

Recherche quantitative originale

Répercussions autodéclarées sur la santé de la prestation de soins selon l'âge et le revenu chez les participants à l'Enquête sociale générale canadienne de 2012

Renate Ysseldyk, Ph. D. (1); Natasha Kuran, M.A. (2); Simone Powell, M.A., M. Serv. Soc. (3); Paul J. Villeneuve, Ph. D. (1)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. L'augmentation de l'espérance de vie et la structure par âge sous-jacente de la population canadienne ont contribué à une augmentation spectaculaire du nombre d'aidants naturels. Sachant que la prestation de soins est associée à divers effets néfastes sur la santé, il est nécessaire de mieux comprendre en quoi ces effets peuvent être différents chez les aidants plus âgés et si ces effets sont modifiés par le statut socioéconomique.

Méthodologie. Nous avons cherché à combler ces lacunes en matière de recherche en utilisant des données transversales fournies par les participants à l'Enquête sociale générale (ESG) canadienne de 2012. Des analyses descriptives ont été effectuées pour comparer les répercussions sur la santé que les participants ont attribuées à la prestation de soins et étudier la façon dont elles varient selon l'âge et le revenu. Des analyses de régression logistique ont été réalisées afin de déterminer les facteurs associés aux effets sur la santé globale déclarés par les aidants de 65 ans et plus.

Résultats. Les caractéristiques individuelles des fournisseurs de soins variaient considérablement en fonction de l'âge, les aidants plus âgés ayant des revenus plus faibles et consacrant plus de temps à la prestation de soins que les aidants plus jeunes. Les répercussions autodéclarées de la prestation de soins sur l'état de santé global étaient plus importantes chez les répondants de 35 à 64 ans, et ce, dans toutes les catégories de revenu. Les sentiments de solitude et d'isolement social découlant des responsabilités d'aidant semblaient être atténués dans les groupes d'âge et de revenu plus élevés. Dans tous les groupes d'âge, la prestation de soins était plus susceptible d'avoir des effets néfastes sur les habitudes en matière d'exercice, d'alimentation saine et de consommation d'alcool que de promouvoir des comportements plus positifs.

Conclusion. La prestation de soins a des répercussions sur les comportements liés à la santé et sur la santé mentale, quels que soient l'âge et le revenu. D'après nos résultats, les aidants plus âgés (le plus souvent des femmes), qui fournissent le plus grand nombre d'heures de soins et dont le revenu est inférieur à celui des aidants plus jeunes, semblent cependant moins touchés sur le plan des comportements liés à la santé. Cela s'explique peut-être par l'existence d'un moins grand nombre de besoins concomitants chez eux que chez les aidants plus jeunes. Ces résultats laissent entendre que les systèmes de soutien aux aidants doivent tenir compte de répercussions variables de façon complexe en fonction de l'âge, du sexe et du revenu.

Mots-clés : étude transversale, prestation de soins, comportements liés à la santé, qualité de vie liée à la santé, Canada

Points saillants

- Cette étude visait à examiner les répercussions, sur le plan social et sur le plan de la santé, de la prestation de soins des fournisseurs de soins âgés et à analyser en quoi ces répercussions pouvaient différer de celles des fournisseurs de soins plus jeunes.
- L'Enquête sociale générale canadienne de 2012 a servi à analyser les répercussions sur leur santé que les participants ont attribuées à la prestation de soins.
- Nous avons constaté, ce qui rejoint les conclusions d'autres études, que la prestation de soins a des effets néfastes sur les comportements liés à la santé en matière d'exercice, d'alimentation et de consommation d'alcool.
- Parmi les aidants de 65 ans et plus, les femmes, comparativement aux hommes, et ceux qui consacraient un plus grand nombre d'heures à la prestation de soins étaient plus susceptibles de signaler des effets néfastes sur leur santé globale.
- Les répercussions de la prestation de soins sont visibles au sein de toutes les catégories de revenu. Toutefois, et bien que les aidants plus âgés soient plus susceptibles d'appartenir au groupe de revenu le plus faible, ce sont eux qui ont déclaré le moins de difficultés financières découlant de la prestation de soins.

Rattachement des auteurs :

1. Département des sciences de la santé, Université Carleton, Ottawa (Ontario), Canada
2. Centre de biosécurité, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
3. Centre pour la promotion de la santé, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Renate Ysseldyk, Département des sciences de la santé, Université Carleton, bâtiment des sciences de la santé, bureau 3306, 1125, promenade du Colonel-By, Ottawa (Ontario) K1S 5B6; tél. : 613-520-2600, poste 4428; courriel : Renate.Ysseldyk@carleton.ca

Introduction

On estime qu'environ 8 millions de Canadiens de 15 ans et plus prodiguent un certain niveau de soins à des membres de leur famille ou à des amis atteints d'une maladie chronique ou d'un problème lié au vieillissement¹. Les coûts associés à la prestation de ces soins sont stupéfiants. Par exemple, en 1996, on estimait à 276 509 le nombre total de travailleurs à temps plein nécessaires pour remplacer les tâches exécutées par les prestataires de soins informels, un impact estimé à environ 5 à 6 milliards de dollars². De même, on a estimé qu'un aidant perdait en moyenne 1,2 million de dollars en revenus actuels et futurs et engageait environ 30 000 \$ en dépenses personnelles². Au Canada, ce fardeau économique a considérablement augmenté depuis, en raison de la croissance rapide de la proportion de personnes âgées, alimentée par l'augmentation de l'espérance de vie et la baisse des taux de fécondité³. La tendance est à ce que les aidants non rémunérés, en particulier les membres de la famille, fournissent la plupart des soins aux personnes âgées touchées par une maladie, que celle-ci soit chronique ou non^{4,5}.

Outre les coûts économiques de la prestation de soins, des répercussions connexes se manifestent sur la qualité de vie. On sait que prodiguer des soins à une personne atteinte d'une maladie, d'une invalidité ou d'un problème lié au vieillissement peut être stressant pour le fournisseur de soins⁶. Non seulement l'aidant doit gérer son propre travail et sa vie personnelle et sociale (et, potentiellement, la vie personnelle et sociale de la personne soignée), mais le fait de prendre soin d'un membre de la famille peut également être corrélé à des émotions négatives liées à la peur de perdre cette personne⁷. Plusieurs études ont porté sur les répercussions de la prestation de soins sur la santé psychologique de l'aidant et elles font consensus pour conclure qu'il existe une relation négative entre les deux⁸⁻¹⁰. Une méta-analyse sur les répercussions psychologiques de la prestation de soins a révélé que la prévalence et l'incidence des troubles dépressifs et anxieux sont plus élevées chez les aidants de personnes âgées que chez les non-aidants¹¹. Des études menées dans ce domaine ont également révélé que les répercussions psychologiques de la prestation de soins varient selon le sexe de l'aidant et la nature de la relation entre l'aidant et le bénéficiaire de

soins primaires¹². Des études ont également cerné, outre ces répercussions psychologiques subies par l'aidant, plusieurs effets néfastes sur la santé physique. Les aidants sont par exemple susceptibles d'avoir de moins bonnes habitudes liées à la santé, de présenter des réactions physiologiques altérées, voire de mourir¹³.

Bien que, dans de nombreux pays développés, le nombre d'aidants ait considérablement augmenté ces dernières années, on relève relativement peu de tentatives visant à caractériser les effets sur la santé de la prestation de soins au moyen d'enquêtes nationales menées auprès de la population. Une enquête récente réalisée auprès de la population au Royaume-Uni¹⁴ a révélé que les aidants, comparativement aux personnes qui n'offrent pas de soins, étaient davantage susceptibles d'avoir une moins bonne qualité de vie en matière de santé et de souffrir d'anxiété et de dépression. D'après les déclarations des participants d'un vaste échantillon national aux États-Unis, les aidants ont une moins bonne qualité de vie, des capacités physiques fonctionnelles plus faibles et moins de contacts sociaux¹⁵. Les autres enquêtes nationales ont porté généralement sur les répercussions de la prestation de soins auprès de personnes ayant des problèmes de santé particuliers, comme un cancer ou un accident vasculaire cérébral (AVC). De plus, les enquêtes visant à examiner les effets de la prestation de soins sur la santé des aidants décrivent généralement ces effets au moyen de questionnaires d'enquête demandant aux participants des renseignements sur leur santé mentale et physique globale au moyen d'instruments de mesure de l'état global de santé largement utilisés et validés^{12,16} mais, le plus souvent, ces études ne posent pas de questions précises aux participants sur les répercussions en matière de santé et de comportements liés à la santé (activité physique, consommation d'alcool, etc.) qu'ils subissent directement en lien avec leurs activités de prestation de soins. Nous estimons que modifier la formulation des questionnaires constituerait un changement d'importance permettant de mieux saisir les effets sur la santé directement liés à la prestation des soins.

Avec l'augmentation spectaculaire de la longévité dans de nombreux pays, dont le Canada, la structure de la population a considérablement changé au cours des vingt dernières années³. En ce qui a trait à la prestation de soins, cela signifie que

l'âge de l'aidant a également considérablement augmenté, tout comme l'âge de la personne soignée. De même, le fardeau économique de la prestation de soins semble aussi avoir augmenté de façon spectaculaire, y compris pour l'aidant². Dans ce cadre, notre étude visait principalement à décrire les variations des répercussions sur la santé de la prestation de soins entre groupes d'âge (en accordant une attention particulière à la façon dont la prestation de soins peut avoir une incidence différente sur les aidants âgés comparativement aux aidants plus jeunes) et en fonction du statut socioéconomique (revenu familial) de l'aidant.

Méthodologie et outils

Population à l'étude

Nous avons utilisé des données transversales issues de l'Enquête sociale générale (ESG) de 2012, qui est actuellement la version de l'ESG la plus récente à contenir des données sur la prestation de soins (avec l'ESG de 2018 à venir). Cette enquête a été réalisée pour la première fois en 1985 dans le but principal de recueillir des données sur les tendances sociales afin de caractériser l'évolution des conditions de vie et du bien-être des Canadiens. Elle a également été conçue pour fournir des renseignements sur certaines questions précises de politique sociale.

L'ESG de 2012 a permis de recueillir des données sur les aidants et sur les bénéficiaires de soins. Dans cette version de l'ESG, on a recruté, au moyen de méthodes de composition aléatoire (CA) et d'entrevue téléphonique assistée par ordinateur (ITAO), des participants de 15 ans et plus vivant dans des ménages privés. La base de sondage a exclu les personnes qui résidaient au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut ainsi que celles qui vivaient à temps plein en établissement. Au total, 23 093 personnes ont participé à l'ESG de 2012, avec un taux de participation global de 65,7 %¹⁷. Contrairement aux cycles précédents de l'ESG, la version de 2012 incluait des questions sur le type et la gravité des problèmes de santé ou des invalidités de longue durée pour lesquels les personnes recevaient ou fournissaient des soins. Conformément aux objectifs de ces analyses, l'ESG de 2012 a également permis d'obtenir des renseignements sur les répercussions de la prestation de soins sur les comportements de santé des aidants,

notamment la participation à des activités physiques et sociales. Des données ont également été recueillies sur les principales activités, la scolarité, le revenu et diverses autres caractéristiques sociodémographiques des répondants¹⁸.

Mesures

L'ESG de 2012 demandait aux participants d'indiquer précisément dans quelle mesure la prestation de soins avait eu une incidence sur leur santé au cours des 12 derniers mois. Les répercussions sur le plan social et sur le plan de la santé qui ont été saisies et analysées dans cette étude proviennent des réponses des aidants lorsqu'on leur a demandé s'ils s'adaptaient « très bien » à la prestation de soins (par opposition à « généralement bien », « pas très bien » ou « pas bien du tout », combinées pour les analyses), s'ils demandaient de l'aide professionnelle pour la prestation de soins (« jamais » par opposition à « une fois », « deux fois », « 2 à 3 fois », ou « 4 fois et plus »), s'ils éprouvaient des difficultés financières liées à la prestation de soins (oui ou non), si leur santé globale avait pâti de la prestation de soins (oui ou non) et s'ils éprouvaient un sentiment de dépression (oui ou non) ou de solitude et d'isolement (oui ou non). Ont été également évalués les comportements liés à la santé influencés par la prestation de soins (en particulier tabagisme, consommation d'alcool, saine alimentation, exercice).

Analyses statistiques

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS (Statistical Analysis Software, version 9.4, Cary, Caroline du Nord, États-Unis). Nous avons d'abord effectué des analyses descriptives pour décrire l'échantillon de l'étude. Nous les avons ensuite approfondies pour comparer, entre groupes d'âge, les principales caractéristiques des participants (âge, revenu, lien avec le bénéficiaire de soins primaires, maladie du bénéficiaire en lien avec la prestation de soins primaires, nombre de personnes fournissant des soins et nombre d'heures consacrées à la prestation de soins chaque semaine). Nous avons utilisé le test du rapport de vraisemblance pour comparer la distribution de ces variables au sein de cinq groupes d'âge d'aidants (15 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans, 65 à 74 ans et 75 ans et plus). Nous avons réalisé des analyses descriptives similaires pour évaluer, en fonction de l'âge

de l'aidant, l'incidence de la prestation de soins sur plusieurs comportements liés à la santé : l'exercice, les habitudes alimentaires, la consommation d'alcool et le tabagisme.

Nous avons ensuite évalué, au moyen d'une régression logistique multiple, les différences liées à l'âge pour plusieurs résultats autodéclarés attribuables à la prestation de soins, que ce soit sur le plan social ou sur le plan de la santé : la capacité d'adaptation, le sentiment de solitude ou d'isolement, la dépression, les difficultés financières, le recours à une aide professionnelle pour prodiguer des soins et l'incidence globale de la prestation de soins sur la santé. Nous avons calculé les rapports de cotes (RC) et les intervalles de confiance (IC) à 95 % correspondants, en utilisant le groupe d'âge le plus jeune comme catégorie de référence (car il s'agissait du groupe ayant vraisemblablement la meilleure santé globale). Nous avons effectué des analyses stratifiées par catégorie de revenu du ménage (moins de 40 000 \$, de 40 000 \$ à 99 999 \$ et 100 000 \$ et plus). Nous avons ajusté les modèles de régression logistique pour le sexe, le nombre d'heures par semaine pendant lesquelles le répondant avait prodigué des soins et le nombre de personnes soignées.

Enfin, comme l'un des principaux objectifs de ces analyses était de déterminer quels facteurs chez les aidants âgés (en particulier le sexe, le nombre de personnes soignées et le nombre d'heures consacrées aux soins par semaine) étaient les plus prédictifs d'effets néfastes sur la santé, nous avons également ajusté les modèles de régression logistique pour décrire les effets du sexe et des caractéristiques des soins sur ces effets. Nous avons adapté le modèle à chacune des trois catégories de revenu choisies.

Résultats

Les caractéristiques descriptives des participants à l'ESG sont présentées dans le tableau 1. Au total, 7082 répondants ont déclaré prodiguer des soins à une personne atteinte d'une maladie chronique ou d'une invalidité et 2470 répondants à des personnes ayant un problème lié au vieillissement. Nous avons effectué des analyses subséquentes auprès de ces 9552 aidants, qui ont constitué notre échantillon de base.

Comme l'illustre le tableau 2, les femmes formaient environ 60 % des aidants, cette

proportion demeurant constante dans tous les groupes d'âge. Nous avons observé des différences notables relatives à plusieurs caractéristiques liées à l'âge de l'aidant. Une grande proportion des aidants avaient un revenu familial supérieur à 60 000 \$ (46,1 %), et les aidants relativement jeunes (35 à 64 ans) étaient en général ceux qui avaient le revenu familial le plus élevé. Le bénéficiaire de soins primaires le plus couramment cité était, de loin, la mère du répondant (28,4 %), suivi d'un ami proche (11,6 %), du père (10,7 %) et de la conjointe ou du partenaire (10,1 %). Comme nous l'avions prévu, la relation avec le bénéficiaire de soins primaires variait selon l'âge. Chez les aidants plus âgés (65 ans et plus), la conjointe ou le partenaire était le bénéficiaire de soins primaires le plus fréquemment cité, tandis que chez les aidants plus jeunes, il s'agissait d'un parent ou, dans le groupe d'âge le plus jeune, d'un grand-parent. Il est important de souligner que 87 % des aidants de notre échantillon ont déclaré avoir consacré par semaine 21 heures ou moins à la prestation de soins, mais que les aidants plus âgés avaient tendance à consacrer plus de temps à la prestation de soins que les aidants plus jeunes. Environ 14 % des aidants de 75 ans et plus ont en effet déclaré consacrer 48 heures ou plus par semaine à des activités liées à la prestation de soins, contre 5 % des aidants chez les moins de 50 ans. Cependant, les aidants relativement jeunes (moins de 50 ans) étaient plus susceptibles de fournir des soins à plus d'une personne. Dans tous les groupes d'âge, le « vieillissement » était la raison la plus courante pour laquelle les aidants prodiguaient des soins, comparativement à une maladie ou à une blessure précises.

Les aidants ont déclaré que la prestation de soins avait des répercussions négatives sur plusieurs de leurs comportements liés à la santé (tableau 3). De manière générale, ces répercussions étaient plus importantes chez les aidants d'âge moyen. Par exemple, parmi ceux de 35 à 49 ans, 32,4 % ont indiqué faire moins d'exercice en raison de la prestation de soins, 19 % ont déclaré que leurs habitudes alimentaires étaient devenues moins saines et 5,3 % avaient augmenté leur consommation d'alcool, alors que chez les personnes âgées de 65 ans et plus, ces pourcentages étaient de respectivement 20,8 %, 10,8 % et 1,9 %. Les changements de comportement lié au tabagisme (augmentation ou

TABEAU 1
Caractéristiques descriptives des participants à l'Enquête sociale générale de 2012

Caractéristiques		Nombre de participants	%
Sexe	Hommes	9 794	42,4
	Femmes	13 299	57,6
Groupe d'âge (ans)	15 à 34	3 756	16,3
	35 à 49	5 351	23,2
	50 à 64	7 395	32,0
	65 à 74	3 589	15,5
	75 et plus	3 002	13,0
Revenu total du ménage (\$)	Moins de 10 000	444	1,9
	10 000 à 29 999	3 276	14,2
	30 000 à 59 999	4 989	21,6
	60 000 à 99 999	4 341	18,8
	100 000 et plus	4 796	20,8
	Inconnu	5 247	22,7
Degré de scolarité le plus élevé	Études secondaires non terminées	4 526	19,8
	Études secondaires ou l'équivalent	6 223	27,2
	École de métier	1 149	5,0
	Collège ou autre établissement non universitaire	4 672	20,4
	Université (niveau inférieur au baccalauréat)	940	4,1
	Université (baccalauréat)	3 582	15,7
	Université (niveau supérieur au baccalauréat)	1 769	7,7
État matrimonial	Marié ou conjoint de fait	13 509	58,6
	Veuf	2 651	11,5
	Séparé ou divorcé	2 618	14,7
	Célibataire ou jamais marié	4 724	18,5
Activité principale du participant	Actif	11 383	49,4
	Retraité	6 923	30,0
	Étudiant	1 351	5,9
	Atteint d'une maladie de longue durée	995	4,3
	Entretien du foyer	871	3,8
	Soin des enfants	773	3,4
	Autre	797	3,5
Soins prodigués au cours de la dernière année	Pour une personne atteinte d'une maladie chronique ou d'une invalidité	7 082	30,7
	Pour une personne ayant des problèmes liés au vieillissement	2 470	10,7
Soins reçus au cours de la dernière année	Pour une maladie chronique ou une invalidité	2 859	12,4
Total des participants		23 093	100,0

diminution) étaient négligeables au sein de tous les groupes d'âge.

Nous présentons dans le tableau 4 les rapports de cotes décrivant les différences quant aux répercussions autodéclarées de la prestation de soins sur les résultats sur le plan social et sur le plan de la santé, par groupe d'âge et par revenu total du

ménage. Étant donné le vieillissement de la population des aidants, nous avons porté une attention particulière à la santé des plus âgés, c'est-à-dire de ceux de 75 ans et plus. Dans l'ensemble, ces derniers ont déclaré s'adapter « très bien » à la prestation de soins, comparativement au groupe d'âge le plus jeune, c'est-à-dire ceux de moins de 35 ans (RC = 1,47; IC à 95 % :

1,15 à 1,87). Cette tendance a été observée dans toutes les catégories de revenu, même si elle n'était pas statistiquement significative dans tous les cas. Les aidants plus âgés étaient par ailleurs moins susceptibles d'éprouver des difficultés financières attribuables à la prestation de soins. Plus précisément, le rapport de cotes lié aux difficultés financières signalées par les aidants de 75 ans et plus par rapport à ceux de moins de 35 ans était de 0,29 (IC à 95 % : 0,16 à 0,50). Les rapports de cotes présentés dans le tableau 4 révèlent toutefois plusieurs différences en fonction de la catégorie de revenu. Parmi les aidants plus âgés appartenant au groupe de revenu le plus faible (moins de 40 000 \$), les aidants de 75 ans ou plus étaient ceux qui étaient le plus susceptibles de déclarer qu'ils se sentaient déprimés en raison de la prestation de soins comparativement à ceux de moins de 35 ans (RC = 1,56; IC à 95 % : 0,84 à 2,92), bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative.

Enfin, nous avons effectué des analyses de régression logistique afin de mieux comprendre quelles caractéristiques, en particulier chez les aidants de 65 ans et plus, étaient liées à une probabilité accrue que la prestation de soins ait une incidence sur la santé globale (tableau 5). Si, dans toutes les catégories de revenu, les femmes étaient bien plus susceptibles que les hommes de subir des répercussions sur leur santé globale en lien avec la prestation de soins, c'était particulièrement le cas chez les répondants dont le revenu familial était supérieur à 100 000 \$ (bien que cela ne soit pas statistiquement significatif). Ainsi, le rapport de cotes lié à une dégradation de l'état de santé global attribuable à la prestation de soins était de 2,67 (IC à 95 % : 0,81 à 8,44) chez les femmes comparativement aux hommes. De plus, et ce n'est guère surprenant, le nombre d'heures par semaine consacrées à la prestation de soins s'est révélé également un facteur prédictif très important de la détérioration de l'état de santé global, et ce, dans toutes les catégories de revenu.

Analyse

Nos analyses de l'ESG de 2012 mettent en relief d'importantes caractéristiques des aidants canadiens. Elles vont également plus loin que les analyses antérieures de l'ESG de 2012 car elles présentent des données plus détaillées sur les aidants plus âgés¹. D'après les données de l'enquête,

TABLEAU 2

Caractéristiques des participants à l'Enquête sociale générale 2012 ayant indiqué avoir prodigué des soins au cours de la dernière année à des personnes atteintes d'une maladie chronique, d'une invalidité ou d'un problème lié au vieillissement, stratifiées par groupe d'âge

Caractéristiques		Âge de l'aidant (en années)												P ^a
		15 à 34		35 à 49		50 à 64		65 à 74		75 et plus		Total		
		1 476 aidants		2 336 aidants		3 822 aidants		1 316 aidants		602 aidants		9 552 aidants		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexe	Hommes	586	39,7	979	41,9	1 492	39,0	452	41,7	178	36,6	3 837	40,2	0,09
	Femmes	890	60,3	1 357	58,1	2 330	61,0	631	58,3	308	63,4	5 715	59,8	
Revenu (\$)	Moins de 30 000	146	13,6	213	10,8	441	11,5	250	19,0	155	25,8	1 205	12,6	< 0,001
	30 000 à 59 999	238	22,2	393	19,9	843	22,1	415	31,5	194	32,2	2 083	21,8	
	60 000 à 99 999	321	29,9	560	28,3	859	22,5	247	18,8	65	10,8	2 052	21,5	
	100 000 et plus	369	34,4	811	41,0	998	26,1	141	10,7	27	4,5	2 346	24,6	
	Inconnu	402	—	359	—	681	—	263	—	161	—	1 866	19,5	
Lien de parenté avec le bénéficiaire de soins primaires	Conjoint	27	1,9	115	5,1	320	8,7	256	20,4	208	38,2	926	10,1	< 0,001
	Mère	234	16,4	740	32,6	1 404	38,0	223	17,9	8	1,5	2 609	28,4	
	Père	150	10,5	374	16,5	427	11,6	31	2,5	0	0,0	982	10,7	
	Belle-mère	50	3,5	152	6,7	303	8,2	62	4,9	5	0,9	572	6,2	
	Beau-père	17	1,2	78	3,4	124	3,4	15	1,2	1	0,2	235	2,6	
	Grand-parent	555	39,0	135	5,9	7	0,2	0	0,0	0	0	697	7,6	
	Frère ou sœur	65	4,6	75	3,3	182	5,0	109	8,7	54	9,9	485	5,3	
	Enfant	41	1,8	153	6,7	184	5,0	77	5,1	35	6,4	490	5,4	
	Voisin	46	3,2	81	3,6	142	3,8	89	7,0	45	8,2	403	4,4	
	Ami proche	117	8,2	191	8,4	367	9,9	253	20,2	142	26,1	1 070	11,6	
	Autre	122	8,6	178	7,8	235	6,4	139	11,1	47	8,6	721	7,8	
	Non précisé	52	—	64	—	127	—	62	—	57	—	362	—	
Nombre d'heures par semaine	Moins de 7	1 004	72,2	1 517	69,0	2 288	64,4	726	52,5	274	55,5	5 809	66,0	< 0,001
	7 à moins de 21	282	20,3	457	20,8	785	22,1	219	18,9	101	20,5	1 844	21,0	
	21 à moins de 48	66	4,7	125	5,7	281	7,9	99	8,5	48	9,7	619	7,0	
	48 à moins de 96	30	2,2	48	2,2	95	2,7	46	4,0	33	6,7	252	2,9	
	96 et plus	9	0,7	51	2,3	106	3,0	71	6,1	38	7,7	275	3,1	
	Non précisé	85	—	138	—	267	—	155	—	108	—	753	—	
Problème de santé	Cancer	138	9,8	317	4,1	380	10,3	165	13,2	58	10,9	1 058	11,6	< 0,001
	Maladie cardiovasculaire	121	8,6	220	9,8	392	10,7	109	8,7	70	13,1	912	10,0	
	Diabète	51	3,6	88	3,9	90	2,5	24	1,9	14	2,6	267	2,9	
	Maladie mentale	109	7,7	180	8,0	205	5,6	165	13,2	24	4,5	599	6,6	
	Démence	53	3,8	115	5,1	294	8,0	106	8,5	56	10,5	624	6,8	
	Atteinte neurologique	88	6,2	114	5,1	159	4,3	81	6,5	24	4,5	446	4,9	
	Vieillessement	396	28,1	586	26,0	1 193	32,5	314	25,2	118	22,1	2 607	28,6	
	Trouble oculaire	27	1,9	40	1,8	92	2,5	40	3,2	27	5,1	226	2,5	
	Blessure	74	5,3	68	3,0	122	3,3	48	3,9	18	3,4	330	3,6	
	Arthrite	50	3,6	86	3,8	152	4,1	52	4,2	24	4,5	367	4,0	
	Retard de développement	40	2,8	68	3,0	66	1,8	32	2,6	6	1,1	212	2,3	
	Autre	163	11,6	373	16,5	529	14,4	111	8,9	65	12,2	1 472	16,1	
	Non précisé	66	—	81	—	148	—	69	—	68	—	432	—	
Nombre de personnes à qui des soins sont prodigués	Une	785	55,0	1 239	54,2	2 189	59,1	838	66,3	380	69,6	5 426	58,5	< 0,001
	Deux	385	27,0	696	30,5	984	26,6	241	19,2	85	15,5	2 391	25,9	
	Trois ou plus	258	18,1	351	15,4	532	14,4	182	14,5	81	14,8	1 404	15,2	
	Non précisé	48	—	50	—	117	—	60	—	56	—	432	—	

^a Tests de la valeur p pour déterminer les différences dans la distribution de la variable de classification en fonction de cinq groupes d'âge, d'après le rapport de vraisemblance (chi carré).

TABEAU 3
Effets autodéclarés de la prestation de soins sur les comportements liés à la santé,
selon le groupe d'âge, chez les participants de l'Enquête sociale générale 2012

La prestation de soins a-t-elle eu une incidence sur les éléments suivants?		Âge de l'aidant (en années)							
		15 à 34		35 à 49		50 à 64		65 et plus	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Exercice	Aucun changement	752	78,9	1 009	63,6	1 795	66,2	957	75,8
	Augmentation de l'activité physique	35	3,7	62	3,9	106	3,9	43	3,4
	Diminution de l'activité physique	166	17,4	514	32,4	812	30,0	263	20,8
Habitudes alimentaires	Aucun changement	792	83,1	1 213	76,1	2 123	77,7	1 090	85,0
	Alimentation plus saine	48	5,0	76	4,8	148	5,5	53	4,1
	Alimentation moins saine	113	11,9	305	19,1	462	17,0	139	10,8
Alcool	Aucun changement	785	82,0	1 253	78,3	2 098	76,2	852	65,8
	Ne boit pas	122	12,7	231	14,4	516	18,8	404	31,2
	Consomme davantage d'alcool	28	2,9	85	5,3	101	3,7	25	1,9
	Consomme moins d'alcool	15	1,6	23	1,4	22	0,8	6	0,5
	A cessé de consommer de l'alcool	6	0,1	4	0,2	12	0,4	4	0,3
	A commencé à boire	1	0,0	5	0,3	3	0,1	3	0,2
Tabagisme	Aucun changement	554	57,9	824	51,4	1 223	44,4	349	27,0
	Ne fume pas	341	36,0	681	42,5	1 361	29,5	917	70,9
	Consomme davantage de tabac	33	3,5	54	3,4	95	3,5	8	0,6
	Consomme moins de tabac	11	1,2	25	1,6	40	1,5	12	0,9
	A cessé de fumer	13	1,4	10	0,6	23	0,8	4	0,3
	A commencé à fumer	4	0,4	8	0,5	10	0,4	3	0,2

Remarque : Les tests de la valeur *p* pour déterminer les différences dans la distribution de la variable de classification en fonction de quatre groupes d'âge, d'après le rapport de vraisemblance (chi carré), étaient tous statistiquement significatifs (*p* < 0,05).

environ 20 % des aidants canadiens ont 65 ans et plus. De ce nombre, environ 31 % ont 75 ans et plus, environ 30 % prodiguent des soins à leur partenaire, 32 % prodiguent des soins à plus d'une personne et environ 11 % consacrent 48 heures par semaine ou plus à ces soins. Parmi les aidants de 65 ans et plus, les femmes et les aidants qui consacrent un plus grand nombre d'heures à la prestation de soins sont également les plus susceptibles de signaler des effets néfastes sur leur santé globale. Étant donné qu'on prévoit une augmentation à la fois du nombre de personnes âgées au Canada et de l'espérance de vie, ces répercussions connexes vont considérablement augmenter. La comparaison avec les données antérieures présentées par Cranswick et Dosman¹⁹ à l'aide de l'ESG de 2007 révèle à quel point le changement dans la répartition par groupe d'âge des aidants canadiens a été spectaculaire en cinq ans. En 2007, parmi les aidants de 45 ans et plus, 24 % avaient 65 ans et plus. En 2012, ils sont 41 %. On s'attend évidemment à ce que ce pourcentage augmente.

Fait important, l'ESG de 2012 nous a également permis d'examiner les répercussions

(autodéclarées) spécifiques de la prestation de soins sur la santé. Une étude antérieure²⁰ a révélé des différences en matière de santé physique et mentale globale (autodéclarée) entre les aidants et les autres répondants ayant participé à l'ESG de 2012. Par exemple, parmi les participants ayant prodigué des soins à une personne présentant un problème lié au vieillissement, 24,8 % ont déclaré être en excellente santé physique, contre 21,6 % parmi ceux n'ayant pas prodigué de soins. Inversement, 27 % des aidants ont déclaré que leur santé mentale était excellente, contre 33 % chez les participants n'ayant pas prodigué de soins. Cependant, examiner uniquement la santé globale des aidants est susceptible de nous amener à négliger d'importantes répercussions sur la santé physique et mentale pouvant être causées par des facteurs de stress ou de la fatigue attribuable à la prestation de soins elle-même. D'après nos analyses, les aidants les plus âgés s'adaptent bien à la prestation de soins, peut-être parce qu'ils ont moins de difficultés financières et peuvent donc payer une aide professionnelle supplémentaire. Cependant, chez les aidants les plus âgés appartenant à la catégorie de revenu la

plus faible, les problèmes de santé mentale associés à la prestation de soins (en particulier la dépression) sont à surveiller. En effet, dans tous les autres groupes d'âge (moins de 75 ans) de cette catégorie de revenu, le RC était inférieur à 1, ce qui constitue un contraste frappant avec le groupe des 75 ans et plus (RC = 1,56). La taille de l'échantillon du groupe le plus âgé étant plus réduite que celle des autres groupes, il convient de mener d'autres travaux pour obtenir des preuves complémentaires de cette tendance.

En outre, et ce qui va dans le même sens que d'autres travaux de recherche²¹, tous les aidants ont déclaré qu'ils éprouvaient un sentiment d'isolement social ou de solitude lié à leurs responsabilités en matière de prestation de soins, bien que cela semble avoir été atténué à la fois par l'âge et le revenu. Les incohérences entre les réponses des aidants sur leur santé globale émergeant des analyses précédentes de l'ESG de 2012 et les répercussions de la prestation de soins sur la santé relevées ici sont le signe qu'il faut poser des questions d'enquête ciblant précisément les répercussions liées au rôle d'aidant. Par ailleurs, ces

TABEAU 4
Rapports de cotes corrigés par rapport aux effets autodéclarés sur la santé associés
à la prestation de soins, selon l'âge et le revenu total du ménage

Effet autodéclaré sur la santé	Groupe d'âge (ans)	Faible revenu (moins de 40 000 \$)		Revenu moyen (40 000 \$ à 99 999 \$)		Revenu élevé (plus de 100 000 \$)		Ensemble des aidants	
		RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %
Très bonne adaptation à la prestation de soins	15 à 34	1,0		1,0		1,0		1,0	
	35 à 49	0,85	0,56 à 1,28	0,80	0,60 à 1,05	0,75	0,51 à 1,03	0,73	0,62 à 0,86
	50 à 64	0,84	0,58 à 1,21	0,93	0,72 à 1,20	0,69	0,51 à 0,94	0,80	0,69 à 0,93
	65 à 74	1,00	0,67 à 1,49	1,14	0,83 à 1,55	1,12	0,69 à 1,83	1,00	0,83 à 1,21
	75 et plus	1,69	1,07 à 2,67	1,45	0,94 à 2,23	1,15	0,39 à 3,41	1,47	1,15 à 1,87
Effets néfastes sur la santé globale découlant de la prestation de soins	15 à 34	1,0		1,0		1,0		1,0	
	35 à 49	1,62	0,91 à 2,88	2,56	1,69 à 3,85	2,79	1,63 à 4,78	2,73	2,12 à 3,51
	50 à 64	2,78	1,66 à 4,65	2,45	1,66 à 3,62	2,59	1,52 à 4,39	2,82	2,22 à 3,58
	65 à 74	1,98	1,14 à 3,45	1,81	1,15 à 2,87	1,48	0,67 à 3,28	2,06	1,55 à 2,72
	75 et plus	1,20	0,63 à 2,72	1,52	0,81 à 2,84	1,63	0,30 à 8,93	1,66	1,17 à 2,35
Recherche d'aide professionnelle pour la prestation de soins	15 à 34	1,0		1,0		1,0		1,0	
	35 à 49	1,78	1,03 à 3,08	1,07	0,73 à 1,56	1,42	0,87 à 2,34	1,25	1,00 à 1,57
	50 à 64	2,08	1,26 à 3,44	1,40	1,00 à 1,98	1,47	0,91 à 2,37	1,43	1,17 à 1,77
	65 à 74	1,51	0,87 à 2,60	0,90	0,58 à 1,38	0,98	0,46 à 2,10	1,12	0,87 à 1,45
	75 et plus	0,68	0,35 à 1,33	1,08	0,61 à 1,93	0,92	0,17 à 4,94	0,85	0,61 à 1,20
Sentiment de solitude ou d'isolement découlant de la prestation de soins	15 à 34	1,0		1,0		1,0		1,0	
	35 à 49	1,84	1,08 à 3,16	1,90	1,28 à 2,82	2,09	1,24 à 3,52	2,36	1,85 à 3,01
	50 à 64	2,51	1,54 à 4,09	1,75	1,20 à 2,54	1,64	0,98 à 2,75	2,13	1,69 à 2,68
	65 à 74	1,57	0,92 à 2,67	1,06	0,67 à 1,68	0,83	0,35 à 1,94	1,46	1,10 à 1,93
	75 et plus	1,34	0,73 à 2,46	1,64	0,91 à 2,94	0,80	0,09 à 6,77	1,83	1,30 à 2,57
Sentiment de dépression découlant de la prestation de soins	15 à 34	1,0		1,0		1,0		1,0	
	35 à 49	0,69	0,41 à 1,14	0,61	0,42 à 0,89	0,57	0,35 à 0,94	0,57	0,45 à 0,71
	50 à 64	0,50	0,32 à 0,78	0,57	0,40 à 0,81	0,50	0,31 à 0,83	0,52	0,42 à 0,64
	65 à 74	0,77	0,47 à 1,28	0,74	0,48 à 1,13	0,80	0,38 à 1,70	0,70	0,54 à 0,90
	75 et plus	1,56	0,84 à 2,92	0,54	0,32 à 0,93	n.e.		0,81	0,58 à 1,13
Difficultés financières découlant de la prestation de soins	15 à 34	1,0		1,0		1,0		1,0	
	35 à 49	1,54	0,83 à 2,85	1,16	0,74 à 1,82	1,39	0,65 à 2,98	1,10	0,83 à 1,48
	50 à 64	1,45	0,83 à 2,56	0,71	0,46 à 1,10	1,05	0,49 à 2,24	0,91	0,83 à 1,48
	65 à 74	0,71	0,37 à 1,36	0,27	0,14 à 0,51	0,59	0,17 à 2,06	0,51	0,36 à 0,73
	75 et plus	0,32	0,13 à 0,80	0,20	0,07 à 0,53	n.e.		0,29	0,16 à 0,50

Abréviation : n.e., non estimable.

Remarque : Ajusté pour le sexe, le nombre d'heures consacrées à la prestation de soins et le nombre de personnes soignées.

constatations pourraient également laisser penser que les résultats sur la santé globale peuvent ne pas refléter ces répercussions de la prestation de soins sur la santé car d'autres ressources (p. ex. revenu, soutien social) dans la vie des aidants ont des effets positifs sur leur santé⁶.

De plus, nous avons constaté que les répercussions de la prestation de soins sur les comportements liés à la santé étaient différentes selon les groupes d'âge. Les aidants d'âge moyen (de 35 à 64 ans) ont, dans

une plus grande mesure que les aidants plus jeunes ou plus âgés, déclaré que la prestation de soins avait des répercussions négatives sur leur activité physique, leur alimentation et leur consommation d'alcool. Les différences de répercussions de la prestation de soins sur les habitudes en matière d'activité physique selon l'âge sont susceptibles de découler, du moins en partie, d'autres responsabilités, notamment de la profession de l'aidant et du fait de s'occuper simultanément de ses enfants – la « génération sandwich »²². D'autres travaux

récents ont également révélé que la prestation de soins avait une incidence négative sur la participation à des activités valorisantes²³. Plus précisément, les aidants apportant une aide considérable en matière de soins de santé étaient cinq fois plus susceptibles de devoir limiter leur participation à des activités valorisantes. Des analyses tirées du Behavioral Risk Factor Surveillance System de 2009 aux États-Unis ont révélé que la prestation de soins était associée à une augmentation du tabagisme, de l'obésité et de l'inactivité physique²⁴. À

TABEAU 5
Coefficients du modèle logistique en réponse à « votre état de santé général a-t-il souffert en raison de la prestation de soins? » chez les aidants de 65 ans ou plus (n = 1 918), selon le revenu

Covariable		Revenu du ménage					
		Moins de 40 000 \$		40 000 \$ à 99 999 \$		100 000 \$ et plus	
		RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %
Sexe	Masculin	1,00		1,00		1,00	
	Féminin	1,65	0,97 à 2,79	2,15	1,28 à 3,64	2,67	0,81 à 8,44
Nombre de personnes soignées	Une	1,00		1,00		1,00	
	Deux ou plus	0,93	0,55 à 1,83	1,20	0,72 à 2,04	1,03	0,07 à 2,63
Nombre d'heures par semaine consacrées à la prestation de soins	2 à 6	1,00		1,00		1,00	
	7 à 20	1,85	1,01 à 3,38	3,36	1,81 à 6,24	1,11	0,27 à 5,21
	21 à 48	2,16	1,01 à 4,59	5,91	2,76 à 12,62	2,30	0,38 à 14,16
	48 ou plus	4,90	2,70 à 8,89	7,89	3,63 à 17,13	4,36	0,97 à 19,46

Remarque : Les tests de la valeur *p* pour déterminer les différences dans la distribution de la variable de classification en fonction de trois groupes de revenu, d'après le rapport de vraisemblance (chi carré), étaient tous statistiquement significatifs.

l'instar de nos analyses, ils ont également constaté que les répercussions sur l'activité physique étaient plus prononcées chez les aidants plus jeunes. Chez les moins de 65 ans, ils ont découvert que ceux qui étaient sédentaires avaient un rapport de cotes lié au rôle d'aidant de 1,45 (IC à 95 % : 1,09 à 1,94) comparativement à ceux qui étaient physiquement actifs. Ce rapport de cotes descendait à 1,03 (IC à 95 % : 0,71 à 1,50) chez les 65 ans et plus. À l'opposé, chez les 65 ans et plus, les personnes qui consommaient de l'alcool étaient moins susceptibles d'être des aidants (RC = 0,63; IC à 95 % : 0,44 à 0,90) que celles qui n'en consommaient pas. Toutefois, ces données sont limitées en raison de leur nature transversale, qui ne permet pas de déterminer si ces comportements ont changé en raison des nouvelles responsabilités de prestation de soins. Les données de l'ESG de 2012 sont utiles à cet égard, puisque les questions mettent en relief les modifications des comportements liés à la santé. Par exemple, bien que relativement peu de répondants aient indiqué que leurs habitudes liées au tabagisme avaient changé en raison de la prestation de soins, ce changement consistait principalement en une consommation accrue.

Points forts et limites

Plusieurs points forts importants de l'ESG méritent d'être soulignés. Le plan d'échantillonnage de l'ESG a été conçu pour produire des estimations représentatives de la population canadienne. De plus, contrairement aux enquêtes précédentes, l'ESG demandait expressément aux répondants d'indiquer dans quelle mesure la prestation

de soins elle-même avait une influence sur différents états et comportements liés à la santé, ceux-ci pouvant se manifester autrement que ce que l'état de santé global autodéclaré suggère. Il s'agit d'un aspect important à prendre en considération lors de l'élaboration de questionnaires d'enquête de ce type destinés aux aidants. L'ESG a également permis de recueillir des renseignements sur tout un éventail d'autres caractéristiques sociodémographiques, notamment le revenu, grâce auxquelles nous avons pu stratifier certaines des répercussions de la prestation de soins sur le plan social et sur le plan de la santé, afin de dresser un portrait plus précis du fardeau socioéconomique qu'elle fait peser sur les fournisseurs de soin.

Malgré ces forces, des limites sont à noter. Il est possible que certains des résultats présentés soient biaisés en raison des taux de participation et du recours à la stratégie d'échantillonnage par téléphone. Comme le taux de participation total était de 65,7 %²⁵ et que la participation aux enquêtes téléphoniques est habituellement influencée par des facteurs sociodémographiques et liés au mode de vie, il est difficile de généraliser ces résultats à la population canadienne. Nos analyses ont également été limitées dans certaines situations par un nombre relativement restreint d'aidants, en particulier dans les groupes plus âgés. Même s'il y avait environ 1 900 aidants de 65 ans et plus, nos analyses pour certaines mesures de la santé moins prévalentes ont pu être limitées par la taille de cet échantillon et lorsque nous avons réalisé les analyses stratifiées.

Quoique cette étude démontre que la prestation de soins est associée à plusieurs comportements liés à la santé et à plusieurs résultats en matière de santé mentale, il est important de rappeler les limites des études transversales. Il demeure que l'existence de questions visant directement à déterminer si la prestation de soins a des répercussions sur l'état de santé constitue un avantage important par rapport aux résultats d'autres enquêtes sur ces sujets. Des études de cohorte prospectives sont nécessaires pour confirmer dans quelle mesure la prestation de soins a une influence sur le risque d'apparition de maladies chroniques au fil du temps. Le jumelage de données fournira une occasion d'examiner ces répercussions chez les participants de l'ESG, en respectant un laps de temps de suivi suffisant.

Conclusion

En conclusion, divers effets néfastes sur leur santé ont été cités par les aidants naturels, en particulier les aidants de moins de 65 ans. De plus, dans notre étude, les répercussions de la prestation de soins sur le plan social et sur le plan de la santé sont visibles dans toutes les catégories de revenu. Nous avons constaté, ce qui rejoint les résultats de plusieurs études, que la prestation de soins avait des effets néfastes sur les comportements liés à la santé en matière d'exercice, d'alimentation et de consommation d'alcool. En outre, chez les aidants de 65 ans et plus, les femmes et les répondants qui consacraient un nombre plus élevé d'heures à la prestation de soins étaient plus susceptibles de signaler des effets néfastes sur leur santé globale. Nos observations doivent être interprétées avec

circonspection en raison de l'utilisation de données autodéclarées et transversales et en raison de l'existence d'un biais de participation. Ces observations concordent néanmoins avec celles d'études épidémiologiques antérieures et offrent des pistes de recherche pour de futurs travaux sur la prestation de soins, particulièrement en ce qui concerne les répercussions spécifiques de la prestation de soins sur la santé des aidants. Nos analyses révèlent que, à quelques exceptions près, la prestation de soins a des répercussions sur les comportements liés à la santé des aidants et sur leur santé mentale, et ce, quels que soient leur âge et leur revenu. Toutefois, les aidants plus âgés (le plus souvent des femmes), même s'ils fournissent le plus grand nombre d'heures de soins et si leur revenu est inférieur à celui des aidants plus jeunes, semblent moins touchés sur le plan des comportements liés à la santé. Cela s'explique peut-être par l'existence d'un moins grand nombre de besoins concomitants chez eux que chez les aidants plus jeunes (génération sandwich), ou par un effet de cohorte, selon lequel les générations plus âgées sont moins susceptibles de faire part de leurs préoccupations quant à leur santé ou sont tout simplement moins attentives à certains comportements liés à la santé (par exemple en ce qui concerne la fréquence du tabagisme ou de la consommation d'alcool). Quoi qu'il en soit, il ressort de ces constatations que les systèmes de soutien aux aidants doivent tenir compte des variations liées à l'âge, au sexe et au revenu des aidants.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Anna Tomczak, Kelly Biggs et Chantal Houser pour leur aide dans la rédaction de cet article.

Conflits d'intérêts

Aucun conflit à déclarer.

Contributions et déclaration des auteurs

Conception et conceptualisation : RY, PV, NK, SP. Collecte et analyse des données : PV; interprétation des données : PV, RY. Rédaction et révision de l'article : PV, RY, NK, SP.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les

auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Turcotte M. Regards sur la société canadienne. Être aidant familial : quelles sont les conséquences? [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2013. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/75-006-x/2013001/article/11858-fra.pdf?st=YdhOWNdM>
2. Fast JE, Keating NC. Informal caregivers in Canada: a snapshot. Edmonton (AB) : University of Alberta; 2001. En ligne à : <http://www.familycaregiversbc.ca/wp-content/uploads/2015/04/informal-caregivers-in-canada-a-snapshot-2001.pdf>
3. Robinson M. Global health and global aging. San Francisco : Jossey-Bass; 2007.
4. Vitaliano P, Zhang J, Scanlan J. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2003;129(6):946-972.
5. Viana M, Gruber M, Shahly V, et al. Family burden related to mental and physical disorders in the world: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013;35(2):115-125.
6. Chappell NL, Dujela C. Caregiving: predicting at-risk status. *Canadian Journal on Aging*. 2008;27:169-179. doi: 10.3138/cja.27.2.169.
7. Sklenarova H, Krümpelmann A, Haun MW, et al. When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer*. 2015;121(9):1513-1519.
8. Bauer J, Sousa-Poza A. Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family. *Journal of Population Ageing*. 2015;8(3):113-145.
9. Kenny P, King M, Hall J. The physical functioning and mental health of informal carers: evidence of caregiving impacts from an Australian population-based cohort. *Health Soc Care Community*. 2014;22(6):646-659.
10. Schulz R, Martire L. Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2004;12(3):240-249.
11. Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*. 2003;18(2):250-267.
12. Penning M, Wu Z. Caregiver stress and mental health: impact of caregiving relationship and gender. *Gerontologist*. 2016;56(6):1102-1113.
13. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs*. 2008;108(9 Suppl):23-27.
14. Thomas GPA, Saunders CL, Roland MO, Paddison CAM. Informal carers' health-related quality of life and patient experience in primary care: evidence from 195,364 carers in England responding to a national survey. *BMC Fam Pract*. 2015;16(1):62.
15. Roth D, Perkins M, Wadley V, et al. Family caregiving and emotional strain: associations with quality of life in a large national sample of middle-aged and older adults. *Qual Life Res*. 2009;18(6):679-688.
16. Turner A, Findlay L. Soins informels aux personnes âgées. *Rapports sur la santé*. 2012; 23(3) : 33-36.
17. Statistique Canada. Enquête sociale générale : l'aperçu [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2013. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89f0115x/89f0115x2013001-fra.htm>
18. Statistique Canada. Enquête sociale générale (ESG) 2012 – Questionnaire [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2012. En ligne à : https://www.statcan.gc.ca/fra/programmes-statistiques/instrument/4502_Q2_V3
19. Cranswick K, Dosman D. Soins aux aînés : le point sur nos connaissances actuelles [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2008. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-008-x/2008002/article/10689-fra.pdf?st=6iml2yHu>

-
20. Villeneuve PJ. 2012 General Social Survey: caregiving health impacts: descriptive analyses report. Ottawa (Ont) : Epistream Consulting Inc; 2016.
 21. Stewart M, Barnfather A, Neufeld A, Warren S, Letourneau N, Liu L. Accessible support for family caregivers of seniors with chronic conditions: from isolation to inclusion. *Canadian Journal on Aging*. 2006;25:179-192. doi: 10.1353/cja.2006.0041.
 22. Proulx C, Le Bourdais C. Impact of providing care on the risk of leaving employment in Canada. *Canadian Journal on Aging*. 2014;33(4):488-503. doi: 10.1017/S0714980814000452.
 23. Wolff JL, Spillman BC, Freedman VA, et al. A national profile of family and unpaid caregivers who assist older adults with health care activities. *JAMA Intern Med*. 2016;176(3):372-379.
 24. Reeves K, Bacon K, Fredman L. Caregiving associated with selected cancer risk behaviors and screening utilization among women: cross-sectional results of the 2009 BRFSS. *BMC Public Health*. 2012;12:685.
 25. Statistique Canada. Enquête sociale générale – Les soins donnés et reçus [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2013. En ligne à : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4502