



# MORBIDITÉ

## et invalidité chez les femmes canadiennes\*

Marie DesMeules, M.Sc. (Santé Canada), Linda Turner, Ph.D. (ICIS), Robert Cho (Santé Canada)

### Historique

La morbidité globale est communément définie comme « état de santé global au départ », mais souvent, l'expression désigne plus spécifiquement l'effet de maladies, d'affections ou de traumatismes dans une population. Bien que ce concept soit relativement étroit dans le contexte d'un vaste cadre d'évaluation de la santé de la population, il constitue néanmoins une composante essentielle à étudier lorsque l'on décrit la santé d'une population.

Il est bien connu que les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes et, comme on le décrit dans le chapitre intitulé « Mortalité et espérance de vie des femmes canadiennes », c'est attribuable principalement à un taux plus faible de mortalité évitable chez les femmes. Elles ne semblent toutefois pas avoir le même avantage lorsqu'on examine et définit la morbidité de diverses façons (comme les taux d'hospitalisation, la prévalence de problèmes chroniques et l'invalidité globale) [1, 2]. Les données canadiennes tirées d'enquêtes sur la santé et sur la morbidité en milieu hospitalier appuient ces constatations [3]. Il n'y a pas de cause unique qui explique entièrement ces différences selon le sexe, qu'il faudrait plutôt analyser dans le contexte des déterminants biologiques, sociaux, économiques et environnementaux.

Des constatations antérieures au Canada ont montré que même si, au cours des dernières décennies, les taux d'hospitalisation ont reculé régulièrement chez les femmes et les hommes dans le cas de la plupart des causes (même si le recul est moins marqué lorsqu'on inclut les interventions de jour), les femmes sont hospitalisées plus souvent (particulièrement au début de l'âge adulte), les ratios selon le sexe s'établissant à environ 1:4 dans tous les groupes d'âge. Les hospitalisations liées à la grossesse peuvent expliquer ces résultats, du moins en partie [4-10]. Au cours des années 1990, la baisse du recours aux services hospitaliers est toutefois moins marquée lorsqu'on inclut les interventions de jour. Les données sur les consultations aux services d'urgence montrent des tendances semblables selon le sexe [11, 12].

\* Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de l'Institute canadien d'information sur la santé ou de Santé Canada.



La prévalence des problèmes chroniques, autre mesure clé de la morbidité à long terme, est aussi plus élevée en général chez les femmes. Les résultats de recherches antérieures indiquent que la prévalence de maladies chroniques comme les allergies, l'arthrite, le rhumatisme, l'asthme, l'hypertension artérielle et la bronchite ou l'emphysème, qui ne sont pas mortelles en général mais peuvent entraîner une dépendance ou une invalidité, est plus élevée chez les femmes. Les femmes présentent des taux semblables ou un peu moins élevés que les hommes dans le cas des maladies chroniques qui peuvent menacer la vie comme la coronaropathie et le cancer [1, 3, 7, 13-16].

La prévalence plus élevée de l'invalidité, autre mesure clé de la santé de la population, chez les femmes par rapport aux hommes est aussi relativement bien établie [3, 9, 17-19] et s'explique, du moins en partie, par la prévalence plus élevée, chez elles, de maladies chroniques invalidantes comme l'arthrite [3, 20]. On a utilisé diverses mesures de l'invalidité, comme les limites des activités et la dépendance de tiers pour l'exécution des tâches quotidiennes, et des mesures composées comme l'indice d'utilité de la santé [21-23] pour comparer le statut fonctionnel de diverses populations.

L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2001, enquête nationale d'envergure, fournit de l'information sur les adultes et les enfants qui ont indiqué avoir des invalidités dans le recensement du Canada de 2001. Les données tirées de cette enquête récente indiquent que 13,3 % des femmes et 11,5 % des hommes (tous âges combinés) signalent avoir une invalidité [24]. On observe toutefois chez celles de 25 ans et plus seulement la prévalence plus élevée de l'invalidité déclarée chez les femmes. Les garçons de moins de 14 ans signalent plus souvent une invalidité que les filles du même âge [2]. Des tendances importantes selon le sexe comprennent la proportion plus élevée d'invalidité lourde chez les femmes et la proportion plus élevée correspondante d'invalidité légère chez les hommes. Les femmes déclarent de plus une proportion plus élevée d'invalidité attribuable à la douleur chronique et à des problèmes de mobilité, tandis que les hommes de 65 ans et plus signalent plus souvent une invalidité attribuable à des problèmes de mémoire et d'audition [24].

Environ 1 % des Canadiens vivent dans des établissements de soins de longue durée et un important pourcentage d'entre eux ont une invalidité de dépendance, comme l'indiquent les données tirées du volet institutionnel de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) [25].

On a observé des tendances importantes au cours des dernières décennies. La prévalence de beaucoup de problèmes chroniques plus particulièrement a diminué (à l'exception du diabète et de l'asthme) chez les femmes et les hommes du Canada de moins de 65 ans au cours des 20 dernières années [17, 19, 22] et celle de l'invalidité a

**diminué chez les hommes, mais non chez les femmes, de moins de 65 ans [17, 19, 22]. On s'attend à ce que le nombre total de femmes et d'hommes du Canada qui ont des problèmes chroniques ou une invalidité continue d'augmenter à cause du vieillissement de la population et des taux à la hausse de survie à de nombreux problèmes chroniques [8].**

### Déterminants de la morbidité et de l'invalidité

On associe un certain nombre de facteurs à la morbidité et à l'invalidité, y compris des problèmes physiques ou médicaux, des comportements et des habitudes de vie liés à la santé, des facteurs économiques et démographiques comme le niveau d'études et le revenu, ainsi que des déterminants psychosociaux et culturels [26-30]. Après les avoir rajustés en fonction de diagnostics spécifiques au sexe et des taux de mortalité plus élevés chez les hommes, on a constaté que le recours aux services hospitaliers était comparable chez les hommes et les femmes [18]. On a toutefois constaté des taux de morbidité moins élevés chez les femmes qui avaient un emploi comparativement aux ménagères, et en particulier chez les femmes qui travaillent à temps partiel [19]. On a aussi constaté une prévalence plus élevée de limite des activités chez des groupes dont la scolarisation et le revenu sont moins élevés [10, 12, 17, 30, 31], même si ces différences étaient plus faibles dans le cas du niveau d'études. L'arthrite et le rhumatisme, les problèmes de dos et de colonne et les cardiopathies sont les problèmes sous-jacents que l'on associe le plus souvent aux activités limitées [32, 33].

Comme les documents existants décrivent assez bien la prévalence et les tendances de la morbidité et de l'invalidité chez les femmes et les hommes du Canada, ce chapitre vise à présenter un autre aperçu des facteurs qui expliquent l'écart entre les sexes au niveau de la morbidité globale et de l'invalidité. Nous analysons en outre les profils socio-économiques de la vie des femmes et des hommes qui ont une invalidité. Nous décrivons les tendances de la morbidité et de l'invalidité dans des sous-groupes de femmes, et en particulier de femmes plus vulnérables. Cette section porte sur la morbidité et l'invalidité dans l'ensemble. D'autres chapitres du rapport présentent des renseignements plus précis sur les services hospitaliers, et nous abordons aussi l'invalidité et des problèmes chroniques particuliers plus en détail dans les deux chapitres intitulés « Conséquences de l'arthrite sur les Canadiennes » et « Démence et maladie d'Alzheimer ».

### Méthodes

Afin d'essayer de mesurer la morbidité globale, nous avons choisi trois types d'indicateurs : morbidité en milieu hospitalier (congé et durée du séjour), prévalence des problèmes chroniques et invalidité. Pour l'analyse présentée dans ces chapitres, nous avons utilisé seulement des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (2000), ainsi que les données sur les services internes provenant des hôpitaux de soins de courte durée figurant dans la base de données sur la morbidité hospitalière (c.-à-d. qu'on a exclu les interventions de jour). On a mesuré l'invalidité de quatre façons différentes : limite des activités, dépendance de tiers pour les tâches quotidiennes, l'indice d'utilité de la santé (résultats de moins de 0,830) [21] et les jours d'invalidité.

L'indice d'utilité de la santé mesure la qualité de vie reliée à la santé, qui constitue un concept plus général, et intègre non seulement la mobilité physique, mais d'autres éléments constituant du mieux-être comme les émotions et la douleur. Nous avons aussi utilisé des données tirées des volets institutionnels de l'ENSP pour compléter l'information sur les répondants des ménages.



Nous avons analysé les taux d'hospitalisation de nombreuses façons. Nous avons calculé les taux d'hospitalisation attribuables à toutes les causes dans le cas des femmes, ainsi qu'à toutes les causes moins toutes les grossesses et tous les accouchements, ainsi qu'à toutes les causes moins les grossesses et les accouchements « normaux ». Pour estimer le nombre d'accouchements normaux sans complication, nous avons identifié les accouchements chez lesquels on a diagnostiqué de façon la plus responsable un code 650 de la CIM-9. Nous avons analysé les taux d'hospitalisation pour des « problèmes sensibles aux soins ambulatoires » ou des problèmes pour lesquels les soins ambulatoires appropriés évitent ou réduisent l'obligation d'hospitaliser la personne en cause.

Dans l'ESCC, nous avons considéré que les personnes avaient une limite de longue durée des activités si elles répondaient « oui » aux questions visant à déterminer si des problèmes de santé limitaient leurs activités à la maison, à l'école, au travail ou ailleurs. Nous avons défini la limite à long terme des activités comme une limite du type ou du volume d'activités à cause d'un problème physique ou psychologique à long terme ou d'un problème de santé qui dure depuis six mois ou devait durer six mois ou plus. Les problèmes chroniques ont été classés comme légers, moyens et lourds selon leurs conséquences sur le statut fonctionnel [21]. Nous avons aussi classé l'invalidité comme moyenne ou lourde [24] et considéré que les personnes qui avaient une limite des activités et une dépendance avaient une invalidité lourde. Nous avons comparé les répartitions des variables socio-démographiques chez les femmes et les hommes qui ont signalé une invalidité. Nous avons procédé à des analyses bidimensionnelles et multidimensionnelles (régression logistique) pour définir les déterminants de la morbidité et de l'invalidité chez les femmes du Canada comparativement aux hommes, en nous fondant sur les données tirées de l'ESCC. L'analyse a suivi une approche pondérée pour tenir compte de la complexité du concept de l'enquête.

## Résultats

### Hospitalisations

Comme le montre la figure 1, les taux d'hospitalisation chez les hommes et les femmes fléchissent depuis quelques années et ils sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes au cours de toutes les années. La baisse du taux au fil du temps ne change pas lorsqu'on exclut les hospitalisations pour grossesse et accouchement, mais l'écart entre les sexes se referme.

De même, lorsque l'on compare les statistiques des hospitalisations en service interne chez les hommes et les femmes à l'intérieur de groupes d'âge (figure 2), les hospitalisations en service interne sont un peu plus nombreuses chez les hommes de moins de 20 ans et chez ceux de 45 à 64 ans. Chez les 20 à 44 ans, il y a toutefois plus de femmes que d'hommes qui sont hospitalisées, que l'on inclue ou non les hospitalisations pour cause de maternité. De plus, de 8 à 10 % environ des hospitalisations pour accouchement comportaient un accouchement normal sans complication. Lorsqu'on a inclus la grossesse et l'accouchement avec complications aux taux d'hospitalisation attribuables à toutes les causes chez les femmes (ce qui produit une évaluation plus exacte de la morbidité chez elles), les taux dépassent d'environ 20 % ceux des hommes chez les 20 à 44 ans (données non présentées).

Les diagnostics qui entraînent le plus d'hospitalisations varient entre les femmes et les hommes, comme l'indique la figure 3. La grossesse et l'accouchement représentaient, par exemple, les causes les plus courantes d'hospitalisation chez les femmes (environ 25 % du total des hospitalisations). Lorsqu'on analyse les causes autres que la grossesse et l'accouchement, la proportion de toutes les hospitalisations attribuables à des traumatismes ou à un empoisonnement et à des maladies des systèmes circulatoire et respiratoire est plus élevée chez les hommes et la proportion du total des hospitalisations qui est attribuable au cancer, aux troubles mentaux, aux troubles musculosquelettiques et aux maladies de l'appareil génito-urinaire est plus élevée chez les femmes.

C'est seulement lorsqu'elles sont plus âgées que les femmes ont tendance à séjourner à l'hôpital plus longtemps en moyenne que les hommes. Comme l'indique la figure 4, la durée moyenne du séjour se ressemble chez les hommes et les femmes de moins de 20 ans et chez les 45 à 64 ans. Entre 20 et 44 ans, toutefois, les hommes ont tendance à rester à l'hôpital plus longtemps que les femmes du même âge, même lorsqu'on exclut les hospitalisations liées à la grossesse et à l'accouchement.

La figure 5 montre que le taux ajusté selon l'âge des hospitalisations pour des problèmes sensibles aux soins ambulatoires est un peu plus élevé chez les hommes que chez les femmes pendant la période d'étude (354 par 100 000 contre 391 par 100 000 chez les femmes et les hommes respectivement en 1999). Les taux d'hospitalisation reliés à ces problèmes étaient aussi moins élevés chez les femmes de la plupart des provinces (données non présentées). Même s'il peut être utile de comparer ces taux entre des sous-groupes de la population, il convient de signaler ici que l'évolution au fil du temps des taux d'hospitalisation pour tous ces problèmes est plus difficile à interpréter, puisqu'ils pourraient refléter une prise en charge plus agressive des problèmes qui répondent au traitement ambulatoire dans les services d'urgence ou une meilleure prise en charge par les médecins de premiers recours.

### Problèmes chroniques et invalidité

Comme l'indique le tableau 6, la prévalence de l'invalidité varie selon l'âge, le sexe et la définition utilisée. Selon la définition de la limite des activités, 25,6 % des femmes et 23,2 % des hommes signalent une limite de leurs activités. Un important pourcentage de ces répondants signalent toutefois en avoir une « parfois » et 10,9 % des femmes et 10,1 % des hommes signalent en avoir une « souvent ». Comme on s'y attendait, l'IUS établit un pourcentage légèrement différent de personnes qui signalent une invalidité (22,6 %, intervalle de confiance [IC] à 95 %, 22,2, 23,1 contre 19,6 %, IC à 95 %, 19,1, 20,1 chez les femmes et les hommes respectivement).

L'invalidité lourde et moyenne était plus courante chez les femmes que chez les hommes dans tous les groupes d'âge (tableau 7). Comme prévu, les problèmes chroniques étaient plus courants chez les femmes. Chez les 65 ans et moins, les écarts selon le sexe étaient plus marqués dans le cas de la comorbidité (deux problèmes ou plus signalés), ce qui était beaucoup plus courant chez les femmes (figures 8 et 9), tandis que la prévalence et la déclaration d'un problème chronique seulement n'était pas plus courante chez les femmes, ce qui est intéressant. Comme l'indique le tableau 10, la prévalence de l'invalidité était plus élevée chez les femmes que chez les hommes ayant des problèmes chroniques moyens et graves et même chez les répondants qui n'ont pas signalé de problèmes chroniques (même si elle n'est pas statistiquement significative). Compte tenu de toutes les mesures de l'invalidité, la prévalence était la plus élevée chez les Autochtones des deux sexes et les femmes de toutes les catégories ethniques présentaient une prévalence plus élevée d'invalidité que les hommes (données non présentées). Le tableau 11 présente des données du volet institutionnel de l'ENSP qui indiquent que la plupart des femmes et des hommes du Canada vivant dans des établissements de soins de longue durée (plus de 80 %) signalent une invalidité et qu'un pourcentage légèrement plus élevé de femmes que d'hommes vivant dans des établissements de soins de longue durée signale une invalidité. Il y a toutefois plus de femmes que d'hommes qui vivent dans des établissements de soins de longue durée (données non présentées).

Les résultats d'une analyse de régression logistique multidimensionnelle (tableau 12) indiquent que compte tenu d'un rajustement pour tenir compte de l'effet des problèmes chroniques, du revenu, du niveau d'études, du tabagisme et de l'âge, nous avons établi un lien ténu seulement entre le sexe et la prévalence d'invalidités signalées (rapport de cotes [RC] ajusté de 1,07,  $p < 0,05$ ). Nous avons établi un lien solide entre toutes les autres variables et l'invalidité.



Nous avons observé d'importantes différences au niveau des caractéristiques sociales et démographiques chez les femmes handicapées au Canada par rapport aux hommes (tableau 13). Particulièrement, les femmes handicapées de 45 ans et plus étaient moins susceptibles que les hommes handicapés d'être mariées (p. ex., si l'on utilise l'IUS comme définition de l'invalidité, 65,8 %, IC à 95 % 63,7, 67,9 et 73,0 %, IC à 95 % 71,0, 75,0 % des répondants des deux sexes étaient mariés chez les 45 à 64 ans). En outre, les femmes qui ont signalé une invalidité étaient plus susceptibles d'être célibataires et d'avoir des enfants à charge (16,8 %, IC à 95 % 15,2, 18,3 contre 6,1 %, IC à 95 % 4,9, 7,2 chez les femmes et les hommes âgés de 20 à 44 ans). Les niveaux de revenu et d'emploi étaient aussi moins élevés chez les femmes handicapées que chez les hommes (tableau 13). Par exemple, 27,3 % (IC à 95 % 25,3, 29,2) des femmes âgées qui ont signalé une invalidité se classaient dans les catégories à faible revenu, comparativement à 13 % (IC à 95 %, 11,5, 14,5) des hommes. Chez les femmes de 20 à 44 ans qui ont signalé une invalidité (fondée sur l'IUS), 57,7 % (IC à 95 % 55,7, 59,8) avaient un emploi la semaine précédente comparativement à 68,9 % (IC à 95 % 66,2, 70,9) des hommes du même groupe d'âge qui ont signalé une invalidité. Les femmes qui ont signalé une invalidité bénéficiaient d'un soutien social et d'interactions sociales positives moins tangibles que les hommes ayant une invalidité, dans tous les groupes d'âge (même si l'écart entre les sexes au niveau du soutien social était encore plus prononcé chez les personnes plus âgées). Comme l'indique le tableau 13, 15,3 % (IC à 95 % 13,2, 17,4) des femmes de 65 ans et plus qui ont signalé une invalidité bénéficiaient d'un soutien social tangible minime ou nul, comparativement à 7,4 % (IC à 95 % 6,0, 8,9) des hommes du même groupe d'âge. Les résultats relatifs à l'invalidité dans le cas des caractéristiques sociales et démographiques étaient semblables pour toutes les définitions de l'invalidité analysée.

## Discussion

### Lacunes et recommandations

Ce chapitre met en évidence les nombreux inconvénients auxquels font face les femmes en ce qui a trait à la morbidité et à l'invalidité de longue durée. Les femmes présentent plus particulièrement une prévalence plus élevée de problèmes chroniques multiples et d'invalidité lourde et moyenne. Les femmes qui signalent des invalidités sont en outre plus susceptibles d'être pauvres et sans travail et de bénéficier d'un soutien social minime ou nul comparativement aux hommes.

Le taux global plus faible de morbidité hospitalière chez les femmes (à l'exception du groupe des 20 à 44 ans) que chez les hommes indique que la morbidité est de nature moins aiguë chez les femmes, ce qui peut refléter le fait que les femmes ont recours davantage aux soins ambulatoires pour des problèmes dont la détection rapide et le traitement ou l'observation améliorée du traitement recommandé peuvent éviter des problèmes plus tard (comme l'indique l'analyse des hospitalisations pour des problèmes qui répondent aux soins ambulatoires). On pourrait améliorer ce type d'analyse en examinant plus à fond les données hospitalières en ce qui a trait à l'urgence des soins, ainsi que la proportion des hospitalisations attribuables à des interventions électives chez les femmes. Il faudrait analyser de façon plus détaillée les déterminants de la morbidité hospitalière, particulièrement chez les femmes adultes plus jeunes (20 à 44 ans). La tentative de définition des accouchements « normaux » a indiqué qu'un faible pourcentage des accouchements pratiqués à l'hôpital ne présentaient absolument aucune complication (et ne constituaient donc pas un événement morbide). Des travaux plus poussés s'imposent toutefois pour définir des mesures valides et fiables des accouchements normaux en utilisant tous les codes de diagnostic (primaire et secondaire), ainsi que les codes d'intervention.

À mesure que l'on poussera le développement des bases de données provinciales et nationales sur la morbidité, comme celles qui portent sur les soins chroniques et les soins de longue durée, les services de réadaptation et les soins à domicile, les études des différences entre les sexes au niveau de la morbidité et du recours aux services s'amélioreront considérablement. Afin de mieux comprendre les différences entre les sexes en ce qui concerne le recours aux soins moins urgents comme les interventions électives, il faut réunir de l'information sur la gravité au moment de la présentation, la durée des périodes d'attente et les services hospitaliers internes, de même que les interventions de jour. Des données sur la morbidité hospitalière axées sur les personnes, ainsi que des données longitudinales à long terme sur l'invalidité, seraient utiles pour explorer plus à fond les tendances de la transition entre les états de morbidité et de bonne santé chez les femmes et chez les hommes.

L'invalidité a un effet important sur la santé des femmes. Il faut étudier plus à fond les contributions respectives de la biologie, de la gravité des maladies et des facteurs sociaux au risque d'invalidité chez les femmes comparativement aux hommes. Des analyses longitudinales portant sur les facteurs sociaux avant l'invalidité (problèmes chroniques, situation socio-économique, accès aux soins, etc.) et après l'invalidité (changement du statut professionnel, du revenu, des interactions sociales, etc.) aideraient à définir des interventions possibles de prévention de l'invalidité et à améliorer la qualité de vie, le changement de statut professionnel et les interactions sociales chez les femmes handicapées. Il serait utile d'étudier l'invalidité chez les femmes plus vulnérables, comme les femmes âgées et celles qui vivent dans la pauvreté, afin que les résultats puissent éclairer l'élaboration de politiques et d'interventions plus ciblées. L'invalidité se répercute de diverses façons sur la vie des femmes, car elles sont souvent des soignantes d'enfants, d'un conjoint ou d'autres membres de la famille qui sont handicapés. Il faut développer plus à fond les outils de surveillance des conséquences sur leur état de santé et leur mieux-être.

Des travaux plus poussés sur l'élaboration de nouvelles mesures de l'invalidité nous aideraient à mieux comprendre l'ampleur du problème chez les femmes. Les mesures de l'invalidité (comme l'IUS) qu'on utilise dans les enquêtes courantes sur la santé comportent des limites lorsqu'il s'agit de les utiliser dans des analyses sexospécifiques et reposent principalement sur le fonctionnement physique et sensoriel (comme la marche ou l'ouïe). Il faut explorer plus à fond d'autres facteurs qui peuvent contribuer considérablement à l'invalidité chez les femmes (comme la dépression ou la fatigue grave).



## Références

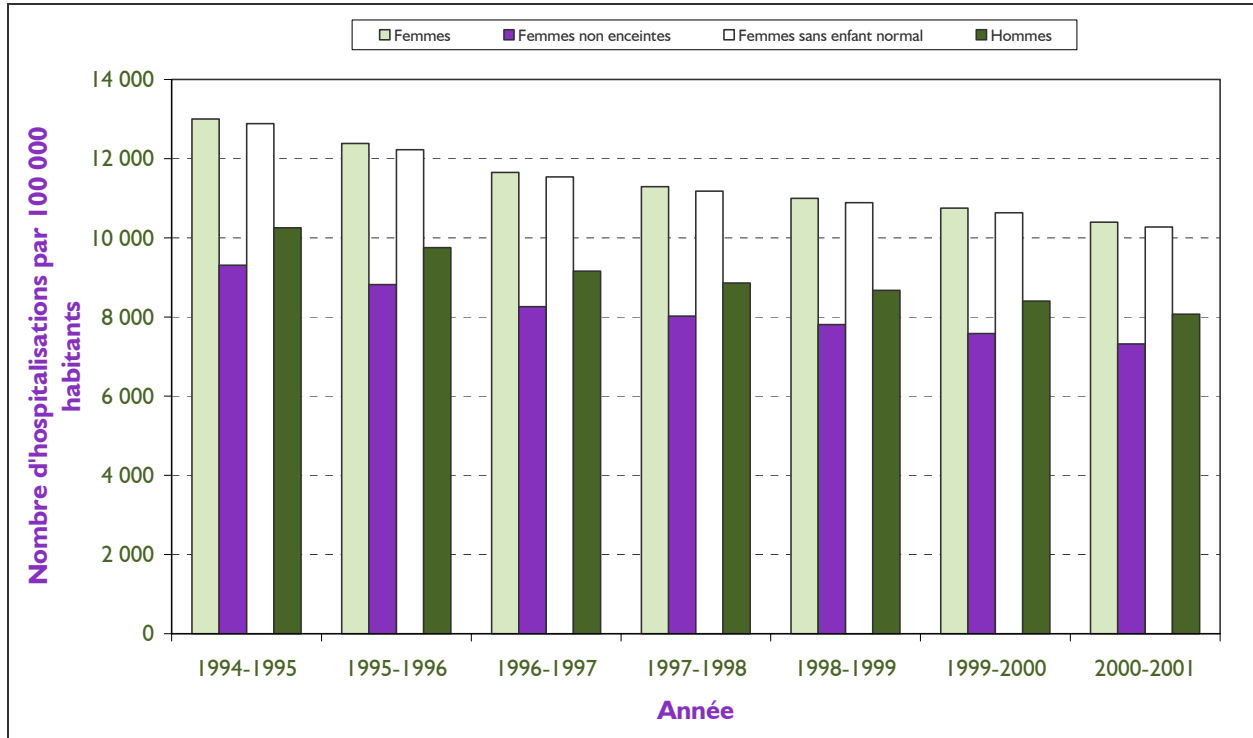
1. Verbrugge LM. Sex differentials in health. *Public Health Rep* 1982;97(5):417-37.
2. Statistics Canada. *National Population Health Survey overview: 1994–95*. Ottawa: Ministry of Industry, 1995.
3. Statistics Canada and the Canadian Institute for Health Information. The health divide—how the sexes differ. *Health Rep* 2001;12(3):1-82.
4. Hunter DJW. Hospital morbidity in Labrador, 1986. *Arctic Med Res* 1991;Suppl:126-7.
5. Iron K, Goel V. Sex differences in the factors related to hospital utilization: results from the 1990 Ontario health survey. *J Women's Health* 1998;7(3):359-69.
6. Randhawa J, Riley R. Trends in hospital utilization, 1982–83 to 1992–93. *Health Rep* 1995;7(1):41-9.
7. Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. *Report on the health of Canadians*. Ottawa: Health Canada, 1999.
8. Hospital discharges by leading diagnoses and gender, Canada, 1999/00. Hospital Morbidity Database, Canadian Institute for Health Information. URL: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/media\\_26sep2001\\_tab4\\_e.html](http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/media_26sep2001_tab4_e.html)>.
9. Stoverinck MJM, Lagro-Janssen ALM, Weel CV et al. Sex differences in health problems, diagnostic testing, and referral in primary care. *J Fam Pract* 1996;43(6):567-76.
10. Wilkins K, Park E. Characteristics of hospital users. *Health Rep* 1997;9(3):27-36.
11. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Determinants of emergency department use: Are race and ethnicity important? *Ann Emerg Med* 1996;28(6):677-82.
12. Perez MA, Garcia Garcia FJ, Martin Correa E et al. Risk factors for hospital admission in persons older than 64 years of age. *Gac Sanit* 2000;14(5):363-70.
13. Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. *Report on the health of Canadians*. Ottawa: Health Canada, 1996.
14. Health care service—recent trends. *Health Rep* 1999;11(3):91-109.
15. Fernandez E, Schiaffino A, Rajmil L et al. Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). *J Epidemiol Community Health* 1999;53(4):218-22.
16. Martel L, Belanger A. Dependence-free life expectancy in Canada. *Canadian Social Trends*, 2000(Autumn). Statistics Canada, Catalogue No. 11-008.
17. Health among older adults. *Health Rep* 1999;11(3):47-61.
18. Mustard CA, Kaufert P, Kozyrsky A, Mayer T. Sex differences in the use of health care services. *N Engl J Med* 1998;338:1678-83.
19. Health in mid-life. *Health Rep* 1999;11(3):35-46.
20. Leveille SG, Resnick HE, Balfour J. Gender differences in disability: evidence and underlying reasons. *Aging* 2000;12(2):106-12.
21. Kopec JA, Williams JI, To T, Austin PC. Measuring population health: correlates of the health utilities index among English and French Canadians. *Can J Public Health* 2000;91(6):465-70.
22. Chen J, Millar WJ. Are recent cohorts healthier than their predecessors? *Health Rep* 2000;11(4):9-23.
23. Hamilton MK. The health and activity limitation survey. *Health Rep* 1989;1(2):175-87.



24. A profile of disability in Canada, 2001. The Participation and Activity Limitation Survey (PALS). Statistics Canada. URL: <<http://www.statcan.ca/english/freepub/89-577-XIE>>.
25. Trottier H, Martel L, Houle C, Bethelot JM, Legare J. Living at home or in an institution: What makes the difference for seniors? *Health Rep* 2000;11(4):44-61 (Eng);55-68(Fr).
26. Bernard S, Smith LK. Emergency admissions of older people to hospital: a link with material deprivation. *J Public Health Med* 1998;20(1):97-101.
27. Waldron I, Weiss CC, Hughes ME. Marital status effects on health: Are there differences between never married women and divorced and separated women? *Soc Sci Med* 1997;45(9):1387-97.
28. Joung IMA, Van der Meer JBW, Mackenbach JP. Marital status and health care utilization. *Int J Epidemiol* 1995;24:569-75.
29. MRC CFAS Writing Committee. Socioeconomic status and the expectation of disability in old age: estimates for England. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:286-92.
30. Leigh JP, Fries JF. Education, gender, and the compression of morbidity. *Int J Aging Hum Dev* 1994;39(3):233-46.
31. Bartley M, Popay J, Plewis I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociol Health & Illness* 1992;14:313-43.
32. CDC. Prevalence of disabilities and associated health conditions among adults—United States, 1999. *MMWR* 2001;50(7):120-5.
33. Wilkins K, Park E. Chronic conditions, physical limitations and dependency among seniors living in the community. *Health Rep* 1996;8(3):7-15.

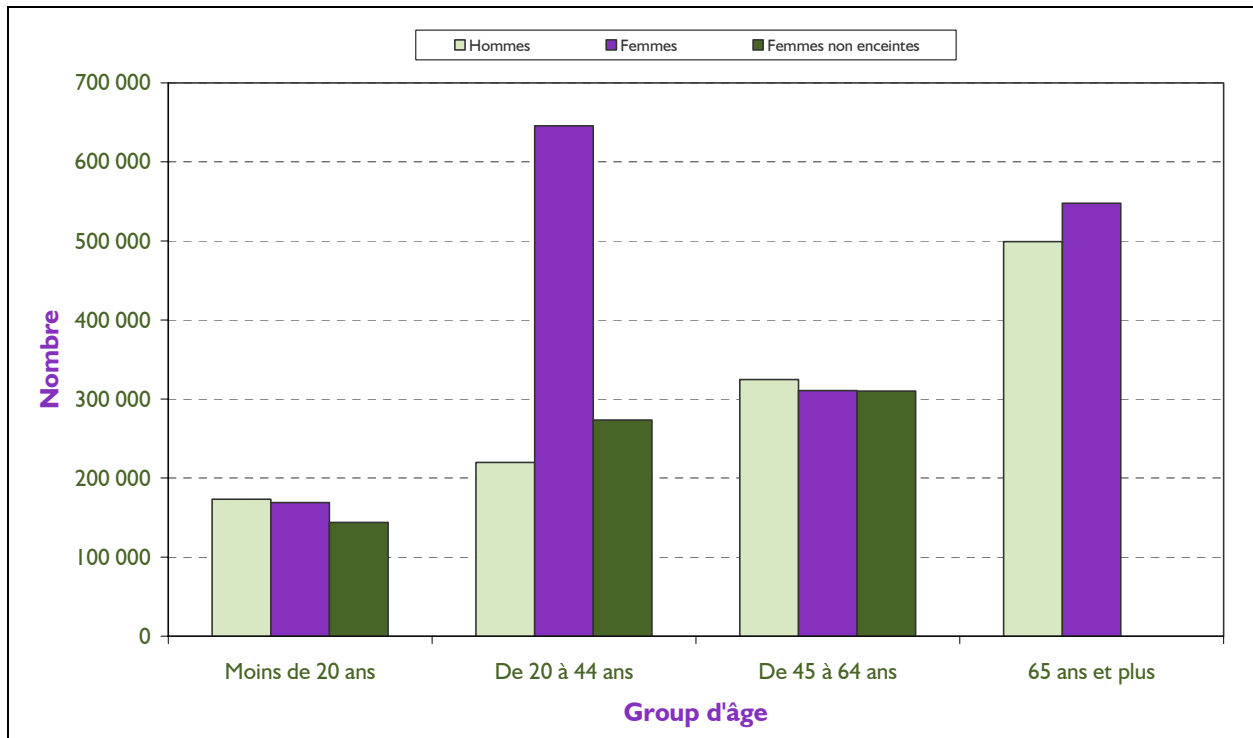


**Figure 1 : Taux d'hospitalisations normalisé selon l'âge, hommes et femmes, de 1994-1995 à 2000-2001, au Canada**



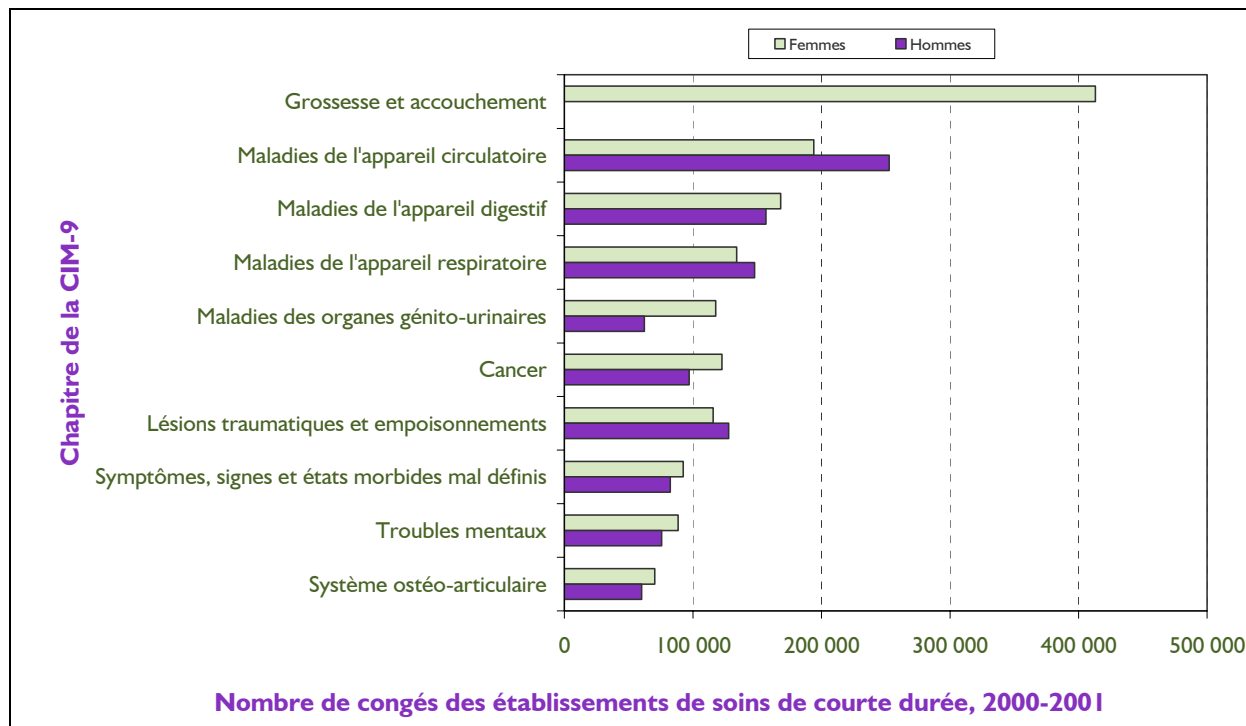
Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, l'ICIS

**Figure 2 : Nombre d'hospitalisations dans les hôpitaux de soins de courte durée, 2000-2001, au Canada**



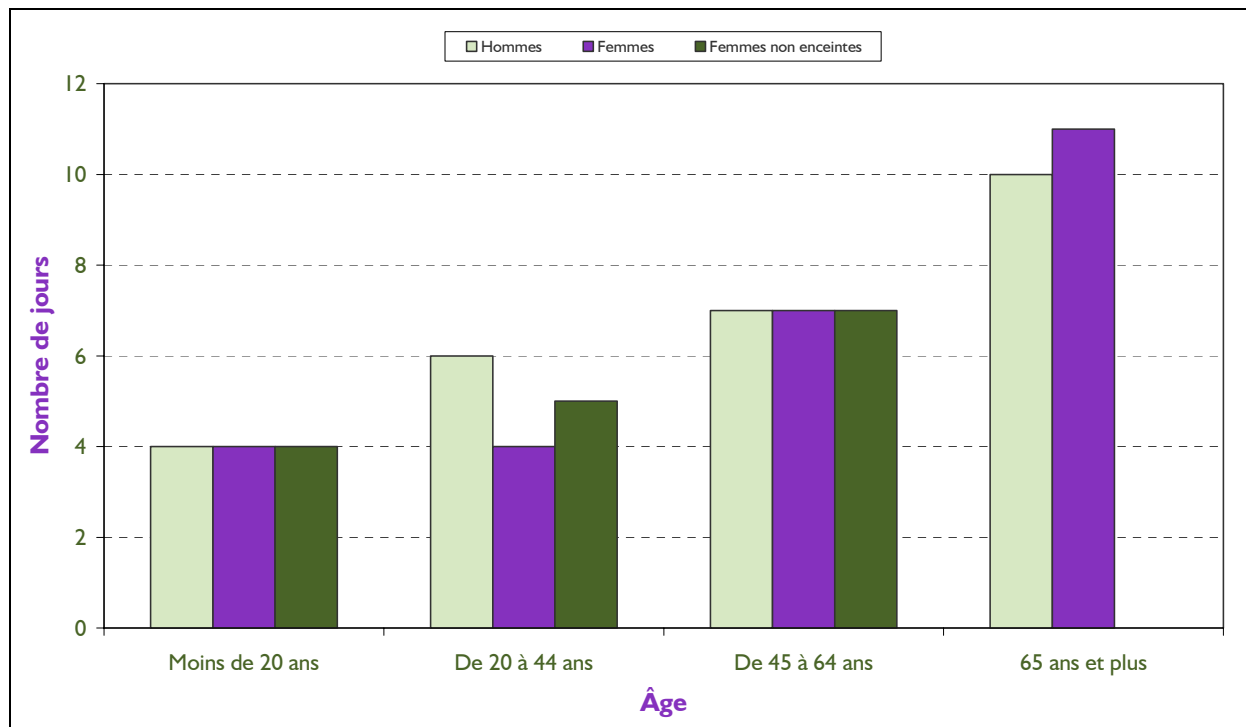
Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, l'ICIS

**Figure 3 : Dix premières raisons pour lesquelles les femmes sont hospitalisées par rapport au nombre d'hospitalisations chez les hommes pour la même cause, au Canada**



Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, l'ICIS

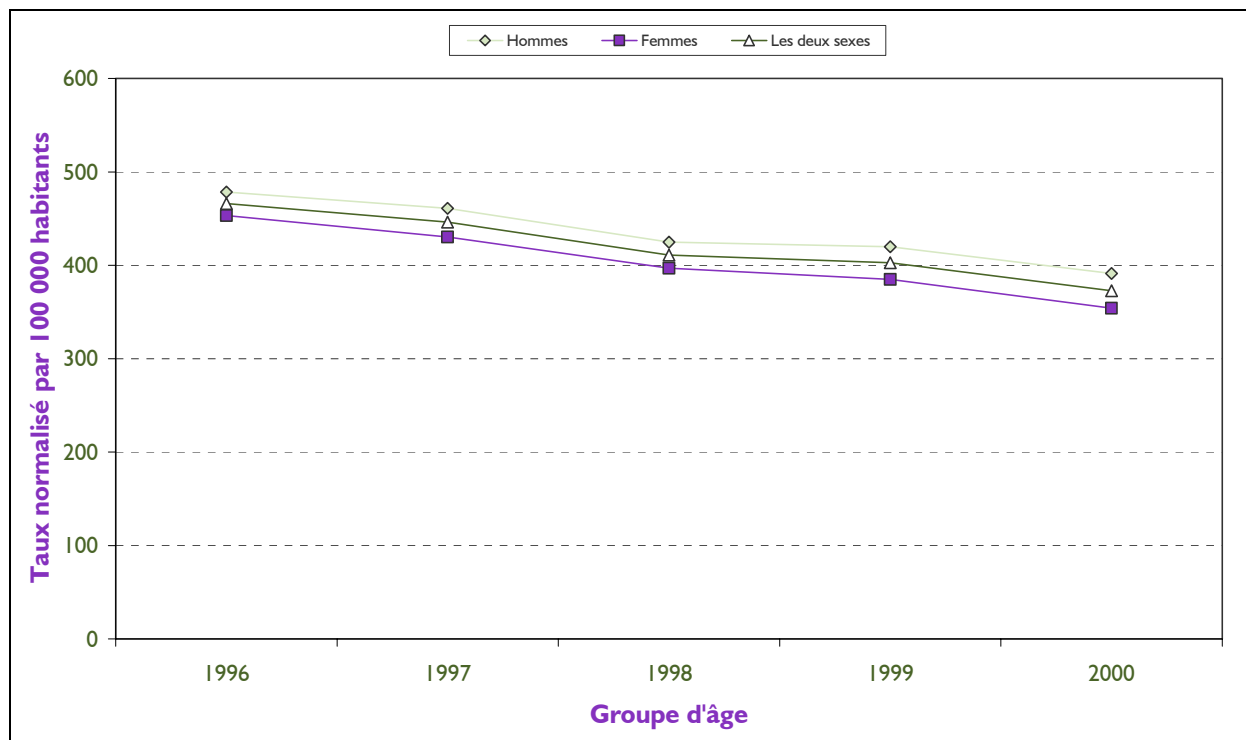
**Figure 4 : Durée moyenne du séjour dans les hôpitaux de soins de courte durée 2000-2001, au Canada**



Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, l'ICIS



**Figure 5 : Taux d'admissions à l'hôpital normalisé pour les conditions propices aux soins ambulatoires, selon le sexe, au Canada**



Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, l'ICIS

**Tableau 6 : Comparaison de la prévalence de l'invalidité selon le sexe et l'âge, à l'aide de quatre définitions de l'invalidité, au Canada**

	Moins de 25 ans		De 25 à 44 ans		De 45 à 64 ans		65 ans et plus		Tous les âges	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
<b>Limite d'activité</b>										
Quelquefois	10.3	8.7	10.7	9.7	16.5	15.9	26.6	24.5	14.7	13.1
Souvent	4.9	4	6.5	6.4	12.3	12.2	26.3	27.2	10.9	10.1
A besoin d'aide pour accomplir au moins une tâche	4.3	2.5	10	4.8	19.5	10.5	18.7	30.1	17.6	9.1
<b>Jours d'invalidité</b>										
De 1 à 7 jours	16.9	12.2	14.6	10.2	12.1	8.4	9.1	6.2	13.5	9.6
De 8 à 14 jours	2.8	2.1	4.8	3.6	6.2	4.9	8.1	7.8	5.3	4.2
<b>Indice HUI</b>	16.9	16.1	17.5	15	23.8	20.9	39.6	36.8	22.6	19.6

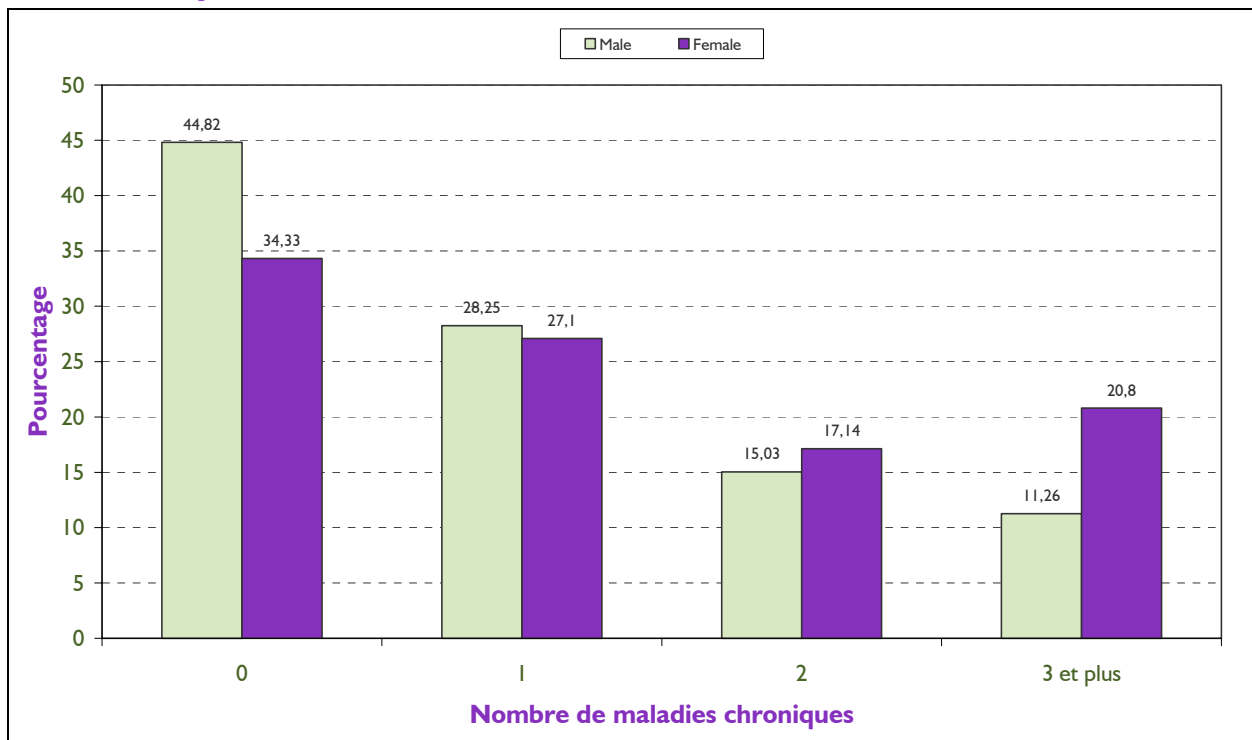
Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001

**Tableau 7 : Répartition de l'intensité de l'invalidité selon l'âge et le sexe, au Canada**

Âge	Femmes			Hommes		
	Forte	Moyenne	Aucune incapacité	Forte	Moyenne	Aucune incapacité
De 20 à 44 ans	1.4	17.2	81.5	0.8	14	85.2
De 45 à 64 ans	2.5	25.2	72.2	1.8	21.7	76.5
65 ans et plus	7.5	36.5	56	6.6	33.2	60.2

Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001

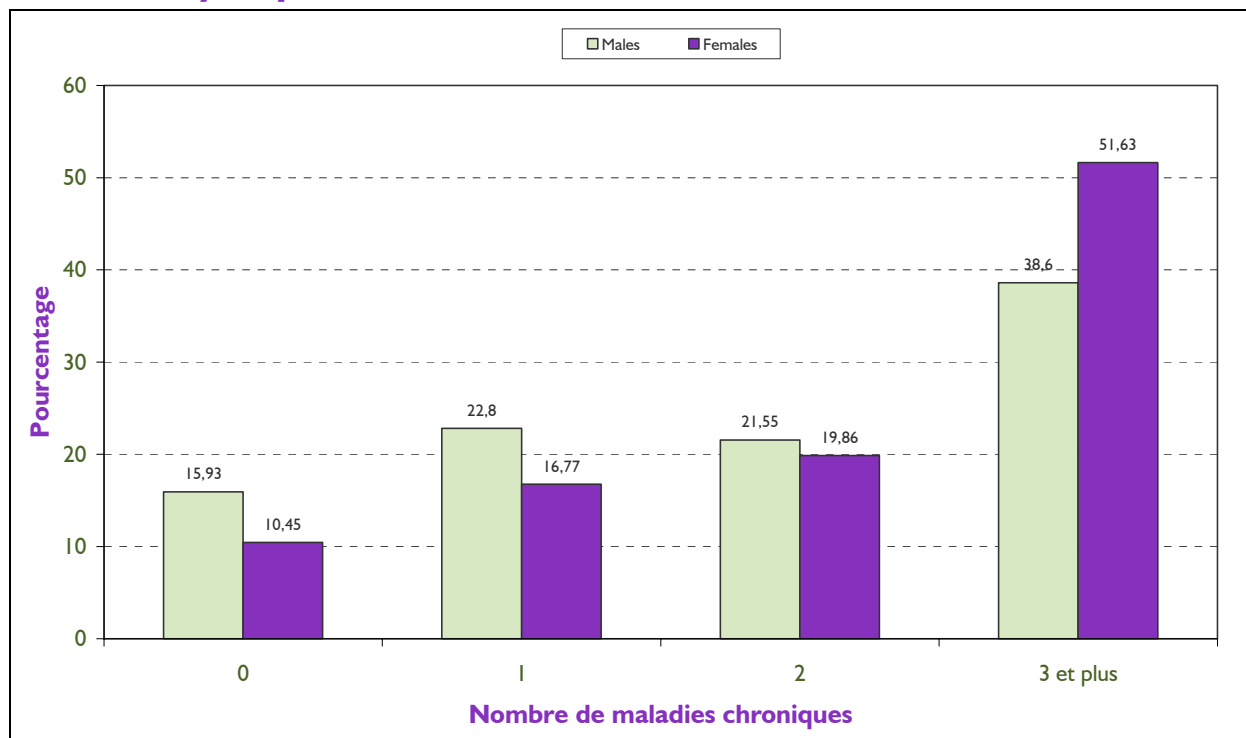
**Figure 8 : Répartition des maladies chroniques selon le sexe chez les personnes ayant moins de 65 ans, 2001, au Canada**



Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001



**Figure 9 : Répartition des maladies chroniques selon le sexe chez les personnes ayant plus de 65 ans, 2001, au Canada**



Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001

**Tableau 10 : Prévalence de l'invalidité, selon quatre définitions, le sexe et le type de maladie chronique, au Canada**

Limite d'activité	Femmes					Hommes				
	Grave	Modérée	Légère	Autre	Aucune maladie chronique	Grave	Modérée	Légère	Autre	Aucune maladie chronique
Quelquefois	26.6	16.9	8.4	13.3	5.6	25.7	17.9	8.1	14	6.1
Souvent	26.8	8.9	3.7	7	2.5	27.3	11.1	5	12.2	2.9
A besoin d'aide pour accomplir au moins une tâche	42.6	15.8	5.9	11.2	3.2	28.2	9.2	3.7	9.8	1.5
Jours d'invalidité										
De 1 à 7 jours	15.9	17.6	11.6	13	8.7	12.1	13.1	8.4	9.5	7.1
De 8 à 14 jours	11	5.7	2.7	2.8	1.3	10	5.2	2.3	3.2	1.5
Indice HUI	42.9	23.5	11.3	20.1	9.5	40.8	24.6	12.1	23.3	9

Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001

**Tableau I I : Prévalence de l'invalidité des personnes dans les établissements de santé, selon l'âge et le sexe**

Âge	Femmes	Hommes
Moins de 65 ans	87.8	81.5
De 65 à 74 ans	84.2	83.7
75 ans et plus	85.5	83.8

Source : Statistique Canada, ENSP, 1996-1997

**Tableau 12 : Rapports de cotes de l'invalidité ajustés selon la modélisation de la régression logistique**

Variable		Rapport de cotes	95 % IC*
Sexe	Hommes	1.00	-
	Femmes	1.07	1,03, 1,12
Âge	De 0 à 19 ans	1.00	-
	De 20 à 44 ans	1.14	1,06, 1,24
	De 45 à 64 ans	1.74	1,61, 1,88
	65 ans et plus	3.93	3,61, 4,28
Maladies chroniques	Aucune	1.00	-
	Grave	7.44	6,99, 7,92
	Modérée	3.44	3,23, 3,66
	Légère	1.34	1,23, 1,46
Niveau d'études	Inférieur au diplôme d'études secondaires	1.00	-
	Diplôme d'études secondaires	0.77	0,72, 0,82
	Études postsecondaires partielles	0.78	0,70, 0,83
	Études postsecondaires complétées	0.73	0,69, 0,77
Revenu du ménage	Inférieur	1.00	-
	Moyen-inférieur	0.74	0,69, 0,79
	Moyen-supérieur	0.63	0,59, 0,67
	Supérieur	0.54	0,50, 0,58
Fumeur	Non-fumeur	1.00	-
	Fumeur actuel	1.28	1,21, 1,36
	Ancien fumeur	1.10	1,05, 1,16

\* Calculé à l'aide de la méthode bootstrap.

Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001



**Tableau I3 : Caractéristiques socio-démographiques (pourcentage) selon l'âge et le sexe chez ceux qui souffrent d'incapacité (définies à l'aide de l'indice HUI), au Canada**

Caractéristiques socio-démographiques		De 20 à 44 ans		De 45 à 64 ans		65 ans et plus	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
État civil	Marié	55.8	49	65.9	73	39.5	75.5
	Séparé	11.8	6.8	26	15.6	55.9	19.3
	Célibataire	32.4	44.2	8.1	11.4	4.6	5.2
Structure familiale	Couple, aucun enfant à charge	16.6	19.3	41	39.1	36.6	70.4
	Couple, enfant(s) à charge	49.2	47.4	24.5	34.2	5.4	4.5
	Célibataire, enfant(s) à charge	16.8	6.1	7.3	2.4	0.8	0.4
	Célibataire, aucun enfant à charge	16	26.2	26	23.5	55.3	22.6
	Autre	1.4	1.1	1.3	0.8	2	2.1
Revenu	Inférieur	20.8	17.2	20.1	18.5	27.3	13
	Moyen-inférieur	25.4	25.5	23.8	21.1	39.4	43.1
	Moyen-supérieur	34	34.2	33.1	35.1	23.5	31.4
	Supérieur	19.8	23.2	23	25.3	9.8	12.5
A travaillé la semaine passée	Oui	57.7	68.6	39.5	52.8	3.2	8.2
	Non	36.8	25.5	46.4	31.3	83	75.4
	Incapable de travailler	5.5	6	14.1	15.9	13.8	16.4
Soutien social important	Jamais	3.4	4.1	3.9	4.2	4.5	2.8
	Rarement	8.8	7.6	8.7	6	10.8	4.6
	Parfois	19.5	15.4	18.9	13.9	15	9.3
	La plupart du temps	33.2	33.1	32.5	28.8	28.5	25.4
	Toujours	35.1	39.9	36	47.1	41.2	57.9
Interactions sociales positives	Jamais	1.5	2.2	2.6	3.6	3.7	4
	Rarement	6.8	7.1	7.7	6.2	10.6	7.1
	Parfois	18.3	19.1	18	17.2	17.8	17
	La plupart du temps	35.4	32	32.7	29.5	30.4	24.9
	Toujours	38.1	39.6	38.9	43.6	37.6	47

Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001