ne fournissent pas l'information sur le sujet traité dans le présent rapport).

Kesäniemi, Y.A., Riddoch, C. J., Reeder, B., Blair, S. N. et T. Sorenson. (2010). "Advancing the future of physical activity guidelines in Canada: an independent expert panel interpretation of the evidence." *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 41 (pp. 1-14). En ligne : <http://www.ijbnpa.org/articles>.

Nolin, B. (2014). *Indice d'activité physique de loisir et de transport : document technique – Enquête Vieillesse en santé, 2008-2009*. Québec, Institut national de santé publique du Québec. En ligne : <http://www.inspq.qc.ca/publications>.

Nolin, B. (2004). *Activité physique de loisir, codification et critères d'analyse : système québécois de surveillance des déterminants de la santé*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 10 p. En ligne : <http://www.inspq.qc.ca/publications>.

Nolin, B., Godin, G. et D. Prud'homme. (2000). « Activité physique », dans : C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, F. Lapointe et coll. (sous la direction de). *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec, Institut de la statistique du Québec, pp. 171-183. En ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca>.

Nolin, B. et D. Hamel (2008). «L'activité physique au Québec de 1995 à 2005 : gains pour tous...ou presque », dans M. Fahmy (sous la direction de), *L'État du Québec 2009 : tout ce qu'il faut savoir sur le Québec d'aujourd'hui*. Montréal, Fides, pp. 271-277. En ligne : <http://www.inspq.qc.ca/publications>).

Nolin, B., Prud'homme, D., Godin, G., Hamel, D. et al. (2002). *Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Kino-Québec, Les Publications du Québec, 137 p., En ligne : [\[http://www.inspq.qc.ca/publications\]](http://www.inspq.qc.ca/publications).

Physical Activity Guidelines Advisory Committee (PAGAC). (2008a). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services, 683 p., En ligne : <http://www.health.gov/paguidelines>.

Physical Activity Guidelines Advisory Committee (PAGAC). (2008b). "Part D: Background", In, *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services, p. D-1 to D-33, En ligne : <http://www.health.gov/paguidelines>.

Public Health Agency of Canada (PHAC) and Canadian Society for Exercise Physiology (CSEP), (1998). *Handbook for Canada's Physical Activity Guide to Healthy Active Living*. Ottawa, PHAC, Catalogue N° H39-429/1998-2^E, 32p.

Statistique Canada. (2010). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Vieillesse en santé, 2008-2009 : Questionnaire*. Ottawa, Statistique Canada. En ligne : <http://www.statcan.gc.ca>.

Traoré, I., Nolin, B et L.A. Pica. (2012). « Activité physique de loisir et de transport », dans *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie*, Tome 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 95-117, En ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca>.

Tucker, O. et J Gilliland. (2007). "The effect of season and weather on physical activity: A systematic review." *Public Health*, vol. 121, p. 909-922.

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS), (2008). *2008 Physical Activity Guidelines for Americans*, 62 p. En ligne : <http://www.health.gov/paguidelines>.

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (1996). *Physical Activity and Health : A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S.D.H.H.S., Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 278 p.

World Health Organisation (WHO). (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Geneva, WHO Press, 58 p. En ligne : <http://www.who.int>

Chapitre 4 : statut pondéral

Al Snih, S., Ottenbacher, K.J., Markides, K.S., Kio, Y-F., Eschbach, K. et J.S. Goodwin. (2007). "The effect of obesity on disability vs mortality in older Americans." *Arch Intern Med*, 167: 774-780.

Andreyeva, T., Michaud, P-C. et A. van Soest. (2007). "Obesity and health in Europeans aged 50 years and older." *Public Health*, 12(7), 497-509.

Arnold, A.M., Newman, A.B., Cushman, M., Ding, J. et S. Kritchevsky. (2010). "Body weight dynamics and their association with physical function and mortality in older adults : The Cardiovascular Health Study." *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 65A (1): 63-70.

Bowen, M.E. (2012). "The relationship between body weight, frailty, and the disablement process." *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 67 (5) : 618-626.

Chapman, I.M. (2011). "Weight loss in older persons." *Med Clin N Am*, 95: 579-593.

Connor Gorber, S.C. et M.S. Tremblay. (2010). "The bias in self-reported obesity from 1976 to 2005 : A Canada-US comparison." *Obesity*, 18(2): 354-361.

Corrada, M.M., Kawas, C.H., Mozaffar, F et A. Paganini-Hill. (2006). "Association of body mass index and weight change with all-cause mortality in the elderly." *Am J Epidemiol*, 163: 938-949.

DeCaria, J.E., Sharp, C. et R.J. Petrella. (2012). "Scoping review report : obesity in older adults." *Int J Obesity*, 36: 1141-1150.

Fakhouri, T.H., Ogden, C.L., Carroll, M.D., Kit, B.K. et K.M. Flegal (2012). "Prevalence of obesity among older adults in the United States, 2007-2010." *NCHS data brief*, no. 106. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 7 p. En ligne : <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db106.pdf>.

Flegal, K.M., Kit, B.K., Orpana, H. et B. I. Graubard. (2013). "Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories. *JAMA*, 309(1): 71-82.

Flegal, K.M., Graubard, B.I., Williamson, D.F. et M.H. Gail (2005). "Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity." *JAMA*, 293 (15), 1861-1867.

Galanos, A.N., Pieper, C.F., Cornoni-Huntley, J.C., Bales, C.W. et G.G. Fillenbaum (1994). "Nutrition and function : is there a relationship between body mass index and the functional capabilities of community-dwelling elderly?" *J Am Geriatr Soc*, 42: 368-373.

Garner, R.E., Feeny, D.H., Thompson, A., Bernier, J., McFarland, B.H., Huguet, N., Kaplan, M.S., Orpana, H., Ross, N.A. et C. Blanchard. (2012). "Bodyweight, gender, and quality of life : a population-based longitudinal study." *Qual Life Res*, 21: 813-825.

Gregg, E.W., Gerzoff, R.B., Thompson, T.J. et D.F. Williamson. (2003). "Intentional weight loss and death in overweight and obese U.S. adults 35 years of age and older." *Ann Intern Med*, 138: 383-389.

Han, T.S., Tajar, A. et M.E. J. Lean. (2011). "Obesity and weight management in the elderly." *Br Med Bull*, 97: 169-196.

Heiat, A., Vaccarino, V. et H. M. Krumholz. (2001). "An evidence-based assessment of federal guidelines for overweight and obesity as they apply to elderly persons." *Arch Intern Med*, 161: 1194-1203.

- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2009). *Santéscope. Comparaisons internationales*. En ligne : <http://www.inspq.qc.ca/Santescope/element.asp?NoEle=79>.
- Janssen, I. (2007). "Morbidity and mortality risk associated with an overweight BMI in older men and women." *Obesity*, 15(7): 1827-1840.
- Keller, H.H. et T. Ostbye. (2005). "Body mass index (BMI), BMI change and mortality in community-dwelling seniors without dementia." *J Nutr Health Aging*, 9(5): 316-320.
- Kuczmarski, M.F., Kuczmarski, R.J. et M. Najjar. (2001). "Effects of age on validity of self-reported height, weight, and body mass index : findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994." *J Am Diet Assoc*, 101(1): 28-34.
- Kvamme, J.M., Wilsgaard, T., Florholmen, J. et B.K. Jacobsen. (2010). "Body mass index and disease burden in elderly men and women : The Tromso Study." *Eur J Epidemiol*, 25(3): 183-193.
- Lamontagne, P et D. Hamel. (2012). *Surveillance du statut pondéral chez les adultes québécois : portait et évolution de 1987 à 2010*. Institut national de santé publique du Québec, 69 p.
- Lo, E. (2014). *Projections du statut pondéral de 2011 à 2030*. Institut national de santé publique du Québec (titre provisoire, à paraître en 2014).
- Miller, S.L. et R.R Wolfe (2008). "The danger of weight loss in elderly." *J Nutr Health Aging*, 12(7): 487-491.
- Mathus-Vliegen, E.M.H. (2012). "Obesity and the elderly." *J Clin Gastroenterol*, 46(7): 533-544.
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012- Mise à jour 2008*. Gouvernement du Québec. 103 p. En ligne : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/f83b3d7956d513758525743c0068adff?OpenDocument>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2006). *Investir pour l'avenir. Plan gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids, 2006-2012*. Gouvernement du Québec. 50 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-289-01.pdf>
- Must, A., Spadano, J., Coakley, E.H., Field, A.E., Colditz, G. et W.H. Dietz (1999). "The disease burden associated with overweight and obesity." *JAMA*, 282(16): 1523-1529.
- National Center for Health Statistics (2013). *Health, United States, 2012 : With Special Feature on Emergency Care (2013)*. Hyattsville, MD. En ligne : <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2012/068.pdf>.
- Newman, A.B., Yanez, D., Harris, T., Duxbury, A., Enright, P.L. et L. Fried. for the Cardiovascular Study Research Group (2001). "Weight change in old age and its association with mortality." *J Am Geriatr Soc*, 49: 1309-1318.
- Newman, A.B., Lee, J.S., Visser, M., Goodpaster, B.H., Kritchevsky, S.B., Tylavsky, F.A., Nevitt, M. et T. B. Harris. (2005). "Weight change and the conservation of lean mass in old age : the Health, Aging and Body Composition Study." *Am J Clin Nutr*, 82: 872-875.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (1995). *Utilisation et interprétation de l'anthropométrie*. Genève, Rapport du comité OMS no. 854, 498 p.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2003). *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*. Rapport d'une consultation de l'OMS. Série de Rapports techniques : 894, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 284 p.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). *Obésité et surpoids*. En ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html>.

Orpana, H.M., Berthelot, J.-M., Kaplan, M.S., Feeny, D.H., McFarland, B. et N.A Ross. (2009). "BMI and mortality : results from a national longitudinal study of Canadian adults. *Obesity*." 18: 214-218.

Patterson, R.E., Frank, L.L., Kristal, A.R. et E. White. (2004). "A comprehensive examination of health conditions associated with obesity in older adults " *Am J Prev*, 27(5): 385-390.

Rolland, Y., Lauwers-Cances, V., Cristini, C., van Kan, G.A., Janssen, I., Morley, J.E. et B. Vellas. (2009). "Difficulties with physical function associated with obesity, sarcopenia, and sarcopenic-obesity in community-dwelling elderly women: the EPIDOS (EPIDemiologie de l'OSteoporose) Study." *Am J Clin Nutr*, 89: 1895-1900.

Sahyoun, N.R., Serdula, M.K., Galuska, D.A., Zhang, X.L. et E.R Pamuk. (2004). "The epidemiology of recent involuntary weight loss in the United States population." *J Nutr Health Aging*, 8(6): 510-517.

Santé Canada. (2003). *Les lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*. Gouvernement du Canada, 43 p.

Schoenborn, C.A., Adams, P.F. et P.M. Barnes. (2002). *Body weight status of adults : United States, 1997-1998. Advance data from vital and health statistics, no. 330*. Hyattsville, Maryland : National Center for Health Statistics, 16 p. En ligne : <http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad330.pdf>.

Seidell, J.C. et T.L.S Visscher. (2000). "Body weight and weight change and their health implications for the elderly." *European Journal of Clinical Nutrition*, 54 (Suppl 3): S33-S39.

Shields, M., Connor Gorber, S. et M.S. Tremblay. (2009). *Questions de méthodologie en anthropométrie : taille et poids déclarés versus mesurés*. Symposium 2008 : Collecte des données : défis, réalisations et nouvelles orientations. Statistique Canada. En ligne: <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-522-x/2008000/article/11002-fra.pdf>.

Somes, G.W., Kritchevsky, S.B., Shorr, R.I., Pahor, M. et W.B. Applegate. (2002). "Body mass index, weight change and death in older adults. *Am J Epidemiol*, 156 (2): 132-138.

Taylor, D. H. et T. Ostbye (2001). "The effect of middle and old-age body mass index on short-term mortality in older people. *J Am Geriatr Soc*, 49: 1319-1326.

Wannamethee, S.G., Shaper, A.G., Whincup, P.H. et M. Walker (2004). "Overweight and obesity and the burden of disease and disability in elderly men." *Int J Obesity*, 28: 1374-1382.

Wilkins, K. et M. de Groh. (2005). « Masse corporelle et dépendance. » *Rapports sur la santé*, 17(1) : 29-42.

World Health Organization (WHO) (2010). *Global status report on noncommunicable diseases (2010)*. Genève, 162 p. En ligne : http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf.

Chapitre 5 : tabagisme

- Appel D.W. et T.K. Aldrich. (2003). "Smoking cessation in the elderly." *Clin Geriatr Med*, 19(1): 77-100.
- Baliunas D., Patra J., Rehm J., Popova S., Kaiserman M et B. Taylor. (2007). "Smoking-attributable mortality and expected years of life lost in Canada 2002: Conclusions for prevention and policy." *Chronic Dis Inj Can*, 27(4): 154-162.
- Burke G.L., Arnold A.M., Bild D.E., Cushman M., Fried L.P., Newman A., Nunn C., Robbins J., CHS Collaborative Research Group (2001). "Factors associated with healthy aging: the cardiovascular health study." *J Am Geriatr Soc*, 49(3): 254-262.
- Cazale L. et F. Bernèche. (2012). « Quelques indicateurs de santé chez les aînés. » *Zoom santé*. 37 (Avril 2012). Institut de la statistique du Québec.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Current cigarette smoking among adults – United States, 2011*. En ligne : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6144a2.htm>.
- De Groot L.C., Verheijden M.W., De Henauw S., Schroll M., van Staveren, W.A., SENECA investigators (2004). "Lifestyle, nutritional status, health, and mortality in elderly people across Europe: a review of the longitudinal results of the SENECA study." *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 59(12): 1277-1284.
- Fiore M.C., Jaén C.R., Baker T.B., Bailey W.C., Benowitz N.L. et al. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services. 276 p.
- Forey B., Hamling J., Thornton A. et P. Lee. (2012). *International Smoking Statistics – WEB Edition*. En ligne : http://www.pnlee.co.uk/Downloads/ISS/ISS-France_090917.pdf.
- Kerr S., Watson H., Tolson D., Lough M. et M. Brown. (2004). *Developing evidence-based smoking cessation training/education initiatives in partnership with older people and health professionals*. Caledonian Nursing & Midwifery Research Centre. 202 p.
- Lightwood J.M. et S.A. Glantz. (1997). "Short-term economic and health benefits of smoking cessation: myocardial infarction and stroke." *Circulation*, 96(4): 1089-1096.
- Lightwood J., Fleischmann K.E. et S.A. Glantz. (2001). "Smoking cessation in heart failure: it is never too late." *J Am Coll Cardiol*, 37(6): 1683-1684.
- Makomaski Illing E.M. et M. Kaiserman. (2004). "Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1998." *Can J Public Health*, 95(1): 38-44.
- Martel S. et R. Choinière. (2007). *Une estimation du fardeau de différentes maladies chroniques à partir de l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé*. Institut national de santé publique du Québec. 34 p. + annexes.
- Montreuil A. (2012). *Portrait de la clientèle des centres d'abandon du tabagisme*. Institut national de santé publique du Québec. 46 p. + annexes.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2006). *Guide pour la mise en place de l'action antitabac. Initiative pour un monde sans tabac*. Groupes Maladies non transmissibles et santé mentale. En ligne : http://www.who.int/tobacco/resources/publications/FR_handbook_lowres_with_cover_links.pdf.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2011). *Tabagisme*. Centre des médias. En ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/index.html>.

Rehm J., Baliunas D., Brochu S., Fischer B., Gnam W., Patra J., Popova S., Sarnocinska-Hart A. et B. Taylor. (2006). *The costs of substance abuse in Canada 2002*. Canadian Centre on Substance Abuse, 131 p.

Rimer B.K., Orleans C.T., Keintz M.K., Cristinzio S. et L. Fleisher. (1990). "The older smoker: status, challenges and opportunities for intervention." *Chest*, 97(3): 547-553.

Statistique Canada. (2009). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion*. Statistique Canada.

Statistique Canada. (2010). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada 2009. Fichier de microdonnées à grande diffusion*. Statistique Canada.

Steinberg M.B., Alvarez M.S., Delnevo C.D., Kaufman I., et J.C. Cantor. (2006). "Disparity of physicians' utilization of tobacco treatment services." *Am J Health Behav*, 30 (4): 375-386.

Suskin N., Sheth T., Negassa A. et S. Yusuf. (2001). "Relationship of current and past smoking to mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction." *J Am Coll Cardiol*, 37(6): 1677-1682.

Taylor D.H., Hasselblad V., Henley J., Thun M.D. et F.A. Sloan (2002). "Benefits of smoking cessation for longevity." *Am J Public Health*, 92(6): 990-996.

Tremblay M., Cournoyer D. et J. O'Loughlin. (2009). "Do the correlates of smoking cessation counseling differ across health professional groups?" *Nicotine Tob Res*, 11(11): 1330-1338.

Tremblay M. et H. Poirier. (2012). *Regards sur un partenariat fructueux : Cinq ordres professionnels et l'Institut national de santé publique du Québec engagés dans la lutte contre le tabagisme*. Institut national de santé publique du Québec. 38 p. + annexes.

U.S. Department of Health and Human Services. (1990). *The health benefits of smoking cessation: A report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 628 p.

U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. En ligne : http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2010/index.htm

Chapitre 6 : consommation d'alcool

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity: Research and public policy* (2e ed.), Oxford: Oxford University Press.

Butt, P., Beirness, D., Gliksman, L., Paradis, C. et T. Stockwell. (2011). *Alcohol and health in Canada: A summary of evidence and guidelines for low-risk drinking*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse, 72 p.

Demers, A. et C. Poulain. Consommation d'alcool. Dans Adlaf, E.M., Begin, P., et Sawka, E. (Eds.). (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation*

d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. p.20-32.

Heuberger, R. A. (2009). "Alcohol and the older adult: a comprehensive review." *J Nutr Elder*, 28: 203-235.

Koppes, L. L., Dekker, J. M., Hendriks, H. F., Bouter, L. M. et R.J. Heine. (2005). "Moderate alcohol consumption lowers the risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective observational studies." *Diabetes Care*, 28: 719-725.

Molander, R. C., Yonker, J. A. et D.D. Krahn. (2010). "Age-related changes in drinking patterns from mid- to older age: results from the Wisconsin longitudinal study." *Alcohol Clin Exp.Res*, 34: 1182-1192.

Moore, A. A., Gould, R., Reuben, D. B., Greendale, G. A., Carter, M. K., Zhou, K. et A. Karlamangla. (2005). "Longitudinal patterns and predictors of alcohol consumption in the United States." *Am J Public Health*, 95: 458-465.

Moos, R. H., Brennan, P. L., Schutte, K. K. et B.S. Moos. (2010). "Older adults' health and late-life drinking patterns: a 20-year perspective." *Aging Ment.Health*, 14: 33-43.

Moriconi, P. A., Nadeau, L. et A. Demers. (2012). "Drinking habits of older Canadians: a comparison of the 1994 and 2004 national surveys." *Can J Aging*, 31: 379-393.

National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2004). "NIAAA council approves definition of binge drinking." *NIAAA Newsletter*, No. 3, p. 3.

Peters, R., Peters, J., Warner, J., Beckett, N. et C. Bulpitt. (2008). "Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: a systematic review." *Age Ageing*, 37: 505-512.

Rehm, J. (2011). "The risks associated with alcohol use and alcoholism." *Alcohol Research and Health*, 34: 135-143.

Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G. L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., et al. (2010). "The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview." *Addiction*, 105: 817-843

Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., et al.. (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*, version [CD-ROM]. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Roerecke, M. et J. Rehm. (2010). "Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis." *Am J Epidemiol*, 171: 633-644.

Shaw, B. A., Krause, N., Liang, J. et K. McGeever. (2011). "Age differences in long-term patterns of change in alcohol consumption among aging adults." *J Aging Health*, 23: 207-227.

Statistique Canada. (2012). *Le contrôle et la vente des boissons alcoolisées au Canada*. Exercice financier clos le 31 mars, n° 63-202-XIB, n° 63-202-XIF, catalogues annuels 1986-1987 à 2011-2012, Ottawa.

Statistique Canada. (2011). *Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2000-2001 à 2009-2010, Fichiers de microdonnées à grande diffusion*.

Statistique Canada. (2010). *Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2000-2001 à 2008-2009, Fichiers de microdonnées à grande diffusion*.

Statistique Canada. (2006). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2005, Fichier de microdonnées à grande diffusion.*

Statistique Canada. (2004). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2003, Fichier de microdonnées à grande diffusion.*

World Health Organization. (2011). *Global status report on alcohol and health.* Geneva, 286 p.

World Health Organization. (2009). *Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks.* Geneva, 62p.

Chapitre 7 : Indice cumulatif des facteurs favorables à la santé

Burke, V., Milligan, R.A., Beilin, L.J., et al. (1997). "Clustering of health-related behaviors among 18-year-old Australians." *Prev. Med*, 26(5): 724-733.

Campion, E.W. (1998). "Aging better." *N Engl J Med*, 338(15): 1064-1066.

Chiolero, A., Wietlisbach, V., Ruffieux, C., Paccaud, F. et J. Cornuz. (2006). "Clustering of risk behaviors with cigarette consumption: a population-based survey." *Prev Med*, 42(5): 348-353.

Chaoyang, L.I., Ford, E.S., Mokdad, A.H., Jiles, R. et W.H. Giles. (2007). "Clustering of multiple healthy lifestyle habits and health-related quality of life among U.S. adults with diabetes." *Diabetes Care*. 30(7): 1770-1776.

Fine, L.J., Philogene, G.S., Gramling, R., Coups, E.J. et S. Sinha. (2004). "Prevalence of multiple chronic disease risk factors. 2001 National Health Interview Survey." *Am J Prev Med*, 27(2 Suppl): 18-24.

Fries, J.F., Green, L.W., et S. Levine. (1989). "Health promotion and the compression of morbidity." *The Lancet*, 1(8636): 481-483.

Galán, I., Rodríguez-Artalejo, F., Tobías, A., Díez-Gañán, L., Gandarillas, A., et B. Zorrilla. (2005). "Clustering of behavior-related risk factors and its association with subjective health." *Gac Sanit*. 19(5):370-8.

Goldstein, M.G., Whitlock, E.P. et J. DePue. (2004). Planning Committee of the Addressing Multiple Behavioral Risk Factors in Primary Care Project. "Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence." *Am J Prev Med*, 27(2 Suppl):61-79.

Grundy, S.M., Pasternak, R., Greenland, P., Smith S. Jr, et V. Fuster. (1999). "AHA/ACC scientific statement: Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology." *J Am Coll Cardiol*, 34(4):1348-59.

Guralnik, J.M. et G.A. Kaplan (1989). "Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County study." *Am J Public Health*, 79(6): 703-708.

Hubert, H.B., Bloch, D.A., Oehlert, J.W. et al. (2002). "Lifestyle habits and compression of morbidity." *The Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(6): M347-M351.

LaCroix, A.Z., Guralnik, J.M., Berkman, L.F. et al. (1993). "Maintaining mobility in late life. II. Smoking, alcohol consumption, physical activity, and body mass index." *Am J Epidemiol*, 137(8): 858-869.

Laaksonen, M., Prättälä, R. et A. Karisto. (2001). "Patterns of unhealthy behaviour in Finland." *Eur J Public Health* 1(3):294-300.

McGuire, L.C., Strine, T.W., Vachirasudlekha, S., Anderson, L.A., Berry, J.T. et A.H. Mokdad. (2009). "Modifiable characteristics of a healthy lifestyle and chronic health conditions in older adults with or without serious psychological distress, 2007 Behavioral Risk Factor Surveillance System." *Int J Public Health*, 54: S84-S93.

Morley, J.E. et J.H. Flaherty. (2002). "It's never too late: health promotion and illness prevention in older persons." *The Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 57(6): M338-M342.

Portinga W. (2007). "The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in an English adult population." *Prev Med*, 44(2): 124-8.

Pronk, N.P., Anderson, L.H., Crain, A.L., Martinson, B.C., O'Connor, P.J., Sherwood, N.E. et R.R. Whitebird (2004). "Meeting recommendations for multiple healthy lifestyle factors. Prevalence, clustering, and predictors among adolescent, adult, and senior health plan members." *Am J Prev Med*, 27 (2 Suppl): 25-33.

Ramage-Morin, P.L., Shields, M, et L. Martel. (2010). *Facteurs favorables à la santé et bon état de santé chez les Canadiens du milieu à la fin de vie*. Composante des Rapports sur la santé. Santé Canada. Gouvernement du Canada. 21(3): 1-10.

Reed, D.M., Foley, D.J., White, L.R., et al. (1998). "Predictors of healthy aging in men with high life expectancies." *Am J Public Health*, 88(10): 1463-1468

Reeves, M.J. et A.P. Rafferty. (2005). "Healthy lifestyle characteristics among adults in the United States, 2000." *Arch Intern Med*, 165: 854-857.

Shields, M et L Martel. (2006). *Des aînés en bonne santé*. Statistique Canada. Supplément aux Rapports sur la santé. Ottawa. Catalogue no 82-003, volume 16 : 7-21.

Statistique Canada. (2011). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Vieillesse en santé, 2008-2009*. Ottawa, Statistique Canada. En ligne : <http://www.statcan.gc.ca>.

Schuit, J., van Loon, J., Tijhuis, M. et M. Ocke (2002). "Clustering of lifestyle risk factors in a general adult population." *Preventive Medicine*, 35: 219-224.

Chapitre 8 : participation sociale

Abu-Rayya, H.M. (2006). "Depression and social involvement among elders." *The Internet Journal of Health*, 5(1): 9.

Avlund, K., Damsgaard, M.T. et M. Osler. (2004). "Social position and functional decline among non-disabled old men and women." *European journal of public health*, 14(2): 212-216.

Bath, P.A. et A. Gardiner. (2005). "Social engagement and health and social care use and medication use among older people." *Eur J Ageing*, 2: 56-63.

Béland, F., Zunzunegui, M.V., Alvarado, B., Otero, A. et T. Del Ser. (2005). "Trajectories of cognitive decline and social relations." *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 60: 320-330.

- Bennett, K.M. (2005). "Social engagement as a longitudinal predictor of objective and subjective health." *Eur J Ageing*, 2: 48–55.
- Cardinal, L., Langlois, M. C., Gagné, D., et A. Tourigny. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : Proposition d'un modèle conceptuel*. Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 74 p. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillissementSante.pdf
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., et G. Saint-Michel. (1998). *Classification québécoise : Processus de production du handicap*. Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap. 164 p.
- Fratiglioni, L., Wang, H.X., Ericsson, K., Maytan, M. et B. Winblad. (2000). "Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study." *Lancet*, 355: 1315-1319.
- Gilmour, H. (2012). *Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada*. Rapports sur la santé, 23(4): 1-13.
- Godbout, E., Filiatrault, J., et M. Plante. (2012). La participation des aînés à des activités de bénévolat : Une revue systématique. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 79(1): 23-32.
- Gouvernement du Québec. (2009). À part entière : Pour un véritable exercice du droit à l'égalité. Québec, Gouvernement du Québec. 84 p.
En ligne : http://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Politique_a_part_entiere_Acc.pdf
- Gouvernement du Québec. (2012). *Politique et plan d'action. Vieillir et vivre ensemble : Chez-soi, dans sa communauté, au Québec*. Québec, Gouvernement du Québec. 204 p. En ligne : <http://aines.centre-du-quebec.qc.ca/wp-content/uploads/2010/04/politiquevieilliretvivreensemble.pdf>
- Maier, H. et P.L. Klumb. (2005). "Social participation and survival at older ages: is the effect driven by activity content or context." *Eur J Ageing*, 2: 31-39.
- Raymond, É., Gagné, D., Sévigny, A. et A. Tourigny. (2009). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval, 111 p.
- Statistique Canada. (2010). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Vieillesse en santé : Guide de l'utilisateur*. Gouvernement du Canada, Ottawa. En ligne : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5146#tphp
- Thomas, P.A. (2011). "Gender, social engagement, and limitations in late life." *Soc Sci Med*, 73: 1428-1435.
- Thomas, P.A. (2012). "Trajectories of social engagement and mortality in late life." *J Aging Health*, 24: 547-568.
- Van Willigen, M. (2000). "Differential benefits of volunteering across the life course." *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 55(5) : S308-318.
- Zunzunegui, M.V., Alvarado, B.E., Delser, T. et A. Otero. (2003). "Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults." *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 58(2): S93-S100.

Conclusion

Cardinal, L., Langlois, M.C., Gagné, D, et A. Tourigny (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et Institut national de santé publique du Québec. 58 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de la statistique du Québec (2011). *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 156 p.

Richard L., Barthélémy L., Tremblay M. -C., Pin S., Gauvin L. (2013) *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-québécoise*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action. 112 p.

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca