

N° 91F0015M au catalogue — N° 009

ISSN: 1205-9978

ISBN: 978-1-100-90469-6

## Document de recherche

### Documents démographiques

# Projection de la disponibilité future du réseau de soutien informel des personnes âgées et évaluation de son incidence sur les services de maintien à domicile

Par Yves Carrière, Janice Keefe, Jacques Légaré, Xiaofen Lin, Geoff Rowe, Laurent Martelet Sameer Rajbhandary

Division de la démographie  
150 Tunney's Pasture Driveway, Ottawa, K1A 0T6

Téléphone: 613-951-2320 Télécopieur : 613-951-2307



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada

Canada

# Projection de la disponibilité future du réseau de soutien informel des personnes âgées et évaluation de son incidence sur les services de maintien à domicile

Par Yves Carrière, Janice Keefe, Jacques Légaré, Xiaofen Lin, Geoff Rowe, Laurent Martel et Sameer Rajbhandary

91F0015M

ISSN : 1205-9978

ISBN : 978-1-100-90469-6

Division de la démographie  
150 Tunney's Pasture Driveway, Ottawa, K1A 0T6  
Statistique Canada

## Comment obtenir d'autres renseignements :

Téléphone : 613-951-2320

Télécopieur : 613-951-2307

Renseignements par courriel : [demographie@statcan.gc.ca](mailto:demographie@statcan.gc.ca)

Décembre 2008

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'industrie, 2008

Tous droits réservés. Le contenu de la présente publication électronique peut être reproduit en tout ou en partie, et par quelque moyen que ce soit, sans autre permission de Statistique Canada, sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé destiné aux journaux et/ou à des fins non commerciales. Statistique Canada doit être cité comme suit : Source (ou « Adapté de », s'il y a lieu) : Statistique Canada, année de publication, nom du produit, numéro au catalogue, volume et numéro, période de référence et page(s). Autrement, il est interdit de reproduire le contenu de la présente publication, ou de l'emmagasiner dans un système d'extraction, ou de le transmettre sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, reproduction électronique, mécanique, photographique, pour quelque fin que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable des Services d'octroi de licences, Division des services à la clientèle, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6.

## Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

This publication is available in English upon request (Catalogue no. 91F0015M).

# Signes conventionnels

---

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

- . indisponible pour toute période de référence
- .. indisponible pour une période de référence précise
- ... n'ayant pas lieu de figurer
- 0 zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
- 0<sup>s</sup> valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
- <sup>p</sup> provisoire
- <sup>r</sup> révisé
- x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
- <sup>E</sup> à utiliser avec prudence
- F trop peu fiable pour être publié

## Ouvrages déjà parus :

### Rapport sur l'état de la population du Canada (n° 91-209-X au catalogue de Statistique Canada)

#### Édition 2005 et 2006

-Portrait de la mobilité des Canadiens en 2006 : trajectoires et caractéristiques des migrants.

#### Édition 2003 et 2004

-La fécondité des femmes de minorités visibles au Canada;  
-L'immigration récente au Canada en provenance des Balkans.

#### Édition 2002

-La fécondité des immigrantes et de leurs filles nées au Canada;  
-Vieillir en santé : les déterminants d'un vieillissement sans perte d'autonomie chez les Canadiens âgés.

#### Édition 2001

-Une étude comparative de l'évolution récente de la fécondité canadienne et américaine, 1980-1999;  
-Nouvelles tendances démographiques et utilisation des services de maintien à domicile.

#### Édition 2000

-L'effet du tabagisme sur l'espérance de vie sans incapacité au Canada;  
-Incidence des causes de décès sur l'espérance de vie aux âges avancés;  
-L'évolution de la structure familiale et le bien-être économique des enfants d'âge préscolaire;  
-La naissance d'un enfant en famille recomposée.

#### Édition 1998-1999

-Revenu relatif, coût d'opportunité et variations de la fécondité;  
-L'espérance de vie sans dépendance et ajustée en fonction de la santé;  
-Mobilité ethnique et croissance démographique des populations autochtones.

#### Édition 1997

-Effets de l'entourage des personnes âgées sur leur condition socio-économique.

#### Édition 1996

-Les unions libres au Canada à la fin du XX<sup>e</sup> siècle.

#### Édition 1995

-Ressemblances et dissemblances démographiques de l'Ontario et du Québec.

#### Édition 1994

-La « génération sandwich » : mythes et réalité.

#### Édition 1993

-Les défis démographiques du Mexique (un aperçu).

#### Édition 1992

-Structures démographiques en mutation, un bilan de deux siècles.

#### Édition 1991

- Brève revue des principaux mouvements migratoires dans le monde depuis la Seconde Guerre mondiale.

#### Édition 1990

- Évolution récente des populations canadienne et américaine.

#### Édition 1988

- Les interruptions volontaires de grossesse dans une perspective démographique;  
- Conséquences à long terme du mariage et de la fécondité chez les adolescentes.

#### Édition 1986

- Le comportement fécond des femmes mariées, canadiennes de naissance;  
- La fécondité des célibataires;  
- Renforcement des positions majoritaires.

#### Rapport 1983

## Ouvrages déjà parus :

### Hors série

- Beaujot, R., E.M. Gee, F. Rajulton et Z.R. Ravanera. 1995. *La famille au long de la vie*, n° 91-543F au catalogue de Statistique Canada.
- Desjardins, B. 1993. *Vieillesse de la population et personnes âgées*, n° 91-533F au catalogue de Statistique Canada.
- Dumas, J. et Y. Péron. 1992. *Mariage et vie conjugale au Canada*, n° 91-534F au catalogue de Statistique Canada.
- Ram, B. 1990. *Nouvelles tendances de la famille*, n° 91-535F au catalogue de Statistique Canada.
- Richmond, A.H. 1989. *Les immigrants antillais*, n° 91-536F au catalogue de Statistique Canada.
- Beaujot, R., K.G. Basavarajappa et R.B.P. Verma. 1988. *Le revenu des immigrants au Canada*, n° 91-527F au catalogue de Statistique Canada.
- Romaniuc, A. 1984. *La fécondité au Canada : Croissance et déclin*, n° 91-524F au catalogue de Statistique Canada.

### Regard sur la démographie canadienne (n° 91-003-X au catalogue de Statistique Canada)

1<sup>re</sup> édition, 25 janvier 2008.

### Documents démographiques (n° 910015MPF au catalogue de Statistique Canada)

- Caron Malenfant, E., A. Milan, M. Charron et A. Bélanger. 2007. *Changements démographiques au Canada de 1971 à 2001 selon un gradient urbain-rural*, document n° 8.
- He, J. et M. Michalowski. 2005. *Recherche sur les modifications de la méthode d'estimation provisoire de la migration interprovinciale*, document n° 7.
- Wilkinson, P. 2004. *Estimations de la migration interne basée sur la nouvelle et l'ancienne méthode pour les périodes combinées de 1996-1997 à 2000-2001*, document n° 6.
- Kerr, D. 1998. *Une revue des méthodes d'estimation du sous-dénombrement net du recensement au Canada, aux États-Unis, en Grande-Bretagne et en Australie*, document n° 5.
- Bédard, M. et M. Michalowski. 1997. *Avantages de la variable de mobilité sur un an pour la ventilation de la migration interprovinciale par âge, sexe et état matrimonial*, document n° 4.
- Bourbeau, R., J. Légaré et V. Emond. 1997. *Nouvelles tables de mortalité par génération au Canada et au Québec, 1801-1991*, document n° 3.
- Smith, G. 1996. *La population en logements collectifs au Canada de 1971 à 1991*, document n° 2.
- Verma, R.B.P., S. Loh, S.Y. Dai et D. Ford. 1996. *Projection de la fécondité, Canada, provinces et territoires, 1993-2016*, document n° 1.

## **Table des matières**

### **Projection de la disponibilité future du réseau de soutien informel des personnes âgées et évaluation de son incidence sur les services de maintien à domicile**

Par Yves Carrière, Janice Keefe, Jacques Légaré, Xiaofen Lin, Geoff Rowe, Laurent Martel et Sameer Rajbhandary

Introduction .....	1
1 Revue de la littérature .....	2
1.1 Facteurs démographiques dictant les besoins futurs .....	2
1.2 Utilisation du réseau formel .....	3
1.3 Questions relatives aux politiques de soins à domicile .....	4
1.4 En bref .....	5
2 Facteurs liés au besoin d'aide et à la source d'aide .....	6
2.1 Méthodologie .....	6
2.2 Résultats : le besoin d'aide pour effectuer les activités de la vie courante .....	8
2.3 Résultats : facteurs associés à l'utilisation des réseaux de soutien informel et formel .....	8
3 Le modèle de microsimulation .....	10
3.1 Plan de la recherche .....	10
3.2 Hypothèses relatives aux tendances futures de l'incapacité .....	11
4 Résultats des projections .....	12
4.1 La disponibilité du réseau familial : la présence possible d'aidants membres de la famille .....	12
Proportion de personnes âgées habitant seules .....	12
Proportion de femmes âgées sans enfants survivants .....	13
Conclusion de cette section .....	15
4.2 L'incapacité chez les personnes âgées : la demande .....	15
Incapacité des personnes âgées .....	15
Les personnes âgées qui ont besoin d'aide : nombre et proportion .....	17
4.3 Source d'aide et demande projetée .....	18
L'incidence des divers scénarios d'incapacité sur la demande de services de maintien à domicile .....	18
5 Discussion et conclusions .....	21
Bibliographie .....	23

### **Liste des encadrés**

Définitions .....	7
Enquête sociale générale de 1996 – Entraide et soutien social .....	8

### **Liste des tableaux**

1 Répartition de la population de personnes âgées de 65 ans et plus selon la situation vis-à-vis de l'incapacité en fonction de différents scénarios d'incapacité, Canada, 2001, 2031 et 2051 .....	17
2 Taux de croissance annuel de la population de personnes âgées de 65 ans et plus recevant de l'aide, selon la source d'aide et le scénario d'incapacité, Canada, 2001 à 2031 .....	19

### **Liste des figures**

1 Échantillon de l'Enquête sociale générale .....	6
2 Le modèle de microsimulation .....	11
3 Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus vivant seuls en ménage privé, selon le sexe, Canada, 2001 à 2051 ..	13
4 Proportion de femmes âgées de 65 ans et plus vivant en ménage privé sans enfants survivants, Canada, 2001 à 2051 ...	14
5 Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus avec incapacité parmi ceux vivant en ménage privé, selon le sexe, Canada, 2001 à 2051 .....	16
6 Proportion et nombre de personnes âgées de 65 ans et plus ayant besoin d'aide, scénario d'incapacité constante, Canada, 2001 à 2051 .....	18
7 Distribution en pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus avec incapacité vivant en ménage privé selon la source de l'aide reçue, Canada, 2001 à 2051 .....	19

## Remerciements

Les chercheurs tiennent à souligner l'apport d'un certain nombre d'organismes et de personnes qui ont participé à l'analyse et à la présentation de la recherche. Christine Noël, adjointe à la recherche à l'Université de Montréal, a participé à l'analyse initiale de la première partie de la recherche. Marlie Manning de l'Université Mount Saint Vincent (MSVU) a participé à l'étape d'analyse des politiques à titre d'adjointe à la recherche. Glenda Hawkins, également de MSVU, a participé à l'analyse des politiques, à la création des produits en vue des présentations régionales et à la préparation du rapport final.

## Avertissement

Santé Canada a financé ce projet. Les opinions émises ainsi que l'analyse et l'interprétation des résultats sont la responsabilité des auteurs et non de Statistique Canada.

## Projection de la disponibilité future du réseau de soutien informel des personnes âgées et évaluation de son incidence sur les services de maintien à domicile

Yves Carrière<sup>1</sup>, Janice Keefe<sup>2</sup>, Jacques Légaré<sup>3</sup>, Xiaofen Lin<sup>1</sup>, Geoff Rowe<sup>4</sup>, Laurent Martel<sup>4</sup>  
et Sameer Rajbhandary<sup>1</sup>

### Introduction

Au Canada, il est de plus en plus question du vieillissement de la population et d'autres tendances sociodémographiques qui ont une incidence sur la disponibilité du réseau de soutien informel des personnes âgées. Compte tenu du faible taux de fécondité de la génération du baby-boom, de l'augmentation du taux de participation des femmes à la population active et de l'évolution des structures familiales, notamment de l'augmentation des divorces et du nombre de familles reconstituées, on remet souvent en question les hypothèses relatives au maintien d'un niveau d'aide élevé qui pourrait provenir du réseau de soutien informel, c'est-à-dire de la famille et des amis.

La présente recherche vise principalement à déterminer la disponibilité future du réseau de soutien informel afin de répondre au besoin d'aide que pourrait avoir les personnes âgées en perte d'autonomie quant aux activités de la vie courante, pour la période allant de 2001 à 2031. La recherche examine les deux volets - offre et demande - de l'augmentation prévue du besoin d'aide chez les personnes âgées. Les tendances futures sont analysées sur le plan de la demande de soutien (c'est-à-dire la variation du taux d'incapacité des personnes âgées) et de la disponibilité du soutien informel (qui est largement lié à l'étendue et à la composition du réseau familial). Les données de deux enquêtes nationales, soit l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996 et l'Enquête sociale générale (ESG) de 1996, sont utilisées afin de cerner les facteurs liés à l'incapacité chez les personnes âgées et les sources d'aide qui leur sont accessibles. Les données ont été entrées dans le modèle de microsimulation *LifePaths* de Statistique Canada afin de déterminer l'utilisation future des réseaux informel et formel. Le modèle tient également compte de trois scénarios d'incapacité afin d'évaluer la sensibilité des projections à différentes hypothèses. Les incidences de ces tendances sur les besoins futurs de services de soins à domicile sont présentées.

Les résultats montrent qu'au cours de la période de 2001 à 2031, le taux de croissance annuel moyen du nombre de personnes âgées ayant besoin d'aide relié à une incapacité pourrait être d'environ 2,5 %. L'analyse de sensibilité montre toutefois qu'une amélioration de la santé de la population pourrait réduire de façon non négligeable ce taux de croissance.

Les résultats montrent également que toutes choses étant égales par ailleurs, une plus grande proportion de personnes âgées habitant avec un conjoint diminuerait la pression exercée sur le réseau de soutien formel. Cette incidence positive pourrait cependant être atténuée en partie dans le cas où les deux conjoints sont en perte d'autonomie.

---

1. Travaillait à Statistique Canada au moment de la réalisation de ce projet.  
2. Université Mount Saint Vincent, Halifax (Nouvelle-Écosse).  
3. Université de Montréal, Montréal (Québec).  
4. Statistique Canada.



## 1 Revue de la littérature

Le vieillissement de la génération du baby-boom et l'augmentation de l'espérance de vie à l'âge de 65 ans auront pour effet d'accélérer la croissance du nombre et de la proportion de personnes âgées au cours des trois prochaines décennies. Une population vieillissante signifie également une population chez laquelle la prévalence des maladies chroniques augmentera et pour qui la prestation de services sociaux favorisant le maintien à domicile sera toute aussi importante, sinon plus, que la prestation de services médicaux (Carrière et Légaré, 2000). La santé et le soutien social figurent parmi les facteurs les plus importants liés à la qualité de la vie des personnes âgées. Chez les personnes âgées en perte d'autonomie, le concept de santé ne peut qu'être différent de celui qui est perçu par les personnes plus jeunes et en meilleure santé. Lorsqu'une personne âgée a besoin d'aide pour exécuter les activités de la vie courante (AVC) et les activités instrumentales de la vie courante (AIVC), il faut élargir le concept de la santé et du bien-être afin d'inclure le caractère adéquat de l'aide reçue. Lorsque les besoins sont satisfaits par les réseaux de soutien formel ou informel, nous sommes portés à conclure que la qualité de vie des personnes en question est meilleure que lorsque ces besoins ne sont pas satisfaits. Ainsi, d'après Colvez et Ridez (1996), on devrait considérer les services sociaux comme largement responsables de la santé et du bien-être des personnes âgées. Tout comme la lutte contre la pauvreté chez les personnes âgées a été une priorité du point de vue des politiques publiques, répondre aux besoins d'aide pour exécuter les activités de la vie courante et les activités instrumentales de la vie courante pourrait devenir une préoccupation stratégique importante des administrations publiques au cours des prochaines décennies. Étant donné l'évolution de l'étendue et de la composition du réseau familial, composante principale du réseau informel, la pression sur le réseau de soutien formel pourrait s'accroître considérablement dans un avenir prochain.

### 1.1 Facteurs démographiques dictant les besoins futurs

Puisque la nature des soins à domicile est davantage sociale que médicale et que ces derniers sont souvent fournis par le réseau de soutien informel, il est important de tenir compte des facteurs influant sur la disponibilité de ce réseau lorsqu'on détermine les besoins en matière de soins à domicile. En fait, la plupart des personnes qui présentent des incapacités reçoivent des services de la part de leur réseau de soutien informel, qui est principalement formé de membres de leur famille, mais également d'amis et de voisins. Hébert et ses collègues,

dans leur étude sur les ressources et les coûts liés aux personnes âgées en perte d'autonomie (2001), confirment les résultats des études précédentes selon lesquelles 70 % à 80 % des soins fournis aux personnes âgées habitant à la maison proviennent de soignants non-professionnels. De même, Lafrenière et al. (2003) concluent que plus de 70 % des heures de service consacrées à l'aide à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie sont fournies par le réseau informel. Les conjoints sont les plus susceptibles d'être les principaux aidants des personnes âgées, suivis des filles, des belles-filles et des fils. Les frères et sœurs habitant à proximité sont plus susceptibles d'aider les personnes âgées à effectuer les activités instrumentales de la vie courante par opposition aux activités liées aux soins personnels. De même, les autres membres de la famille comme les nièces, les neveux et les cousins sont moins susceptibles d'aider et l'aide qu'ils fournissent concerne habituellement les activités telles que le transport et l'épicerie et non les soins personnels (Chappell, 1992; Keating et al., 1999). Plus précisément, ce sont les filles adultes qui s'acquittent de la plupart des responsabilités de prestation de soins à l'endroit de leurs parents âgés (Guberman et Maheu, 2000; Keating et al., 1994). Keating et al. (1994) remettent en question la supposition selon laquelle les soins informels aux personnes âgées sont fournis par ce qu'on peut définir comme un « réseau ». Selon eux, le « réseau » informel est souvent un écran de fumée qui cache une personne seule, habituellement une femme. Selon Himes (1992), alors que les générations du baby-boom vieillissent, ce sont les femmes qui sont les plus susceptibles de devoir s'occuper des enfants et de leurs parents âgés.

Parmi les nombreux facteurs à examiner de près afin de mieux déterminer les besoins futurs en matière de services formels d'aide à domicile – en tenant compte du fait que le réseau familial est le principal fournisseur d'aide – on compte le mode de vie des personnes âgées et la composition du réseau familial (c'est-à-dire les conjoints et les enfants). Il y a également des questions liées à l'évolution du rôle des femmes dont il faudra tenir compte à l'avenir.

En ce qui concerne le mode de vie, le fait d'habiter seul figure parmi les principaux facteurs qui prédisent l'utilisation du réseau formel par les personnes âgées qui présentent des incapacités (Chappell, 1985). Par exemple, Grabbe et ses collègues (1995) ont observé que les personnes habitant seules sont les plus susceptibles d'utiliser les services formels. De même, les aînés vivant avec d'autres personnes étaient ceux dont la probabilité de recevoir de l'aide strictement de sources informelles était la plus élevée.

(Carrière et al., 2005). Plus précisément, les personnes habitant avec leur conjoint(e) étaient plus susceptibles de compter sur celui-ci ou celle-ci afin d'obtenir l'aide requise (Walker, Pratt et Eddy, 1995), tandis que les personnes âgées sans enfant ou n'habitant pas avec leurs enfants étaient plus susceptibles d'utiliser les services sociaux que celles qui habitaient avec leurs enfants (Choi, 1994). Un des facteurs qui influera sur le mode de vie des futurs aînés est la réduction de l'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes. La différence entre le taux de mortalité des hommes et des femmes a diminué depuis la fin des années 1970 (Nault, Roberge et Berthelot, 1997), ce qui pourrait donner lieu à une réduction de la proportion de femmes âgées habitant seules et donc à une plus grande disponibilité du soutien informel. Si la tendance se maintient, cela pourrait, en termes relatifs, réduire la demande de services de soutien formel.

La composition et l'étendue du réseau familial ont évolué au fil du temps et évolueront sans doute encore beaucoup au cours des prochaines décennies. La plupart des parents de la génération du baby-boom ont eu plusieurs enfants. Lorsque les parents des baby-boomers ont besoin d'aide pour effectuer leurs activités de la vie courante, ils peuvent souvent compter sur leur conjoint ou sur leurs enfants. En outre, les baby-boomers ont habituellement des frères et des sœurs qui peuvent leur fournir de l'aide durant la vieillesse. Cependant, jusqu'à présent, les frères et sœurs n'ont pas été de grands fournisseurs d'aide. Les conjoints et les enfants sont les principaux fournisseurs d'aide aux personnes âgées. En étant les premières générations à conserver un taux de fécondité inférieur au taux de remplacement (qui est de 2,1 enfants par femme), les baby-boomers ont ainsi limité leur réseau de soutien potentiel. Qui plus est, leurs propres enfants auront à leur tour très peu de frères et sœurs en plus de donner naissance à peu d'enfants. La composition et l'étendue du réseau familial sont donc susceptibles d'évoluer au fur et à mesure que la population vieillit (Stone, 1993). En outre, l'augmentation du taux de divorce pourrait influencer sur la disponibilité du soutien informel. La plupart des études montrent qu'il peut être difficile, pour les personnes âgées divorcées qui présentent des incapacités, d'obtenir du soutien de leur réseau social (Connidis et McMullin, 1994; Martel et Légaré, 2000). Également, les relations qui se terminent par un divorce peuvent éloigner les parents de leurs enfants. Par exemple, on a trouvé que le divorce peut avoir une incidence plus négative que le veuvage sur la relation entre les parents et leurs enfants adultes, particulièrement en ce qui a trait aux relations entre les pères et leurs enfants (Carrière et Martel, 2003; De Jong Gierveld et Dykstra, 1997; Harris et

Furstenberg, 1995; Kaufman et Uhlenberg, 1998; Pezzin et Steinberg Schone, 1999). En effet, Barrett et Lynch (1999) ont observé que chez les personnes âgées divorcées, les femmes sont plus susceptibles de recevoir le soutien de leurs enfants que les hommes. De plus, on a conclu que la relation des enfants avec leur père biologique se détériore davantage lorsque celui-ci se remarie (Bulcroft et Bulcroft, 1991).

Finalement, le sexe est un facteur essentiel pour déterminer la disponibilité du soutien informel. Par exemple, tel qu'il est susmentionné, la diminution de l'écart entre les sexes pour ce qui est de l'espérance de vie devrait réduire, en terme relatif, la demande de soutien formel. Par contre, les filles et les belles-filles figurent au haut de la liste des fournisseurs éventuels d'aide informelle aux personnes âgées en perte d'autonomie. La majorité des femmes de 45 à 64 ans fournissant des soins occupent aussi un emploi (63 %), et la plupart d'entre elles ont une charge à temps plein (Cranswick, 2003). Maintenant que les femmes participent pleinement au marché du travail, il est possible qu'elles soient moins disponibles pour fournir une aide quotidienne.

## 1.2 Utilisation du réseau formel

Le réseau formel, par comparaison avec le réseau informel, procure beaucoup moins de soins aux personnes âgées habitant à la maison. Tel qu'il a été mentionné précédemment, en analysant le nombre total d'heures de service fournies en 1996, Lafrenière et al. (2003) ont conclu que plus de 70 % des heures de service consacrées à quatre des activités principales liées à l'aide à domicile sont attribuables au réseau informel. Également, en 2002, 39 % des femmes âgées et 46 % des hommes âgés ont reçu tous leurs soins de sources informelles (aucun changement par rapport à 1996). Au cours de la même période, la proportion de personnes âgées ayant reçu des soins strictement de sources formelles est passée de 31 % à 25 % chez les femmes, alors que la proportion est demeurée inchangée chez les hommes (Cranswick, 2003).

Certaines études ont examiné les caractéristiques des aidants et des personnes ayant reçu de l'aide de sources formelles afin de déterminer s'il existe des facteurs prédisposants permettant de prédire l'utilisation de ces services. Les différences sur le plan du type de lien entre les réseaux de soutien formel et informel sont reliées à certaines variables clés : sexe de l'aidant, mode de vie, niveau d'incapacité et dégradation de l'état de santé de l'aidant principal (Noelker et Bass, 1989). Kosloski et Montgomery (1994) indiquent que l'âge de la personne âgée et sa relation avec le soignant sont

de meilleurs indicateurs de l'utilisation de services reliés aux activités de la vie quotidienne qu'aux activités instrumentales de la vie quotidienne. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles sont le meilleur indicateur de l'utilisation du réseau formel de soins à domicile (Grabbe et al., 1995; Tennstedt, Crawford et McKinlay, 1993; Wan, 1987). D'autres recherches ont permis de constater que le nombre d'heures de service fournies par le réseau formel est associé positivement aux limitations fonctionnelles. Cependant, ce lien n'était pas significatif pour les personnes ne recevant que des soins informels (Lafrenière et al., 2003). Ce résultat semble souligner le fait que le lien entre la personne recevant les soins et le soignant varie assez considérablement selon qu'il s'agisse d'une situation formelle ou informelle. L'âge de la personne recevant l'aide figure également parmi d'autres facteurs prédisposants. Les données de l'Enquête sociale générale de 2002 indiquent que la majorité des aînés âgés de 65 à 74 ans reçoivent la totalité de l'aide dont ils ont besoin de sources informelles. Lorsque les personnes, particulièrement les femmes, atteignent 75 ans, l'aide de sources formelles s'ajoute ou remplace celle fournie par la famille et les amis, puis la dépendance envers la combinaison des réseaux formel et informel augmente avec l'âge (Cranswick, 2003).

En plus de ces caractéristiques, la recherche sur le vieillissement en milieu rural laisse supposer que l'utilisation de services formels peut être gênée par la faible disponibilité de ces services dans les régions rurales par rapport aux régions urbaines (Keating, 1991). Une analyse de l'Enquête sociale générale de 1996 présente des données qui remettent en question cette hypothèse. Keefe (1999a) a observé que les personnes âgées habitant en région rurale sont aussi susceptibles de recevoir de l'aide ou d'avoir recours à un soutien formel que leurs homologues urbains.

Finalement, d'autres recherches ont examiné les liens entre le soutien informel et formel en cherchant à comprendre si les services professionnels remplacent ou complètent les tâches effectuées par les sources de soutien informel (Cantor, 1979; Cantor et Little, 1985; Chappell, 1992; Litwak, 1985). Au moyen des données de 1996, Lafrenière et al. (2003) ont observé qu'il n'y a pas de lien significatif entre le nombre d'heures fournies par le réseau formel et les heures fournies par le réseau informel, ce qui signifie que l'augmentation du nombre d'heures fournies par le premier ne réduit pas significativement le nombre d'heures fournies par le deuxième. Ce résultat n'appuie pas la théorie de substitution, mais semble plutôt indiquer que le soutien formel complète les tâches effectuées par le réseau informel.

### 1.3 Questions relatives aux politiques de soins à domicile

Actuellement, au Canada, il n'existe aucune politique nationale relative aux soins fournis aux personnes âgées handicapées par les membres de leur famille. Toutes les politiques de soins de santé communautaire régissant les programmes de soins à domicile relèvent de la compétence provinciale. Les services fournis par le réseau formel afin d'aider les personnes âgées à demeurer dans la collectivité sont offerts par l'entremise de programmes de soins à domicile financés par le gouvernement ou par l'entremise d'entreprises privées. Les programmes de soins à domicile financés par l'État existent dans toutes les provinces et tous les territoires au Canada et les dépenses y étant liées ont grimpé de plus de cent pour cent à la fin des années 1990 (Santé Canada, 1998). Auparavant, le placement en établissement des personnes âgées en perte d'autonomie était monnaie courante. La principale raison de ce changement d'orientation est liée au fait qu'il était coûteux de soigner une personne en établissement alors que, dans bon nombre de cas, les services auraient très bien pu être offerts à domicile.

La notion de la rentabilité des soins à domicile en ce qui a trait aux besoins de soins de longue durée de la population est principalement associée à trois facteurs. Premièrement, les dépenses en capital sont inférieures pour ce qui est des soins à domicile, puisque les gouvernements n'ont pas à assumer les coûts liés au logement et à l'habitation. Deuxièmement, la majorité des travailleurs du secteur des soins à domicile sont des para-professionnels et sont habituellement moins bien rémunérés par rapport à leurs homologues travaillant dans des hôpitaux ou des établissements de soins de longue durée. Finalement, comme nous l'avons déjà affirmé, le réseau informel fournit la majorité des soins.

Aujourd'hui, les politiques de soins de santé communautaire semblent être une bonne façon de limiter l'augmentation des dépenses liées au vieillissement de la population. Cependant, Hébert et ses collègues (2001) sont plus prudents en ce qui a trait à l'argument des coûts inférieurs des soins à domicile. Ils conviennent que, en général, les soins offerts à domicile et en établissements intermédiaires sont moins coûteux que les soins offerts en établissement de longue durée. Toutefois, l'argument ne semble pas valable en ce qui concerne les personnes ayant un niveau d'incapacité élevé. Il semblerait y avoir une limite à la rentabilité des soins à domicile, particulièrement en ce qui concerne les personnes gravement handicapées. De plus, dans le modèle de soins ambulatoires, l'évaluation des coûts totaux du système n'a pas révélé de résultats



concluants en ce qui a trait à l'économie des coûts, particulièrement si on tient compte de coûts indirects tels que l'impact sur le réseau informel (Hollander et Chappell, 2002).

Il existe un certain nombre d'enjeux liés aux pressions accrues en faveur du transfert des soins en établissement vers les collectivités afin de réduire les coûts. Par exemple, l'industrie des soins à domicile a fait l'objet, au cours des dernières années, d'importants changements qui comprennent, notamment, une privatisation accrue des soins offerts, une augmentation de la concurrence et une croissance de grands établissements souvent complexes (Close et al., 1994). La façon dont les services de soins à domicile sont organisés évolue également. On observe une restructuration du marché du travail, caractérisée par une augmentation du nombre de travailleurs contractuels et de travailleurs à temps partiel, ainsi qu'une médicalisation accrue des services (Close et al., 1994; Keefe, 1999b).

Un facteur essentiel à considérer dans cette discussion est la disponibilité de ressources humaines suffisantes afin de fournir les services de première ligne. Cette main-d'œuvre est souvent décrite comme ayant une formation limitée, de faibles revenus, peu d'avantages sociaux et une supervision limitée. Aux États-Unis, la disponibilité des aidants à domicile diminue et la possibilité d'une pénurie de travailleurs est également présente au Canada. Chez nous, les défis de la main-d'œuvre du secteur des soins à domicile varie selon la province, puisque les programmes de soins relèvent de la compétence provinciale, à l'exception des services offerts par l'entremise du ministère des Anciens combattants et du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (Keefe, 1999b). Il y a peu de temps, la recherche sur les travailleurs du secteur canadien des soins à domicile ne faisait l'objet que d'une attention limitée. Une étude sectorielle sur les soins à domicile représente la première approche nationale visant à comprendre les questions relatives aux ressources humaines, rémunérées ou non, qui fournissent des services de soins à domicile (La société d'étude du secteur des soins à domicile, 2003).

Finalement, le sexe est une variable contextuelle importante au sein des discussions concernant les questions relatives aux ressources humaines des secteurs formel ou informel de soins à domicile. La majorité de ces travailleurs, qu'ils soient professionnels

ou non, sont des femmes. Les faibles salaires et les avantages sociaux limités qui caractérisent leur emploi peuvent s'expliquer en général par le fait que le travail des femmes est moins rémunéré et, plus précisément, par le fait que les tâches effectuées dans la sphère domestique est sous-évalué (Baines, Evans et Neysmith, 1991). Bornstein (1994) soutient que le dilemme entourant la prestation de soins ne se limite pas au fait que l'on s'attend à ce que les femmes fournissent des soins sans être rémunérées ou en étant moins rémunérées. Bornstein souligne que la prestation des soins nous renvoie à la place et à la valeur que nous accordons aux personnes âgées dans notre société, tout en nous questionnant sur la responsabilité du gouvernement en matière de prestation de soins adéquats.

#### 1.4 En bref

Les changements démographiques ainsi que l'évolution de la composition du réseau informel auront probablement une incidence considérable sur le besoin de soutien formel au Canada. Le vieillissement de la population canadienne ne constitue pas une crise démographique, mais la retraite des baby-boomers pose de nouveaux défis. Il est essentiel d'accorder davantage d'attention à la compréhension de l'incidence de ces changements et aux réponses politiques que l'on devra mettre en place dans le futur.

La présente recherche nous a permis d'évaluer l'incidence d'une diminution possible de la disponibilité du soutien informel sur l'utilisation des services formels en examinant principalement la diminution de la fécondité et les changements dans le mode de vie. Bien entendu, nous avons dû effectuer des projections du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie tout en posant certaines hypothèses sur les taux d'hébergement en institution, puisque celles qui y habitent n'ont évidemment pas recours à l'aide à domicile. Les conclusions portent essentiellement sur l'incidence de ces changements sur la dépendance future à l'égard du réseau formel de soins à domicile. Comme pour toutes projections, il ne faut pas les considérer comme des prédictions, mais comme un outil permettant de mieux comprendre ce que l'avenir pourrait nous réserver si les tendances de l'utilisation du soutien formel et informel demeurent similaires à celles observées récemment.

## 2 Facteurs liés au besoin d'aide et à la source d'aide

Cette section présente un survol de la première partie de la recherche. On vise à y définir les facteurs liés au besoin d'aide pour effectuer les activités de la vie courante, ainsi que ceux qui sont associés à l'utilisation des réseaux formel et informel de soutien. Afin d'atteindre ces objectifs, on a réalisé une analyse de données d'enquêtes réalisées par Statistique Canada.

### 2.1 Méthodologie

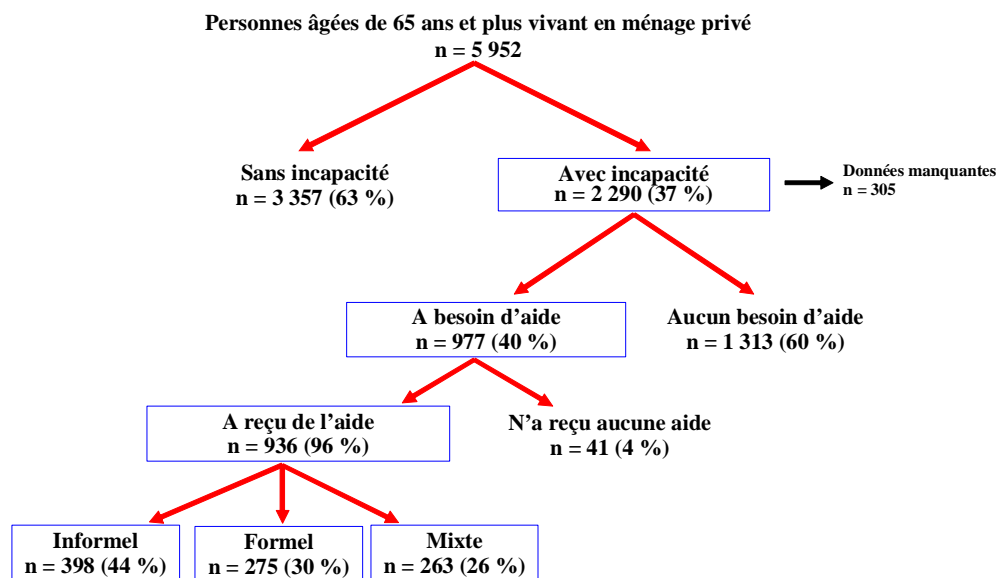
On a mené une analyse de régression logistique multinomiale ordonnée au moyen des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996 afin de calculer les probabilités de souffrir d'un certain degré d'incapacité (aucune, légère, modérée ou grave) (voir l'encadré « Définitions »). Cette analyse nous a permis d'estimer la probabilité, pour une certaine personne possédant des caractéristiques données, d'avoir un certain degré d'incapacité. Il faut noter que cette analyse ne concerne que les personnes âgées d'au moins 45 ans habitant dans des ménages privés.

On a alors effectué une deuxième régression logistique, cette fois en utilisant uniquement l'échantillon de

personnes âgées ayant une incapacité, afin d'estimer la probabilité de ces personnes de demander de l'aide en fonction de leur degré d'incapacité et d'autres caractéristiques sociodémographiques. Il est important de noter qu'on n'a pas tenu compte des besoins d'aide non liés à une incapacité. On a utilisé les données de l'Enquête sociale générale (ESG) de 1996 aux fins de cette deuxième analyse (consulter l'encadré « Enquête sociale générale de 1996 – Entraide et soutien social »)<sup>5</sup>. L'échantillon a ainsi été réduit à 2 290 personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité (figure 1). Précisons aussi qu'on ne tient compte que de quatre activités : les courses, les travaux ménagers quotidiens, la préparation des repas et les soins personnels. Seules ces activités ont été retenues puisqu'elles sont celles qu'on associe le plus souvent aux services de soins à domicile. La variable dépendante est dichotomique : besoin d'aide ou non. Bien sûr, nous supposons que la gravité de l'incapacité est fortement associée à la probabilité de demander de l'aide.

Finalement, on a effectué des régressions logistiques multinomiales au moyen des données de l'Enquête sociale générale de 1996 afin de calculer les probabilités d'avoir recours à de l'aide formelle ou informelle ou à un mélange des deux (mixte) chez les gens qui ont un ensemble particulier de caractéristiques sociodémographiques. La régression multinomiale ne

Figure 1  
Échantillon de l'Enquête sociale générale



Note : Les nombres sont non pondérés, les pourcentages sont pondérés.

5. On a utilisé l'Enquête sociale générale de 1996 pour cette deuxième étape, car l'Enquête nationale sur la santé de la population comprend peu d'information sur le besoin d'aide et aucune donnée sur la source de l'aide fournie.

### Définitions

**Type d'aide :** Puisque nous nous intéressons surtout à l'incidence de l'évolution des caractéristiques sociodémographiques sur la demande de services de soins à domicile, nous avons examiné l'aide reçue relative aux travaux ménagers quotidiens, aux courses, à la préparation des repas et aux soins personnels. Grâce aux renseignements recueillis par l'Enquête sociale générale, nous avons également pu définir les causes du besoin d'aide : incapacité temporaire ou prolongée liée à la santé ou physique, difficultés temporaires, partage des tâches dans le ménage, contraintes de temps, etc. Dans cette recherche, nous mettons l'accent sur l'aide reçue en raison de problèmes de santé de longue durée.

**Source d'aide :** Le « réseau informel » comprend la famille, les amis et les voisins. Le « réseau formel » comprend les employés rémunérés (d'agences gouvernementales ou non) ainsi que les bénévoles. Nous utilisons l'expression « réseau mixte » lorsqu'une personne reçoit de l'aide des réseaux formel et informel.

**Degré d'incapacité :** On a utilisé certaines composantes de l'Indice de l'état de santé (IES), une mesure agrégative de l'état de santé au sein de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996 et de 1997 et de l'Enquête sociale générale de 1996, afin de définir l'incapacité. Cette variable composée est fondée sur le Comprehensive Health Status Measurements System et tient compte des volets quantitatifs et qualitatifs de la santé. Premièrement, elle fournit des renseignements sur la santé fonctionnelle d'une personne au moyen des attributs suivants : vue, ouïe, parole, émotion, mobilité, dextérité, cognition et douleurs et malaises. L'Indice de l'état de santé est une valeur numérique unique allant de 0 à 1 qui tient compte de toute combinaison possible de degrés des huit attributs de la santé autodéclarés. Cette valeur numérique englobe également les opinions de la population relatives à l'état de santé en se fondant sur les préférences personnelles concernant différents états de santé, et ce, à partir d'un échantillon représentatif. On a abandonné les trois premiers attributs (vue, ouïe et parole) puisqu'il ne s'agit pas de variables explicatives du besoin d'aide. L'émotion est une variable explicative du besoin d'aide, mais on l'a également abandonnée car les questions ne concernaient pas les besoins à long terme en matière de santé, un secteur d'intérêt pour cette recherche. Aux fins de cette recherche, les degrés d'incapacité ont été définis comme suit :

- Aucune incapacité
- Légère incapacité :
  - Problème de mobilité, mais ne requiert aucun besoin d'aide;
  - Problème de dextérité, mais ne requiert pas l'aide d'une autre personne (utilisent possiblement du matériel spécial);
  - Tendance à oublier des choses et de la difficulté à se concentrer;
  - Douleur modérée ou aiguë qui empêche d'effectuer certaines tâches.
- Incapacité modérée :
  - Besoin d'utiliser un fauteuil roulant ou un appareil afin de se déplacer;
  - Problème de dextérité qui requiert de l'aide pour effectuer certaines tâches;
  - Beaucoup tendance à oublier des choses et beaucoup de difficulté à se concentrer;
  - Douleur aiguë empêchant d'accomplir la plupart des tâches.
- Incapacité grave :
  - Ne peut marcher ou a besoin d'aide pour marcher;
  - Problème de dextérité qui requiert de l'aide pour effectuer la plupart des tâches ou toute tâche;
  - Oublie tout et incapable de se concentrer.

### Enquête sociale générale de 1996 – Entraide et soutien social

La plupart des données utilisées aux fins de cette étude proviennent du cycle 11 de l'Enquête sociale générale de 1996 : Entraide et soutien social. La population cible de l'enquête comprenait tous les Canadiens de 15 ans et plus habitant dans des ménages privés. Sont exclus les pensionnaires à temps plein des établissements ainsi que les habitants du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest. On a recueilli les données au moyen d'interviews téléphoniques assistées par ordinateur (ITAO), excluant systématiquement les ménages sans téléphone. Statistique Canada estime que moins de 2 % de la population cible habite ce genre de logement et que leurs caractéristiques ne sont pas suffisamment différentes de celles du reste de la population cible afin d'avoir une incidence sur les estimations. Les estimations de l'enquête ont été ajustées (pondérées) pour tenir compte des personnes qui n'ont pas de téléphone. En tout, l'échantillon comprenait 12 756 répondants. Le taux de réponse était de 85,3 %.

Deux des objectifs de l'enquête étaient d'obtenir des renseignements sur les types d'aide que fournissent ou reçoivent les Canadiens ainsi que de mieux comprendre la dynamique qui lie le réseau social d'une personne à l'aide que cette personne fournit ou reçoit. À cette fin, on a conçu le questionnaire afin de recueillir des données détaillées sur le type d'aide fournie ou reçue concernant les activités suivantes : préparation des repas, travaux ménagers, lessive ou couture, entretien de la maison et travail extérieur, courses, transport, opérations bancaires et paiement de factures, soins personnels (bain, toilette, soin des ongles d'orteils/de doigts, brossage des dents, lavage et mise en pli des cheveux et habillage) ainsi que le soutien moral et émotionnel. Comme nous nous intéressons à l'effet de l'évolution des caractéristiques sociodémographiques sur l'utilisation des services de soins à domicile, nous avons mis l'accent sur quatre activités plus communément associées à ces services : aide relative aux travaux ménagers quotidiens, aux courses, à la préparation des repas et aux soins personnels.

tient compte que des personnes âgées avec incapacité ayant reçu de l'aide en raison de leur incapacité. Il est important de noter que 60 % des personnes qui présentaient une incapacité n'avaient exprimé aucun besoin d'aide pour effectuer les activités prises en compte dans le cadre de cette étude. Parmi les 977 personnes ayant manifesté un tel besoin, 936 ont reçu de l'aide (figure 1).

#### 2.2 Résultats : le besoin d'aide pour effectuer les activités de la vie courante

La première analyse montre le lien prévu entre l'âge et l'incapacité, soit une association positive. Les femmes sont plus susceptibles d'avoir un niveau élevé d'incapacité. Également, l'état matrimonial a l'effet attendu, des recherches antérieures ayant déjà démontré l'effet protecteur du mariage : les gens mariés sont moins susceptibles d'avoir un niveau d'incapacité élevé. Pour ce qui est du niveau de scolarité, le lien est très fort; par rapport aux personnes qui ont un diplôme d'études secondaires, celles qui n'en ont pas sont beaucoup plus susceptibles d'avoir un niveau d'incapacité élevé. Il y a également certaines différences régionales; par exemple, les personnes âgées au Québec affichent les plus faibles probabilités d'avoir une incapacité.

L'analyse portant sur le besoin d'aide exprimé chez les personnes âgées ayant une incapacité indique que celles souffrant d'une incapacité grave sont trois fois (rapport des cotes de 2,9) plus susceptibles d'exprimer un besoin d'aide que celles souffrant d'une incapacité légère. Ces personnes sont également deux fois plus susceptibles que celles qui souffrent d'une incapacité modérée de demander de l'aide. De plus, les hommes qui présentent une incapacité sont environ deux fois moins susceptibles que les femmes ayant une incapacité de demander de l'aide. Ce dernier résultat pourrait très bien refléter la division du travail domestique, particulièrement chez ces générations âgées. Il est possible, par exemple, que les hommes ne considèrent pas la préparation des repas par leur conjointe comme une aide liée à leur incapacité; par contre, les femmes dans la même situation établiront probablement ce lien. Finalement, les personnes âgées en perte d'autonomie résidant dans les provinces de l'Atlantique sont les plus susceptibles d'exprimer un besoin d'aide.

#### 2.3 Résultats : facteurs associés à l'utilisation des réseaux de soutien informel et formel

Les résultats de cette deuxième analyse laissent supposer que, parmi les hommes âgés ayant une incapacité, ceux qui habitent avec une conjointe âgée

de moins de 75 ans sont plus susceptibles de ne recevoir de l'aide que de leur réseau informel ou d'un mélange des deux réseaux. Également, le nombre d'enfants vivants n'a aucune incidence significative sur la source de l'aide que reçoivent ces hommes. Cependant, un niveau de scolarité élevé entraîne une augmentation assez considérable de la probabilité de recevoir de l'aide du réseau formel, conjointement avec de l'aide du réseau informel ou non. Comme on pouvait s'y attendre, un degré élevé d'incapacité est lié à une probabilité accrue de recevoir un mélange d'aide formelle et informelle. En ce qui a trait aux femmes âgées ayant une incapacité, toutes choses étant égales par ailleurs, l'absence d'enfants survivants augmente considérablement la probabilité de ne recevoir de l'aide que du réseau formel. Également, la présence d'un conjoint est loin d'être aussi significative que chez les hommes en ce qui concerne la probabilité de recevoir de l'aide informelle au lieu de l'aide formelle. Alors que chez les hommes, la présence d'un conjoint, particulièrement un conjoint âgé de moins de 75 ans, fait grimper la probabilité de recevoir de l'aide du réseau informel, cette relation n'est pas significative chez les femmes. Également, tout comme pour les hommes âgés, une incapacité grave est liée à une forte probabilité de recevoir un mélange d'aide des réseaux formel et informel.

Les résultats présentés dans cette section semblent indiquer clairement que les tendances démographiques auront une incidence sur l'utilisation des services de

soins à domicile professionnels. Une diminution des taux de fécondité modifie l'étendue et la composition de notre réseau social immédiat. Les baby-boomers ont peu d'enfants sur qui compter afin de leur fournir de l'aide lorsqu'ils deviendront âgés. Les résultats obtenus en utilisant les données de l'Enquête sociale générale de 1996 montrent que les femmes qui ont des enfants survivants sont moins susceptibles d'utiliser le réseau formel. Si ces tendances d'utilisation sont un facteur de prédiction des tendances futures, elles laissent présager un accroissement du nombre absolu et relatif de femmes ayant recours au réseau formel. Qui plus est, les tendances des taux de divorce indiquent qu'une plus grande proportion de membres de ces cohortes deviendront âgés en tant que personnes divorcées habitant possiblement seules. En retour, cela augmentera le besoin de services de soins à domicile professionnels.

La deuxième partie de la recherche a été conçue afin de projeter le nombre de personnes âgées souffrant de différents degrés d'incapacité au moyen des résultats présentés ci-dessus. Selon les résultats de la deuxième série de régressions logistiques et en tenant compte de l'évolution de la composition et de l'étendue du réseau familial, nous examinerons maintenant, à l'aide de projections réalisées par microsimulation, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie qui pourraient avoir recours aux réseaux formel, informel ou mixte dans le futur.



### 3 Le modèle de microsimulation

Cette section décrit la méthode utilisée afin d'intégrer les analyses présentées à la section précédente au modèle de microsimulation afin de produire des projections de besoins de services d'aide à domicile. Certaines hypothèses ayant servi à des scénarios différents sont aussi présentées et discutées.

#### 3.1 Plan de la recherche

Le plan du modèle de projection comprend l'utilisation de données transversales et longitudinales. Le volet transversal du modèle est partiellement dérivé de l'analyse présentée dans la section précédente, utilisant des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population et de l'Enquête sociale générale de 1996. Le volet longitudinal, nécessaire pour projeter l'entourage familial, provient principalement du modèle existant créé à Statistique Canada. Ce modèle, *LifePaths*, utilise bon nombre d'ensembles de données provenant d'enquêtes menées par Statistique Canada. Il permet à l'utilisateur de tenir compte d'une partie de la complexité du cycle de vie des personnes qui forment la population canadienne. *LifePaths* tient compte des naissances, des décès, du statut d'immigrant, de la migration interprovinciale, de l'état matrimonial (y compris les unions libres), des antécédents scolaires, des antécédents professionnels, de la naissance d'enfants et de leur présence à la maison. Il s'agit d'un instrument particulièrement utile pour l'analyse de politiques gouvernementales qui comprennent un volet longitudinal et dont la nature nécessite une évaluation à l'échelle des personnes ou de la famille (Wolfson et Rowe, 2004)<sup>6</sup>. De toute évidence, cet instrument s'avère important dans le cadre de l'examen de l'évolution de l'étendue et de la composition du réseau familial.

Contrairement aux projections démographiques plus traditionnelles utilisant une approche agrégée (macro), *LifePaths* utilise les personnes comme unité de base de l'analyse. La microsimulation crée une cohorte synthétique de personnes qui présentent différentes probabilités de connaître certains événements au cours de leur vie, ces probabilités varient chez tous les individus selon leurs caractéristiques. Ces probabilités sont calculées au moyen d'une analyse multivariée de différents ensembles de données provenant d'enquêtes réalisées par Statistique Canada. Chaque fois qu'un événement survient, par exemple le décrochage scolaire, les probabilités que d'autres événements se produisent par la suite sont mis à jour pour tenir compte des nouvelles caractéristiques des individus.

Toutes les expériences de la vie d'une personne ne peuvent être examinées au moyen de données longitudinales. Dans de nombreux cas, les seules données disponibles sont transversales et ne comprennent aucun renseignement nécessaire au modèle de microsimulation. Pour cette raison, on a utilisé les résultats des analyses discutées ci-dessus en conjonction avec le modèle de microsimulation afin d'atteindre nos objectifs de recherche. Les paramètres de ces analyses ont été appliqués à des sous-ensembles de la population afin de calculer, par exemple, le nombre de personnes âgées avec incapacité ou le nombre de personnes ayant recours à différentes sources d'aide. Bien que les méthodes de projections par microsimulation favorisent l'analyse du cycle de vie de chaque personne comprise dans la projection, nos résultats ne permettront pas d'examiner, entre autres, le nombre d'années écoulées depuis le début de l'incapacité. Bien entendu, cela est attribuable au fait que nous n'avons pas analysé le processus qui mène à l'incapacité, mais plutôt les facteurs associés à l'incapacité au moyen d'une enquête transversale. Néanmoins, nous obtenons une projection du nombre de personnes âgées avec incapacité à différents moments d'ici 2031. La même approche a été utilisée en ce qui a trait à l'incapacité, au besoin d'aide, au mode de vie, à la réception d'aide et à la source d'aide. La figure 2 montre la façon dont nous avons intégré les approches longitudinale et transversale dans cette recherche.

La partie gauche de la figure 2 indique les caractéristiques nécessaires aux régressions logistiques réalisées dans le cadre du volet transversal des projections. Bien sûr, la microsimulation produit beaucoup d'autres caractéristiques personnelles, mais on n'a utilisé que celles de la figure 2 dans les régressions logistiques. Nous avons premièrement dû exécuter la microsimulation afin d'obtenir la population selon l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, la région de résidence, l'état matrimonial, l'âge du conjoint, le lieu de naissance et le nombre d'enfants survivants. Nous avons également dû déterminer qui habitait en établissement et qui habitait dans un ménage privé. Seule cette dernière population a été utilisée dans les régressions logistiques puisque, par définition, les services à domicile sont fournis aux personnes qui habitent des ménages privés. Pour ce qui est de la portion transversale des projections, chaque probabilité (situation vis-à-vis de l'incapacité, du besoin d'aide, du mode de vie, de la réception d'aide et de la source de l'aide) a été appliquée selon la séquence indiquée à la figure 2. Comme on peut le constater, nous avons supposé que le mode de vie

6. Pour une description détaillée du modèle *LifePaths* : [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca).

dépend partiellement du besoin d'aide. La cohabitation est donc partiellement considérée comme une stratégie visant à faire face à un besoin d'aide lié à une incapacité. Cette hypothèse ne concerne que les personnes non mariées, car on suppose que les personnes mariées habitent avec leur conjoint.

**3.2 Hypothèses relatives aux tendances futures de l'incapacité**

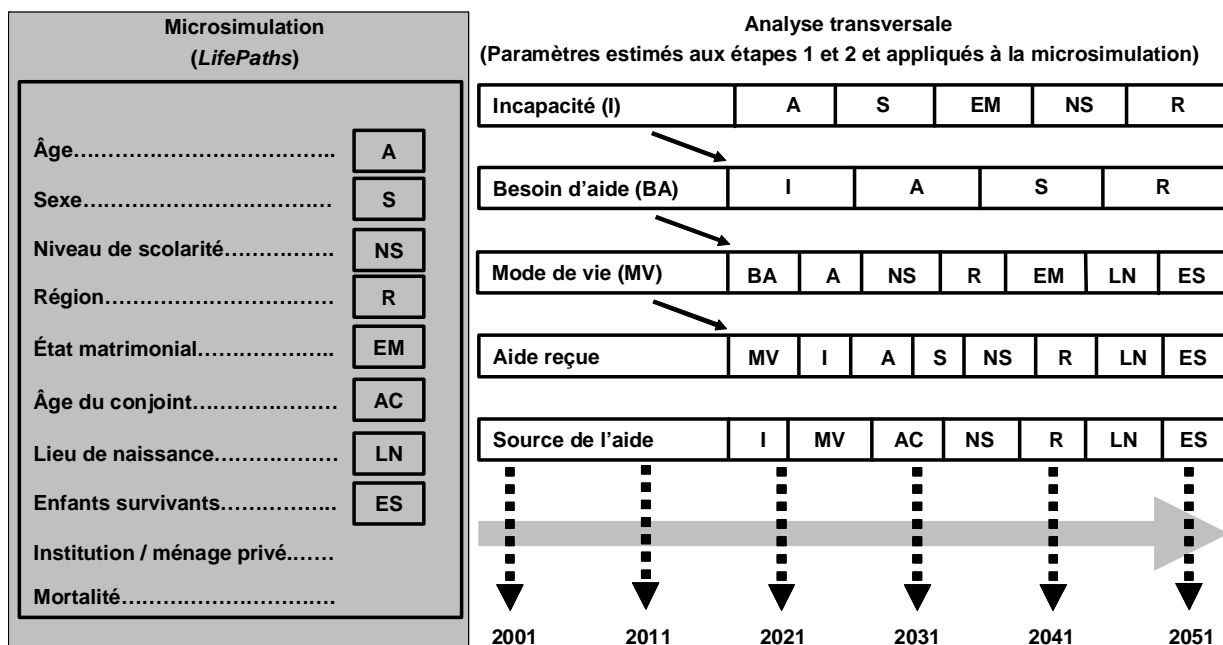
Les résultats de la régression logistique montrent, comme il est attendu, que le principal facteur lié au besoin et à l'utilisation des services de soins à domicile est l'état de santé des personnes. Ainsi, il semble important de vérifier la sensibilité du modèle de projection à l'évolution de l'état de santé de la population. On a utilisé trois scénarios différents afin d'estimer cette sensibilité :

1. Probabilités de souffrir d'un certain degré d'incapacité maintenues constantes aux niveaux de 1996 (scénario constant).
2. Probabilités décroissantes de souffrir d'un certain niveau d'incapacité (scénario de compression de la morbidité).
3. Probabilités croissantes de souffrir d'un certain niveau d'incapacité (scénario de pandémie de la morbidité).

Pour ce qui est du scénario de compression, nous avons supposé que la probabilité que des gens ayant des caractéristiques personnelles précises aient un certain degré d'incapacité diminue progressivement (au cours d'une période de 15 ans). On a opérationnalisé cette hypothèse en attribuant à une personne d'un âge donné la probabilité d'avoir un certain niveau d'incapacité correspondant à celui d'une personne âgée de cinq ans plus jeune. Tel qu'il est susmentionné, l'hypothèse prévoit une diminution progressive au cours d'une période de 15 ans. Après 15 ans (2016), la probabilité d'avoir un niveau d'incapacité donné est exactement la même que celle d'une personne ayant cinq ans de moins en 2001. En ce qui a trait au scénario de pandémie, l'approche était identique, excepté que la probabilité utilisée est celle d'une personne ayant cinq ans de plus plutôt que cinq ans de moins.

Notre intention ici n'est pas de prédire la santé de la population, mais bien d'analyser l'incidence d'une augmentation ou d'une diminution des niveaux d'incapacité dans l'avenir. Cela nous permet d'évaluer la sensibilité du modèle à la variation de la santé de la population. La section suivante présente les résultats des projections.

**Figure 2**  
**Le modèle de microsimulation**



## 4 Résultats des projections

Les résultats des projections sont présentés en trois parties. Premièrement, nous examinons les tendances futures relatives au réseau familial. Deux composantes importantes de ce réseau sont présentées : modes de vie et nombre d'enfants survivants. La première concerne le nombre de personnes âgées habitant avec leur conjoint, le principal fournisseur de soins aux personnes en perte d'autonomie. Le nombre d'enfants est également très important, car les personnes sans conjoint peuvent compter en partie sur leur aide. La première partie des résultats des projections peut être considérée comme l'offre potentielle de soutien informel provenant de la famille. Bien sûr, cette offre potentielle ne représente pas le réseau informel entier, les amis, les voisins et d'autres membres de la famille pouvant également offrir de l'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie. Deuxièmement, on présente des résultats indiquant les tendances possibles en fonction du scénario de l'état de santé de la population retenu. Comme on l'a déjà mentionné, nous nous intéressons à l'aide reçue par les personnes âgées en raison d'une incapacité. On suppose qu'une personne ne souffrant d'aucune incapacité peut effectuer les activités prises en compte dans la présente recherche<sup>7</sup>. Bien qu'une proportion importante de personnes âgées avec incapacité n'aient pas besoin d'aide pour effectuer ces activités, la projection de leur nombre est la première étape de l'estimation de la demande globale possible de services. Finalement, la dernière série de résultats montrera le nombre et la proportion de personnes âgées avec incapacité ayant recours à différentes sources d'aide. Ces résultats permettront de déterminer si les tendances actuelles d'utilisation des services aboutiraient à une augmentation relative de l'utilisation de services d'aide à domicile, ce qui constitue l'objectif principal de la présente recherche.

La période de projection se prolonge jusqu'en 2051, fournissant une estimation des tendances à long terme compte tenu du profil d'utilisation des services d'aide à domicile observé en 1996. Les figures présentées comportent un trait séparant la période allant de 2001 à 2031 de la période allant de 2031 à 2051. Le prolongement de la période à 2051 permet un examen du contexte canadien une fois que tous les baby-boomers auront atteint 85 ans. Évidemment, les politiques et les comportements seront différents de ceux d'aujourd'hui, mais l'exercice permet de comprendre ce qui se produirait compte tenu d'un contexte relativement inchangé. Bien que l'analyse

concerne principalement la période allant de 2001 à 2031, nous commenterons brièvement les résultats de la période allant de 2031 à 2051.

### 4.1 La disponibilité du réseau familial : la présence possible d'aidants membres de la famille

Au sein du réseau informel, les membres de la famille immédiate sont les principaux fournisseurs d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ici, nous mettons l'accent sur deux volets très importants de la famille ayant une incidence considérable sur l'utilisation du réseau formel. Premièrement, la variation des proportions d'hommes et de femmes âgés habitant seuls aura probablement une incidence sur le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie ayant recours au réseau formel d'aide à domicile. Le deuxième volet de ces résultats concerne la proportion de femmes âgées qui n'ont pas d'enfants survivants. Les résultats présentés à la section 2.3 montrent que la probabilité d'avoir recours au réseau formel ne varie pas grandement chez les personnes qui ont des enfants. En effet, si elles ont au moins un enfant, leur susceptibilité de n'utiliser que le réseau formel varie très légèrement. Le plus grand écart s'établit entre les femmes qui ont au moins un enfant et celles qui n'en ont pas. Nous voulons donc surtout concentrer l'analyse sur les tendances futures du nombre et de la proportion de femmes qui n'ont pas d'enfants survivants.

#### Proportion de personnes âgées habitant seules

Les résultats de projections indiquent une stabilisation de la proportion d'hommes et de femmes âgés habitant seuls au Canada pendant la période allant de 2001 à 2031. Cette simulation tient compte du fait que, pendant toute leur vie, les cohortes futures de personnes âgées auront été plus susceptibles de divorcer que les personnes âgées d'aujourd'hui. Cette tendance pourrait laisser croire qu'il y aura une augmentation de la proportion de personnes âgées habitant seules. Par contre, la simulation tient également compte du fait que l'écart au chapitre de l'espérance de vie favorisant les femmes diminuera probablement à l'avenir, comme cela a été le cas au cours des dernières années. Cette tendance, contrairement à l'augmentation de la probabilité d'obtenir un divorce, favorise la survie des deux conjoints et réduit la probabilité d'habiter seul dans le cas des personnes âgées qui vivent dans des ménages privés.

7. Pour obtenir une définition de l'incapacité et des divers types d'activités étudiés, consultez l'encadré « Définitions ».

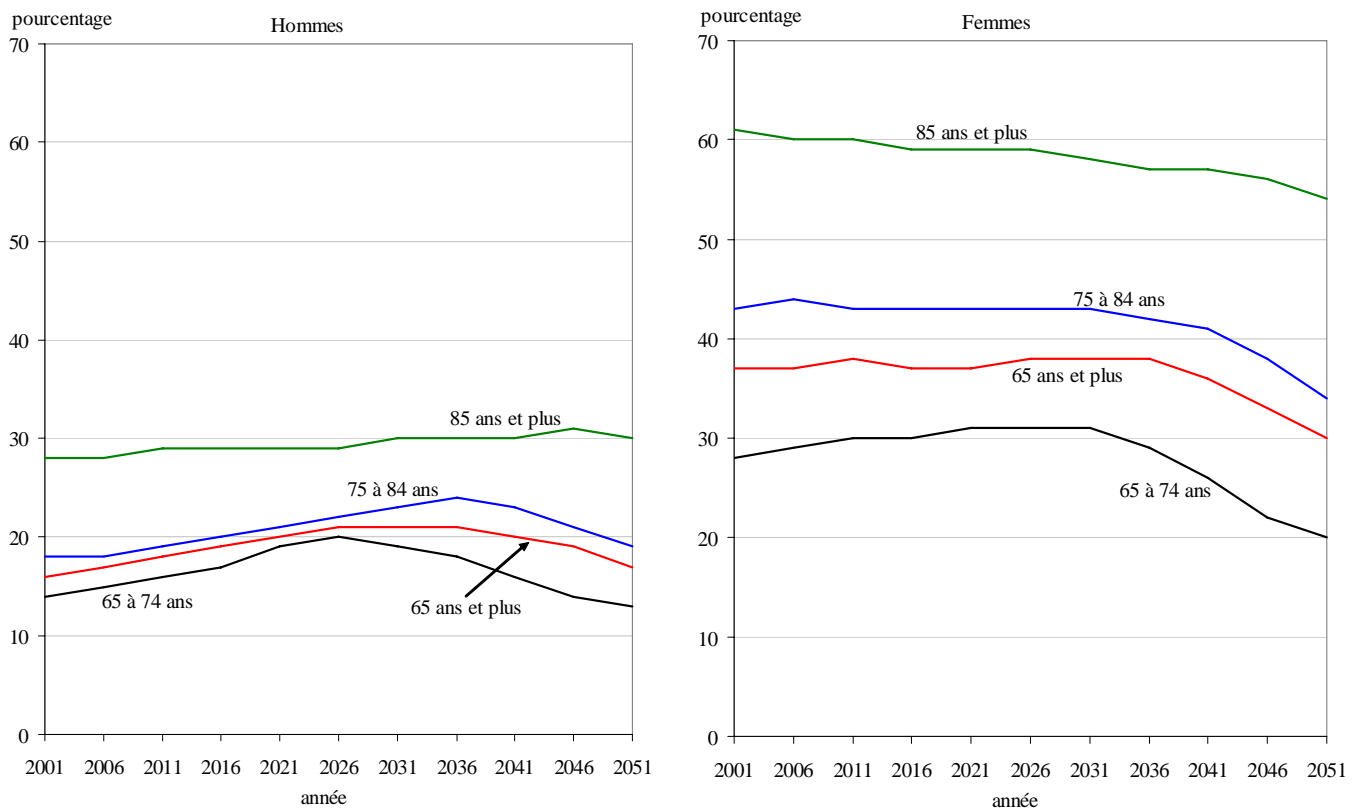
Comme le montre la figure 3, la proportion de femmes âgées habitant seules est considérablement supérieure à la proportion d'hommes vivant une situation semblable. Ce résultat n'est pas surprenant, étant donné la différence d'âge au moment du mariage – les femmes épousent en moyenne des hommes plus âgés – et la plus grande espérance de vie des femmes. Également, les hommes sont plus nombreux à se remarier que les femmes après un divorce ou le décès de leur conjoint. Cependant, on observe une diminution de la proportion de femmes habitant seules, principalement au cours de la période allant de 2031 à 2051. Au cours de la période entière de projection, l'écart au chapitre de la proportion de femmes et d'hommes âgés habitant seuls diminue assez considérablement, passant de 37 % contre 16 % en 2001 à 30 % contre 17 % en 2051. Une diminution de la proportion de femmes âgées habitant seules devrait, toutes choses étant égales par ailleurs, atténuer la pression sur le réseau formel de services d'aide à domicile. Cependant, les résultats de la section 2.3 indiquent que le fait d'avoir un conjoint a une incidence beaucoup plus importante chez les

hommes en perte d'autonomie que chez les femmes montrant un état de santé similaire. Étant donné les tendances d'utilisation observées en 1996, une baisse importante de la proportion de femmes en perte d'autonomie habitant seules ne réduira la pression sur les services d'aide à domicile que si leur conjoint fournit davantage d'aide.

**Proportion de femmes âgées sans enfants survivants**

Lorsque nous songeons au vieillissement de la population, nous avons tendance à mettre l'accent sur la proportion et sur le nombre croissants de personnes âgées de plus de 65 ans au sein de l'ensemble de la population, particulièrement lorsqu'on tient compte de l'arrivée progressive des baby-boomers dans ce groupe d'âge à compter de 2011. Les mécanismes sous-jacents au vieillissement de la population ont aussi d'autres incidences. Le vieillissement de la population au cours des dernières décennies est surtout attribuable à la décroissance des taux de fécondité. Cette décroissance a également une incidence importante sur la

**Figure 3**  
**Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus vivant seuls en ménage privé, selon le sexe, Canada, 2001 à 2051**



Source : Statistique Canada, Division de la démographie.

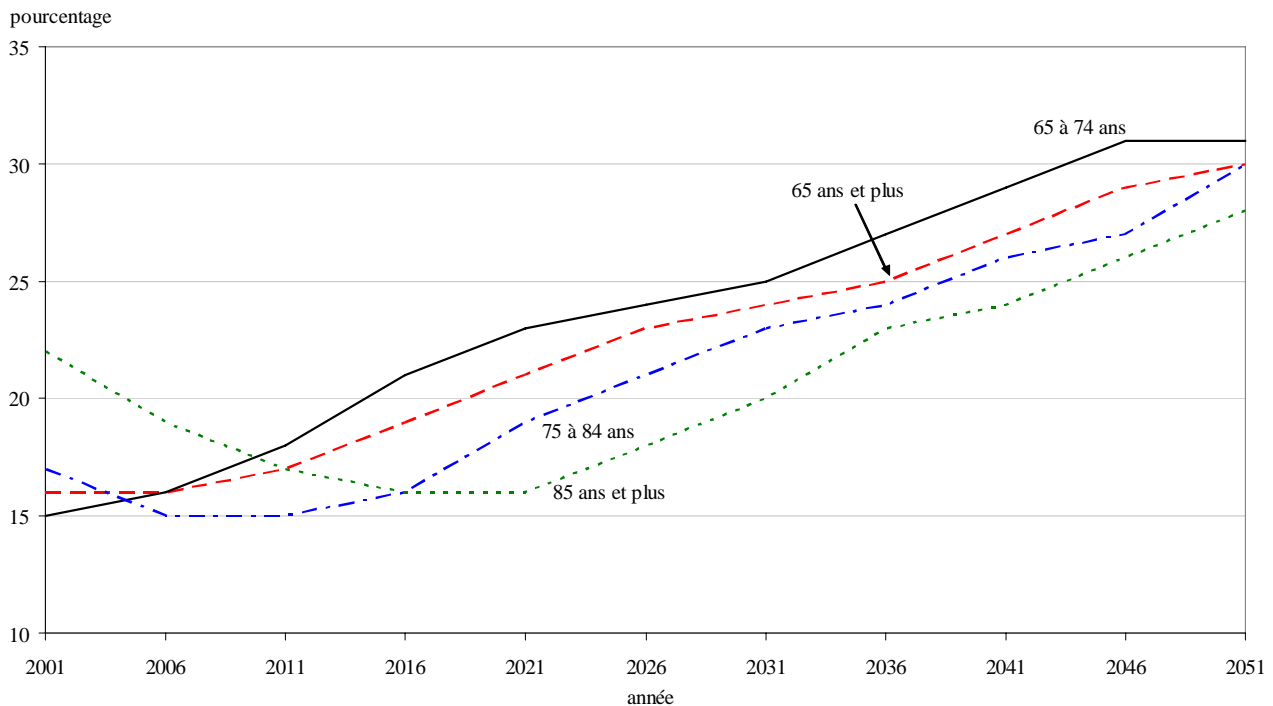
composition et l'étendue du réseau de soutien informel. Par définition, les parents des baby-boomers ont eu beaucoup d'enfants. Ces enfants ont de nombreux frères et sœurs, mais ont peu d'enfants. Enfin, ces derniers ont peu de frères et sœurs et, jusqu'à maintenant du moins, peu d'enfants. Cette tendance laisse supposer une variation de ce qui sera attendu des réseaux de soutien formel et informel à l'avenir.

L'analyse est axée sur les personnes qui n'ont pas d'enfants survivants. Comme il a été indiqué précédemment, le nombre d'enfants a une incidence considérable sur la probabilité d'avoir recours aux réseaux formel ou informel. Cette incidence est principalement observable lorsque l'on compare les personnes qui n'ont pas d'enfants à celles qui en ont au moins un. La figure 4 montre que la proportion de femmes âgées de 65 ans et plus sans enfants survivants passe de 16 % en 2001 à un sommet de 30 % en 2051. Près d'une femme âgée sur trois n'aurait donc pas d'enfants survivants.

Bien que la proportion de femmes âgées sans enfants survivants augmente régulièrement au cours de la période projetée, il est important d'examiner les tendances des différents groupes d'âge. Chez le premier groupe d'âge (65 à 74 ans), la tendance suit celle qui

est observée pour l'ensemble de la population de personnes âgées. Cependant, les deux autres groupes d'âge suivent une tendance différente. Pour ce qui est des personnes âgées de 75 à 84 ans, jusqu'en 2011, on peut observer une tendance à la baisse. En effet, dans ce groupe, la proportion de personnes âgées n'ayant pas d'enfants survivants passe de 17 % à 15 % avant de s'accroître et de rattraper celle des personnes de 65 ans et plus (30 %) en 2051. La tendance observée chez les membres du dernier groupe d'âge (85 ans et plus) est tout particulièrement intéressante. C'est chez ces personnes que la santé est la plus fragile et ce sont elles qui ont le plus grand besoin d'aide. En 2001, ce groupe d'âge était également celui qui comprenait la plus grande proportion de personnes n'ayant pas d'enfants survivants. Cependant, cette proportion passe de 22 % à 16 % entre 2001 et 2021 avant de grimper à 28 % en 2051. Cette tendance est bien sûr liée au vieillissement des baby-boomers. Au cours de la première partie de la période visée (2001 à 2021), la majorité des personnes âgées de 85 ans et plus sont des parents de baby-boomers. Par définition, ces cohortes plus âgées ont eu beaucoup d'enfants. Cependant, le remplacement progressif de ces cohortes par d'autres cohortes ayant moins d'enfants entraîne une augmentation de la proportion de personnes qui

**Figure 4**  
**Proportion de femmes âgées de 65 ans et plus vivant en ménage privé sans enfants survivants, Canada, 2001 à 2051**



Source : Statistique Canada, Division de la démographie.



n'ont pas d'enfants survivants. Les résultats des projections montrent que, en 2036, cette proportion chez les personnes âgées de 85 ans et plus sera à peu près la même que celle qui est observée en 2001. Cela laisse supposer, du moins dans un avenir prochain, que les membres de ce groupe d'âge, qui sont les plus susceptibles d'avoir besoin d'aide, seront plus susceptibles d'avoir au moins un enfant survivant. À court terme, toutes choses étant égales par ailleurs, cette tendance devrait modérer la pression sur le réseau formel de services d'aide à domicile.

### Conclusion de cette section

Il faut tenir compte de nombreux facteurs lorsqu'on évalue l'incidence de l'évolution de la composition et de l'étendue du réseau familial au cours des prochaines décennies sur la demande de services formels d'aide à domicile. Le modèle de microsimulation aborde deux de ces facteurs : le mode de vie (nous permettant d'examiner les personnes sans conjoints) et le nombre d'enfants survivants. Les deux tendances liées à ces facteurs sont opposées. Premièrement, la proportion de personnes âgées habitant seules sera relativement stable entre 2001 et 2031. Il y a une légère hausse chez les hommes tandis que le niveau est assez stable chez les femmes. Comme les hommes âgés d'aujourd'hui dépendent davantage de leur conjoint que les femmes âgées afin de recevoir de l'aide pour effectuer les activités de la vie courante, il pourrait y avoir, toutes choses étant égales par ailleurs, une légère augmentation de la pression exercée sur les services formels d'aide à domicile. Cependant, si l'on ne considère que ce premier facteur, la période allant de 2031 à 2051 semble indiquer une pression à la baisse alors que la proportion de personnes habitant seules diminuerait légèrement. Deuxièmement, pour ce qui est de la présence d'enfants survivants, les projections indiquent une augmentation de la proportion de femmes âgées n'ayant pas d'enfants survivants. Cependant, jusqu'en 2021, cette proportion régresse considérablement chez les personnes âgées de 85 ans et plus, les parents des baby-boomers formant la majorité de ce groupe d'âge. Au cours de la période suivante (2021 à 2051), la pression sur le réseau formel d'aide à domicile devrait augmenter alors que les baby-boomers joindront progressivement le rang des 85 ans et plus. La proportion de femmes sans enfants survivants en 2036 sera toutefois environ semblable à celle qui est observée en début de période.

Bien sûr, d'autres facteurs importants influenceront sur la disponibilité de l'aide à domicile fournie par les membres de la famille. Par exemple, les attentes des parents âgés à l'égard de leurs enfants peuvent être

très différentes de ce qui a été observé dernièrement. Également, même si nous avons tenu compte de la présence d'enfants survivants, nous n'avons pas examiné la proximité géographique de ces enfants. Il s'agit d'un volet qu'il faudra analyser dans le futur. La proportion accrue de personnes divorcées aura également des répercussions sur le réseau familial de la population âgée de demain. Bien que la microsimulation tienne compte de la tendance de la divortialité, nous possédons très peu de renseignements sur l'aide fournie par les beaux-fils et belles-filles ainsi que les enfants de parents divorcés, particulièrement sur l'aide fournie aux pères. Il faudra réaliser davantage de recherches sur ce sujet afin de mieux comprendre l'incidence de l'évolution de la composition et de l'étendue du réseau familial sur la demande de services formels de soins à domicile.

### 4.2 L'incapacité chez les personnes âgées : la demande

Dans l'avenir, le principal moteur des services d'aide à domicile sera le nombre de personnes âgées ayant une incapacité. La demande est mesurée en fonction de la variation des taux d'incapacité et de leur niveau de sévérité chez les personnes âgées ainsi que leur incidence sur le besoin d'aide. Expliquer l'incapacité est une tâche assez complexe et notre modèle ne tient compte que de l'âge, du sexe, de l'état matrimonial, du niveau de scolarité et de la province de résidence. On ne tient pas compte des facteurs tels que le style de vie, le revenu ou encore les antécédents professionnels. Néanmoins, le modèle nous permet d'effectuer une meilleure projection du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie qu'en faisant une simple extrapolation en fonction de l'âge et du sexe.

Cette section est divisée en deux sous-sections. Dans la première partie, on présente les résultats concernant l'incapacité chez les personnes âgées de 65 ans et plus et, dans la deuxième partie, on présente les résultats relatifs aux personnes âgées ayant besoin d'aide. Tel qu'il est mentionné à la section 3.1, l'analyse de l'incapacité et du besoin d'aide n'est pas incluse dans la microsimulation, mais est plutôt basée sur les résultats d'enquêtes transversales. Nous examinons donc les facteurs associés aux incapacités et non ceux qui expliquent la transition entre la bonne santé et l'incapacité.

#### Incapacité des personnes âgées

On a produit trois scénarios afin d'analyser les tendances futures d'incapacité des personnes âgées habitant en ménage privé. Le premier scénario (scénario constant) représente simplement la probabilité

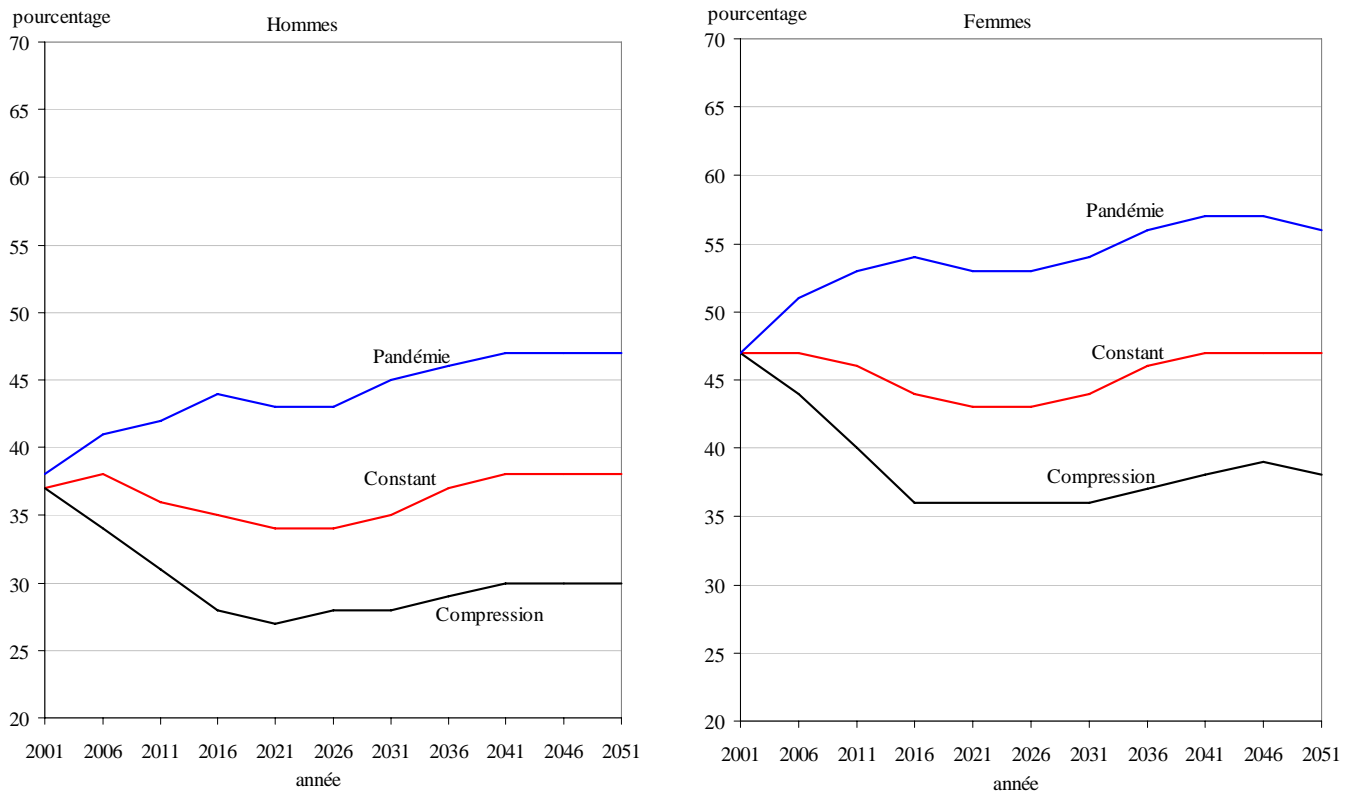
d'avoir un degré d'incapacité (aucune, faible, modérée ou grave) identique à ce que l'on a observé en 1996. Ces probabilités ont été calculées à partir d'une régression logistique multinomiale ordonnée appliquée aux données de l'échantillon transversal de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996.

Les résultats de ce premier scénario montrent qu'il y a une différence d'environ dix points de pourcentage entre les hommes et les femmes en faveur des premiers (figure 5). Pour ce qui est des hommes, le pourcentage de ceux qui sont âgés de 65 ans et plus ayant une incapacité varie d'un sommet de 38 % à un minimum de 34 %, alors que chez les femmes, le pourcentage varie de 47 % à 43 %. Les tendances observées sont affectées par l'arrivée des baby-boomers parmi les 65 ans et plus en 2011 et par leur vieillissement graduel jusqu'à 85 ans et plus en 2031. Les jeunes aînés (65 à 74 ans) étant en meilleure santé que les personnes plus âgées (85 ans et plus), le passage progressif des baby-boomers à des groupes d'âge supérieurs aura une incidence sur la proportion de personnes âgées ayant une incapacité.

Comme on peut le voir à la figure 5, les différents scénarios produisent des résultats très différents. La proportion grimpe d'environ dix points pour ce qui est du scénario de pandémie, alors que le scénario de compression résulte en une réduction d'environ sept points. Comme nous le verrons plus tard, l'incidence sur la demande de services formels d'aide à domicile peut être assez importante selon le scénario d'incapacité.

Les proportions mentionnées ci-dessus concernent strictement les personnes âgées habitant dans un ménage privé. Bien entendu, dans un scénario de compression de la morbidité, nous nous attendons à ce que moins de personnes habitent en établissement d'hébergement simplement en raison du plus faible taux d'incapacité et du fait que le degré d'incapacité est moins sévère. Le scénario d'expansion devrait aboutir à un résultat opposé. Le tableau 1 présente les résultats des projections selon les différents scénarios à trois moments différents (2001, 2031 et 2051). Si nous tenons compte du fait que les personnes ayant besoin davantage d'aide sont celles qui ont une incapacité modérée ou sévère, en plus de celles qui

**Figure 5**  
**Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus avec incapacité parmi ceux vivant en ménage privé, selon le sexe, Canada, 2001 à 2051**



Source : Statistique Canada, Division de la démographie.

habitent en établissement d'hébergement, nous constatons une différence considérable entre les scénarios. Si la probabilité d'avoir une incapacité demeurerait stable au niveau de 1996, 24 % de la population totale de personnes âgées aurait un besoin d'aide important en 2001 par rapport à 23 % en 2031 et à 26 % en 2051. Dans le scénario de compression, ces proportions seraient de 24 %, de 18 % et de 21 %, respectivement. Par comparaison, le scénario de pandémie donne lieu à des proportions de 24 %, de 29 % et de 32 %. La différence entre ces deux derniers scénarios est très importante : selon le scénario de pandémie, une personne âgée sur trois aurait un besoin d'aide important en 2051, par rapport à une personne âgée sur cinq selon le scénario de compression. Bien que l'augmentation du nombre de personnes âgées au cours des prochaines décennies sera le principal facteur influençant le besoin de services, l'état de santé de cette population peut jouer un rôle important en ce qui a trait à l'incidence du vieillissement des baby-boomers sur la demande de services d'aide à domicile et d'établissements de soins de longue durée.

Dans la prochaine section, nous examinons de plus près le besoin d'aide qui découle des projections du nombre de personnes en perte d'autonomie.

**Les personnes âgées qui ont besoin d'aide : nombre et proportion**

Le principal objectif de cette recherche est d'estimer la demande future de services d'aide à domicile. L'incapacité n'est qu'une mesure de la demande possible, puisque certaines personnes en perte d'autonomie n'ont pas besoin d'aide dans l'exécution

des activités de la vie courante. Les projections tiennent compte de ce fait afin de fournir un meilleur aperçu des besoins futurs éventuels. Comme le montre la figure 6, la proportion de personnes ayant besoin d'aide demeure relativement constante tout au long de la période, variant entre 15 % et 18 %, le plus faible niveau étant observé de 2021 à 2026.

Quoique la proportion de personnes âgées ayant besoin d'aide puisse constituer une mesure approximative de la santé de cette population, les décideurs et les planificateurs de services s'intéressent visiblement davantage au nombre de personnes âgées qui pourraient avoir besoin d'aide à domicile qu'à leur proportion. Par exemple, de 2001 à 2021, la proportion de personnes âgées ayant besoin d'aide diminue légèrement, passant de 17 % à 15 %. Au cours de la même période, leur nombre augmente assez considérablement, passant de 619 000 à près de 950 000, une hausse de plus de 33 %. Ces résultats sont très importants pour ce qui est de la planification de services. La croissance réelle du nombre est à son plus haut niveau au cours de la période allant de 2021 à 2026, grim pant de plus de 160 000 au cours de celle-ci selon le scénario constant. Toujours selon ce scénario, en 2031, le nombre de personnes âgées habitant en ménage privé et ayant besoin d'aide aura plus que doublé. Le rythme de croissance ralentit ensuite considérablement et, au cours des cinq dernières années des projections, le nombre ne progresse que de 11 000 personnes. À ce moment, les cohortes les plus âgées parmi les baby-boomers seront décédées et elles seront remplacées lentement par des cohortes de taille relativement inférieure. Cependant, plus de 1,5 million de personnes âgées auraient alors besoin d'aide dans l'exécution des

**Tableau 1**

**Répartition de la population de personnes âgées de 65 ans et plus selon la situation vis-à-vis de l'incapacité en fonction de différents scénarios d'incapacité, Canada, 2001, 2031 et 2051**

Situation vis-à-vis de l'incapacité	Scénario constant			Scénario de compression			Scénario de pandémie		
	2001	2031	2051	2001	2031	2051	2001	2031	2051
	pourcentage								
Aucune	54,4	56,6	53,4	54,8	64,2	61,2	54,1	47,1	44,2
Légère	21,7	20,5	20,8	21,6	17,5	18,0	21,9	23,7	23,5
Modérée	14,4	13,3	14,1	14,2	10,5	11,1	14,5	17,1	18,0
Grave	5,0	4,7	5,1	4,9	3,5	3,8	5,1	6,5	7,0
Établissement	4,5	4,9	6,6	4,5	4,3	5,9	4,4	5,6	7,3

Source : Statistique Canada, Division de la démographie.



activités de la vie courante. Naturellement, des scénarios d'incapacité différents donnent lieu à d'autres résultats. On discutera de ces autres scénarios dans la prochaine section.

### 4.3 Source d'aide et demande projetée

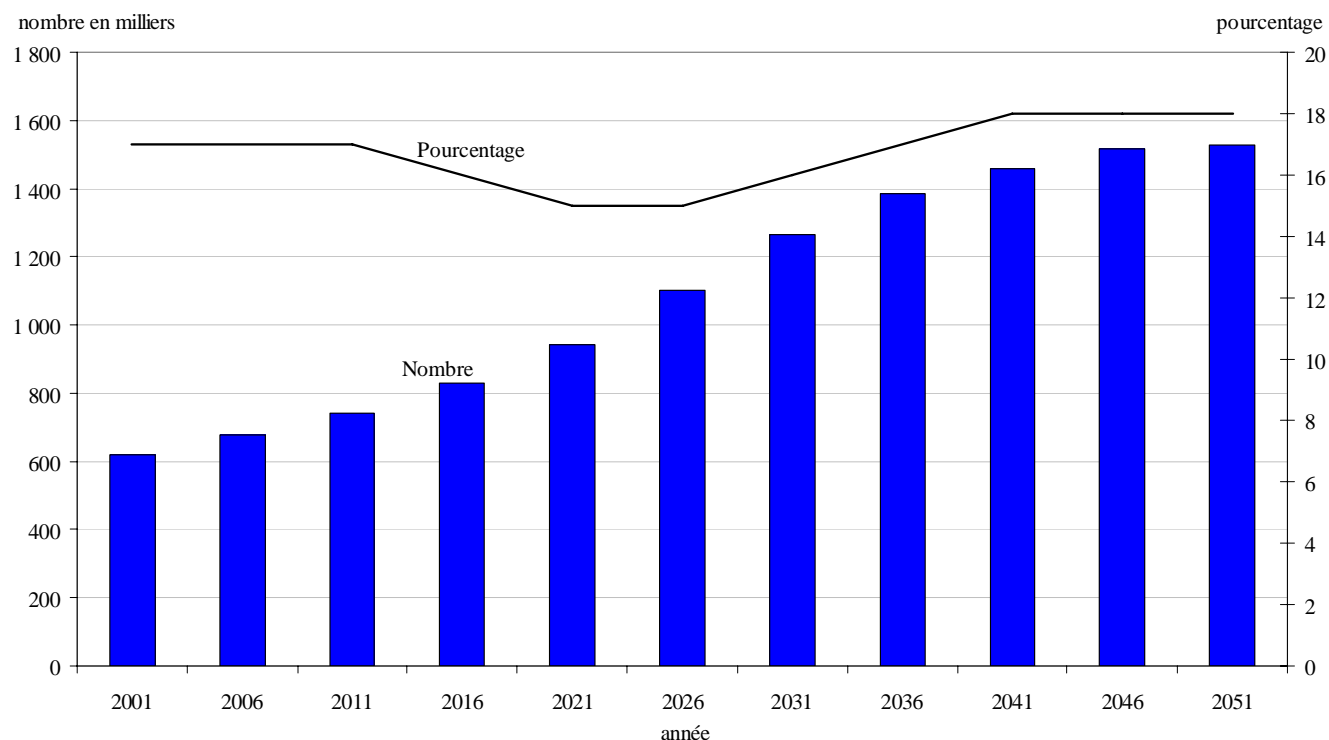
Nous avons premièrement examiné une partie importante du réseau informel en analysant les tendances futures quant à la proportion de personnes âgées qui habiteraient seules et de la proportion de celles qui n'auraient pas d'enfants survivants. Nous avons ensuite examiné les tendances possibles quant à la santé de la population au moyen de trois scénarios d'incapacité. Dans le premier cas, on a effectué l'analyse au moyen de probabilités de transition au sein du modèle de microsimulation. On a effectué la deuxième partie au moyen de données transversales en examinant les facteurs liés aux différents degrés d'incapacité et au besoin d'aide. En combinant ces deux approches, nous obtenons un portrait de la proportion et du nombre de personnes âgées utilisant, à différents moments, les trois sources d'aide que nous avons définies. Bien entendu, les résultats sont tous fondés sur les tendances d'utilisation observées en 1996.

À l'échelle nationale, les données laissent supposer qu'il y aura une augmentation relative et absolue de l'utilisation du réseau formel, tandis qu'il y aura une diminution relative de l'utilisation du réseau informel chez les personnes âgées pendant la période allant de 2001 à 2031. En fait, au cours de cette période, l'écart entre la proportion de personnes utilisant seulement le réseau informel et celles qui utilisent seulement le réseau formel disparaît presque complètement (figure 7). Qui plus est, en analysant les tendances du côté des femmes, on observe que le recours exclusif au réseau formel pourrait dépasser celui du réseau informel.

#### L'incidence des divers scénarios d'incapacité sur la demande de services de maintien à domicile

Plus tôt, nous avons mentionné l'importance des chiffres par rapport aux proportions en ce qui a trait à la planification des services de maintien à domicile. Nous avons également observé (figure 6) que le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie ayant besoin d'aide pourrait doubler entre 2001 et 2031. Ces chiffres représentent l'impact de conserver constante les probabilités d'avoir une incapacité, soient celles

**Figure 6**  
**Proportion et nombre de personnes âgées de 65 ans et plus ayant besoin d'aide, scénario d'incapacité constante, Canada, 2001 à 2051**



Source : Statistique Canada, Division de la démographie.

observées en 1996. Nous avons conçu les scénarios de compression et de pandémie précisément afin d'estimer l'incidence de l'état de santé de la population âgée sur la demande future des services de maintien à domicile. Selon le scénario de probabilités constantes, le taux moyen annuel de croissance de la population ayant besoin d'aide serait de 2,5 % au cours de la période allant de 2001 à 2031 (tableau 2). La pression sur le réseau formel étant supérieure à celle qui est exercée sur le réseau informel, ce taux de croissance passe à 2,7 % pour le premier réseau, par rapport à 2,2 % pour le deuxième.

Il est intéressant de noter l'incidence des différentes tendances de l'état de santé de la population âgée. Si l'état de santé de cette population s'améliorait (selon l'hypothèse présentée plus tôt), le taux moyen annuel de croissance pourrait n'être que de 1,9 % pour la population ayant besoin d'aide et de 2,1 % pour celle qui a recours au réseau formel de services de maintien à domicile. Par contraste, une augmentation de l'incapacité donnerait lieu à une expansion importante du taux de croissance annuel de personnes âgées en

**Tableau 2**  
**Taux de croissance annuel de la population de personnes âgées de 65 ans et plus recevant de l'aide, selon la source d'aide et le scénario d'incapacité (constant, compression, pandémie), Canada, 2001 à 2031**

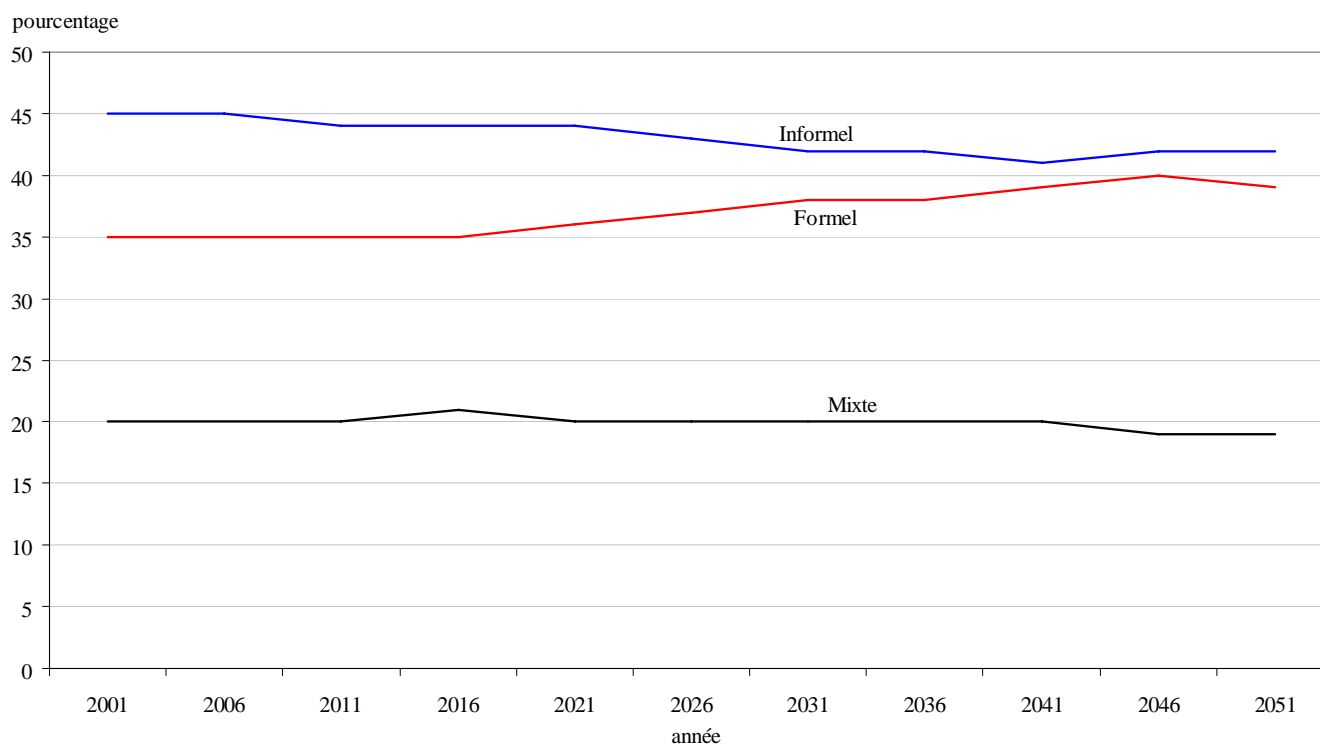
Source d'aide	Scénario constant	Scénario de compression	Scénario de pandémie
Population âgée de 65 ans et plus	2,6	2,7	2,5
Population ayant besoin d'aide	2,5	1,9	3,1
Formel	2,7	2,1	3,4
Établissement	2,9	2,6	3,3
Informel	2,2	1,5	2,8

Source : Statistique Canada, Division de la démographie.

perte d'autonomie ayant besoin d'aide entre 2001 et 2031. Le scénario présenté dans ce document indique qu'il pourrait atteindre 3,1 %. Pour ce qui est de l'utilisation du réseau formel de services de maintien à domicile, le taux annuel pourrait ainsi atteindre 3,4 %.

**Figure 7**

**Distribution en pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus avec incapacité vivant en ménage privé selon la source de l'aide reçue, Canada, 2001 à 2051**



Source : Statistique Canada, Division de la démographie.

Évidemment, la santé de la population a également une incidence sur l'accroissement annuel du nombre de personnes âgées résidant en établissement. Selon nos scénarios, cet accroissement pourrait varier entre 2,9 % et 3,3 %. Les politiques relatives au placement en établissement des personnes âgées en perte d'autonomie auront visiblement un effet sur le nombre de personnes ayant besoin de services de maintien à domicile. Comme

il est très difficile de prévoir les politiques qui seront mises en place concernant les questions du placement en établissement par opposition à l'aide à domicile, nos résultats sont fondés sur les données recueillies en 1996 concernant les taux de placement en établissement selon l'âge, le sexe, l'état matrimonial, et le degré de sévérité de l'incapacité.

## 5 Discussion et conclusions

Avant de discuter des résultats de cette recherche, il faut reconnaître l'existence de plusieurs limites. Par exemple, en ce qui a trait aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, la présente recherche ne mesure pas les besoins non comblés. Par exemple, si une personne ne reçoit de l'aide que du réseau informel, mais indique également ne pas recevoir suffisamment d'aide, on pourrait soutenir que cette personne a besoin d'aide du réseau formel. Les projections pourraient difficilement tenir compte de cette pression sur le réseau formel.

Les caractéristiques prises en compte dans l'estimation de la probabilité de recevoir de l'aide de différentes sources ne comprennent pas l'état de santé et la proximité géographique des enfants. L'absence de cette dernière caractéristique semble poser un plus grand problème, puisque le fait d'avoir un enfant ne signifie pas nécessairement qu'il pourra fournir de l'aide. Parmi les nombreux facteurs qui peuvent influencer sur la probabilité qu'un enfant fournisse de l'aide à un parent en perte d'autonomie, la proximité géographique est certainement importante. Ces renseignements n'ont pas été recueillis dans le cadre de l'Enquête sociale générale de 1996.

Si l'état de santé des enfants est plus ou moins important étant donné que la majorité d'entre eux n'ont pas encore atteint les âges avancés, il faudrait certainement connaître l'état de santé du conjoint. Les conjoints étant les principaux fournisseurs d'aide aux personnes habitant avec un partenaire, des renseignements concernant leur état de santé permettraient sûrement de mieux comprendre pourquoi certaines personnes âgées en perte d'autonomie reçoivent de l'aide de leur conjoint, tandis que d'autres, qui habitent également avec un partenaire, n'en reçoivent pas. Cela est particulièrement vrai lorsqu'une personne qui a besoin d'aide a atteint un âge très avancé. La personne qui partage la vie de cet individu est probablement très âgée aussi et n'est peut-être pas en mesure de fournir de l'aide. Les renseignements sur l'état de santé des conjoints n'ont pas été recueillis dans le cadre de l'Enquête sociale générale de 1996. C'est pourquoi l'« âge du conjoint » a été inclus dans le modèle sur les sources d'aide. Bien qu'il ne s'agisse que d'une approximation, on peut supposer que l'état de santé des personnes âgées de 65 à 74 ans est probablement meilleur que celle des personnes âgées de 85 ans et plus. Les résultats de l'analyse donnent un aperçu de l'importance de connaître l'état de santé des conjoints lorsqu'on examine les facteurs liés à l'utilisation de différentes sources d'aide.

L'interprétation des résultats de la recherche est également limitée par le fait qu'on n'a pas tenu compte du nombre d'heures de service fournies par les différentes sources d'aide. En projetant simplement le nombre de personnes âgées avec incapacité utilisant un certain réseau de soutien, il est impossible d'analyser l'incidence sur les ressources humaines nécessaires afin de répondre à la demande et sur le coût global d'une telle demande.

Les résultats de cette recherche présentent des renseignements très utiles sur les tendances futures de la disponibilité des enfants et des conjoints à titre de sources d'aide, du nombre de personnes âgées avec incapacité ayant besoin d'aide et de l'utilisation possible des réseaux formel et informel. Puisque le vieillissement de la population est en grande partie attribuable à une baisse du taux de fécondité, on pourrait s'attendre à ce que la proportion de personnes âgées sans enfants survivants augmente ultérieurement. Cependant, les résultats montrent que, dans un avenir prochain, la proportion de personnes âgées sans enfants survivants parmi celles qui ont le plus besoin d'aide, soit celles qui ont atteint 85 ans, sera inférieure aux proportions observées récemment. Cette tendance montre que, en 2021, cette proportion s'établira à 16 % (par rapport à 22 % en 2001). Même si la proportion augmentera par la suite, elle n'atteindra le niveau observé en 2001 qu'en 2036.

Pour ce qui est du mode de vie des personnes âgées, les tendances indiquent que la proportion de celles qui habitent seules dans des ménages privés devrait demeurer relativement stable. Chez les femmes, cette proportion devrait même connaître une légère diminution à long terme. Toutes choses étant égales par ailleurs, une plus grande proportion de personnes âgées habitant avec un conjoint atténuerait la pression exercée sur le réseau formel. Cette incidence positive pourrait cependant être atténuée en partie par l'impossibilité des conjoints vieillissants de fournir de l'aide convenable en raison de problèmes de santé, les deux conjoints étant en perte d'autonomie.

En ce qui concerne l'incapacité, le principal facteur expliquant l'accroissement du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie est bien sûr le vieillissement des baby-boomers. Si les probabilités d'avoir une incapacité demeurent constantes pour la période projetée, la proportion de personnes âgées ayant une incapacité en 2031 sera légèrement inférieure à la proportion observée en 1996. Cette situation est en partie liée à l'arrivée des baby-boomers parmi les personnes âgées. Ils font premièrement partie des gens âgés de 65 à 74 ans, un groupe d'âge dont la probabilité

d'avoir une incapacité est faible. Cette faible probabilité est aussi en partie liée à leur niveau de scolarité élevé, une caractéristique ayant une incidence positive sur la santé. Dans l'ensemble, au cours de la période de 2001 à 2031, le taux de croissance annuelle moyen du nombre de personnes âgées ayant un besoin d'aide relié à une incapacité pourrait être d'environ 2,5 %. Un résultat important de la projection est qu'elle montre jusqu'à quel point une amélioration de la santé de la population pourrait avoir une incidence sur cette proportion. Selon l'hypothèse présentée plus tôt, ce taux annuel pourrait n'atteindre que 1,9 %.

L'avantage principal du modèle de microsimulation utilisé dans la présente recherche est qu'il permettait de tenir compte d'un ensemble de changements au

sein de la population – incapacité, réseau familial, caractéristiques personnelles – afin d'examiner les tendances futures de l'utilisation des réseaux formel et informel. Toutes les tendances projetées indiquent clairement que la pression sur le réseau formel augmentera dans l'avenir. Bien sûr, les hypothèses concernant la santé future de la population sont très importantes, tout comme celles qui sont liées aux taux de placement en établissement de la population âgée. Cette pression nécessitera certainement une augmentation des ressources liées aux services de maintien à domicile, que ce soit dans le secteur public ou privé. La question de la disponibilité des ressources humaines responsables de la prestation de services sera un enjeu au cours des prochaines années alors que les baby-boomers atteindront le troisième âge.

## Bibliographie

- BAINES, C., P. EVANS et S. NEYSMITH. 1991. « Caring: The impact on the lives of women », *Women caring: Feminist perspectives on social welfare*, Toronto, p. 11 à 35.
- BARRETT, A.E. et S.M. LYNCH. 1999. « Caregiving networks of elderly persons: Variation by marital status », *The Gerontologist*, vol. 39, n° 6, p. 695 à 705.
- BORNSTEIN, J. 1994. « Editorial: The caregiving dilemma », *Canadian Journal on Gerontology*, vol. 13, n° 2, p. 135 à 137.
- BULCROFT, K.A. et R.A. BULCROFT. 1991. « Timing of divorce: Effects on parent-child relationships in later life », *Research on Aging*, vol. 13, n° 2, p. 226 à 243.
- CANADIAN HOME CARE SECTOR STUDY CORPORATION. 2003. « Canadian home care human resources study », *Synthesis Report*, Human Resources Development Canada.
- CANTOR, M.H. 1979. « Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system », *Research on Aging*, vol. 1, n° 4, p. 434 à 463.
- CANTOR, M.H. et V. LITTLE. 1985. « Aging and social care », *Handbook of aging and the social sciences (2<sup>nd</sup> edition)*, New York, p. 745 à 781.
- CARRIÈRE, Y. et J. LÉGARÉ. 2000. « Unmet needs for assistance with ADLs and IADLs: A measure of healthy life expectancy », *Social Indicators Research*, vol. 51, n° 1, p. 107 à 123.
- CARRIÈRE, Y. et L. MARTEL. 2003. « Descriptive analysis of the effects of marital dissolution on living arrangements of older persons: the Canadian case and an international comparison », *Genus Journal*, vol. LIX, n° 1.
- CARRIÈRE, Y., L. MARTEL, J. LÉGARÉ et L. MORIN. 2005. « Socio-demographic factors associated with the use of formal and informal support networks among elderly Canadians », accepté pour publication dans *Longer Life and Healthy Aging* (Y. ZENG, E. CRIMMINS, Y. CARRIÈRE et J.M. ROBINE, (Eds.)), *International Studies in Population*, Springer, Netherlands, vol. 2.
- CHAPPELL, N.L. 1985. « Social support and receipt of home care services », *The Gerontologist*, vol. 25, n° 1, p. 47 à 54.
- CHAPPELL, N.L. 1992. *Social support and aging*, Toronto.
- CHOI, N.G. 1994. « Patterns and determinants of social service utilization: Comparison of the childless elderly and elderly parents living with or apart from their children », *The Gerontologist*, vol. 34, n° 3, p. 353 à 362.
- CLOSE, L., C.L. ESTES, K.W. LINKINS et E.A. BINNEY. 1994. « A political economy perspective on frontline workers in long-term care », *Generations*, automne, p. 23 à 27.
- COLVEZ, A. et S. RIDEZ. 1996. « Déterminants objectifs et subjectifs du bénéfice de l'aide ménagère pour le maintien à domicile des personnes âgées », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 44, n° 2, p. 163 à 172.
- CONNIDIS, I.A. et J.A. MCMULLIN. 1994. « Social support in older age: Assessing the impact of marital and parent status », *La revue canadienne du vieillissement*, vol. 13, n° 4, p. 510 à 527.
- CRANSWICK, K. 2003. *Enquête sociale générale. Cycle 16 : la prestation de soins dans une société vieillissante*, n° 89-582-XIF au catalogue de Statistique Canada.
- DE JONG GIERVELD, J. et P.A. DYKSTRA. 1997. « The long term consequences of divorce for fathers », présenté au International Population Conference, Beijing, 1997, *International Union for the Scientific Study of Population*, vol. 2, p. 849 à 866.
- GRABBE, L., A.S. DEMI, F. WHITTINGTON, J.M. JONES, L.G. BRANCH et R. LAMBERT. 1995. « Functional status and the use of formal home care in the year before death », *Journal of Aging and Health*, vol. 7, n° 3, p. 339 à 364.



- GUBERMAN, N. et P. MAHEU. 1999. « Combining employment and caregiving: An intricate juggling act », *La revue canadienne du vieillissement*, vol. 18, n° 1, p. 84 à 106.
- HARRIS, K.M. et F.F. FURSTENBERG. 1995. *Divorce, fathers, and children: Patterns and effects of parental involvement*, présenté au Annual meeting of the Population Association of America, San Francisco.
- HEALTH CANADA. 1998. « Public home care expenditures in Canada 1975-76 to 1997-98 », *Fact sheets*, Ottawa, Policy and Consultation Branch, Health Canada.
- HÉBERT, R., N. DUBAC, M. BUTEAU, J. DESROSIERS, G. BRAVO, L. TROTTIER, C. ST-HILLAIRE et C. ROY. 2001. « Resources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and in institutions », *La revue canadienne du vieillissement*, vol. 20, n° 1, p. 1 à 21.
- HIMES, C.L. 1992. « Future caregivers: Projected family structures of older persons », *Journal of Gerontology*, vol. 47, n° 1, p. S17 à S26.
- HOLLANDER, M. et N. CHAPPELL. 2002. « Final report of the national evaluation of the cost-effectiveness of home care », report prepared for the Health Transition Fund, Hollander Analytical Services, Ltd.
- KAUFMAN, G. et P. UHLENBERG. 1998. « Effects of life course transitions on the quality of relationships between adult children and their parents », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 60, n° 4, p. 924 à 939.
- KEATING, N. 1991. *Aging in rural Canada*, Toronto.
- KEATING, N., J. FAST, J. FREDERICK, K. CRANSWICK et C. PERRIER. 1999. *Soins aux personnes âgées au Canada : contexte, contenu et conséquences*, n° 89-570-XPX au catalogue de Statistique Canada.
- KEATING, N., K. KERR, S. WARREN, M. GRACE et D. WERTENBERGER. 1994. « Who's the family in family caregiving », *La revue canadienne du vieillissement*, vol. 13, n° 2, p. 268 à 286.
- KEEFE, J. 1999a. *Nature of caregiving by community context: A profile of informal caregiving in Canada's rural and urban areas*, Health Canada, 115 p.
- KEEFE, J. 1999b. *Human Resource Issues in Home Care: Comparative Analysis Comparative Analysis of Employment Arrangements*, Knowledge et Dissemination Division, Health Canada, Mars 1999, 120 p.
- KOSLOSKI, K. et R. MONTGOMERY. 1994. « Investigating predictors of service use by families providing care for dependent elders », *Journal of Aging and Health*, vol. 6, n° 1, p. 17 à 37.
- LAFRENIÈRE, S., Y. CARRIÈRE, L. MARTEL et A. BELANGER. 2003. « Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide », *Rapports sur la santé*, vol. 14, n° 4, p. 31 à 40.
- LITWAK, E. 1985. *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*, New York, Guilford Press.
- MARTEL, L. et J. LÉGARÉ. 2000. « L'orientation et le contenu des relations réciproques des personnes âgées », *La revue canadienne du vieillissement*, vol. 19, n° 1, p. 80 à 105.
- NAULT, F., R. ROBERGE et J. BERTHELOT. 1997. « Espérance de vie et espérance de vie en santé selon le sexe, l'état matrimonial et le statut socio-économique au Canada », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 25, n° 2, p. 241 à 259.
- NOELKER, L.S. et B. BASS. 1989. « Home care for elderly persons: Linkages between formal and informal caregivers », *The Gerontologist*, vol. 44, n° 2, p. S63 à 70.
- PEZZIN, L.E. et B.S. SCHONE. 1999. « Parental marital disruption and intergenerational transfers: An analysis of lone elderly parents and their children », *Demography*, vol. 36, n° 3, p. 287 à 298.
- STONE, L.O. 1993. *Social consequences of population ageing: The human support systems dimension*, présenté au International Population Conference, International Union for the Scientific Study of Population, vol. 3, p. 25 à 35.

- TENNSTEDT, S.L., S. CRAWFORD et J.B. MCKINLAY. 1993. « Determining the pattern of community care: Is coresidence more important than caregiver relationship? », *Journal of Gerontology*, vol. 48, n° 2, p. S74 à S83.
- WALKER, A., C. PRATT et L. EDDY. 1995. « Informal caregiving to aging family members: A critical review », *Family Relations*, vol. 44, p. 402 à 411.
- WAN, T.T. 1987. « Functionally disabled elderly. Health status, social support, and use of health services », *Research on Aging*, vol. 9, n° 1, p. 61 à 78.
- WOLFSON, M. et G. ROWE. 2004. « Disability and informal support: Prospects for Canada », dans COHEN, S.B. et J.M. LEPKOWSKI (eds.), *Eighth Conference on Health Survey Research Methods*, Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics, p. 15 à 22.