

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC 87



LES CAHIERS  
DE RECHERCHE

WA  
900  
DC2.1  
Q44  
E87  
N.5  
1991

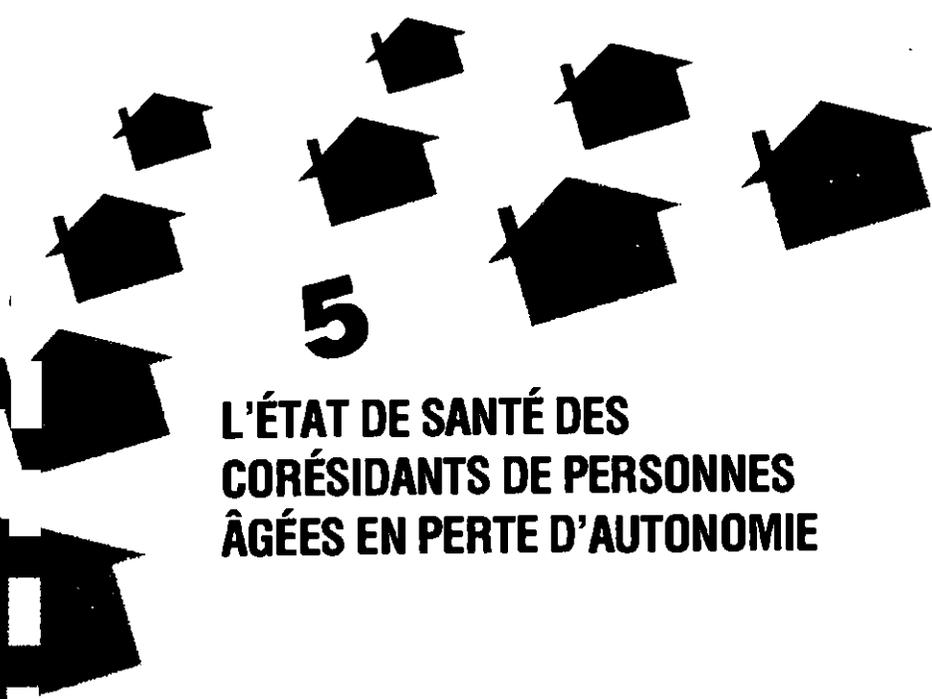
INSPQ - Montréal



3 5567 00003 1184

Québec 

**ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC 87**



**5**

**L'ÉTAT DE SANTÉ DES  
CORÉSIDENTS DE PERSONNES  
ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE**

**SYLVIE JUTRAS,  
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL  
JEAN-PIERRE LAVOIE,  
DSC-VERDUN**

**Institut national de santé publique du Québec  
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200  
Montréal (Québec) H2J 3G8  
Tél.: (514) 597-0606**



**Gouvernement du Québec  
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux**



## **AVANT-PROPOS**

Cette publication sur l'état de service des corésidents de personnes âgées en perte d'autonomie s'inscrit dans la suite des travaux effectués à partir de l'enquête Santé Québec de 1987. Elle constitue le cinquième numéro d'une série de cahiers de recherche consacrés à la présentation des données et à l'évaluation des diverses méthodes de cueillette et d'analyse autour de cette enquête.

Les cahiers de recherche s'adressent particulièrement aux chercheurs, aux planificateurs, aux intervenants et aux administrateurs du domaine de la santé et des services sociaux. Ils ont pour objectifs de diffuser les connaissances sur ces sujets et de favoriser la discussion et la réflexion autour des enquêtes de santé.

Les auteurs de ces cahiers viennent de différents milieux: départements de santé communautaire, groupes de recherche universitaires, ministères, etc... Santé Québec assure la coordination de la révision, de l'édition et de la distribution de ces travaux. Chaque texte fait l'objet d'une révision par un groupe de lecteurs externes choisis en fonction du thème particulier à l'étude. Ce texte a été relu par Mona Baumgarten de l'Hôpital Ste-Justine ainsi que Louise Garant et Mario Bolduc du MSSS.

### **L'ENQUÊTE**

L'enquête Santé Québec a été financée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les 32 départements de santé communautaire. Elle visait à recueillir des données inédites pouvant être directement utilisées dans l'évaluation de l'état sanitaire de la population, de ses besoins en soins et services et dans la définition des populations à risque.

Elle s'est effectuée au cours de l'année 1987, en huit périodes de cueillette consécutives. Elle a rejoint 32 000 personnes réparties dans plus de 11 000 ménages privés sur l'ensemble du territoire québécois, à l'exception de la région du Nouveau-Québec et des réserves indiennes. L'échantillon des ménages s'est fait à partir d'unités primaires d'échantillonnage elles-mêmes établies après un découpage du Québec en 11 régions socio-sanitaires puis en 32 DSC. Toutes les personnes du ménage étaient sélectionnées pour l'enquête.

Se situant dans la lignée du modèle de l'Enquête Santé Canada de 1978-1979, l'enquête Santé Québec a adopté la définition globale de la santé telle que présentée dans le rapport Lalonde:

«...un état de bien-être suffisant pour accomplir de façon adéquate un certain niveau d'activités physiques, mentales et sociales, en prenant l'âge en considération.»

Elle cherche à décrire les déterminants de la santé, l'état de santé tant physique que psychologique ainsi que ses conséquences sur la consommation de services et sur la fonctionnalité.

## THÈMES RETENUS POUR L'ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC (1987) (\*)

DÉTERMINANTS	ÉTAT DE SANTÉ		CONSÉQUENCES
habitudes de vie	physique	perçu/observé	consommation
antécédents	psychologique	positif/négatif	conséquences sur la fonctionnalité
environnement	social		
SUJETS SPÉCIFIQUES			
HABITUDES DE VIE	SANTÉ PHYSIQUE		CONSOMMATION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• consommation d'alcool</li> <li>• usage du tabac</li> <li>• activités physiques</li> <li>• usage de véhicules-moteurs</li> <li>• sommeil</li> <li>• prévention féminine</li> <li>• usage des drogues</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• limitation d'activité</li> <li>• problèmes de courte durée</li> <li>• problèmes chroniques</li> <li>• audition/vision</li> <li>• accidents/blessures</li> <li>• incapacités</li> <li>• perception générale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• professionnels rencontrés</li> <li>• lieu de consultation</li> <li>• usage de médicaments</li> </ul>	
ANTÉCÉDENTS	SANTÉ PSYCHOLOGIQUE		CONSÉQUENCES SUR LA FONCTIONNALITÉ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• antécédents personnels</li> <li>• antécédents familiaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• suicide</li> <li>• troubles psychologiques</li> <li>• santé mentale positive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• journée d'incapacité</li> <li>• mobilité</li> <li>• besoin d'aide</li> <li>• impact sur les rôles</li> </ul>	
ENVIRONNEMENT	SANTÉ SOCIALE		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• travail</li> <li>• revenu</li> <li>• âge</li> <li>• sexe</li> <li>• scolarité</li> <li>• soutien social</li> <li>• événements stressants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• problèmes sociaux</li> </ul>		

\* Cette liste s'inspire du modèle de l'Enquête Santé Canada

Les renseignements sur la santé, l'incapacité et la consommation de soins pour toutes les personnes d'un même ménage ont été recueillis auprès d'un répondant à l'aide d'un questionnaire rempli par un interviewer. Les données portant sur les habitudes de vie, l'environnement social et la santé psychologique faisaient l'objet d'un questionnaire auto-administré qui s'adressait aux personnes âgées de 15 ans et plus. Le taux de réponse global a été de 87,3%.

Santé Québec a publié en juillet 1988 les «Faits saillants» de l'enquête. En octobre 1988 un rapport en deux tomes «Et la santé, ça va?» et en mai 1989 une série de six monographies sur différents sous-groupes de la population québécoise ont été édités par les Publications du Québec. De plus, huit cahiers techniques sur divers aspects de la réalisation de l'enquête et de l'exploitation de ses données ont été produits à Santé Québec.

***Alne Émond***

directeure

## **REMERCIEMENTS**

Nous remercions Santé Québec dont la subvention a permis la réalisation de cette recherche. Nous tenons également à remercier certaines personnes qui ont collaboré étroitement à ce projet: Richard Cousineau et France Veilleux, comme assistants de recherche, Jean Lambert comme consultant statisticien, Alméria Mercier pour son travail informatique et Jocelyne Boivin pour le repérage et le traitement bibliographique. Nous désirons souligner de plus la précieuse collaboration de Louise Guyon de Santé Québec, ainsi que celle de toutes les personnes ayant participé de près ou de loin à la réalisation de ce projet. Nous remercions finalement Lyne Brown pour son travail de dactylographie.

Ce projet a bénéficié d'un financement de Santé Québec dans le cadre du Fonds de subvention Santé Québec 1988-1989.

# TABLE DES MATIÈRES:

<b>INTRODUCTION</b> .....	13
<b>L'ÉTAT DE SANTÉ DES AIDANTS</b> .....	18
1.1 Résultats des travaux antérieurs .....	18
1.1.1 Études descriptives sans comparaison .....	18
1.1.2 Études basées sur le recours aux normes .....	19
1.1.3 Études basées sur la comparaison de deux populations d'aidants .....	20
1.1.4 Études basées sur le recours aux témoins .....	21
1.1.5 Études basées sur des preuves indirectes .....	22
1.1.5.1 Stress et santé .....	22
1.1.5.2 Fardeau et santé .....	23
1.2 Limites des travaux antérieurs .....	23
1.2.1 Lacunes du point de vue de la validité interne .....	24
1.2.2 Lacunes du point de vue de la définition de la variable dépendante .....	25
1.2.3 Lacunes du point de vue du pouvoir statistique .....	25
1.2.4 Lacunes du point de vue des fondements des comparaisons effectuées .....	26
1.2.5 Lacunes du point de vue de la validité externe .....	26
1.3 Hypothèses alternatives .....	26
1.4 Conclusion sur les limites observées .....	28
<b>MÉTHODES</b> .....	30
2.1 Population cible et populations témoins .....	30
2.2 Échantillon .....	31
2.3 Variables à l'étude .....	31
2.4 Devis de recherche .....	31
2.5 Analyses statistiques .....	34
2.5.1 Statistiques descriptives .....	34
2.5.2 Analyses statistiques .....	34

<b>PORTRAIT DES CORÉSIDENTS ET DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE .....</b>	<b>37</b>
3.1 Portrait des corésidents .....	37
3.2 Portrait des personnes âgées en perte d'autonomie .....	39
<b>COMPARAISON DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION CIBLE À CELUI DES DEUX GROUPES TÉMOINS .....</b>	<b>41</b>
4.1 État de santé perçu .....	42
4.2 Santé physique observée .....	42
4.3 Santé psychologique .....	44
4.4 Consommation de services .....	46
4.5 Consommation de médicaments .....	46
4.6 Fonctionnalité .....	46
4.7 Conclusion .....	47
<b>INFLUENCE DU TYPE DE PROBLÈME DE LA PERSONNE AIDÉE ET DU LIEN ENTRE LE CORÉSIDENT ET L'AIDÉ SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DU CORÉSIDENT .....</b>	<b>50</b>
5.1 État de santé du corésident et type de perte d'autonomie .....	50
5.2 État de santé perçu .....	51
5.3 Santé physique observée .....	51
5.4 Santé psychologique .....	53
5.5 Consommation de services, consommation de médicaments et fonctionnalité .....	54
5.6 État de santé du corésident et lien avec la personne âgée .....	54
5.7 Conclusion .....	55
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>57</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>62</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>68</b>

# LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 2.1</b> -	Variable à l'étude .....	32
<b>Tableau 2.2</b> -	Effectifs des sujets selon les critères d'appariement .....	34
<b>Tableau 3.1</b> -	Principales caractéristiques socio-démogra- phiques du groupe des corésidents et des 2 groupes témoins, Québec 1987 .....	38
<b>Tableau 4.1</b> -	Prévalence brute (%) d'incapacités ou condi- tions chroniques et de problèmes de santé spécifiques et ratios de cote correspondants chez les trois groupes étudiés, Québec 1987 ..	43
<b>Tableau 4.2</b> -	Prévalence brute (%) de bien-être psycholo- gique faible et des troubles mentaux et ratios de cote correspondants, moyennes brutes de l'indice de détresse psychologique (Hfeld) et coefficients correspondants chez les trois groupes étudiés, Québec 1987 .....	45
<b>10</b> <b>Tableau 5.1</b> -	Prévalence brute (%) de problèmes de santé spécifiques et ratios de cote correspondants chez les corésidents selon le type de problème de l'aidé, Québec 1987 .....	52
<b>Tableau 5.2</b> -	Prévalence brute (%) de troubles mentaux chez les corésidents, selon le type de problème de l'aidé et le sexe des corésidents, Québec 1987 .....	53

## LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1.1 -** Prévalence brute (%) de moins bonne perception de la santé, de répondants se déclarant moins heureux, plus stressés et moins satisfaits de leur état de santé et ratios de cote correspondants chez les trois groupes étudiés, Québec 1987 ..... 69
- Annexe 1.2 -** Prévalence brute (%) d'incapacité ou conditions chroniques, de limitation dans les activités, de la présence d'au moins un problème de santé et de problèmes de santé spécifiques et ratios de cote correspondants chez les trois groupes étudiés, Québec 1987 ..... 70
- Annexe 1.3 -** Prévalence brute (%) de bien-être psychologique faible et des troubles mentaux et ratios de cote correspondants, moyennes brutes de l'indice de détresse psychologique (Hfeld) et coefficients correspondants chez les trois groupes étudiés, Québec 1987 ..... 71
- Annexe 1.4 -** Prévalence brute (%) du recours aux services, de la consommation de tranquillisants et d'incapacité suite aux problèmes de santé et ratios de cote correspondants chez les trois groupes étudiés, Québec 1987 ..... 72
- Annexe 2.1 -** Prévalence brute (%) de moins bonne perception de la santé, de répondants se déclarant moins heureux, plus stressés et moins satisfaits de leur état de santé et ratios de cote correspondants chez les corésidents selon le type de problème de l'aidé, Québec 1987 ..... 73
- Annexe 2.2 -** Prévalence brute (%) d'incapacités ou conditions chroniques de limitation dans les activités de la présence d'au moins un problème de santé et de problèmes de santé spécifiques et ratios de cote correspondants chez le corésident selon le type de problème de l'aidé, Québec 1987 ... 74

<b>Annexe 2.3 -</b>	Prévalence brute (%) d'un indice de bien-être psychologique et des troubles mentaux et les ratios de cote correspondants, niveaux bruts et ajustés de détresse psychologique chez les corésidents selon le type de problème de l'aidé, Québec 1987 .....	75
<b>Annexe 2.4 -</b>	Prévalence brute (%) du recours aux services, de la consommation de tranquillisants et d'incapacité suite aux problèmes de santé et ratios de cote correspondants selon le type de perte d'autonomie, Québec 1987 .....	76
<b>Annexe 3.1 -</b>	Prévalence brute (%) de moins bonne perception de la santé, de répondants se déclarant moins heureux, plus stressés et moins satisfaits de leur état de santé et ratios de cote correspondants chez les corésidents selon le lien avec l'aidé .....	77
<b>Annexe 3.2 -</b>	Prévalence brute (%) d'incapacité ou de conditions chroniques, de limitation dans les activités, de la présence d'au moins un problème de santé et de problèmes de santé spécifiques et ratios de cote correspondants chez les corésidents selon le lien avec l'aidé, Québec 1987 .....	78
<b>Annexe 3.3 -</b>	Prévalence brute (%) d'un indice de bien-être psychologique et des troubles mentaux et les ratios de cote correspondants, niveaux bruts et ajustés de détresse psychologique chez les corésidents selon le lien avec l'aidé, Québec 1987 .....	79
<b>Annexe 3.4 -</b>	Prévalence brute (%) du recours aux services, de la consommation de tranquillisants et d'incapacité suite aux problèmes de santé chez les corésidents selon le lien avec l'aidé, Québec 1987 .....	80

# INTRODUCTION

En Occident, l'heure est à la reconnaissance de l'assistance que fournissent les membres du réseau personnel aux personnes âgées en perte d'autonomie. Dans un contexte où le nombre de personnes âgées va croissant, où les ressources financières sont limitées et où l'institutionnalisation est perçue comme un mode de prise en charge de dernier ressort, les gouvernements sont intéressés à promouvoir l'assistance du milieu familial et communautaire. En reconnaissant les aidants naturels comme des dispensateurs de soins et services, les planificateurs de services de santé ont été amenés à prendre conscience des difficultés associées à la situation d'aidant naturel. Au cours des dernières années, ces difficultés ont été largement étudiées dans différents contextes culturels et selon diverses approches. L'intérêt pour les planificateurs de services de connaître l'impact de la situation d'aidant naturel est double. D'une part, il y a nécessité d'estimer le potentiel réel d'assistance pouvant être fournie par ce réseau. D'autre part, il s'agit d'éviter l'épuisement des aidants résultant en de nouveaux problèmes de santé devant être pris en charge par le réseau public et conduisant éventuellement à l'arrêt de la dispensation de soins et services et à l'institutionnalisation de la personne âgée.

Les premiers travaux sur l'assistance du réseau familial auprès des personnes âgées en perte d'autonomie ont porté sur des descriptions de l'aide prodiguée par les familles, principalement pour dissiper le mythe de l'abandon des parents âgés par la famille (Shanas, 1979). Puis, rapidement, les recherches se sont multipliées pour décrire les conséquences difficiles de la situation d'assistance, ce qui a été identifié comme le fardeau de l'aidant («caregiver burden»). C'est ce que nous nommons la première génération de recherches sur les conséquences de l'assistance.

Ces travaux indiquent que les aidants naturels vivent des difficultés à différents égards. Ils éprouvent du stress, de la fatigue, du découragement. Ils ont souvent de la difficulté à concilier leur rôle d'aidant à leurs autres rôles. En particulier, l'on rapporte que les aidants sont exposés à des conflits avec les membres de leur famille, à une perturbation de leur routine normale et éprouvent des difficultés à poursuivre leurs activités professionnelles. Enfin, les difficultés vécues par les aidants naturels se répercuteraient sur leur état de santé physique et mentale. Le terme parapluie de «fardeau» recouvre l'ensemble de ces difficultés.

La deuxième génération de recherches porte sur les facteurs multiples pouvant influencer le fardeau ressenti. Ces travaux sont

extrêmement nombreux; nous en résumons dans les paragraphes suivants les principales conclusions.

Si le terme unique de «fardeau» est utile pour rendre compte d'une réalité, il possède le défaut de sa qualité: clair et imagé, il est porteur d'un sens sans que l'on ait véritablement cherché à faire consensus sur sa signification et son interprétation au plan empirique. Aussi, les définitions opérationnelles varient-elles d'une étude à l'autre, les unes portant sur le stress déclaré, les autres sur un ensemble d'indicateurs mesurant les conséquences difficiles de la situation d'aidant. Néanmoins, plusieurs recherches ont été effectuées afin de déterminer les facteurs susceptibles d'influencer le fardeau ou les conséquences pénibles de l'assistance telles que vécues par l'aidant. Recensant les écrits portant sur cette deuxième génération de recherches sur le fardeau, Jutras et Veilleux (1991) classent l'ensemble des facteurs étudiés en quatre catégories: les variables liées aux tâches effectuées par l'aidant, les caractéristiques de la personne âgée, les caractéristiques de l'aidant et enfin, les variables liées à l'interaction entre l'aidant et l'aidé. Rappelons les principales conclusions rapportées par les auteurs à propos de l'influence de ces variables sur le fardeau de l'aidant.

14 Tout d'abord, le degré global d'assistance apportée par l'aidant influence le fardeau perçu (Cantor, 1983; Jutras et Veilleux, 1991). L'assistance pour les activités de la vie quotidienne est également positivement reliée au fardeau (Clark et Rakowski, 1983; Jutras et Veilleux, 1991). Plusieurs auteurs rapportent enfin que le fait de devoir interagir avec les professionnels du réseau public de soins est, pour diverses raisons, associé à un fardeau plus lourd pour l'aidant (Brody, 1979; Clark et Rakowski, 1983; Fisher, 1985; Fisher et Hoffman, 1984; Jutras et Veilleux, 1991; Shanas et Sussman, 1981).

Règle générale, moins la personne âgée est autonome et moins elle est en santé, plus le fardeau de l'aidant est lourd (Cicirelli, 1981; Horowitz, 1985; Jutras et Veilleux, 1991; Newman [1976: voir Hawranick, 1985]; Poulshock [1982: voir Doty, 1986]; Robinson et Thurnher, 1979).

Plusieurs caractéristiques de l'aidant semblent influencer la perception de son fardeau. Parmi celles-ci, l'âge serait positivement relié au fardeau (Cicirelli, 1980 [voir Doty, 1986]; Fengler et Goodrich, 1979; Gelfand, Olsen et Block, 1978; Jutras et Veilleux, 1991; Stryckman et Paré-Morin, 1985). Plusieurs auteurs rapportent que les aidantes éprouvent un fardeau plus important que les aidants, particulièrement s'il s'agit de conjointes aidantes (Fengler et Goodrich, 1979; Golodetz et coll., 1969; Johnson, 1983: voir Noelker et Wallace,

1985; Marcus et Jaeger, 1984; Noelker et Wallace, 1985; U.S. House of Representatives, 1988). Cependant, Jutras et Veilleux (1991) rapportent au contraire que les aidants et les aidantes éprouvent un même degré de fardeau sauf en ce qui concerne le fardeau au plan professionnel: ce dernier est plus important chez les conjoints aidants que chez les conjointes aidantes. Plusieurs auteurs affirment que le fait de devoir concilier assistance à un parent âgé et responsabilités familiales et professionnelles ajoute au fardeau perçu (Brody, 1985; Clark et Rakowski, 1983; Hawranick, 1985; Noelker et Wallace, 1985; Rosenthal, 1987). Par contre, Jutras et Veilleux (1991) n'ont pas observé de relation entre les obligations familiales (vivre avec un conjoint et vivre avec un enfant) et le degré de fardeau ressenti. De plus, elles rapportent que ce sont les aidants qui n'exercent pas de travail rémunéré qui éprouvent le plus de fardeau, en raison de la somme d'assistance fournie.

Diverses variables caractérisant l'interaction entre l'aidant et l'aidé semblent influencer le fardeau de l'aidant. Selon plusieurs auteurs, plus la relation est étroite entre les deux, plus le fardeau est grand (Cantor, 1983; George et Gwyther, 1986; Gilhooly, 1984; Stryckman et Paré-Morin, 1985; Viens, 1988). Jutras et Veilleux (1991) rapportent au contraire que ceux qui épouvent le plus de fardeau sont les aidants ayant le lien de parenté le plus éloigné de l'aidé. Le niveau de responsabilité assumée par l'aidant influence par ailleurs son fardeau; c'est ce que rapportent Clark et Rakowski (1983), Hawranick (1985) et Jutras et Veilleux (1991).

Une variable particulièrement influente sur le fardeau est la cohabitation aidant/aidé (Fisher et Hoffman, 1984; Kovar, 1986; voir U.S. House of Representatives, 1988; Jutras et Veilleux, 1991; Paquette, 1988). Jutras et Veilleux (1991) ont observé une corrélation chez les aidants non conjoints, entre le fardeau et la cohabitation, qui persiste même en contrôlant le degré d'autonomie fonctionnelle et l'état de santé de la personne âgée. En d'autres mots, l'association observée entre la cohabitation et le fardeau ne serait pas due à une plus grande dépendance de la personne âgée ou à un plus grand engagement de la part de l'aidant. Il y aurait donc un fardeau en soi associé à la cohabitation avec un parent âgé en perte d'autonomie.

Enfin, la contribution d'autres membres du réseau personnel diminue le fardeau ressenti (Jutras et Veilleux, 1991; Zarit, Reever et Bach-Peterson, 1980). L'aidant qui assiste un parent qui reçoit de l'assistance d'autres membres de la famille bénéficie directement ou indirectement du soutien social des membres du réseau. Il peut bénéficier de soutien dit tangible si sa tâche se trouve réduite par la contribution des autres ou encore de soutien sur différents plans (estime de soi, information, soutien émotif).

Le bilan des connaissances générées par les travaux de la deuxième génération est imposant: même si les résultats ne convergent pas toujours, probablement en partie en raison de la multiplicité des mesures du fardeau, certaines tendances apparaissent nettement. Cependant, ces travaux nous laissent sans réponse quant à une question fondamentale, celle de l'impact de l'assistance sur la morbidité des aidants.

Cette question est au coeur des travaux de la troisième génération de recherches sur les conséquences de l'assistance sur l'aidant. La présente recherche s'inscrit dans cette dernière génération.

La présente recherche poursuit quatre objectifs spécifiques. Le premier est de nature essentiellement descriptive:

(1) brosser le portrait des personnes qui résident avec une personne âgée de 55 ans et plus en perte d'autonomie.

Le deuxième objectif vise à comparer l'état de santé des corésidants à celui de groupes témoins:

(2) comparer l'état de santé des corésidants à celui de deux groupes témoins, le premier composé d'individus résidant avec une personne âgée de 55 ans et plus ne présentant pas de perte d'autonomie et un second, composé d'individus ne résidant pas avec une personne de 55 ans et plus.

Enfin, les deux derniers objectifs visent à identifier d'éventuelles différences à l'intérieur du groupe des corésidants:

(3) comparer l'état de santé des corésidants selon le type de perte d'autonomie de la personne âgée;

(4) comparer l'état de santé des corésidants selon le lien de parenté du corésidant et de la personne âgée.

Cette recherche est de nature exploratoire, du moins en partie. Outre les problèmes de santé abordés par d'autres études, elle profite du fait que l'Enquête Santé Québec dresse un portrait relativement complet de l'état de santé des personnes enquêtées. Il est alors possible de comparer les corésidants à des témoins sur un nombre important de problèmes de santé, ce que très peu d'études ont pu faire jusqu'à maintenant.

Le présent rapport de recherche débute par un bilan des connaissances concernant l'impact de la situation des aidants naturels sur leur état de santé. Après avoir exposé les méthodes de

recherche au deuxième chapitre, le troisième est consacré à une brève description des caractéristiques socio-démographiques des aidants naturels enquêtés ainsi qu'à la description du problème de la personne aidée. Ce chapitre correspond au premier objectif de cette étude. Le chapitre 4 répond au deuxième objectif, soit la comparaison de l'état de santé des corésidents à celui des membres des deux groupes témoins. Enfin, les résultats relatifs aux deux derniers objectifs sont présentés au chapitre 5. On y analyse l'état de santé des corésidents selon la nature du problème de l'aidé et le lien entre l'aidé et le corésident.

# L'ÉTAT DE SANTÉ DES AIDANTS

## 1.1 Résultats des travaux antérieurs

Quels sont les principaux éléments de preuve appuyant l'hypothèse selon laquelle l'assistance engendre une détérioration de la santé physique et mentale de l'aidant? Les chercheurs ont employé diverses stratégies pour vérifier cette hypothèse. Les conclusions ne présentent pas toutes le même degré de validité et, par ailleurs, elles ne convergent pas de façon absolument convaincante. Enfin, les populations d'aidants varient d'une étude à l'autre. Toutefois, nous examinons dans les paragraphes suivants les principales approches utilisées, ainsi que les résultats obtenus.

### 1.1.1 Études descriptives sans comparaison

Plusieurs études sur l'impact de l'assistance sur l'état de santé reposent sur les perceptions d'aidants quant à leur santé. Cette approche est courante, surtout jusque vers la fin des années 80. Citons deux exemples.

Snyder et Keefe (1985) rapportent que près de 70% des aidants de leur échantillon (n=117) croient que leur santé a été négativement affectée par la situation d'assistance. De plus, le degré d'incapacité de l'aidé (un indicateur indirect de la charge de l'aidant) est significativement relié à la présence de problèmes de santé chez l'aidant. Les aidants rapportent des problèmes de santé divers et des changements négatifs dans leurs habitudes de vie: incapacité de pratiquer régulièrement de l'exercice, la perte de temps pour soi, le manque d'intérêt pour quoi que ce soit, la perte d'une vie sexuelle, la perte d'amis. Tous ces changements pourraient avoir des répercussions sur l'état de santé d'après ce que l'on connaît du rapport entre habitudes de vie et santé. La preuve demeure indirecte.

L'argument du stress est aussi employé. Ainsi, Chenowetz et Spencer (1986) concluent que la majorité des familles de patients souffrant de démence éprouvent beaucoup de stress émotif tout au long de la maladie du patient, ce qui pourrait avoir des répercussions négatives sur leur état de santé.

### 1.1.2 Études basées sur le recours aux normes

Dans cette approche, l'on compare des données recueillies auprès d'aidants à des données antérieurement établies et portant sur une population générale, parfois spécifique (par exemple, des personnes âgées d'une même région).

Dans leur étude réalisée auprès de 510 sujets, George et Gwyther (1986) rapportent que la santé physique des aidants se compare à celle du groupe de comparaison (formé de personnes âgées): les aidants n'ont pas davantage utilisé les services médicaux au cours des six derniers mois et n'évaluent pas leur santé plus négativement que le groupe de comparaison. À notre avis, l'indice de consommation est plutôt inadéquat parce que les aidants peuvent avoir plus de difficulté à visiter le médecin (surcharge, nécessité de surveiller l'aidé en tout temps); il en est question plus loin. George et Gwyther concluent, par contre, que la santé mentale des aidants est moins bonne que celle du groupe de comparaison: les aidants rapportent trois fois plus de symptômes reliés au stress, ils ont des cotes d'équilibre de l'affect et des cotes de satisfaction par rapport à la vie de beaucoup inférieures au groupe de comparaison et sont plus nombreux à avoir consommé des psychotropes au cours des six derniers mois.

Utilisant le «Brief Symptom Inventory» (BSI), Anthony-Bergstone, Zarit et Gatz (1988) ont montré que les aidants obtiennent, par rapport aux normes établies, des scores plus élevés sur plusieurs sous-échelles, indiquant ainsi une plus grande détresse psychologique chez les aidants. Notons que des différences sont observées au plan de l'âge et du sexe.

Pruchno et Potashnik (1989) comparent les indicateurs de santé physique de 315 conjoints et conjointes de personnes atteintes de démence de type Alzheimer à ceux établis pour une population générale, en contrôlant pour l'âge et le sexe. Les aidants se trouvent moins nombreux à évaluer leur santé comme excellente et la majorité des aidants (75,8%) évaluent leur propre santé comme semblable ou moins bonne que celle de leur conjoint malade.

En fait, comparés à la population générale, les aidants rapportent des taux plus élevés de diabète, d'arthrite, d'ulcère et d'anémie. Les femmes aidantes rapportent des taux plus élevés d'hypertension et de problèmes cardiaques à ceux rapportés par les femmes de la population générale. Pourtant, les aidants déclarent avoir passé moins de temps malade au lit que la population générale et rapportent

un nombre inférieur de consultations médicales. Les deux groupes déclarent avoir été hospitalisés au cours de l'année dans des proportions identiques, mais, chez les aidants, le nombre de jours passés à l'hôpital est inférieur. Pruchno et Potashnik interprètent la contradiction entre les taux de morbidité supérieure et les taux de consultation inférieure des aidants par une incapacité à trouver le temps pour s'occuper de leurs problèmes et à trouver une relève pour assurer les soins au conjoint. Par ailleurs, selon les auteures, les problèmes cardiaques et d'hypertension pourraient trouver leur origine dans l'environnement physique et psychosocial des aidants, tout comme l'arthrite rhumatoïde pourrait résulter d'un échec des mécanismes de défense et de la présence de détresse psychologique.

Pruchno et Potashnik (1989) observent, par ailleurs, des différences notoires entre les aidants et le groupe de comparaison au plan de la santé mentale. Les conjoints aidants sont plus déprimés, expriment de plus hauts niveaux d'affect négatif, consomment davantage de psychotropes (cette différence est surtout reliée à la consommation des femmes) et ont davantage de symptômes de détresse psychologique que la population générale.

Des études basées sur la comparaison d'aidants avec des normes préétablies ont également été effectuées au Québec. Selon Lauzon (1988), les aidants (n=38) d'un conjoint atteint de la maladie d'Alzheimer éprouvent plus de problèmes de santé physique et mentale que la population générale et consomment davantage de médicaments.

### **1.1.3 Études basées sur la comparaison de deux populations d'aidants**

Une autre approche consiste à comparer des données recueillies auprès de deux groupes d'aidants vivant une situation différente pour faire ressortir l'impact de certaines situations sur la santé. Une préoccupation courante concerne la présence de différences éventuelles entre les aidants de personnes souffrant de problèmes cognitifs et les aidants de personnes n'en souffrant pas. La quasi-totalité de ces études portent sur la santé mentale des aidants (stress ressenti, détresse psychologique, dépression) (Baillie et coll., 1988; Deimling et Bass, 1986; Gilhooly, 1984; Pearson et coll., 1988; Stommel et coll. 1990). Signalons, à titre d'exemple, les travaux de Gallagher et coll. (1989) qui ne rapportent pas de différences au plan de la détresse psychologique éprouvée par les aidants (n=102) de personnes atteintes de démence de type Alzheimer et les aidants (n=72) de personnes qui n'en sont pas atteintes.

On peut penser que la tâche d'un aidant d'une personne vivant dans la communauté est plus lourde que celle d'un aidant d'une personne vivant en institution; ce qui pourrait avoir un impact différentiel sur la santé des aidants. Dans une étude basée sur un échantillonnage aléatoire à la grandeur du Québec, Renaud, Jutras et Bouchard (1987) ont comparé l'état de santé rapporté par un échantillon d'aidants de personnes âgées vivant à domicile (n=294) à celui rapporté par un échantillon d'aidants de personnes âgées hébergées (centre d'accueil, hôpital, pavillon) (n=207). Les auteurs rapportent que les aidants d'une personne âgée à domicile sont plus nombreux à se déclarer en mauvaise ou très mauvaise santé (11,5%) que les autres (2,2%). Ils sont également plus nombreux que les aidants d'une personne âgée institutionnalisée à affirmer s'être sentis malades au cours du dernier mois (22,4% contre 15,2%).

#### **1.1.4 Études basées sur le recours aux témoins**

Une autre stratégie employée, quoique beaucoup moins fréquemment, repose sur la comparaison avec un véritable groupe témoin. Dans ce cas, les données sont simultanément recueillies auprès d'aidants et auprès de sujets appariés constituant un groupe témoin.

Haley et coll. (1987) comparent l'état de santé de 44 aidants de patients atteints de démence de type Alzheimer à un groupe témoin de 44 individus appariés selon l'âge, le sexe, la race et le statut civil. Les résultats obtenus concernant l'état de santé physique déclaré ne sont pas nets; cependant, les taux de consultation médicale et de prescriptions de médicaments sont plus élevés chez les aidants que chez les témoins. Haley et coll. observent par ailleurs des différences importantes au plan de la santé mentale. Par rapport aux témoins, les aidants obtiennent des scores de dépression plus élevés et sont moins satisfaits par rapport à la vie. Les aidants ne diffèrent pas des témoins du point de vue de l'étendue de leur réseau social et du nombre d'activités avec la famille mais ils se disent moins satisfaits de leur réseau. Comparant un groupe d'aidants (n=34) de personnes atteintes de démence de type Alzheimer à un groupe témoin comparable, Kiecolt-Glaser et coll. (1987) rapportent que les aidants obtiennent des scores plus élevés au BDI (Beck Depression Inventory). Ils n'observent pas toutefois de différence significative entre les deux groupes sur plusieurs autres indicateurs de santé: nombre de consultations médicales, journées de maladie, santé perçue, sommeil, soutien social, solitude. Toutefois, fait nouveau et saisissant, Kiecolt-Glaser et coll. montrent que la fonction immunitaire des aidants est moins bonne que celle des témoins et que les différences

immunologiques observées ne peuvent être attribuées à des différences nutritionnelles.

### **1.1.5 Études basées sur des preuves indirectes**

Un certain nombre de chercheurs se prononcent sur l'impact négatif de la situation d'assistance sur la santé par le biais de preuves indirectes, essentiellement en recourant à un procédé de syllogisme. Les uns insistent sur le lien empiriquement établi entre le stress et la santé dans des domaines tout autre que celui de l'assistance aux personnes en perte d'autonomie. D'autres rappellent le lien qui semble exister entre le fardeau perçu par les aidants naturels et la perception de leur santé.

#### **1.1.5.1 Stress et santé**

L'impact du stress sur le bien-être physique et mental a été maintes fois démontré (voir, entre autres, Chiriboga, Weiler, Nielsen, 1990). L'Enquête Santé Québec rapporte que «Les personnes qui n'ont pas de problème de santé atteignent assez rarement un niveau élevé dans l'échelle de stress» (Émond, 1988). Toujours selon cette enquête, la présence d'une personne malade au foyer apparaît comme un des événements les plus stressants pour tous les groupes d'âge pour les hommes comme pour les femmes. Plusieurs hypothèses explicatives ont été proposées pour expliquer la relation stress/santé. Le stress pourrait produire une usure anormale du système. Il aurait un effet inhibiteur sur le système immunitaire. Il pourrait ainsi interagir avec des faiblesses préexistantes pour déclencher la maladie. Il pourrait également influencer la maladie en modifiant de façon négative les comportements préventifs (Taylor, 1986).

Quelques chercheurs (Morycz, 1985; Noelker, Townsend et Deimling, 1984 [voir: Townsend, Noelker, Deimling et Bass, 1989]; Robinson, 1983) rapportent que, chez les aidants, un fardeau plus grand ou un stress subjectif plus grand sont associés à un moins bon état de santé mentale.

Dans une étude récente, Killeen (1990) rapporte que le niveau de stress est relié à une perception moins positive de sa santé par un échantillon de 126 aidants. Ces mêmes aidants rapportent que leur santé était de beaucoup meilleure avant le début de leur situation d'assistance. Les problèmes vécus pendant la situation d'assistance et mentionnés les plus fréquemment sont: l'hypertension artérielle et l'augmentation de la fréquence des maladies. Les autres problèmes

physiques sont le cancer, l'irritabilité intestinale, l'arthrite, le gain ou la perte de poids et l'augmentation de la consommation de tabac. Les problèmes psychologiques les plus fréquents sont l'irritabilité et la dépression. Environ un tiers des aidants mentionnent éprouver de la colère et du ressentiment.

### **1.1.5.2 Fardeau et santé**

Il est probablement juste d'affirmer que la majorité, sinon tous les travaux effectués sur le fardeau perçu reposent sur le postulat que plus le fardeau expérimenté par l'aidant est important, plus la situation présente des risques pour sa santé physique et mentale. Toutefois, seuls quelques travaux mettent explicitement en relation le fardeau avec l'état de santé. Par exemple, Pratt, Schmall, Wright et Cleland (1985) rapportent une corrélation positive entre le fardeau perçu et l'état de santé perçu par un groupe de 240 aidants (voir Gallagher et coll., 1989). De leur côté, Anthony-Bergstone, Zarit et Gatz (1988) notent que les sous-échelles du Brief Symptom Inventory (BSI) pour lesquelles les différences avec la population générale sont les plus importantes sont précisément celles qui sont les plus fortement corrélées avec le fardeau ressenti par l'aidant.

## **1.2 Limites des travaux antérieurs**

Comme nous l'avons mentionné antérieurement, les conclusions suggérées par les auteurs ne sont pas toujours convergentes et diffèrent quant à leur degré de validité. De sa recension des écrits portant sur le lien entre l'assistance à une personne âgée atteinte de démence de type Alzheimer et la santé, Baumgarten (1989) conclut qu'il est difficile de se prononcer à ce sujet et ce, pour une série de raisons principalement d'ordre méthodologique. En effet, les plans de recherche des travaux réalisés tant auprès d'aidants de personnes atteintes de démence que d'aidants de personnes vivant une perte d'autonomie au plan physique, souffrent de multiples lacunes invalidant ou susceptibles d'invalider les conclusions rapportées par les auteurs. Nous examinons dans les paragraphes suivants les principales lacunes fréquemment retrouvées dans les recherches comme celles que nous avons mentionnées plus haut. Les lacunes discutées portent sur la validité interne, la définition de la variable dépendante, la puissance statistique et les fondements des comparaisons effectuées de même que sur la validité externe.

### **1.2.1 Lacunes du point de vue de la validité interne**

Dans plusieurs recherches, les données sont recueillies par interview ou par questionnaire; les attentes du chercheur peuvent alors invalider les résultats obtenus. En effet, le chercheur peut involontairement donner au sujet des informations sur la nature des réponses escomptées, influençant ainsi le sujet à fournir des réponses conformes à ses attentes. De nombreux chercheurs ont voulu démontrer l'impact négatif de l'assistance sur la santé afin de corriger des situations difficiles ou inéquitables socialement. Ces attentes, par ailleurs légitimes d'un certain point de vue, peuvent avoir invalidé les conclusions.

Lorsque la cueillette est faite par interview ou par questionnaire, les attentes des sujets constituent une autre source d'invalidité. Il est connu que les sujets peuvent avoir tendance à afficher les réponses qu'ils croient que l'intervieweur désire ou alors à afficher les réponses qui lui donnent une image de lui-même qui le satisfasse.

L'oubli, la confusion chronologique et la confusion inférentielle sont les principaux inhibiteurs de la validité des données recueillies par interview ou par questionnaire. Or, plusieurs des résultats obtenus dans les travaux descriptifs reposent sur la perception du sujet quant à son état de santé antérieur ou quant à l'effet de sa situation d'aidant sur sa santé.

La sélection des sujets est probablement la source d'invalidité interne la plus évidente dans les plans de recherche. C'est assurément une des plus courantes dans les recherches portant sur l'assistance du milieu naturel. Les aidants, une population fort occupée et très difficile à rejoindre et à mobiliser pour des fins de recherche, sont le plus souvent recrutés à travers des groupes de formation ou d'entraide ou selon la technique dite «boule de neige». Le risque est élevé que ces sujets soient non représentatifs de la population des aidants puisque seule une petite fraction des aidants participent à de tels groupes. Les participants ont peut-être davantage besoin d'aide que les non-participants et pourraient présenter davantage de problèmes de santé mentale. Par contre, ils pourraient avoir plus confiance en leur capacités sociales. Le recrutement par la liste d'abonnés à des services spécialisés ou encore par des annonces dans les journaux est une autre source d'invalidité puisque les sujets peuvent présenter des caractéristiques particulières. Dans les études comparatives, le problème de la sélection des sujets se pose également; il s'agit ici de s'assurer que les sujets présents dans les groupes soient comparables, ce qui n'est pas toujours facile à réaliser.

Une autre source d'invalidité est la contamination due à l'absence ou à l'inadéquation des mesures de contrôle des variables parasites. Dans ce cas, le chercheur inclut involontairement une différence (par exemple, la disponibilité de services de répit) autre que celle que l'on veut étudier, différence susceptible de causer l'effet que l'on cherche à étudier. A ce sujet, Baumgarten (1989) rapporte que la moitié des études considérées dans son analyse n'ont pas contrôlé de variables parasites potentielles.

### **1.2.2 Lacunes du point de vue de la définition de la variable dépendante**

La variable dépendante, les conséquences de l'assistance ou particulièrement l'état de santé, est définie de multiples façons, reflétant ainsi, comme le suggère Baumgarten, une lacune conceptuelle importante. Si les mesures de conséquences sont inadéquates, les résultats sont évidemment sans intérêt. Certaines mesures sont à tout le moins discutables. La consommation de services de santé, par exemple, est souvent utilisée pour mesurer l'impact de la situation d'aidant sur la santé. Or, celle-ci est influencée par de nombreuses variables autres que l'état de santé. De plus, le rôle d'aidant limite ou décourage peut-être l'accès aux services (Schulz, 1990). Par ailleurs, selon Anthony-Bergstone, Zarit et Gatz (1988), la majorité des travaux sur la dépression vécue par les aidants reposent sur des échelles prenant en compte des symptômes somatiques, qui peuvent parfois être des indices de dépression. Or, les populations âgées présentent souvent de tels symptômes pour des raisons physiques tout à fait indépendantes de causes psychologiques.

### **1.2.3 Lacunes du point de vue de la puissance statistique**

Les échantillons des recherches sur l'assistance sont très souvent de petite taille. Baumgarten (1989) observe que seulement un tiers des études considérées dans sa revue critique des écrits reposent sur des échantillons suffisamment grands pour conduire à des résultats fiables. Cette lacune est également évidente dans la plupart des travaux cités plus haut.

### **1.2.4 Lacunes du point de vue des fondements des comparaisons effectuées**

Dans les recherches avec plan comparatif, les chercheurs ont recours à des normes préétablies, à la comparaison de deux populations d'aidants ou encore à des cas témoins. Chacun de ces procédés présente des avantages et des inconvénients. Cependant, dans la quasi-totalité des cas, les études sont transversales: elles portent sur un point spécifique dans le temps. Comme le soutient Baumgarten, seules des études longitudinales permettraient de déterminer véritablement l'impact de la situation d'assistance sur l'état de santé puisque l'on connaîtrait le niveau de base. On peut, en effet, faire l'hypothèse que les aidants au départ jouissent d'un état de santé supérieur à celui des personnes du même âge et du même sexe, les personnes malades ou handicapées n'étant pas en situation de devenir des aidants. La nature de la situation étudiée pourrait appeler la nécessité de poursuivre des travaux de manière longitudinale.

D'autant plus, comme on le verra dans la section suivante, qu'en raison de l'adaptation potentielle de l'aidant à sa situation, le caractère pénible de cette situation pourrait ne pas être linéaire en fonction du temps.

### **1.2.5 Lacunes du point de vue de la validité externe**

La validité interne étant un prérequis à la validité externe, cette dernière est peu assurée dans l'ensemble des travaux sur la question qui nous préoccupe. En particulier, le pouvoir de généralisation des études réalisées avec des populations non représentatives est limité.

## **1.3 Hypothèses alternatives**

Outre certaines faiblesses méthodologiques, les études antérieures approchent la situation d'aidant de façon strictement pessimiste. Se pourrait-il que, malgré le caractère difficile de la situation d'aidant, celle-ci n'ait pas d'impact négatif sur sa santé? Quels facteurs pourraient intervenir pour réduire ou empêcher cet effet? L'assistance pourrait-elle même avoir un effet positif? Par ailleurs, l'effet de l'assistance sur la santé ne pourrait-il pas être variable dans le temps en fonction de l'adaptation de l'aidant et donc difficile à discerner dans les recherches avec devis transversal? Enfin, l'impact de l'assistance n'est-il pas médiatisé par des différences individuelles?

Considérons d'abord une première hypothèse alternative, la possibilité que l'assistance ait une fonction protectrice. Les aspects bénéfiques de la situation d'aidant ont peu été étudiés. Pourtant, les aidants tirent certains gains de leur engagement, gains qui pourraient se répercuter positivement sur leur santé. Les individus qui habitent avec un conjoint qu'ils assistent bénéficient à divers degrés de l'«effet du mariage», une forme spécifique de soutien social. Plusieurs sondages indiquent en effet que les gens mariés sont plus en santé et plus heureux que les non-mariés (Rodin, 1985). Pourquoi? L'on pense que la vie de couple favorise le renforcement mutuel des comportements préventifs des conjoints, qu'un meilleur état de santé pourrait être la conséquence de comportements préventifs plus marqués de la part d'individus qui se sentent responsables d'autrui ou encore que la présence d'autrui diminuerait l'attention accordée à ses propres problèmes physiques.

La situation d'aidant procure de la compagnie, donnant ainsi à l'individu la possibilité de se comparer à autrui. Or, les psychologues sociaux ont montré depuis longtemps que les individus qui ne peuvent comparer leurs expériences, leurs pensées et leurs sentiments à ceux d'un proche se sentent plus tendus (voir Festinger, 1954).

Les psychologues sociaux ont montré que l'action sociale positive (ou l'altruisme) s'accompagne de gains sur différents plans (Gergen et Gergen, 1984). Le donneur peut avoir une meilleure image de lui-même, il se sent bon et utile. Ainsi, rappelle Schulz (1990), près des trois quarts des aidants de l'étude nationale de Stone et coll. (1987) disent que cette situation a pour conséquence positive de se sentir utile. De plus, si l'aidant a des valeurs religieuses (ce qui est sans doute souvent le cas des personnes âgées aidantes), il perçoit que ses actes sont conformes à ses valeurs spirituelles, ce qui renforce son sentiment de congruence et de bien-être psychologique.

Enfin, les aidants qui habitent avec leur conjoint en perte d'autonomie ne sont pas atteints par l'«effet de veuvage». Il a en effet été montré auprès d'échantillons provenant de différents pays que le veuvage a un effet très prononcé sur la morbidité et la mortalité (Stroebe et coll., 1982).

Compte tenu des difficultés associées à l'assistance, il serait hasardeux de croire que, dans tous les cas, l'assistance a un effet positif prépondérant sur la santé. Cependant, la situation d'aidant pourrait comprendre un certain nombre de gains susceptibles d'intervenir positivement sur la santé. Malheureusement, les recher-

ches effectuées à ce jour ne permettent pas de mieux identifier le processus.

Une autre hypothèse alternative à celle de l'impact négatif de l'assistance sur la santé repose sur la possibilité d'adaptation de l'aidant à sa situation, adaptation qui serait variable dans le temps en fonction de la progression de la maladie ou de la perte d'autonomie. La situation d'assistance et ses exigences changent avec le temps. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les aidants de personnes atteintes de démence (Haley et Pardo, 1989). Les difficultés éprouvées par l'aidant pourraient changer dans le temps. D'une part, il peut apprendre à développer des stratégies pour faire face à la situation (Townsend, Noelker, Deimling et Bass, 1989). D'autre part, certains individus composent plus facilement avec les exigences des phases avancées de processus de perte d'autonomie qu'avec d'autres phases antérieures.

De plus, les gens diffèrent dans leur capacité de composer («coping») avec les difficultés. Même si Townsend, Noelker, Deimling et Bass (1989) rapportent que la tendance générale est plus à l'amélioration qu'à la détérioration au plan des difficultés psychologiques éprouvées, ils observent que les enfants adultes ne s'adaptent pas tous avec autant d'efficacité à la situation d'aidant. Il est permis de croire que ceux qui réussissent davantage à composer avec la situation d'aidant parviennent peut-être à restreindre, sinon à annihiler, l'impact négatif de la situation d'assistance.

Pour mieux comprendre l'influence des différences individuelles sur la relation entre l'assistance et la santé de l'aidant, il faudrait examiner la signification donnée par les aidants aux événements entourant l'assistance et leur habileté à rencontrer efficacement les défis qui se présentent, ce qui nous situe dans une perspective fort différente de celle de la majorité des travaux qui ont examiné le lien entre assistance et santé de l'aidant et ce qui nécessiterait, pour vérifier certaines hypothèses, des études longitudinales.

#### **1.4 Conclusion sur les limites observées**

Les limites de l'ensemble des travaux recensés sont nombreuses: les échantillons sont petits et généralement non représentatifs, les variables dépendantes utilisées sont souvent inappropriées, les groupes de comparaison sont peu fréquents et la quasi-totalité des études sont transversales. L'ensemble des recherches abordent également le champ avec des hypothèses uniquement pessimistes

(l'aide apportée par l'aidant nuit à sa santé) et linéaires (l'état de santé se détériore avec le temps et la gravité de la perte d'autonomie).

Les lacunes identifiées dans les travaux antérieurs limitent la valeur des conclusions énoncées quant aux conséquences de l'assistance sur la santé physique et psychologique des aidants. Nous avons donc cherché à concevoir un devis de recherche qui permette de contourner certaines des lacunes ou d'éviter certains biais. Dans ce contexte, la banque de Santé Québec nous est apparue comme une source précieuse de données pour étudier l'effet de l'assistance sur un aidant naturel.

# MÉTHODE

L'Enquête Santé Québec a recueilli en 1987 des informations relatives à la santé physique et psychologique auprès de plus de 11 000 foyers et plus de 32 000 personnes. Comme l'enquête recueillait l'information auprès de l'ensemble des membres du foyer, il devenait alors possible d'identifier les foyers qui comptent parmi leurs membres des personnes âgées en perte d'autonomie.

L'utilisation de la banque de données de l'Enquête Santé Québec compte de nombreux avantages. Les données recueillies auprès d'un échantillon représentatif du Québec portent sur un très grand nombre de variables relatives à la santé physique et psychologique. Compte tenu du contexte de l'enquête qui ne porte pas spécifiquement sur la problématique des aidants, les données ne risquent pas d'être influencées par les attentes des chercheurs voulant démontrer l'impact négatif de l'assistance. La taille considérable de l'échantillon, qui permet d'obtenir un nombre important de sujets, permet également la constitution de groupes témoins. Cependant, l'Enquête Santé Québec n'identifiait pas dans un foyer le ou les individus qui répondent aux critères «d'aidant naturel». Nous avons donc inféré le rôle d'aidant naturel en identifiant d'abord les ménages où réside une personne âgée nettement en perte d'autonomie. Puis, selon des critères de sélection précis, un corésidant ou une corésidante a été identifié(e). Les procédures de sélection sont expliquées ultérieurement dans ce chapitre.

## 2.1 Population cible et populations témoins

La population-cible consiste en l'ensemble des personnes âgées de 18 ans et plus, vivant avec au moins une personne âgée de 55 ans et plus, présentant une perte d'autonomie caractérisée par la présence d'au moins un des problèmes suivants:

- doit habituellement rester assise ou couchée la plus grande partie de la journée;
- a besoin d'aide pour ses besoins personnels;
- a besoin d'aide instrumentale (e.g. affaires, ménage, sorties à l'extérieur);
- connaît des périodes de confusion ou de perte de mémoire fréquentes et importantes.

Deux populations témoins sont utilisées afin de contrôler l'effet de la présence ou absence d'une personne âgée de 55 ans et plus sur

l'état de santé des corésidents. La première est composée des personnes âgées de 18 ans et plus, vivant avec au moins une personne âgée de 55 ans et plus ne présentant aucune perte d'autonomie, selon les critères donnés ci-haut (population témoin 1). La deuxième est constituée des personnes âgées de 18 ans et plus ne vivant avec aucune personne de 55 ans et plus (population témoin 2).

## **2.2 Échantillon**

Trois échantillons, représentatifs des trois populations à l'étude, sont tirés de l'échantillon global de l'Enquête Santé Québec. Ces échantillons contiennent tous les individus admissibles retrouvés dans le fichier de l'Enquête Santé Québec. On peut retrouver dans le rapport technique (#87-02) des responsables de l'Enquête Santé Québec, la méthode d'échantillonnage utilisée lors de cette enquête.

## **2.3 Variables à l'étude**

Les variables dépendantes retenues dans le cadre de cette étude concernent l'état de santé ainsi que certaines de ses répercussions. Elles sont présentées au tableau 2.1. Outre ces variables dépendantes, quelques variables concomitantes sont utilisées à des fins d'appariement (voir 2.4) ou d'ajustement lors des analyses statistiques (voir 2.5). Ces variables sont également présentées au tableau 2.1, tout comme les trois variables indépendantes d'intérêt.

## **2.4 Devis de recherche**

De par sa nature, l'Enquête Santé Québec est une étude observationnelle transversale. Par la construction des trois groupes à l'étude, il s'agit d'une étude comparative. Suite au premier rapport sur les résultats de l'Enquête Santé Québec (tome 1), il est apparu que les deux premières variables concomitantes présentées dans le tableau 2.1, soit l'âge et le sexe, influencent de façon systématique la majorité des variables dépendantes, c'est-à-dire au moins 79% de ces variables. Afin de simplifier les modèles d'analyses statistiques, les trois groupes à l'étude sont appariés en fonction de ces variables.

Lors d'un appariement, quoique des degrés de liberté pour la variance intra-groupe soient perdus, celle-ci peut être réduite substantiellement si les variables d'appariement sont associées de façon marquée à la variable dépendante. C'est la raison pour laquelle seulement deux variables concomitantes sont utilisées à des fins d'appariement.

Toutefois, avant d'apparier les trois échantillons d'individus, il faut identifier dans chaque foyer le sujet à l'étude car la personne âgée de 55 ans et plus en perte d'autonomie peut résider avec plusieurs

---

---

## **TABLEAU 2.1**

### **VARIABLES À L'ÉTUDE**

#### **Variables dépendantes**

##### **1. appréciation de la santé globale**

- *perception de l'état de santé*
- *niveau de bonheur*
- *niveau de stress ressenti*
- *satisfaction face à l'état de santé*

##### **2. santé physique**

- *indice de santé globale*
- *limite dans les activités*
- *présence de problème de santé*
- *présence de différents problèmes de santé relevés*

##### **3. santé psychologique**

- *niveau de bien-être psychologique*
- *niveau de détresse psychologique*
- *présence de troubles mentaux*

##### **4. conséquences de l'état de santé**

- *consultation au cours des quatre derniers mois pour problème de santé*
- *consultation d'un médecin généraliste au cours des deux dernières semaines*
- *consultation d'un médecin spécialiste au cours des deux dernières semaines*
- *consommation de tranquillisant*
- *présence de jours d'incapacité au cours des deux dernières semaines*

#### **Variables concomitantes**

- *âge*
- *sexe*
- *scolarité*
- *état matrimonial*
- *statut d'emploi*
- *présence d'enfants de moins de 18 ans*
- *avoir des enfants*
- *suffisance du revenu*

#### **Variables indépendantes**

- *présence/absence d'une personne âgée de 55 ans et plus en perte d'autonomie telle que caractérisée en 3.1*
  - *nature du problème de l'aidé*
  - *type de lien entre le corésidant et la personne âgée*
- 
-

personnes adultes. La sélection des sujets corésidants est restrictive afin de s'assurer le plus possible que ceux-ci soient minimalement engagés dans la dispensation de services à la personne en perte d'autonomie. À cette fin, les règles suivantes sont établies. Il y a élimination des ménages où a) toutes les personnes âgées de 18 ans et plus rencontrent au moins un critère de perte d'autonomie, ou b) au moins une personne de moins de 55 ans rencontre au moins un critère de perte d'autonomie. Dans les ménages retenus, les sujets sont sélectionnés selon le lien avec la personne en perte d'autonomie dans l'ordre de priorité suivant: 1) le conjoint, 2) le fils ou la fille, 3) le frère ou la soeur, 4) le petit-enfant et 5) une autre personne apparentée ou non, excluant les chambreurs. Dans les ménages où les deux conjoints répondent à au moins un critère de perte d'autonomie, la sélection débute avec le fils ou la fille. Enfin, les ménages où deux personnes ou plus obtiennent une même cote de priorité (par exemple une personne en perte d'autonomie vivant avec deux de ses enfants) sont exclus.

La banque de Santé Québec contient 361 ménages qui comptent au moins une personne âgée de 55 ans et plus en perte d'autonomie, telle que définie par nos quatre critères. De ceux-ci, 69 (19,1%) ménages sont éliminés: 19 (5,3%) ménages ne comptent que des personnes âgées en perte d'autonomie; pour 14 (3,9%) d'entre eux, plusieurs corésidants ont la même cote de priorité; 12 (3,3%) ménages correspondent à des familles d'accueil; 9 (2,5%) autres comptent des personnes en perte d'autonomie âgées de moins de 55 ans et 15 (4,2%) sont rejetés pour des raisons diverses. Un total de 292 individus sont ainsi appariés selon les critères présentés au tableau 2.2. Le tableau 3.1 (chapitre 3) présente les principales caractéristiques socio-démographiques du groupe des corésidants et des deux groupes témoins. Aucun sujet n'est rejeté suite à une impossibilité d'appariement.

Cette façon de procéder, semblable à celle utilisée par Soldo et Myllyluoma (1983), n'est pas sans présenter certaines limites. Ainsi, certaines erreurs de classification peuvent se présenter. D'une part, il n'est pas absolument certain que les personnes âgées sélectionnées soient vraiment en perte d'autonomie. D'autre part, le corésidant sélectionné peut ne pas être l'aidant principal de la personne âgée. L'importance des situations couvertes par les quatre questions et le fait que plus de 60% des ménages sélectionnés ne sont constitués que de deux personnes limitent ces erreurs. En ne retenant comme corésidants que des personnes ne présentant pas de perte d'autonomie, cette étude ne retient que les corésidants dont l'état de santé est le moins détérioré, ce qui pourrait minimiser les écarts éventuels entre les groupes à l'étude.

## 2.5 Analyses statistiques

### 2.5.1 Statistiques descriptives

Selon la nature des variables, les caractéristiques distributionnelles appropriées pour les variables dépendantes et concomitantes sont présentées dans la section relative aux résultats.

**TABLEAU 2.2**

#### **EFFECTIFS DES SUJETS SELON LES CRITÈRES D'APPARIEMENT**

<b>Critères</b>	<b>Témoins 1</b>	<b>Témoins 2</b>
<b>A) Sexe identique</b> Âge: $\pm 1$ an Lien identique avec la personne de 55 ans et plus	265	0
<b>B) Sexe identique</b> Âge: $\pm 1$ an	26	292
<b>C) Sexe identique</b> Âge: 6 ans de différence	1	0
<b>TOTAL</b>	292	292

### 2.5.2 Analyses statistiques

Les méthodes d'analyses utilisées varient selon la nature de la variable dépendante étudiée et selon l'objectif visé, soit la comparaison entre les corésidents et les témoins ou entre les corésidents selon le lien corésident/aidé ou la nature de la perte d'autonomie.

Pour la comparaison entre le groupe de corésidents et les groupes témoins, l'analyse de covariance est utilisée en présence d'une variable dépendante quantitative. Les variables concomitantes sont contrôlées. En présence d'une variable dépendante qualitative (nominale ou ordinale) ou d'une variable quantitative dont la distribution est fortement concentrée sur quelques valeurs, celle-ci est d'abord rendue dichotomique si elle présente plus de deux catégories. Une approche semblable à celle utilisée pour les variables quantitatives est utilisée, à savoir une régression logistique conditionnelle multiple. Les comparaisons sont menées deux à deux: le groupe des résidents avec le premier groupe témoin dans un premier temps et avec le second groupe témoin dans un second temps. Les variables concomitantes retenues sont celles qui ne risquent pas d'être influencées (ce qui implique ici causalité) par la situation de

corésidence: la scolarité, l'état matrimonial, le statut d'emploi, la présence d'enfants de moins de 18 ans.

Pour les comparaisons entre les sous-groupes de corésidents, l'analyse de covariance est utilisée en présence d'une variable dépendante quantitative tout en contrôlant au besoin les variables concomitantes. En présence d'une variable dépendante qualitative ou quantitative avec peu de valeurs différentes, la régression logistique est utilisée une fois la variable dépendante rendue dichotomique. Lors de la régression logistique, en raison de leur grand nombre, les variables concomitantes sont d'abord soumises. Celles retenues comme significativement associées aux variables dépendantes sont alors soumises avec les deux variables indépendantes, le lien corésident/aidé et la nature de la perte d'autonomie. Une variable d'interaction est également soumise à ce moment, soit l'interaction entre le sexe et la nature de la perte d'autonomie. Outre les variables concomitantes nommées ci-haut, les variables suivantes sont soumises lors des analyses: l'âge, le sexe, la taille du foyer, le fait d'avoir des enfants et la suffisance du revenu.

En raison du nombre élevé de variables dépendantes à l'étude, l'ensemble des tableaux sont mis en annexe. Les tableaux inclus dans le texte ne présentent que les variables où existent des écarts significatifs ( $p < 0,05$ ) entre les groupes. Les tableaux présentés donnent, pour toutes les variables dépendantes, les taux bruts de prévalence pour chaque groupe. Pour les analyses de covariance, les tableaux incluent les résultats des tests de Fisher et leur degré de signification statistique, ainsi que les coefficients et les intervalles de confiance associés aux groupes. Quant aux variables dichotomiques sujettes à des régressions logistiques, nous présentons les ratios de cotes et leurs intervalles de confiance. Une cote est le rapport entre la probabilité qu'un événement se produise et la probabilité qu'il ne se produise pas. Ainsi, dans un groupe de 100 personnes, si 60 connaissent un problème de santé, la cote du groupe est de 1,5 (60/40). Le ratio de cote est le rapport entre les cotes de deux groupes. Si on compare le premier groupe à un deuxième groupe de 100 personnes où 30 connaissent le problème de santé en question (donc avec une cote de  $30/70 = 0,429$ ), le ratio de cote s'établit alors à 3,5 ( $1,5/0,429$ ). Un ratio de cote de 3,5 ne signifie pas que les personnes du premier groupe aient un risque 3 fois et demi supérieur de connaître le problème de santé que les personnes du deuxième groupe. Le risque est en fait de 2, soit 60/30. Toutefois, lorsque la prévalence d'un problème de santé est faible, le ratio de cote et le risque relatif sont semblables.

Certains écarts qui paraîtront importants si l'on considère les taux bruts ne seront pas significatifs sur le plan statistique. Il faut alors comprendre que les écarts notés ne sont pas reliés au groupe, mais à des variables concomitantes qui sont contrôlées statistiquement. Ainsi, des écarts dans les taux bruts entre les corésidents conjoints et les corésidents enfants peuvent s'expliquer par le fait que les conjoints sont plus âgés.

# **PORTRAIT DES CORÉSIDENTS ET DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE**

Ce chapitre présente d'abord les caractéristiques socio-démographiques des corésidents et décrit la composition de leur foyer. Ces caractéristiques, ainsi que celles des deux groupes témoins, sont présentées au tableau 3.1. La description des caractéristiques principales des personnes âgées identifiées comme étant en perte d'autonomie clôt ce chapitre.

## **3.1 Portrait des corésidents**

Les corésidents de notre échantillon ont en moyenne 60 ans. Parmi eux, à peine 20% ont moins de 50 ans, alors que 13,7% ont 75 ans et plus. Il s'agit donc d'une population plutôt âgée. Jutras et Veilleux (1991) rapportent qu'au Québec, l'âge moyen des aidants naturels est de 40,6 ans; parmi ces derniers, 74% ont moins de 50 ans. L'étude de Jutras et Veilleux portait sur l'ensemble des aidants naturels de personnes âgées en perte d'autonomie: seuls 28% d'entre eux cohabitaient avec la personne en perte d'autonomie. En ciblant les corésidents de personnes âgées en perte d'autonomie, notre étude comporte nécessairement une proportion particulièrement importante de conjoints (67%), eux-mêmes relativement âgés. Dans 25% des cas, le corésident est un enfant de la personne âgée en perte d'autonomie.

Les femmes comptent pour 53,4% de l'échantillon. De façon constante, les recherches sur les aidants naturels concluent que les femmes représentent la forte majorité des aidants (Fisher, 1985; Fisher et Hoffman, 1984; Hawranick, 1985; Sivley et Fiegener, 1984; Stoller, 1983). Au Québec, la proportion de femmes parmi les aidants est de 67,2% (Jutras et Veilleux, 1991). Dans notre échantillon, la proportion semblable d'hommes et de femmes s'explique en raison du nombre très important de conjoints. En effet, dans un ménage où vit une personne âgée en perte d'autonomie de plus de 55 ans, en présence d'un conjoint ou d'une conjointe, ce dernier ou cette dernière est prioritairement considéré(e) comme le corésident ou la corésidente appartenant au groupe cible, c'est-à-dire celui ou celle susceptible d'apporter une assistance significative. De plus, le fait de privilégier la filiation directe dans la sélection des sujets a pour conséquence d'inclure dans le groupe cible des fils alors que les brues se retrouvent souvent aidantes principales.

**TABEAU 3.1****PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DU GROUPE DES CORÉSIDENTS ET DES DEUX GROUPES TÉMOINS, QUÉBEC, 1987**

CARACTÉRISTIQUE	CORÉSIDENTS	TÉMOINS 1	TÉMOINS 2	
<b>Âge:</b>	moyenne	60,1	60,0	60,0
	écart-type	13,7	13,7	13,7
	% de 65 ans +	40,1	41,8	39,7
<b>Sexe:</b>	% femmes	53,4	53,4	53,4
	% hommes	46,6	46,6	46,6
<b>Scolarité:</b>	moyenne	8,0*,**	8,7**	8,6*
	écart-type	3,6	3,7	3,8
<b>Suffisance du revenu</b>				
% pauvres, très pauvres	41,1**	27,3**	41,7	
% revenus moyens	52,3**	58,8**	47,6	
% riches	6,6**	13,9**	10,6	
<b>Taille du foyer</b>				
moyenne	2,5*,**	2,7*	2,2**	
écart-type	0,9	1,1	1,4	
<b>Enfants de moins de 18 ans</b>				
% présence	8,2*,**	14,4*	22,6**	
% absence	91,8*,**	85,6*	77,4**	

\* p &lt; 0,05

\*\* p &lt; 0,01

L'échantillon comprend 87,4% de francophones, 9,1% d'anglophones et 3,5% d'allophones. Ces taux se rapprochent des statistiques nationales: en 1986, 84,5% des Québécois déclaraient parler le français à la maison, alors que 14,2% donnaient l'anglais comme langue d'usage (Québec, 1989).

Les corésidents échantillonnés occupent un emploi dans 26,4% (20,8% à temps plein). Si l'on considère l'ensemble des aidants naturels québécois (résidant ou non avec la personne en perte d'autonomie), 51,9% occupent un emploi, dont 37,9% à temps plein (Jutras et Veilleux, 1991). Cette différence s'explique évidemment par la nature de notre échantillon composé majoritairement d'individus âgés et donc retraités.

L'Enquête Santé Québec établit un indice de scolarité relative, soit le niveau de scolarité atteint par un individu relativement à la scolarité des personnes du même groupe d'âge et de même sexe. La répartition des corésidents de l'échantillon est comparable dans

chaque quintile (quintile 1: 25,2%; quintile 2: 19,6%; quintile 3: 24,3%; quintile 4: 16,5%; quintile 5: 14,3%).

La suffisance du revenu est un indice obtenu à partir du revenu familial et du nombre de personnes par ménage. Parmi les corésidents échantillonnés, 10,0% appartiennent à la catégorie «très pauvres», 31,1%, à la catégorie «pauvres», 52,3%, à la catégorie «revenus moyens», 6,6%, à la catégorie «riches». A titre comparatif, signalons que les répondants de 65 ans et plus de l'Enquête Santé Québec se répartissent respectivement comme suit dans les mêmes catégories: 8,1%, 32,7%, 49,0% et 10,3%. Les distributions sont donc très semblables.

Dans presque la totalité des foyers (97,6%) où vit une personne de 55 ans et plus en perte d'autonomie, une seule répond aux critères exposés précédemment. La composition du foyer donne une idée de la présence d'aidants potentiels. Les corésidents vivent dans un foyer à deux personnes dans 67,1% des cas, à trois personnes dans 21,2% des cas et dans un foyer comprenant entre quatre et six personnes dans 11,7% des cas. Par ailleurs, 74,7% des foyers ne comprennent, mis à part le corésident, aucun autre individu âgé de 18 ans ou plus non en perte d'autonomie. Dans 17,8% des foyers, un autre individu non en perte d'autonomie est présent; 7,6% des foyers comptent deux ou trois autres individus non en perte d'autonomie.

L'échantillon comporte 77,1% d'individus déclarant vivre en couple: parmi eux 10,3% vivent avec un conjoint, tout en s'occupant du parent âgé. S'occuper d'un parent âgé en perte d'autonomie pourrait être particulièrement difficile pour ceux qui ont déjà la charge d'enfants. Notre échantillon comprend une minorité de foyers (8,2%) où vivent des enfants de moins de 18 ans.

### **3.2 Portrait des personnes âgées en perte d'autonomie**

Les lignes suivantes brossent un portrait succinct des personnes âgées en perte d'autonomie dans les foyers échantillonnés.

Les 292 personnes âgées identifiées dans le fichier de Santé Québec l'ont été en fonction de quatre critères de perte d'autonomie. Parmi elles, 53,2% doivent habituellement rester assises ou couchées pour la plus grande partie de la journée, 35,3% ont besoin d'aide pour prendre soin d'elles-mêmes (manger, se laver, s'habiller ou se déplacer dans la maison), 89,7% ont besoin d'aide instrumentale (affaires, entretien ménager quotidien, «commissions», déplace-

ments à l'extérieur), 12,7% connaissent des périodes de confusion ou de perte de mémoire fréquentes et importantes.

Parmi les sujets du groupe cible, 59,2% répondent à un seul critère de perte d'autonomie; 24,7%, à deux critères, 15,1% à trois critères et 1,0% aux quatre critères. Les individus en perte d'autonomie ont en moyenne 70,0 ans. Les personnes âgées de 55 à 64 ans représentent 35,3% de l'échantillon, celles de 65 à 74 comptent pour 34,0% de l'échantillon et celles de 75 ans et plus, pour 30,8%. Les femmes constituent 61,3% des personnes en perte d'autonomie. Rien d'étonnant à cela en raison de la plus grande longévité des femmes, d'une part, et de la plus grande morbidité chez les femmes de plus de 65 ans, d'autre part. L'Enquête Santé Québec rapporte en effet que, chez les individus de 65 ans et plus, 17,4% des femmes et 14,4% des hommes ont une incapacité grave, alors que 17,1% des femmes et 23,1% des hommes ne déclarent aucune maladie.

# COMPARAISON DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION CIBLÉ À CELUI DES DEUX GROUPES TÉMOINS

Le deuxième objectif de la recherche était de comparer l'état de santé des corésidents à celui des deux groupes témoins, le premier composé d'individus résidant avec une personne âgée de 55 ans et plus ne présentant pas de perte d'autonomie et un second, composé d'individus ne résidant pas avec une personne de 55 ans et plus. Comme l'illustre le tableau 3.1, le groupe des corésidents et les deux groupes témoins présentent des écarts significatifs dans leurs caractéristiques socio-démographiques. L'effet de certaines caractéristiques (scolarité, état matrimonial, statut d'emploi et présence d'enfants de moins de 18 ans, voir chapitre 2) est contrôlé lors des analyses statistiques.

Un écart majeur subsiste entre le groupe des corésidents et le deuxième groupe témoin. En effet, compte tenu que l'appariement des sujets portait sur l'âge et le sexe et que les personnes du deuxième groupe témoin ne devaient habiter avec aucune personne âgée de 55 ans et plus, ce dernier groupe est composé à 60% de personnes âgées vivant seules. Il est impossible de contrôler statistiquement cette différence, les deux groupes étant totalement à l'opposé: tous les corésidents habitent avec au moins une autre personne. Les personnes âgées vivant seules sont généralement reconnues comme étant particulièrement à risque sur le plan de la santé (Stroebe et coll., 1982).

Le présent chapitre rapporte les résultats des analyses effectuées entre le groupe des corésidents et chacun des deux groupes témoins. Les résultats sont présentés en fonction des catégories de variables suivantes: l'état de santé (état de santé perçu, santé physique observée, santé psychologique) et les conséquences (consommation de services et de médicaments, fonctionnalité mesurée en jours d'incapacité). Les tableaux du chapitre rapportent les taux bruts de prévalence ainsi que les ratios de cote et leurs intervalles de confiance relatifs aux indicateurs et problèmes de santé physique et mentale des trois groupes étudiés, lorsque ceux-ci sont statistiquement significatifs (les données complètes se trouvent aux annexes 1.1 à 1.4).

## 4.1 État de santé perçue

Des quatre variables relatives à la santé perçue, la seule pour laquelle des différences significatives existent est le degré de stress perçue. En effet, 51,8% des corésidants appartiennent au groupe des individus plus stressés, alors que c'est le cas de 34,4% des individus du premier groupe témoin et de 39,8% du deuxième groupe témoin (ratios de cote de 2,1 et de 2,1). Les écrits antérieurs ne rapportent pas de comparaisons systématiques entre des aidants et des non-aidants en ce qui a trait au niveau de stress perçue. Toutefois, explicitement ou non, l'ensemble de ces travaux ont comme prémisse que cette situation est stressante ou alors concluent que les différences observées s'expliquent en raison du stress considérable associé à la situation de soignant naturel.

Aucune différence significative sur le plan statistique n'est à signaler en ce qui concerne la perception générale de l'état de santé, le bonheur perçue et la satisfaction par rapport à sa santé: les ratios de cote avoisinent tous la valeur de 1, sauf en ce qui concerne le bonheur dont les ratios de cote sont légèrement supérieurs à cette valeur (annexe 1.1). Nos résultats diffèrent donc, d'une part, de ceux de Pruchno et Potashnik (1989), qui rapportent que les aidants auto-évaluent leur santé de façon plus négative que les témoins et, d'autre part, de ceux de George et Gwyther (1986) et de Haley et coll. (1987) qui concluent à un impact négatif de l'assistance sur le degré de bonheur ressenti.

## 4.2 Santé physique observée

Le tableau 4.1 et l'annexe 1.2 présentent les taux de prévalence et les ratios de cote des problèmes de santé des trois groupes étudiés. Les trois premières variables sont des indices généraux se rapportant aux incapacités ou conditions chroniques (d'après l'indice de santé globale), à la limitation des activités et à la présence de problèmes de santé. En ce qui concerne ces variables, le groupe des corésidants se différencie du premier groupe témoin uniquement au plan des incapacités ou conditions chroniques (65,7% contre 53,8%, ratio de cote de 1,6). Les écarts notés entre ces deux groupes en ce qui concerne la limitation dans les activités et la présence de problèmes de santé ne sont pas statistiquement significatifs. Notons qu'à l'encontre de nos résultats, Killeen (1990), de même que Lauzon (1988) et Pruchno et Potashnik (1989) rapportent une présence ou une fréquence plus importante de problèmes de santé chez les aidants. Aucun écart notable n'existe entre le groupe des corésidants et le deuxième groupe témoin.

**TABEAU 4.1**

**PRÉVALENCE BRUTE (%) D'INCAPACITÉS OU CONDITIONS CHRONIQUES ET DE PROBLÈMES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES ET RATIOS DE COTE CORRESPONDANTS CHEZ LES TROIS GROUPES ÉTUDIÉS, QUÉBEC 1987**

	Taux bruts		Corépondants - Témoins 1		Corépondants - Témoins 2	
	Corépondants	Témoins 1	Témoins 2	Ratio de cote	Intervalle de confiance	Effectif
Incapacités ou conditions chroniques	65,7	53,8	64,3	1,6	1,0 à 2,5	(210)
Diabète	4,5	1,0	4,5	6,7	0,8 à 56,5	(213)
Influenza	6,2	3,4	3,4	1,6	0,6 à 4,1	(213)
Asthme	2,7	3,1	4,1	1,2	0,3 à 4,4	(213)
Rhume des foins	5,8	3,1	7,2	3,4	0,9 à 12,3	(213)
Maux de dos	14,0	8,9	9,6	1,6	0,8 à 3,4	(213)
				Ratio de cote	Intervalle de confiance	Effectif
				0,9	0,5 à 1,7	(224)
				1,2	0,3 à 4,7	(226)
				4,0	1,0 à 16,8	(226)
				0,2	0,0 à 1,1	(226)
				1,2	0,4 à 3,3	(226)
				4,2	1,6 à 10,8	(226)

Les autres variables présentées dans ce tableau et à l'annexe sont des problèmes de santé spécifiques. À ce sujet, par rapport au premier groupe témoin, les corépondants présentent plus de problèmes de diabète (4,5% contre 1,0%, ratio de cote de 6,7), ce qui va dans le sens de la conclusion de Pruchno et Potashnik (1989) et plus de rhume des foins (5,8% contre 3,1%, ratio de cote de 3,4). Comparativement au second groupe témoin, les aidants présentent moins de problèmes d'asthme (2,7% contre 4,1%, ratio de cote de 0,2), mais davantage d'influenza (6,2% contre 3,4%, ratio de cote de

4,0) et de maux de dos (14,0% contre 9,6%, ratio de cote de 4,2). Malgré le faible nombre d'écart statistiquement significatifs, une tendance apparaît: le groupe des corésidents présente, par rapport au premier groupe témoin, des ratios de cote généralement supérieurs à 1, laissant supposer une prévalence légèrement plus élevée de problèmes chez les corésidents. Aucune tendance ne se manifeste en ce qui concerne les ratios en rapport avec le deuxième groupe témoin.

Nos données n'appuient pas les différences rapportées en ce qui concerne les prévalences d'hypertension (Killeen, 1990; Pruchno et Potashnik, 1989), de maladies cardiaques (Pruchno et Potashnik, 1989), d'ulcères gastro-duodénaux (Pruchno et Potashnik, 1989), d'autres troubles digestifs (Killeen, 1990), d'arthrite et de rhumatisme (Killeen, 1990; Pruchno et Potashnik, 1989). Pour tous ces problèmes, les ratios de cote avoisinent le 1, exception faite des autres problèmes digestifs (ratio de cote de 1,7) et d'arthrite et rhumatisme (ratio de cote de 1,6) où se manifestent des écarts non significatifs plus importants entre les corésidents et les personnes du premier groupe témoin.

### 4.3 Santé psychologique

44 Dans l'enquête, trois indices permettent de cerner la santé psychologique des trois groupes à l'étude: le bien-être psychologique (l'indice BESQ), la présence de troubles mentaux (selon la Classification internationale des maladies) et l'indice PSI d'Ilfeld mesurant le niveau de détresse psychologique. Des différences significatives apparaissent entre le groupe cible et l'un ou l'autre des groupes témoins, tel que l'indiquent les résultats rapportés au tableau 4.2. Les corésidents sont en effet plus nombreux à faire montre d'un indice de bien-être psychologique faible (38,3%) par comparaison aux groupes témoin 1 (24,3%, ratio de cote de 2,3) et témoin 2 (29,0%, ratio de cote de 1,9). La présence de troubles mentaux est également plus importante chez les corésidents (15,1%) que chez les individus du premier groupe témoin (7,5%, ratio de cote de 2,2). De façon analogue, la détresse psychologique est plus élevée chez le groupe cible (15,2) que chez le premier groupe témoin (12,3), le score à l'Ilfeld étant plus élevé de 2,1 chez les corésidents, une fois ce score corrigé pour les autres variables qui l'influencent. Pour ces deux dernières variables, il ne semble exister que des écarts marginaux entre les corésidents et les personnes du deuxième groupe témoin.

**TABEAU 4.2**

**PRÉVALENCE BRUTE (%) DE BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE FAIBLE ET DES TROUBLES MENTAUX ET RATIOS DE COTE CORRESPONDANTS, MOYENNES BRUTES DE L'INDICE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE (ILFELD) ET COEFFICIENTS CORRESPONDANTS CHEZ LES TROIS GROUPES ÉTUDIÉS, QUÉBEC 1987**

	Taux bruts/moyennes brutes		Correspondants - Témoins 1		Correspondants - Témoins 2		
	Correspondants	Témoins 1	Témoins 2	Ratio de cote	Intervalle de confiance	Ratio de cote	Intervalle de confiance
Bien-être psychologique faible	38,3	24,3	29,0	2,3	1,3 à 4,0 (199)	1,9	1,0 à 3,6 (209)
Présence de troubles mentaux	15,1	7,5	18,5	2,2	1,0 à 4,8 (213)	0,9	0,4 à 1,9 (226)
Niveau de détresse psychologique	15,2	12,3	13,0	2,1	0,6 à 4,3 (169)	2,1	-1,3 à 2,9 (172)

En ce qui concerne la santé psychologique, les résultats obtenus dans la présente recherche montrant des problèmes plus importants chez les correspondants, appuient ceux retrouvés dans les recherches avec groupes de comparaison. George et Gwyther (1986), Killeen (1990) et Pruchno et Potashnik (1989) rapportent effectivement que le bien-être psychologique des aidants est moindre que celui des non-aidants. La détresse psychologique est plus importante chez les aidants d'après Anthony-Bergstone, Zarit et Gatz (1988), Lauzon (1988) et Pruchno et Potashnik (1989). Enfin, les

troubles mentaux, particulièrement au plan de la dépression, sont systématiquement plus importants chez les aidants d'après Haley et coll. (1987), Kiecolt-Glaser et coll. (1987), Killeen (1990) et Pruchno et Potashnik (1989).

#### **4.4 Consommation de services**

Tel qu'indiqué à l'annexe 1.4, aucune différence significative n'est à signaler entre les trois groupes étudiés en ce qui concerne l'une ou l'autre des variables de consommation de services considérées, à savoir la consultation d'un médecin généraliste au cours des deux semaines précédant l'enquête et la consultation d'un médecin spécialiste au cours de cette même période.

Ce résultat appuie ceux de George et Gwyther (1986) et de Kiecolt-Glaser et coll. (1987). Par contre, selon Pruchno et Potashnik (1989), les aidants consultent moins, alors qu'à l'inverse Haley et coll. (1987) rapportent des taux de consultation supérieurs chez les aidants.

#### **4.5 Consommation de médicaments**

L'annexe 1.4 rapporte également qu'aucune différence significative n'est observée entre les trois groupes en ce qui concerne l'usage de tranquillisants, quoiqu'il existe un ratio de cote de 2,0 entre le groupe de corésidants et le premier groupe témoin. Contrairement à nos résultats, George et Gwyther (1986), de même que Pruchno et Potashnik (1989) et Lauzon (1988) rapportent que les aidants consomment davantage de psychotropes.

#### **4.6 Fonctionnalité**

Le dernier indice de conséquences des problèmes de santé est la fonctionnalité, mesurée en jours d'incapacité au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête. Une différence significative apparaît ici entre les corésidants et le premier groupe témoin. En effet, 12,3% des corésidants et 8,6% des témoins 1 (ratio de cote de 2,3) rapportent au moins un jour d'incapacité au cours de cette période. L'écart noté avec le deuxième groupe témoin (ratio de cote de 1,5) n'est pas statistiquement significatif.

Ce résultat confirme celui de Killeen (1990), mais va à l'encontre de celui rapporté par Pruchno et Potashnik (1989) selon lequel le nombre de jours d'incapacité est inférieur chez les aidants.

#### 4.7 Conclusion

Quelle conclusion peut-on tirer des analyses comparant l'état de santé des corésidants à chacun des deux groupes témoins? Considérons d'abord les différences au plan de l'état de santé. En ce qui a trait à l'état de santé perçue, les corésidants se distinguent de façon importante des groupes témoins uniquement sur la variable stress. Ce résultat confirme de nombreuses observations tant cliniques qu'empiriques quant au caractère particulièrement stressant de la situation d'aidant de personne âgée en perte d'autonomie. Toutefois, les corésidants ne se distinguent quant à aucune autre variable de santé perçue, quoiqu'ils sont un peu plus nombreux à se déclarer moins heureux (écart non-significatif). Notons que la variable stress, classifiée dans les documents de l'Enquête Santé Québec avec les variables de santé perçue, pourrait conceptuellement être regroupée avec celles touchant à la santé psychologique.

Les différences significatives obtenues au plan de la santé physique observée ne forment pas un tout congruent, même si les corésidants présentent assez systématiquement des taux de prévalence plus élevés que les témoins du premier groupe en ce qui concerne les problèmes de santé physique. Par rapport au groupe témoin 1, les corésidants ont davantage d'incapacités ou de conditions chroniques, davantage de diabète et davantage de rhume des foies. Par rapport au groupe témoin 2, les corésidants présentent plus de problèmes d'influenza et de maux de dos, mais moins d'asthme. Par ailleurs, à l'exception du diabète, les quelques résultats statistiquement significatifs rapportés dans les travaux antérieurs ne sont pas appuyés par nos résultats.

La possibilité que les quelques résultats significatifs observés dans la présente recherche soient attribuables au hasard, en raison de la multiplicité des tests effectués, doit être envisagée. Aussi, devant le profil des résultats, il convient de conclure que généralement l'état de santé physique observé ne semble pas associé, de façon importante, à la condition de corésidant.

La situation est tout autre en ce qui concerne les trois variables mesurant la santé psychologique des aidants. Premièrement, tous les indices de santé psychologique des corésidants convergent pour montrer que ces derniers ont davantage de problèmes que les

témoins. Deuxièmement, les conclusions des travaux antérieurs vont tous dans ce sens. Par ailleurs, en considérant le stress perçu comme indice de santé mentale, la relation stress-corésidence est cohérente avec l'ensemble de ces résultats. Il semble donc que l'assistance à une personne âgée en perte d'autonomie, mesurée ici par le biais de la corésidence, ait des répercussions négatives au plan de la santé mentale.

Passons maintenant aux variables liées aux conséquences de l'état de santé. La consommation de services, mesurée par la consultation d'un médecin pendant les deux semaines précédant l'enquête, ne diffère pas d'un groupe à l'autre. Les conclusions des travaux antérieurs sur la question divergent. Cette divergence pourrait s'expliquer par le fait que la consommation de services de santé est une variable peu valide pour inférer l'impact de la situation d'assistance sur la santé du soignant. Comme exposé au chapitre premier, les aidants naturels peuvent avoir de la difficulté à trouver quelqu'un pour les remplacer à la maison le temps qu'ils s'absenteraient pour consulter un médecin. D'autre part, le fait d'habiter avec une personne dont l'état de santé est plus détérioré peut amener le corésidant à minimiser ses propres problèmes et, en conséquence, à négliger de consulter un professionnel de la santé pour ses propres besoins.

Dans les écrits antérieurs, trois auteurs rapportent que les aidants font un usage de psychotropes plus important que la population de comparaison; dans la présente recherche, le seul écart notable concernant les tranquillisants n'est pas significatif sur le plan statistique.

Enfin, les corésidants sont plus nombreux que les individus du premier groupe témoin à déclarer une incapacité au cours des deux dernières semaines. Ce résultat va dans le sens du résultat de Killeen (1990), mais dans le sens contraire de ce que rapportent Pruchno et Potashnik (1989). La fonctionnalité, mesurée par les jours d'incapacité, n'est peut-être pas un indice très valide pour mesurer la santé des aidants. En effet, le seuil de malaise ou de souffrance à partir duquel un corésidant s'occupant d'une personne âgée en perte d'autonomie se permet de garder le lit ou d'interrompre ses activités habituelles pourrait être beaucoup plus élevé que le seuil pour une personne n'assumant pas de telles responsabilités. Par analogie, cela rappelle la situation de la mère de famille qui «n'est jamais malade» parce que, devant s'occuper des enfants restant à la maison, il lui est tout simplement impossible de prendre le lit.

Bref, il ressort de l'ensemble des résultats des analyses que, en regard de chacun des groupes témoins, les corésidents affichent nettement des indices démontrant davantage de problèmes de santé mentale de même que davantage de stress. Cet écart existe même avec le deuxième groupe témoin qui est composé à 60% de personnes âgées seules. En ce qui concerne les indices généraux ou spécifiques de santé physique, les résultats ne permettent pas de conclure à des différences substantielles entre les groupes cible et témoins. Considérant les conclusions de la présente recherche et celles des travaux antérieurs, les résultats portant sur les variables associées aux conséquences ne sont pas convergents. De plus, en ce qui concerne la consultation de professionnels et le nombre de jours d'incapacité, des questions se posent au plan de la validité de contenu de ces mesures pour estimer l'impact de la situation d'assistance sur la santé de l'aidant.

Les résultats obtenus semblent confirmer l'hypothèse selon laquelle l'assistance à une personne âgée en perte d'autonomie aurait des répercussions négatives sur la santé de l'aidant. Ces répercussions se sont révélées significatives essentiellement dans le domaine de la santé mentale. Tenant compte des liens entre la santé mentale et la santé physique, l'absence ou la faiblesse des écarts en ce qui concerne la santé physique mériterait d'être approfondie.

# **INFLUENCE DU TYPE DE PROBLÈME DE LA PERSONNE AIDÉE ET DU LIEN ENTRE LE CORÉSIDENT ET L'AIDÉ SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DU CORÉSIDENT**

Plusieurs études ont révélé que certains groupes d'aidants connaissent un niveau de stress ou de fardeau plus élevés que d'autres. Ainsi, l'importance de la perte d'autonomie ou la présence de démence de type Alzheimer influencerait à la hausse le niveau de stress et de fardeau ressenti par l'aidant (Cicirelli, 1981; Gilhooly, 1984; Poulshock et Deimling, 1984; Pearson et coll., 1988). D'autre part, les conjoints connaîtraient également une situation plus problématique selon Cantor (1983), George et Gwyther (1986) ainsi que Zarit et coll. (1986). Cependant, peu d'études portent sur les écarts dans l'état de santé entre différents groupes d'aidants. L'identification de certains sous-groupes particulièrement affectés par leur situation d'aidants apparaît utile à l'orientation des services en permettant de prioriser des clientèles particulièrement à risque.

Ce cinquième chapitre traite donc des éventuelles différences à l'intérieur du groupe des corésidents. Il rapporte les résultats des analyses effectuées en rapport avec le troisième objectif de la recherche, à savoir comparer l'état de santé des corésidents selon la nature du type de perte d'autonomie de la personne âgée et en rapport avec le quatrième objectif, à savoir comparer l'état de santé des corésidents selon le lien entre le corésident et la personne âgée.

## **5.1 État de santé du corésident et type de perte d'autonomie**

La perte d'autonomie est ici catégorisée en trois types, selon que la personne âgée a besoin d'aide instrumentale, qu'elle a besoin d'aide pour ses soins personnels ou éprouve des problèmes au plan cognitif (confusion, perte de mémoire). Comme l'aidé peut cumuler ces besoins ou problèmes, cette variable, définie à partir de trois questions, est construite de façon hiérarchique. Lorsque l'aidé a à la fois des besoins d'aide instrumentale et des besoins pour ses soins personnels, cette deuxième valeur est retenue pour l'aidé en question. Si l'aidé souffre de problèmes au plan cognitif, cette valeur lui est attribuée peu importe les besoins d'aide qu'il requiert. Lors des analyses de régression, les trois groupes sont comparés l'un à l'autre. Cependant, lorsque les écarts entre les catégories «besoin

d'aide instrumentale» et «besoin d'aide pour les soins personnels» ne sont pas significatifs, celles-ci peuvent être regroupées en une seule. La comparaison se fait alors entre le groupe de corésidents de personnes souffrant de problèmes d'ordre cognitif et celui des corésidents des personnes souffrant de perte d'autonomie essentiellement physique.

## 5.2 État de santé perçue

L'annexe 2.1 rapporte les taux de prévalence et les ratios de cote relatifs à la santé perçue par le corésident selon le type de problème de la personne âgée. Des différences significatives au plan statistique apparaissent pour une seule variable: le stress perçue. En effet, les corésidents vivant avec une personne éprouvant des problèmes au plan cognitif se disent plus stressés (68,8%) que ceux qui vivent avec une personne ayant besoin d'aide instrumentale (48,7%) ou avec une personne ayant besoin d'aide pour ses soins personnels (51,9%)(ratio de cote de 2,2). Le fait de percevoir sa vie comme plus stressante lorsque l'aidé éprouve des problèmes au plan cognitif est rapporté par plusieurs auteurs: Birkel (1987), Deimling et Bass (1986), Deimling et coll. (1989), Eagles et coll. (1987: voir Baumgarten, 1989). Il n'y a par ailleurs aucune différence statistiquement significative dans la perception générale de l'état de santé, le bonheur perçue et la satisfaction par rapport à sa santé. Toutefois, de façon assez systématique, les corésidents de personnes nécessitant de l'aide pour les soins personnels présentent de moins bons indicateurs de santé perçue que les corésidents de personnes âgées nécessitant de l'aide instrumentale et les corésidents de personnes souffrant de problèmes au plan cognitif présentent, à leur tour, de moins bons indicateurs que les deux groupes précédents (annexe 2.1).

## 5.3 Santé physique observée

Quelques différences significatives apparaissent entre les groupes de corésidents selon le type de problème de la personne âgée, tel que rapporté au tableau 5.1. Les corésidents vivant avec une personne souffrant de problèmes au plan cognitif ont davantage de problèmes digestifs (18,9%) que ceux qui vivent avec une personne ayant besoin d'aide instrumentale (7,1%) ou besoin d'aide pour ses soins personnels (3,2%). Le ratio de cote s'élève à 3,4. De façon analogue, les corésidents vivant avec une personne souffrant de problèmes au plan cognitif présentent plus d'arthrite et de rhumatisme (48,1,%) que les corésidents des deux autres groupes (aide instrumentale: 21,1%; aide pour soins personnels: 30,6%). Une

**TABLEAU 5.1**

**PRÉVALENCE BRUTE (%) DE PROBLÈMES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES ET RATIOS DE COTE CORRESPONDANTS CHEZ LES CORÉSIDANTS SELON LE TYPE DE PROBLÈME DE L'AIDÉ, QUÉBEC 1987**

PROBLÈME	TAUX BRUTS			Ratios de cote confusion, perte de mémoire vs problème physique	Intervalle de confiance
	Aide instrumentale	Aide pour soins personnels	Confusion, perte de mémoire		
Troubles digestifs	7,1	3,2	18,9	3,4	1,3 à 9,2
Arthrite, rhumatisme	21,1	30,6	48,1	2,8	1,2 à 6,3
Malaise et fatigue (Effectif)	2,6 (156)	0,0 (95)	8,1 (37)	5,4	1,2 à 25,4

52 dernière différence apparaît et va dans le même sens: les corésidents vivant avec une personne souffrant de problèmes au plan cognitif éprouvent davantage de malaise et de fatigue (8,1%) que les corésidents des deux autres groupes (aide instrumentale: 2,6%; aide pour soins personnels: 0,0%). Les ratios de cote sont respectivement de 3,0 et de 5,5. Tout comme pour les indicateurs de santé perçue, il existe des écarts systématiques, quoique non significatifs sur le plan statistique, entre les trois groupes de corésidents en ce qui concerne les indicateurs généraux de santé physique (présence d'incapacité ou de conditions chroniques, limitations dans les activités et présence d'au moins un problème de santé). Ici aussi, les corésidents de personnes âgées nécessitant de l'aide pour les soins personnels présentent de moins bons indicateurs que les corésidents de personnes âgées nécessitant de l'aide instrumentale et les corésidents de personnes âgées souffrant de problèmes au plan cognitif présentent de moins bons indicateurs que les deux groupes précédents.

La majorité des recherches font état d'un résultat similaire à celui obtenu ici: l'état de santé physique de l'aidant ne semble que peu ou pas influencé par le degré d'incapacité de l'aidé ou la présence de problèmes cognitifs (Baumgarten, 1989).

## 5.4 Santé psychologique

Les trois groupes de corésidents se distinguent, de façon significative sur le plan statistique, sur une seule des trois variables mesurant leur santé psychologique. Cet écart est noté uniquement chez les femmes (voir tableau 5.2 et annexe 2.3). La présence de troubles mentaux est en effet significativement plus importante chez les corésidentes vivant avec une personne souffrant de problèmes au plan cognitif (42,3%) que chez les corésidents des deux autres groupes (16,4% chez chaque groupe). Le ratio de cote calculé entre les corésidentes du premier groupe et celles cohabitant avec une personne âgée ne souffrant pas de problèmes au plan cognitif est de 3,7 (intervalle de confiance variant de 1,5 à 9,3). Aucune différence statistiquement significative n'est retrouvée entre les trois groupes en ce qui concerne l'indice de bien-être (BESQ) et l'indice PSI même si, encore une fois, les indices de santé mentale sont moins positifs chez les corésidents de personnes âgées souffrant de confusion ou de perte de mémoire que chez ceux dont l'aidé tableau 5.2 nécessite de l'aide pour ses soins personnels. Ces derniers ont, à leur tour, des indices inférieurs aux corésidents dont l'aidé ne nécessite que de l'aide instrumentale.

**TABLEAU 5.2**

**PRÉVALENCE BRUTE (%) DE TROUBLES MENTAUX CHEZ LES CORÉSIDENTS, SELON LE TYPE DE PROBLÈME DE L'AIDE ET LE SEXE DES CORÉSIDENTS, QUÉBEC 1987**

SEXE	Aide instrumentale	TAUX BRUTS		Ratios de cote confusion, perte de mémoire vs problème physique	Intervalle de confiance
		Aide pour soins personnels	Confusion, perte de mémoire		
Homme (Effectif)	10,1 (89)	8,8 (34)	0,0 (11)	0,0	0,0 à ∞ <sup>1</sup>
Femme (Effectif)	16,4 (67)	16,4 (61)	42,3 (26)	3,7	1,5 à 9,3

1. Nombre supérieur à 10 000

Cette absence d'écarts statistiquement significatifs peut surprendre puisque les troubles mentaux visés ici sont essentiellement la dépression et l'anxiété (la déficience mentale étant à peu près inexistante à l'âge des sujets et la confusion étant un critère de perte d'autonomie, aucun corésident ne peut en souffrir). Il devrait donc y avoir similitude de résultats entre la présence de troubles mentaux et le score au PSI. Les écarts notés vont dans le même sens mais leur ampleur varie, ce qui produit des résultats statistiquement significatifs dans le premier cas et non significatifs dans le deuxième. Cette

contradiction s'inscrit dans l'absence de consensus des recherches antérieures. D'une part, Gallagher et coll. (1989), Eagles et coll. (1987: voir Baumgarten 1989) et Gilhooly (1984) ne trouvent aucun lien entre la détresse psychologique ou la dépression et la présence de problèmes cognitifs chez l'aidé. D'autre part, Deimling et Bass (1986), Baillie et coll. (1988), Pearson et coll. (1988) ainsi que Stommel et coll. (1990) arrivent à une conclusion inverse: la détresse psychologique ou la dépression est plus fréquente lorsque l'aidé souffre de problèmes cognitifs.

## **5.5 Consommation de services, consommation de médicaments et fonctionnalité**

Aucun écart significatif n'apparaît en ce qui concerne le recours aux services de santé des corésidents selon le type de problème de l'aidé (annexe 2.4). Il en est de même pour la consommation de tranquillisants. Les écarts observés dans les taux bruts entre les groupes sont essentiellement dus à l'effet des caractéristiques socio-démographiques. Encore une fois cependant, une association entre la nature du problème de la personne âgée, d'une part, et le recours aux services de santé et la consommation de tranquillisants se manifeste, tout en n'étant pas significative au plan statistique. Quant à la présence d'au moins une journée d'incapacité au cours des deux dernières semaines, les corésidents masculins de personnes âgées connaissant des problèmes au plan cognitif déclarent au moins une journée dans une plus grande proportion que les corésidents masculins de personnes nécessitant de l'aide instrumentale ou des soins personnels (36,4% contre 9,0% et 8,8%, ratio de cote de 5,4, intervalle de confiance variant de 1,1 à 26,3). Cet écart significatif repose, par contre, sur un effectif très faible, ce qui implique un très grand intervalle de confiance et remet en cause la fiabilité du résultat.

## **5.6 État de santé du corésident et lien avec la personne âgée**

Tel que le montrent les résultats consignés aux annexes 3.1 à 3.4, aucune différence significative autant sur le plan statistique que sanitaire n'apparaît entre les corésidents selon qu'ils sont les enfants de la personne âgée, son conjoint ou sa conjointe ou qu'ils aient un autre lien avec elle. La quasi-totalité des écarts notés entre les différents groupes de corésidents est expliquée par leurs caractéristiques socio-démographiques différentes, les conjoints étant plus âgés par exemple. En fait, les enfants présenteraient un bilan de santé légèrement plus positif que les conjoints. Les écarts observés ne

sont cependant ni systématiques, ni significatifs statistiquement. Les seules exceptions constatées renvoient à certains problèmes de santé spécifique. Ainsi, les conjoints (5,1%) souffriraient moins de maux de tête que les enfants ou les autres corésidents (entre 12 et 13%; ratio de cote de 3,0, intervalle de confiance de 1,2 à 7,3). Par contre, ils seraient plus nombreux à éprouver des troubles digestifs: 9,7% pour les conjoints contre 1,4% pour les enfants et 4,3% pour les autres corésidents (ratio de cote de 0,2, intervalle de confiance variant de 0,1 à 1,0). L'absence de cohérence dans les résultats, c'est-à-dire seulement deux écarts significatifs, divergents en outre, laisse croire à un effet du hasard en ce qui concerne ces résultats (erreur de première espèce). Le lien unissant le corésident et la personne âgée ne semble donc que très peu ou pas relié à l'état de santé du corésident.

Peu d'études ont comparé l'état de santé des aidants selon le lien avec l'aidé. Dès 1983, Cantor rapportait que plus le lien était étroit, plus le rôle d'aidant était stressant. Selon George et Gwyther (1986), les conjoints connaissent plus de stress que les enfants. Toutefois, Deimling et coll. (1989) arrivent à un résultat similaire au nôtre, soit l'absence d'écarts selon le lien entre l'aidant et l'aidé. Les résultats divergents peuvent probablement s'expliquer par la corésidence. Comme les conjoints habitent généralement avec l'aidé alors que les enfants le font dans une moins grande mesure, il est probable que la corésidence plutôt que le lien soit le premier facteur explicatif, d'où l'absence d'écart quand ce facteur est contrôlé.

## 5.7 Conclusion

Cette partie de la recherche visait à voir si la nature du problème de l'aidé et le lien entre l'aidé et le corésident, deux éléments reconnus comme majeurs dans la détermination de l'impact du soutien sur l'aidant, influencent l'état de santé de ce dernier. Peu de recherches se sont intéressées à l'effet du lien sur l'état de santé de l'aidant. Les analyses basées sur les données de l'Enquête Santé Québec ne montrent pas d'effet du lien entre l'aidé et le corésident sur l'état de santé de ce dernier. Ces résultats vont à l'encontre de certaines conclusions de recherches antérieures, telles celles de George et Gwyther (1986), mais en appuient d'autres, soient celles de Deimling et coll. (1989).

Les résultats concernant le problème de l'aidé laissent, quant à eux, voir que l'importance de la perte d'autonomie physique n'a que peu d'effets sur l'état de santé du corésident. Aucune différence significative n'est trouvée même si l'impact de la cohabitation sur la santé du corésident apparaît un peu plus important lorsque l'aidé

nécessite de l'aide pour ses soins personnels plutôt que de l'aide instrumentale. Ces résultats confirment ainsi l'étude de Deimling et Bass (1986) qui n'ont trouvé aucun lien entre la détresse psychologique ou la dépression chez l'aidant et le degré de limitation physique de l'aidé.

Les seuls écarts notables dans la santé des différents sous-groupes de corésidants concernent ceux qui habitent avec des aidés souffrant de problèmes au plan cognitif (confusion ou perte de mémoire). Ces corésidants déclarent vivre une vie plus stressante, rapportent plus de problèmes digestifs, plus d'arthrite ou de rhumatisme, plus de malaises ou de fatigue et, enfin, plus de dépression ou d'anxiété. Outre ces écarts significatifs au plan statistique, ceux-ci présentent de façon plutôt systématique des indicateurs de santé plus négatifs que les corésidants vivant avec des personnes âgées souffrant de limitations essentiellement physiques.

Même si les écarts vont tous dans le même sens, ils présentent certaines incohérences, notamment en ce qui concerne la santé mentale. Alors que les corésidants de personnes souffrant de problèmes cognitifs déclarent significativement plus de stress et de problèmes d'anxiété et de dépression, les écarts dans les niveaux de détresse psychologique ne sont pas statistiquement significatifs quant à eux. Ce problème se retrouve dans les écrits antérieurs. Alors que la quasi-totalité des études concluent que les aidants de personnes avec problèmes au plan cognitif sont plus stressés (Reisberg et coll. 1984; voir Deimling et coll. 1989; Deimling et Bass 1986; Eagles et coll. 1987; voir Baumgarten 1989 et Deimling et coll. 1989), l'unanimité disparaît en ce qui concerne l'impact sur la santé. Eagles et coll. (1987; voir Baumgarten, 1989), Gilhooly (1984) et Gallagher et coll. (1989) ne notent aucun effet de la présence de problèmes cognitifs chez l'aidé sur l'importance de la détresse ou la dépression chez l'aidant. Deimling et Bass (1986), Haley et coll. (1987), Pearson et coll. (1988) et Stommel et coll. (1990) en arrivent à la conclusion inverse. Les différences dans les devis de recherche et dans les mesures expliquent probablement les divergences. Dans notre étude, les conclusions varient selon l'indicateur de dépression et de détresse considéré.

Malgré ces divergences, le fait demeure que les corésidants de personnes aux prises avec des problèmes au plan cognitif se déclarent plus stressés que les autres corésidants. Même si les différences trouvées ne sont pas systématiquement significatives au plan statistique, les résultats semblent montrer que les corésidants de personnes âgées avec des problèmes cognitifs ont un état de santé moins satisfaisant. Ce résultat pourrait s'expliquer par le plus grand stress auquel sont soumis ces corésidants.

## CONCLUSION

L'ensemble de la recherche consacrée à l'impact de l'aide apportée par un aidant naturel à une personne âgée en perte d'autonomie est dominée par une hypothèse pessimiste. Le fait de soutenir une personne en perte d'autonomie serait source de stress pour l'aidant (inquiétude concernant l'état présent et futur de l'aidé, surcharge, détérioration des relations avec l'entourage et ainsi de suite). Ce stress serait source de problèmes de santé mentale et physique chez l'aidant. Il y aurait même une gradation linéaire: plus la perte d'autonomie de l'aidé est importante, plus le stress est élevé, plus les répercussions sont importantes. Cette situation serait particulièrement présente chez les aidants de personne souffrant de problèmes cognitifs tels la confusion, les pertes de mémoire, ou la démence de type Alzheimer. D'autres facteurs concourraient à augmenter ou réduire le stress. Les enfants qui ont à s'occuper de parents vivraient une inversion des rôles qui leur feraient vivre un stress plus élevé que les conjoints.

Peu d'études considèrent cependant des hypothèses alternatives. Ainsi, il est possible que la situation d'assistance soit associée à des aspects positifs pour l'aidant. Ces aspects positifs seraient l'effet de mariage (soutien mutuel des conjoints), le renforcement de l'estime de soi associée à la responsabilité ou à l'aide, la présence d'une autre personne avec qui l'aidant interagit et la nécessité pour ce dernier de se maintenir «en forme». D'autre part, il pourrait y avoir adaptation graduelle de l'aidant à sa situation, ce qui aurait pour conséquence de limiter l'impact négatif. Enfin, certaines variables individuelles pourraient limiter ou accroître les effets négatifs. Certaines personnes pourraient recourir à des techniques de compensation («coping») plus efficaces. L'hypothèse d'un impact négatif de l'assistance sur la situation de l'aidant peut donc être nuancée par l'examen d'hypothèses alternatives.

Les résultats de la présente étude confirment à prime abord l'impact négatif de l'aide apportée sur l'aidant. Les corésidents se déclarent plus stressés que les personnes des groupes témoins. De façon constante, le groupe de corésidents compte plus de sujets avec un indice faible de bien-être psychologique, plus de sujets déclarant de la dépression ou de l'anxiété et ce groupe a un indice de détresse psychologique plus élevé que les deux groupes témoins. L'écart est surtout important avec le premier groupe. Rappelons que le second groupe est composé à 60% de personnes âgées seules.

Au plan de la santé mentale, une certaine gradation se manifeste en fonction de la nature du problème de l'aidé. Les corésidents de personnes souffrant de problèmes au plan cognitif présentent de moins bons indices de santé mentale que les corésidents de personnes en perte d'autonomie strictement physique, quoique la plupart des écarts ne sont pas statistiquement significatifs, exception faite de la prévalence de dépression et d'anxiété chez les corésidentes.

Les résultats relatifs à la santé physique sont nettement moins probants. Les corésidents déclarent plus d'incapacités, plus de diabète, de rhume des foins ou de maux de dos que les personnes de l'un ou de l'autre groupe témoin. Les personnes du deuxième groupe témoin comptent cependant plus de problèmes d'asthme que les corésidents. Les corésidents de personnes aux prises avec des problèmes au plan cognitif déclarent plus de troubles digestifs et d'arthrite ou de rhumatisme que les deux autres groupes de corésidents. Compte tenu du grand nombre de tests effectués, il est possible que ces résultats significatifs soient l'effet du hasard. Il serait alors difficile de conclure à des écarts réels entre les corésidents et les témoins d'une part et entre les différents groupes de corésidents d'autre part. Cependant, de façon assez systématique, les corésidents, surtout lorsque l'aidé souffre de problèmes cognitifs, présentent de moins bons indicateurs et indices de santé physique. Il est alors possible que l'absence d'écarts significatifs au plan statistique s'explique par un effet modéré de la cohabitation sur la santé physique du corésident ou par la faiblesse des effectifs lors de certaines analyses.

Les différences entre les groupes en ce qui concerne les répercussions de l'état de santé (recours aux services, consommation de tranquillisants et journées de limitation dans les activités) sont quasi inexistantes et ne s'inscrivent dans aucune tendance claire. Tenant compte des écarts notés dans l'état de santé, mentale surtout, il ressort que les informations relatives au recours aux services, à la consommation de médicaments ou à la limitation des activités ne constitueraient pas des indicateurs valables de la répercussion de l'aide sur la santé des corésidents.

L'impact négatif de la cohabitation sur la santé du corésident semble plus net au plan de la santé psychologique: c'est là que se concentrent les écarts statistiquement significatifs. L'absence d'effets nets au plan physique pose question. En effet, les chercheurs et les praticiens du domaine ont constamment insisté sur le stress que vivent les aidants, surtout lorsqu'ils cohabitent. Or, si le stress est à l'origine des difficultés psychologiques qu'éprouvent les aidants, on pourrait s'attendre à des répercussions au plan physique, l'impact du

stress sur la santé physique ayant été régulièrement observé. Diverses explications peuvent être envisagées à ce sujet.

Une première explication renvoie aux données recueillies par l'enquête. Les différentes échelles utilisées (détresse psychologique, bien-être) en santé mentale ne visent pas à établir des diagnostics précis. La dépression et l'anxiété sont auto-déclarées. Il est possible que l'enquête mesure davantage un niveau d'inconfort psychologique. Les corésidents connaîtraient donc un niveau d'inconfort plus élevé mais insuffisant pour affecter de façon majeure la santé physique. Cet argument est plausible, mais rappelons que ces mesures de bien-être et de détresse sont du type de celles que l'on retrouve généralement dans les enquêtes sur la santé mentale et les études sur les aidants naturels.

Dans cette étude, le rôle d'aidant est inféré. La présence d'erreurs de classification doit être considérée. Il est possible que certains corésidents sélectionnés ne soient pas dans la réalité des aidants. Tout en ressentant un certain stress et une certaine anxiété suite à la cohabitation avec une personne en perte d'autonomie, ces corésidents ne seraient pas suffisamment engagés dans les soins pour en subir des conséquences sur leur santé physique. Ces corésidents mal classifiés ressembleraient alors aux personnes du premier groupe témoin qui habitent avec des personnes âgées de 55 ans et plus, mais ne présentant aucune perte d'autonomie. Toutefois, la probabilité d'une mauvaise classification des sujets dans notre étude est minime. Selon les données de Stone, Cafferata et Sangl (1987), 60% des épouses et 55% des époux sont les aidants uniques de leurs conjoints ou conjointes. Pruchno (1990) rapporte également que, chez les couples vivant ensemble, l'assistance provient presque exclusivement du conjoint ou de la conjointe. Comme notre échantillon compte 67,1% de conjoints ou conjointes de la personne en perte d'autonomie, il y a tout lieu de croire que la personne identifiée comme corésident est dans la majorité des cas l'aidant principal, si ce n'est l'aidant unique de la personne âgée.

Une autre erreur de classification est possible. Quatre questions ont servi à l'identification des personnes âgées en perte d'autonomie. Ces questions pouvaient être sujettes à interprétation ou appréciation de la part des répondants. Il est alors possible que des personnes classées en perte d'autonomie ne le soient pas ou vice versa. Il en est de même pour la nature de la perte d'autonomie. Les répondants pouvaient ne pas avoir la même définition de la confusion ou de la perte de mémoire importante. Cette limite aurait pour effet de réduire les écarts entre les corésidents et les groupes témoins, d'une part, et éventuellement entre les corésidents de personne

souffrant de problèmes au plan cognitif et les autres corésidents, d'autre part.

Les hypothèses alternatives présentées ci-haut pourraient également intervenir. L'aide, tout en étant source de stress, d'anxiété et même de détresse, aurait une fonction positive qui pourrait en limiter les effets négatifs. De même, l'adaptation des aidants à la situation pourrait limiter les effets du stress au plan psychologique, sans répercussion trop sévère sur la santé physique.

Enfin, une dernière hypothèse quant à l'absence ou la faiblesse dans les écarts en ce qui concerne l'état de santé physique renvoie à la sélection initiale des aidants. Comme pour le mariage, où une partie des écarts dans l'état de santé entre les mariés et les célibataires s'explique par le fait que les personnes malades ou handicapées se marient moins, les personnes aidantes jouissent peut-être au départ d'un état de santé supérieur aux personnes du même âge et du même sexe. Cette supériorité se maintiendrait, du moins un certain temps, en dépit de la situation d'assistance que l'on sait être particulièrement stressante. Toutefois, le stress pourrait avoir un impact plus rapide sur la santé psychologique du corésident. Cette explication s'appuie sur l'hypothèse de l'usure de la santé physique provoquée par le stress. Notre devis de recherche transversal, qui de plus ne tenait pas compte de la durée de l'assistance, ne permet pas de vérifier cette hypothèse. Il est donc possible que les sujets aient eu au départ un meilleur état de santé que les témoins, que celui-ci se détériore plus rapidement, mais qu'au moment de l'enquête, l'état de santé des différents groupes soit assez peu différent. La réalisation d'études longitudinales, malgré les difficultés qu'elles présentent, trouvent ici toute leur pertinence.

Avant de mettre un point final à cette étude, rappelons-en les avantages et les limites en regard de celles qui ont aussi tenté de vérifier l'hypothèse selon laquelle l'assistance à une personne âgée en perte d'autonomie aurait un impact sur la santé de l'aidant. Caractéristique inédite, les données recueillies reposent sur un échantillonnage aléatoire portant sur l'ensemble d'une population (le Québec), ce qui renforce la validité interne de nos résultats, en particulier en ce qui concerne la sélection des sujets et l'intrusion de variables parasites, telle la présence de services particuliers dans des régions socio-sanitaires et sa validité externe, au plan de la généralisation des résultats. Notre devis inclut les aidants de personnes présentant des pertes d'autonomie au plan cognitif comme au plan physique, ce qui n'est pas toujours le cas des recherches antérieures. Cela permet d'étudier le phénomène dans son ensemble, comme dans ses particularités. Contrairement à la majorité des recherches

recencées, notre devis porte sur la comparaison de sujets cibles avec un groupe témoin (deux en l'occurrence) de sujets appariés selon le sexe, l'âge et le lien de parenté. Nous avons pu étudier l'impact de la corésidence à l'aide d'un profil exhaustif de santé, ce qui n'est pas le cas des études antérieures qui n'ont généralement considéré que quelques variables. Enfin, l'effet ou les attentes tant de l'expérimentateur que des répondants n'ont pu influencer la variable dépendante puisque le recueil des données s'est réalisé hors du contexte de l'assistance prodiguée. Bien entendu cet avantage porte en soi sa limite: le rôle d'aidant n'a pu être qu'inféré, avec les nuances dont il est fait mention plus haut. De plus, les effets sur la santé ont pu être minimisés parce que le devis excluait les corésidents qui eux-mêmes répondaient aux critères de sélection des personnes âgées en perte d'autonomie. Une autre limite de la recherche est que la mesure des variables dépendantes et indépendantes étaient définies au départ par l'Enquête Santé Québec; cela a, dans certains cas, empêché d'étudier l'effet de certaines variables, dans d'autres, cela a pu limiter la comparaison avec des études antérieures. Enfin, le devis est transversal et corrélationnel, comme la plupart des travaux sur la question. Toutefois, à notre avis, il demeure que ces limites sont largement compensées par les avantages de notre devis.

Dans ce contexte, il semble bien que nos résultats confirment l'impact négatif de la situation d'aidant sur sa santé psychologique. Celle-ci ressort même comme plus mauvaise que celle d'un groupe témoin formé à 60% de personnes âgées vivant seules. Malgré des résultats nettement moins probants en ce qui concerne l'état de santé physique, la population des aidants apparaît donc comme une clientèle à risque que le réseau de la santé et des services sociaux est appelé à soutenir. Tenant compte de l'importance des services qu'ils rendent, l'épuisement des aidants est grave de conséquences pour eux, pour les aidés et pour le système de santé et des services sociaux.

Au plan de l'intervention, les résultats de cette recherche soulèvent la question de la responsabilité collective dans les soins à assurer aux personnes âgées en perte d'autonomie. Améliorer leurs conditions de vie et celles de leurs aidants s'inscrit dans un enjeu complexe qui devrait interpeller de nombreux partenaires (Jutras, 1990).

Au plan de la recherche, il faudra poursuivre des travaux en contournant les limites des recherches à ce jour et en explorant davantage la relation entre le stress et la santé physique et psychologique, dans des devis qui tiennent compte des hypothèses alternatives.

# BIBLIOGRAPHIE

1. ANTHONY-BERGSTONE, C. R., ZARIT, S. H. et GATZ, M. «Symptoms of Psychological Distress Among Caregivers of Dementia Patients», dans *Psychology and Aging*, vol. 3, no 3, (1988), p. 245-249.
2. BAILLIE, V., NORBECK, J. S. et BARNES, L. E. «Stress, Social Support, and Psychological Distress of Family Caregivers of the Elderly», dans *Nursing Research*, vol. 37, no 4, (1988), p. 217-222.
3. BAUMGARTEN, M. «The Health of Persons Giving Care to the Demented Elderly: A Critical Review of the Literature», dans *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 42, no 12, (1989), p. 1137-1148.
4. BIRKEL, R. C. «Toward a Social Ecology of the Home-Care Household», dans *Psychology and Aging*, vol. 2, no 3, (1987), p. 294-301.
5. BRODY, E. M. «Aged Parents and Aging Children», dans P. K. Ragan. (éd.), *Aging Parents*, Los Angeles, University of Southern California Press, 1979, 295 p.
6. BRODY, E. M. «Parent Care as a Normative Family Stress», dans *The Gerontologist*, vol. 25, (1985), p. 19-29.
7. CANTOR, M. H. «Strain Among Caregivers: A study of Experience in the United States», dans *The Gerontologist*, vol. 23, no 6, (1983), p. 597-604.
8. CHENOWETH, B. et SPENCER, B. «Dementia: The Experience of Family Caregivers», dans *The Gerontologist*, vol. 26, no 3, (1986), p. 267-272.
9. CHIRIBOGA, D. A., WEILER, P. G. et NIELSEN, K. «The Stress of Caregivers», dans D. E. Biegel et A. Blum. (éds.), *Aging and Caregiving. Theory, Research and Policy*, Newbury Park, Sage Publications, 1990, p. 121-138.
10. CICIRELLI, V. G. *Helping Elderly Parents: The Role of Adult Children*, Boston, Auburn House, 1981, 199 p.
11. CLARK, N. M. et RAKOWSKI, W. «Family Caregivers of Older Adults: Improving Helping Skills», dans *The Gerontologist*, vol. 23, no 6, (1983), p. 637-642.

12. DEIMLING, G. T. et al. «Care-related Stress: A Comparison of Spouse and Adult-Child Caregivers in Shared and Separate Household», dans *Journal of Aging and Health*, vol. 1, no 1, (1989), p. 67-82.
13. DEIMLING, G. T. et BASS, D. M.. «Symptoms of Mental Impairment Among Elderly Adults and their Effects on Family Caregivers», dans *Journal of Gerontology*, vol. 4, no 6, (1986), p. 778-784.
14. DOTY, P. «Family Care of the Elderly: The Role of Public Policy», dans *The Milbank Quarterly*, vol. 64, no 1, (1986), p. 34-75.
15. EMOND, A. *Et la santé ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec 1987*, Québec, Les Publications du Québec, 1988, 337 p.
16. FENGLER, A. P. et GOODRICH, N.. «Wives of Elderly Disabled Men: The Hidden Patients», dans *The Gerontologist*, vol. 19, no 2, (1979), p. 175-183.
17. FESTINGER, L. «A Theory of Social Comparison Processes», dans *Human Relations*, vol. 7, (1954), p. 117-140.
18. FISHER, L. R. «Elderly Parents and the Caregiving Role: An Asymmetrical Transition», dans J. Peterson et J. Quadagno. (éds.), *Social Bonds in Later Life. Aging and Interdependence*, Beverly Hills, Sage Publications, 1985, p. 105-114.
19. FISHER, L. R. et HOFFMAN, C. «Who Cares for the Elderly: The Dilemma of Family Support», dans *Research in Social Problems and Public Policy*, vol. 3, (1984), p. 169-215.
20. GALLAGHER, D. et al. «Depression and Other Negative Affects in Family Caregivers», dans E. Light et B. D. Lebowitz, *Alzheimer's Disease Treatment and Family Stress: Directions for Research*, Rockville, National Institute of Mental Health, U.S. Dpt of Health and Human Services, 1989, p. 218-244.
21. GELFAND, D. W., OLSEN, J. K. et BLOCK, M. R. «Two Generations of Elderly in the Changing American Family: Implications for Family Services», dans *Family Coordinator*, (octobre 1978), p. 395-403.
22. GEORGE, L. K. et GWYTHYER, L. P. «Caregiver Well-being: A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults», dans *The Gerontologist*, vol. 26, no 3, (1986), p. 253-259.

23. GERGEN, K. J. et GERGEN, M. M. *Psychologie sociale*, Montréal, Éditions Études Vivantes, 1984, 528 p.

24. GILHOLLY, M. L. M. «The Impact of Care-giving on Care-givers: Factors Associated with the Psychological Well-being of People Supporting a Dementing Relative in the Community», dans *British Journal of Medical Psychology*, vol. 57, no 1, (1984), p. 35-44.

25. GOLODETZ, A. et al. «The Care of Chronic Illness: The «Responsor» Role», dans *Medical Care*, vol. 7, no 5, (1969), p. 385-394.

26. HALEY, W. E. et al. «Psychological, Social, and Health Consequences of Caring for a Relative with Senile Dementia», dans *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 35, no 5, (1987), p. 405-411.

27. HALEY, W. E. et PARDO, K. M. «Relationship of Severity of Dementia to Caregiving Stressors», dans *Psychology and Aging*, vol. 4, no 4, (1989), p. 389-392.

28. HAWRANIK, P. «Caring for Aging Parents: Divided Allegiances», dans *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 11, no 10, (1985), p. 19-22.

29. HOROWITZ, A. «Family Caregiving to the Frail Elderly», dans *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol. 5, (1985), p. 194-246.

30. JUTRAS, S. «Caregiving for the Elderly: The Partnership Issue», dans *Social Science and Medicine*, vol. 31, no 7, (1990), p. 763-771.

31. JUTRAS, S. et VEILLEUX, F. «Informal Caregiving: Correlates of Perceived Burden», dans *Canadian Journal on Aging*, vol. 10, no 1, (1991)

32. KIECOLT-GLASER, J. K. et al. «Chronic Stress and Immunity in Family Caregivers of Alzheimer's Disease Victims», dans *Psychosomatic Medicine*, vol. 49, (1987), p. 523-535.

33. KILLEEN, M. «The Influence of Stress and Coping on Family Caregivers Perceptions of Health», dans *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 30, no 3, (1990), p. 197-211.

34. LAUZON, S. «La santé des soignants naturels de malades déments vivant dans la communauté», dans *Le Gérontophile*, vol. 10, no 4, (1988), p. 21-23.

35. MARCUS, L. et JAEGER, V. «The Elderly as Family Caregivers», dans *Canadian Journal on Aging*, vol. 3, no 1, (1984), p. 33-43.

36. MORYCZ, R. «Caregiving Strain and the Desire to Institutionalize Family Members with Alzheimer's Disease», dans *Research on Aging*, vol. 7, (1985), p. 329-361.
37. NOELKER, L. S. et WALLACE, R. W. «The Organization of Family Care for the Impaired Elderly», dans *Journal of Family Issues*, vol. 6, no 1, (1985), p. 23-44.
38. PAQUETTE, M. *Le vécu des personnes soutien qui s'occupent d'une personne âgée en perte d'autonomie*, Joliette, DSC de Lanaudière, 1988, 202 p.
39. PEARSON, J., VERMAN, S. et NELLET, C. «Elderly Psychiatric Patient Status and Caregiver Perceptions as Predictors of Caregiver Burden», dans *The Gerontologist*, vol. 28, no 1, (1988), p. 79-83.
40. PRUCHNO, R. A. et POTASHNIK, S. L. «Caregiving Spouses: Physical and Mental Health in Perspective», dans *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 37, no 8, (1989), p. 697-705.
41. PRUCHNO, R. A. «The Effects of Help Patterns on the Mental Health of Spouse Caregivers», dans *Research on Aging*, vol. 12, no 1, (1990), p. 57-71.
42. RENAUD, M., JUTRAS, S., et BOUCHARD, P., avec la coll. de L. GUYON et R. B. DANDURAND. *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires*, (Recherche no 6) Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1987, 282 p. et annexes.
43. ROBINSON, B. et THURNHER, M. «Taking Care of Parents: A Family-cycle Transition», dans *The Gerontologist*, vol. 19, no 6, (1979), p. 586-593.
44. ROBINSON, B. «Validation of a Caregiver Strain Index», dans *Journal of Gerontology*, vol. 38, (1983), p. 344-348.
45. RODIN, J. «The Application of Social Psychology», dans Lindzey, G. et Aronson, E. (éds.), *The Handbook of Social Psychology*, vol. 2 Special Fields and Application, New York: Random House, 1985, p. 805-881.
46. ROSENTHAL, C. J. «Aging and Intergenerational Relations in Canada», dans Marshall, V. W., *Aging in Canada: Social Perspectives* (2<sup>e</sup> éd.), Markham, Fitzhenry & Whiteside, 1987, p. 311-342.

47. SCHULZ, R. «Theoretical Perspectives on Caregiving: Concepts, Variables, and Methods», dans D. E. Biegel et A. Blum. (éds.), *Aging and Caregiving. Theory, Research, and Policy, 1990*, Newbury Park CA, Sage Publications, 1990, p. 27-52.

48. SHANAS, E. et SUSSMAN, M. B. «The Family in Later Life: Social Structure and Social Policy», dans R. Fogel et coll. (éds.), *Aging: Stability and Change in the Family*, New York, Academic Press, 1981, 341 p.

49. SHANAS, E. «Social Myth as Hypothesis: The Case of the Family Relations of Old People», dans *The Gerontologist*, vol. 19, no 1, (1979), p. 3-9.

50. SIVLEY, J. P. et FIEGENER, J. «Family Caregivers of the Elderly: Assistance Provided after Termination of Chore Services», dans *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 8, no 1/2, (1984), p. 23-34.

51. SNYDER, B. et KEEFE, K. «The Unmet Needs of Family Caregivers for Frail and Disabled Adults», dans *Social Work in Health Care*, vol. 10, no 3, (1985), p. 1-14.

52. STROLLER, E. P. «Parental Caregiving by Adult Children», dans *Journal of Marriage and the Family*, vol. 45, no 4, (1983), p. 851-858.

53. STOMMEL, M. et GIVEN, B. «Depression as an Overriding Variable Explaining Caregiver Burdens», dans *Journal of Aging and Health*, vol. 2, no 1, (1990), p. 81-102.

54. STONE, R., CAFFERATA, G. L. et SANGL, J. «Caregivers of the Frail Elderly: A National Profile», dans *The Gerontologist*, vol. 27, no 5, (1987), p. 616-626.

55. STROEBE, W. et al. «The Effects of Bereavement on Mortality: A Social Psychological Analysis», dans J. R. Eiser. (éd.), *Social Psychology and Behavioral Medicine*, New York, John Wiley & Sons, 1982, 388 p.

56. STRYCKMAN, J. et PARÉ-MORIN, L. *Stratégies du maintien à domicile: l'apport des aidants naturels*, Québec, DSC Hôpital Saint-Sacrement, 1985, 44 p.

57. TAYLOR, S. E. *Health Psychology*, (3<sup>è</sup> éd.), New York, Random House, 1986, 528 p.

58. TOWNSEND, A. et al. «Longitudinal Impact of Inerhousehold Caregiving on Adult Children's Mental Health», dans *Psychology and Aging*, vol. 4, no 4, (1989), p. 393-401.

59. U.S. «House of Representatives, Select Committee on Aging, Subcommittee on Health and Long-Term Care», dans *Exploding the Myths: Caregiving in America: A Study*, (100<sup>th</sup> Congress, 1<sup>st</sup> session, Comm. Pub. No 99-611) Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1988, 73 p.
60. VIENS, C. avec la coll. de C. GENDREAU et A. LEBEAU. *Le support aux familles, une nécessité dans l'intervention auprès des aînés. Revue de la littérature*, St-Jean, DSC du Haut-Richelieu, 1988, 59 p.
61. ZARIT, S. H., REEVER, K. E. et BACH-PETERSON, J. «Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feeling of Burden», dans *Gerontologist*, vol. 20, no 6, (1980), p. 649-655.
62. ZARIT, S. H., TODD, P. A. et ZARIT, J. M. «Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study», dans *The Gerontologist*, vol. 26, no 3, (1986), p. 260-266.

# ANNEXES

## ANNEXE 1.1

### PRÉVALENCE BRUTE (%) DE MOINS BONNE PERCEPTION DE LA SANTÉ, DE RÉPONDANTS SE DÉCLARANT MOINS HEUREUX, PLUS STRESSÉS ET MOINS SATISFAITS DE LEUR ÉTAT DE SANTÉ ET RATIOS DE COTE CORRESPONDANTS CHEZ LES TROIS GROUPES ÉTUDIÉS, QUÉBEC 1987

	Taux bruts			Corésidents - Témoins 1			Corésidents - Témoin 2		
	Corésidents	Témoins 1	Témoins 2	Ratio de cote	Intervalle de confiance	(Effectif)	Ratio de cote	Intervalle de confiance	(Effectif)
Moins bonne perception	20,6	25,9	18,2	0,9	0,5 à 1,5	(212)	0,9	0,4 à 2,1	(224)
Moins heureux	74,1	59,4	68,7	1,3	0,6 à 2,9	(211)	1,4	0,6 à 3,4	(224)
Plus stressés	51,8	34,4	39,8	2,1	1,2 à 3,5	(211)	2,1	1,1 à 4,1	(223)
Moins satisfaits	14,2	16,4	11,6	1,0	0,5 à 1,8	(212)	1,1	0,4 à 2,6	(224)

**PRÉVALENCE BRUTE (%) D'INCAPACITÉ OU CONDITIONS CHRONIQUES, DE LIMITATION DANS LES ACTIVITÉS, DE LA PRÉSENCE D'AU MOINS UN PROBLÈME DE SANTÉ ET DE PROBLÈMES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES ET RATIOS DE COTE CORRESPONDANTS CHEZ LES TROIS GROUPES ÉTUDIÉS, QUÉBEC 1987**

	TAUX BRUTS			CORÉSIDENTS-TÉMOINS 1			CORÉSIDENTS-TÉMOINS 2		
	CORÉSIDENTS	TÉMOINS 1	TÉMOINS 2	RATIO DE COTE	INTERVALLE DE		RATIO DE COTE	INTERVALLE DE	
					CONFIDANCE			CONFIDANCE	
Incapacité ou conditions chroniques	65,7	53,8	64,3	1,6	1,0 à 2,5	(210)	0,9	0,5 à 1,7	(224)
Limitation des activités	14,4	11,3	8,9	1,5	0,8 à 3,1	(213)	0,9	0,3 à 2,4	(226)
Présence de problèmes de santé	73,6	63,0	72,9	1,4	0,9 à 2,2	(213)	0,9	0,4 à 1,7	(226)
Diabète	4,5	1,0	4,5	6,7	0,8 à 56,5	(213)	1,2	0,3 à 4,7	(226)
Troubles de la thyroïde	4,1	2,1	3,4	2,9	0,8 à 10,6	(213)	0,7	0,2 à 2,6	(226)
Maux de tête	7,5	7,5	10,3	0,9	0,4 à 2,4	(212)	0,7	0,2 à 1,7	(226)
Troubles de vision	3,8	0,3	2,7	5,8	0,7 à 50,9	(213)	2,3	0,4 à 13,7	(226)
Hypertension	18,8	15,4	18,8	1,2	0,6 à 2,1	(213)	1,1	0,5 à 2,4	(226)
Maladies cardiaques	11,3	11,0	12,0	1,1	0,5 à 2,4	(212)	0,7	0,3 à 1,8	(226)
Affections respiratoires aiguës	4,5	2,4	3,8	1,9	0,5 à 6,6	(213)	0,6	0,1 à 3,8	(226)
Influenza	6,2	3,4	3,4	1,6	0,6 à 4,1	(213)	4,0	1,0 à 17,1	(226)
Bronchite, emphysème	7,2	4,1	5,5	1,3	0,5 à 3,6	(213)	2,0	0,5 à 7,2	(226)
Asthme	2,7	3,1	4,1	1,2	0,3 à 4,4	(213)	0,2	0,0 à 1,1	(226)
Rhume des foies	5,8	3,1	7,2	3,4	0,9 à 12,3	(213)	1,2	0,4 à 3,3	(226)
Allergies	6,8	4,5	7,5	1,6	0,5 à 4,9	(213)	0,9	0,3 à 2,5	(226)
Ulcères gastriques, duodénum	4,1	3,1	3,4	1,2	0,3 à 4,6	(213)	0,8	0,2 à 3,3	(226)
Troubles digestifs	7,5	7,2	7,5	0,6	0,3 à 1,5	(213)	1,0	0,3 à 3,7	(225)
Autres problèmes digestifs	2,7	1,7	5,8	1,7	0,4 à 7,9	(213)	0,6	0,1 à 3,1	(226)
Allergies cutanées, affection de la peau	5,8	7,2	9,9	0,9	0,4 à 2,0	(213)	0,8	0,3 à 2,2	(226)
Arthrite, rhumatisme	27,7	20,2	27,1	1,6	1,0 à 2,7	(213)	1,1	0,5 à 2,1	(226)
Maux de dos	14,0	8,9	9,6	1,6	0,8 à 3,4	(213)	4,2	1,6 à 10,8	(226)
Autres maladies ostéo-articulaires	5,1	3,4	4,5	1,0	0,3 à 3,2	(213)	1,1	0,3 à 4,7	(226)
Lésion (accidents, blessures)	3,8	3,1	5,1	0,5	0,1 à 1,9	(213)	0,4	0,1 à 1,8	(226)
Malaise et fatigue	2,4	1,4	2,4	N.C. <sup>1</sup>	N.C. <sup>1</sup>	(213)	0,5	0,1 à 3,8	(226)

<sup>1</sup> Modèle non convergent (ratio de cote ne peut être calculé)

### ANNEXE 1.3

#### PRÉVALENCE BRUTE (%) DE BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE FAIBLE ET DES TROUBLES MENTAUX ET RATIOS DE COTE CORRESPONDANTS, MOYENNES BRUTES DE L'INDICE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE (ILFELD) ET COEFFICIENTS CORRESPONDANTS CHEZ LES TROIS GROUPES ÉTUDIÉS, QUÉBEC 1987

	TAUX BRUTS/MOYENNE BRUTE			CORÉSIDENTS - TÉMOINS 1			CORÉSIDENTS - TÉMOINS 2		
	CORÉSIDENTS	TÉMOINS 1	TÉMOINS 2	RATIO DE COTE COEFFICIENT	INTERVALLE DE CONFIDANCE	(EFFECTIF)	RATIO DE COTE COEFFICIENT	INTERVALLE DE CONFIDANCE	(EFFECTIF)
Bien-être psychologique faible	38,3	24,3	29,0	2,3	1,3 à 4,0	(199)	1,9	1,0 à 3,6	(209)
Présence de troubles mentaux	15,1	7,5	18,5	2,2	1,0 à 4,8	(213)	0,9	0,4 à 1,9	(226)
Niveau de détresse psychologique	15,2	12,3	13,0	2,1	0,6 à 4,3	(188)	2,1	-1,3 à 2,9	(172)

## ANNEXE 1.4

**PRÉVALENCE BRUTE (%) DU RECOURS AUX SERVICES, DE LA CONSOMMATION DE TRANQUILLISANTS ET D'INCAPACITÉ SUITE AUX PROBLÈMES DE SANTÉ ET RATIOS DE COTE CORRESPONDANTS CHEZ LES TROIS GROUPES ÉTUDIÉS, QUÉBEC 1987**

	TAUX BRUTS			CORÉSIDANTS-TÉMOINS 1			CORÉSIDANTS - TÉMOINS 2		
	CORÉSIDANTS	TÉMOINS 1	TÉMOINS 2	RATIO DE COTE	INTERVALLE DE CONFIANCE	(EFFECTIF)	RATIO DE COTE	INTERVALLE DE CONFIANCE	(EFFECTIF)
<b>Consommation</b>									
Vu médecin généraliste au cours des deux dernières semaines	14,4	12,3	15,8	1,3	0,7 à 2,5	(213)	0,7	0,3 à 1,6	(226)
Vu médecin spécialiste au cours des deux dernières semaines	3,1	5,5	6,6	0,5	0,2 à 1,3	(213)	0,9	0,2 à 3,0	(226)
Consulté pour au moins un problème de santé au cours des quatre derniers mois	49,3	38,7	46,6	1,3	0,8 à 2,2	(213)	0,9	0,5 à 1,6	(226)
Usage de tranquillisants	14,4	7,5	16,8	2,0	0,9 à 4,2	(212)	0,8	0,4 à 1,9	(226)
<b>Fonctionnalité</b>									
Incapacité au cours des deux dernières semaines	12,3	8,6	10,6	2,3	1,0 à 5,3	(213)	1,5	0,7 à 3,5	(226)

## ANNEXE 2.1

### PRÉVALENCE BRUTE (%) DE MOINS BONNE PERCEPTION DE LA SANTÉ, DE RÉPONDANTS SE DÉCLARANT MOINS HEUREUX, PLUS STRESSÉS ET MOINS SATISFAITS DE LEUR ÉTAT DE SANTÉ ET RATIOS DE COTE CORRESPONDANTS CHEZ LES CORÉSIDANTS SELON LE TYPE DE PROBLÈME DE L'AIDÉ, QUÉBEC 1987

	TAUX BRUTS			AIDE POUR SOINS PERSONNELS - AIDE INSTRUMENTALE			CONFUSION OU PERTE DE MÉMOIRE - AIDE INSTRUMENTALE		
	AIDE INSTRUMENTALE	AIDE POUR SOINS PERSONNELS	CONFUSION PERTE DE MÉMOIRE	RATIO DE COTE	INTERVALLE DE CONFIANCE	(EFFECTIF) <sup>1</sup>	RATIO DE COTE	INTERVALLE DE CONFIANCE	(EFFECTIF) <sup>1</sup>
Moins bonne perception	14,5	26,3	31,3	3,1	0,9 à 10,0	(64/100)	4,5	1,2 à 3,4	(27/100)
Moins heureux	71,6	76,3	81,3	1,0	0,4 à 2,4	(80/116)	2,1	0,5 à 8,4	(32/116)
Plus stressés	48,7	51,9	68,8	0,9	0,4 à 1,9	(79/117)	2,4	0,8 à 7,2	(32/117)
Moins satisfaits de leur santé	12,0	16,3	18,8	1,8	0,6 à 5,5	(80/117)	1,7	0,4 à 6,8	(32/117)

<sup>1</sup> Effectifs: D'abord ceux du groupe «aide pour soins personnels» ou «confusion ou perte de mémoire» et ensuite celui de groupe «aide instrumentale».

**PRÉVALENCE BRUTE (%) D'INCAPACITÉS OU CONDITIONS CHRONIQUES, DE LIMITATION DANS LES ACTIVITÉS, DE LA PRÉSENCE D'AU MOINS UN PROBLÈME DE SANTÉ ET DE PROBLÈMES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES ET RATIOS DE COTE CORRESPONDANTS CHEZ LE CORÉSIDANT SELON LE TYPE DE PROBLÈME DE L'AIDÉ, QUÉBEC 1987**

	TAUX BRUTS			AIDE POUR SOINS PERSONNELS AIDE INSTRUMENTALE			CONFUSION OU PERTE DE MÉMOIRE AIDE INSTRUMENTALE		
	AIDE INSTRUMENTALE	AIDE POUR SOINS PERSONNELS	CONFUSION PERTE DE MÉMOIRE	RATIO DE COTE	INTERVALLE DE CONFIANCE	(EFFECTIF) <sup>1</sup>	RATIO DE COTE	INTERVALLE DE CONFIANCE	(EFFECTIF) <sup>1</sup>
Incapacité ou conditions chroniques	62,7	73,9	78,1	1,8	0,8 à 4,0	(77/116)	3,8	1,0 à 14,9	(31/116)
Limitation des activités	70,5	73,7	83,8	5,3	1,1 à 26,9	(75/116)	9,6	1,8 à 51,9	(32/116)
Présence de problèmes de santé	10,9	16,8	24,3	1,4	0,6 à 3,5	(79/116)	2,1	0,5 à 8,4	(31/116)
Diabète	4,5	5,3	2,7	0,4	0,0 à 3,7	(95/156)	0,8	0,1 à 8,0	(37/156)
Troubles thyroïde	1,9	7,4	5,4	2,9	0,7 à 11,9	(95/156)	1,6	0,2 à 10,5	(37/156)
Maux de tête	7,1	10,5	0,0	0,9	0,3 à 2,6	(95/156)	0,0	0,0 à ∞	(37/156)
Troubles de vision	2,6	4,2	5,4	1,8	0,3 à 11,5	(95/156)	0,9	0,7 à 10,8	(37/156)
Hypertension	16,0	21,1	24,3	1,7	0,7 à 4,0	(95/156)	2,3	0,8 à 6,8	(37/156)
Maladies cardiaques	11,5	8,5	16,2	2,7	0,5 à 16,2	(79/116)	4,6	0,7 à 27,9	(31/116)
Affections respiratoires aiguës	6,4	2,1	2,7	0,4	0,1 à 1,9	(95/156)	0,4	0,0 à 3,5	(37/156)
Influenza	5,1	7,4	8,1	4,2	0,8 à 21,6	(95/156)	1,2	0,1 à 14,5	(37/156)
Bronchite, emphyseme	6,4	5,3	10,8	1581,8	0,0 à ∞	(95/156)	1 735,3	0,0 à ∞	(37/156)
Asthme	1,9	4,2	2,7	3,4	0,3 à 34,3	(95/156)	2,8	0,2 à 47,7	(37/156)
Rhume des foins	5,1	7,4	5,4	1,9	0,5 à 6,7	(95/156)	1,1	0,2 à 6,4	(37/156)
Allergies	5,1	11,6	2,7	3,0	0,9 à 10,3	(95/156)	0,6	0,1 à 5,9	(37/156)
Ulcères gastriques, duodénum	4,5	3,2	5,4	1,1	0,7 à 18,3	(95/156)	0,0	0,0 à ∞	(37/156)
Troubles digestifs	7,1	3,2	18,9	0,6	0,5 à 7,0	(95/155)	6,1	1,1 à 34,8	(37/155)
Autres problèmes digestifs	3,2	2,1	2,7	0,0	0,0 à ∞	(95/156)	0,7	0,1 à 15,1	(37/156)
Allergies cutanées, affection de la peau	4,5	7,4	8,1	3,4	0,6 à 20,7	(95/156)	3,5	0,5 à 24,9	(37/156)
Arthrite, rhumatisme	21,1	30,6	48,1	1,9	0,8 à 4,3	(95/156)	3,4	1,3 à 9,3	(37/156)
Maux de dos	12,8	16,8	10,8	1,2	0,5 à 3,0	(95/156)	0,8	0,2 à 3,2	(37/156)
Autres maladies ostéo-articulaires	3,2	7,4	8,1	3,3	0,6 à 17,1	(95/156)	3,1	0,4 à 24,5	(37/156)
Lésions (accidents, blessures)	3,8	4,2	2,7	3,3	0,3 à 32,5	(95/156)	0,0	0,0 à ∞	(37/156)
Malaise et fatigue	2,6	0,0	8,1	0,0	0,0 à ∞	(95/156)	1,9	0,2 à 14,1	(37/156)

1 Effectifs: D'abord ceux du groupe «aide pour soins personnels» ou «confusion ou perte de mémoire» et ensuite celui du groupe «aide instrumentale».

## ANNEXE 2.3

### PRÉVALENCE BRUTE (%) D'UN INDICE DE BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE ET DES TROUBLES MENTAUX ET LES RATIOS DE COTE CORRESPONDANTS, NIVEAUX BRUTS ET AJUSTÉS DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES CORÉSIDENTS SELON LE TYPE DE PROBLÈME DE L'AIDÉ, QUÉBEC 1987

INDICE	TAUX BRUTS			AIDE POUR SOINS PERSONNELS AIDE INSTRUMENTALE			CONFUSION OU PERTE DE MÉMOIRE AIDE INSTRUMENTALE		
	AIDE INSTRUMENTALE	AIDE POUR SOINS PERSONNELS	CONFUSION PERTE DE MÉMOIRE	RATIO DE COTE	INTERVALLE DE COUFIANCE	(EFFECTIF) <sup>1</sup>	RATIO DE COTE	INTERVALLE DE COUFIANCE	(EFFECTIF) <sup>1</sup>
Bien-être psychologique faible	33,3	47,3	35,7	1,8	0,8 à 4,2	(78/108)	2,1	0,7 à 6,4	(28/108)
Présence de troubles mentaux:									
• homme	10,1	8,8	0,0	0,5	0,1 à 1,8	(34/89)	0,0	0,0 à ∞ <sup>2</sup>	(11/89)
• femme	16,4	16,4	42,3	1,0	0,4 à 2,7	(61/67)	3,4	1,2 à 9,5	(26/67)

NIVEAU DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	AIDE INSTRUMENTALE	AIDE POUR SOINS PERSONNELS	CONFUSION - PERTE DE MÉMOIRE	F	SIGN.
Moyenne brute		14,0	16,2		
Moyenne ajustée pour les covariables		13,6	16,2	1,14	0,322
(Effectifs)		(98)	(58)		

<sup>1</sup> Effectifs: D'abord ceux du groupe -aide pour soins personnels- ou -confusion ou perte de mémoire- et ensuite celui du groupe -aide instrumentale-.

<sup>2</sup> ∞ : nombre supérieur à 10 000

## ANNEXE 2.4

**PRÉVALENCE BRUTE (%) DU RECOURS AUX SERVICES, DE LA CONSOMMATION DE TRANQUILLISANTS ET D'INCAPACITÉ SUITE AUX PROBLÈMES DE SANTÉ ET RATIOS DE COTE CORRESPONDANTS SELON LE TYPE DE PERTE D'AUTONOMIE, QUÉBEC 1987**

	TAUX BRUTS			AIDE POUR SOINS PERSONNELS - AIDE INSTRUMENTALE			CONFUSION OU PERTE DE MÉMOIRE - AIDE INSTRUMENTALE		
	AIDE INSTRUMENTALE	AIDE POUR SOINS PERSONNELS	CONFUSION PERTE DE MÉMOIRE	RATIO DE COTE	INTERVALLE DE CONFIANCE	(EFFECTIF) <sup>1</sup>	RATIO DE COTE	INTERVALLE DE CONFIANCE	(EFFECTIF) <sup>1</sup>
<b>Consommation</b>									
Vu médecin généraliste au cours des deux dernières semaines	12,8	15,8	18,9	1,1	0,4 à 3,4	(79/116)	1,1	0,3 à 4,3	(31/116)
Vu médecin spécialiste au cours des deux dernières semaines	3,9	1,1	0,0	0,4	0,0 à 3,8	(95/155)	0,0	0,0 à -	(37/155)
Consulté pour au moins un problème de santé au cours des quatre derniers mois	47,4	47,4	56,8	2,1	0,9 à 4,7	(79/116)	2,7	0,9 à 8,0	(31/116)
Consommation de tranquillisants	12,2	14,7	24,3	2,0	0,6 à 6,1	(79/116)	4,4	1,3 à 15,4	(31/116)
<b>Fonctionnalité</b>									
Incapacité au cours des deux dernières semaines:									
Homme	9,0	8,8	36,4	0,7	0,1 à 3,1	(29/73)	2,5	0,4 à 15,2	(9/73)
Femme	7,5	16,4	23,1	2,7	0,6 à 11,6	(48/56)	3,9	0,8 à 19,2	(22/56)

1 Effectifs: D'abord ceux du groupe «aide pour soins personnels» ou «confusion ou perte de mémoire» et ensuite celui de groupe «aide instrumentale».

## ANNEXE 3.1

### PRÉVALENCE BRUTE (%) DE MOINS BONNE PERCEPTION DE LA SANTÉ, DE RÉPONDANTS SE DÉCLARANT MOINS HEUREUX, PLUS STRESSÉS ET MOINS SATISFAITS DE LEUR ÉTAT DE SANTÉ ET RATIOS DE COTE CORRESPONDANTS CHEZ LES CORÉSIDENTS SELON LE LIEN AVEC L'AIDÉ

	TAUX BRUTS			ENFANT-CONJOINT			AUTRE-CONJOINT		
	ENFANT	CONJOINT	AUTRE	RATIO DE COTE	INTERVALLE DE CONFIA NCE	(EFFECTIF) <sup>1</sup>	RATIO DE COTE	INTERVALLE DE CONFIA NCE	(EFFECTIF) <sup>1</sup>
Moins bonne perception	19,2	22,2	10,5	0,8	0,3 à 2,1	(43/136)	0,3	0,0 à 2,8	(12/136)
Moins heureux	80,8	72,0	73,7	1,6	0,7 à 3,5	(52/158)	1,2	0,4 à 4,0	(18/158)
Plus stressés	53,8	51,6	47,4	0,6	0,3 à 1,5	(52/158)	0,7	0,2 à 2,0	(18/158)
Moins satisfait de leur santé	15,4	14,2	10,5	1,0	0,4 à 2,5	(59/159)	0,7	0,1 à 3,4	(18/159)

<sup>1</sup> Effectifs: d'abord ceux des enfants ou des «autres» et ensuite celui des conjoints.

## ANNEXE 3.2

**PRÉVALENCE BRUTE (%) D'INCAPACITÉ OU DE CONDITIONS CHRONIQUES, DE LIMITATION DANS LES ACTIVITÉS, DE LA PRÉSENCE D'AU MOINS UN PROBLÈME DE SANTÉ ET DE PROBLÈMES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES ET RATIOS DE COTE CORRESPONDANTS CHEZ LES CORÉSIDENTS SELON LE LIEN AVEC L'AIDÉ, QUÉBEC 1987**

	TAUX BRUTS			ENFANT-COJONCT			AUTRE-COJONCT		
	ENFANT	COJONCT	AUTRE	RATIO DE COTE	INTERVALLE DE CONFIDANCE	(EFFECTIF) <sup>1</sup>	RATIO DE COTE	INTERVALLE DE CONFIDANCE	(EFFECTIF) <sup>1</sup>
Incapacité ou conditions chroniques	51,9	70,4	63,2	0,6	0,3 à 1,1	(51/155)	0,7	0,3 à 2,1	(18/155)
Limitation des activités	64,4	78,6	60,9	1,0	0,2 à 4,8	(49/156)	1,5	0,2 à 8,7	(18/156)
Présence de problèmes de santé	8,2	17,3	8,7	0,6	0,3 à 1,3	(52/156)	0,6	0,2 à 1,9	(18/156)
Diabète	2,7	5,1	4,3	0,6	0,1 à 2,9	(73/193)	0,9	0,1 à 7,7	(22/193)
Troubles de la thyroïde	4,1	4,1	4,3	0,7	0,2 à 2,8	(73/193)	0,7	0,1 à 6,0	(22/193)
Maux de tête	12,3	5,1	13,0	2,3	0,9 à 6,4	(73/193)	2,2	0,5 à 9,3	(22/193)
Troubles de vision	1,4	4,6	4,3	0,9	0,1 à 9,7	(73/193)	0,0	0,0 à ∞	(22/193)
Hypertension	9,6	20,9	30,4	0,8	0,3 à 2,2	(73/193)	2,2	0,7 à 2,2	(22/193)
Maladies cardiaques	4,2	14,3	4,3	0,4	0,1 à 1,8	(52/156)	0,0	0,0 à ∞	(18/156)
Aff.resp. aiguës	2,7	4,6	8,7	0,6	0,1 à 2,8	(73/193)	1,8	0,3 à 9,6	(22/193)
Influenza	6,8	6,1	4,3	0,9	0,3 à 2,7	(73/193)	0,7	0,1 à 6,1	(22/193)
Bronchite, emphyseme	1,4	9,2	8,7	0,1	0,0 à 1,2	(73/193)	0,8	0,1 à 6,7	(22/193)
Asthme	2,7	2,6	4,3	1,0	0,2 à 5,6	(73/193)	1,6	0,2 à 15,7	(22/193)
Rhume des foies	9,6	5,1	0,0	1,3	0,4 à 3,9	(73/193)	0,0	0,0 à ∞	(22/193)
Allergies	11,0	6,1	0,0	1,4	0,5 à 3,7	(73/193)	0,0	0,0 à ∞	(22/193)
Ulcères gastriques, duodénum	4,1	4,6	0,0	0,9	0,2 à 3,6	(73/193)	0,0	0,0 à ∞	(22/193)
Troubles digestifs	1,4	9,7	4,3	0,2	0,0 à 1,3	(73/193)	0,8	0,1 à 6,3	(22/193)
Autres problèmes digestifs	0,0	3,6	4,3	0,0	0,0 à ∞	(73/193)	1,2	0,4 à 31,8	(22/193)
Allergies cutanées, affection de la peau	5,5	6,6	0,0	0,3	0,0 à 1,5	(73/193)	0,0	0,0 à ∞	(22/193)
Arthrite, rhumatisme	19,2	33,2	8,7	0,8	0,3 à 1,8	(73/193)	0,2	0,0 à 1,0	(22/193)
Maux de dos	19,2	12,8	8,7	1,6	0,7 à 3,3	(73/193)	0,6	0,1 à 2,9	(22/193)
Autres maladies ostéo-articulaires	8,2	4,1	4,3	1,9	0,6 à 5,9	(73/193)	1,0	0,1 à 9,2	(22/193)
Lésions (accidents, blessures)	5,5	3,6	0,0	1,4	0,4 à 5,1	(73/193)	0,0	0,0 à ∞	(22/193)
Malaise et fatigue	0,0	3,6	0,0	0,0	0,0 à ∞	(73/193)	0,0	0,0 à ∞	(22/193)

1 Effectifs: D'abord ceux des enfants ou des «autres» et ensuite celui des conjoints.

2 ∞: nombre supérieur à 10 000

### ANNEXE 3.3

## PRÉVALENCE BRUTE (%) D'UN INDICE DE BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE ET DES TROUBLES MENTAUX ET LES RATIOS DE COTE CORRESPONDANTS, NIVEAUX BRUTS ET AJUSTÉS DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES CORÉSIDANTS SELON LE LIEN AVEC L'AIDÉ, QUÉBEC 1987

INDICE	Taux bruts			Enfant - Conjoint			Autre - Conjoint		
	Enfant	Conjoint	Autre	Ratio de cote	Intervalle de confiance	(Effectif) <sup>1</sup>	Ratio de cote	Intervalle de confiance	(Effectif) <sup>1</sup>
Bien-être psychologique faible	49,0	35,7	27,8	1,8	0,9 à 3,6	(51/142)	0,7	0,2 à 2,1	(17/142)
Présence de troubles mentaux	11,0	16,8	13,0	0,7	0,3 à 1,6	(73/193)	0,7	0,2 à 2,7	(22/193)

<sup>1</sup> Effectifs: D'abord ceux des enfants ou des «autres» et ensuite celui des conjoints.

Niveau de détresse psychologique	Enfant	Conjoint	Autre	F	Sign.
Moyenne brute	19,3	13,5	19,6	0,09	0,916
Moyenne ajustée	13,7	15,5	15,0		

## ANNEXE 3.4

### PRÉVALENCE BRUTE (%) DU RECOURS AUX SERVICES, DE LA CONSOMMATION DE TRANQUILLISANTS ET D'INCAPACITÉ SUITE AUX PROBLÈMES DE SANTÉ CHEZ LES CORÉSIDENTS SELON LE LIEN AVEC L'AIDÉ, QUÉBEC 1987

	TAUX BRUTS			ENFANT - CONJOINT			AUTRE-CONJOINT		
	ENFANT	CONJOINT	AUTRE	RATIO DE COTE	INTERVALLE DE CONFIANCE	(EFFECTIF) <sup>1</sup>	RATIO DE COTE	INTERVALLE DE CONFIANCE	(EFFECTIF) <sup>1</sup>
<b>Consommation</b>									
Vu médecin généraliste au cours des deux dernières semaines	15,1	14,8	8,7	0,8	0,3 à 2,3	(52/156)	0,3	0,0 à 2,5	(18/156)
Vu médecin spécialiste au cours des deux dernières semaines	1,4	3,6	4,3	0,4	0,0 à 3,4	(73/192)	0,0	0,0 à ∞ <sup>2</sup>	(22/192)
Consulté pour au moins un problème de santé au cours des quatre derniers mois	39,7	54,1	39,1	1,1	0,5 à 2,7	(52/156)	0,8	0,3 à 2,3	(18/156)
Consommation de tranquillisants	8,2	16,8	13,0	1,0	0,3 à 3,0	(52/156)	1,1	0,3 à 4,4	(18/156)
<b>Functionalité</b>									
Incapacité au cours des deux dernières semaines	13,7	12,8	4,3	1,1	0,4 à 3,0	(59/163)	0,0	0,0 à ∞ <sup>2</sup>	(15/163)

1 Effectifs: D'abord ceux des enfants ou des «autres» et ensuite celui des conjoints.

2 ∞: nombre supérieur à 10 000

N 7539

ex.2

Jutras, S. et al.

AUTEUR

L'état de santé des corésidents de personnes âgées en

TITRE

perte d'autonomie.

DATE	NUMÉRO DU LECTEUR	DATE	NUMÉRO DU LECTEUR
------	----------------------	------	----------------------

N 7539 :

ex.2



Gouvernement du Québec  
**Ministère de la Santé et  
des Services sociaux**