



Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report
Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes
de l'Ontario sur la santé des femmes.



Auteurs :

Paula A. Rochon, MD, MPH, FRCPC
Susan E. Bronskill, PhD
Andrea Gruneir, PhD
Barbara Liu, MD, FRCPC
Ashley Johns, MSc
Amanda T. Lo, MSc
Arlene S. Bierman, MD, MS, FRCPC

*L'Étude POWER est financée par Écho: pour l'amélioration de la santé des Ontariennes,
un organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.*

Le contenu de ce chapitre ne reflète pas nécessairement les opinions d'Écho ou du ministère.



QUESTION TRAITÉE

Le vieillissement est une importante question de santé des femmes. Le vieillissement de la population canadienne pose des défis uniques au système de santé sur plusieurs fronts. Les femmes forment la majorité de la population âgée et présentent des tendances différentes de celles des hommes en matière de maladies et des besoins de santé. Bien que plus de 13 pour cent de la population soient âgés de 65 ans et plus, ce taux est appelé à augmenter de plus de 25 pour cent d'ici 2056. Chez les adultes âgés, le fardeau des maladies chroniques et des conditions chroniques multiples est lourd, exigeant une approche axée sur le patient plutôt qu'une approche axée sur une maladie en particulier. En raison de facteurs sociaux et biologiques, les femmes et les hommes affichent des différences importantes au niveau de la santé et des besoins de soins de santé. Les femmes âgées sont plus susceptibles que les hommes âgés d'avoir un fardeau de la maladie plus lourd, y compris de multiples conditions chroniques, plus de limitations fonctionnelles et une plus grande prévalence d'invalidité. Par conséquent, on se retrouve avec une non-concordance entre la façon dont les services de santé et les soins de soutien sont organisés, d'une part, et les besoins des adultes âgés, d'autre part, et cette non-concordance affecte les femmes disproportionnellement.

Depuis maintenant plus d'un siècle au Canada, les femmes vivent plus longtemps que les hommes, bien que la différence de l'espérance de vie entre les hommes et les femmes diminue. À l'âge de 65 ans, les femmes peuvent s'attendre à vivre encore plus de 21 ans, tandis que les hommes peuvent s'attendre à vivre encore moins de 18 ans. Il n'est donc pas étonnant de constater que chez nos adultes âgés, et surtout dans les groupes les plus âgés, il y a plus de femmes que d'hommes. La génération de femmes âgées d'aujourd'hui, par comparaison avec les femmes qui grandissent aujourd'hui, a vécu dans des circonstances très différentes et avait moins de possibilités. À l'heure actuelle, les femmes âgées ont tendance à avoir moins de ressources financières, moins d'éducation, moins d'années d'expérience sur le marché du travail et moins d'expérience dans la gestion des finances de la famille, si on les compare aux hommes âgés. Il s'ensuit que les femmes âgées d'aujourd'hui sont parfois moins capables de se payer des soins de soutien ou d'avoir accès à des services de santé qui ne sont pas financés par les régimes d'État. Les femmes âgées ont plus tendance que les hommes à vivre seules et à être des aidantes naturelles. Tous ces facteurs, et d'autres encore, font que les femmes âgées sont plus susceptibles d'avoir besoin de soins formels à domicile et de soins de longue durée.

Le système de santé actuel a été conçu pour répondre à la nécessité d'avoir des établissements de soins actifs, et non pas pour fournir des soins coordonnés axés sur le patient pour des maladies chroniques. Il est donc mal préparé pour répondre à la demande croissante de la population vieillissante. Les services communautaires et de santé ont tendance, pour leur part, à être fragmentés et ont besoin d'être intégrés et coordonnés pour maximiser leur efficacité. Si l'on veut fournir de bons soins aux adultes âgés, il faut faire intervenir différents professionnels de la santé, y compris des médecins de soins primaires et des spécialistes, des infirmières, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux et des travailleurs des soins personnels. D'autre part, beaucoup de fournisseurs de services de santé n'ont qu'une formation minimale dans le soin des adultes âgés. En Ontario, il y a très peu de gériatres, qui sont les médecins spécialisés dans le soin des personnes âgées frêles. Le système actuel de prestation des soins primaires éprouve également de la difficulté à répondre aux besoins des

patients âgés atteints de maladies chroniques. Nous devons donc explorer d'autres modèles pour répondre au défi posé par le soin de ce groupe de personnes vulnérables dans les années à venir.

Le vieillissement est une question qui nous touche tous, que l'on prenne soin d'être chers ou que l'on soit soi-même âgé. Heureusement, il y a beaucoup de choses que l'on peut faire pour aider les adultes âgés à rester actifs et autonomes. Nous avons de plus en plus de données probantes sur des modèles de soins efficaces pour les adultes âgés atteints de maladies chroniques qui nous permettent à la fois de réduire les risques et d'améliorer les résultats pour ces personnes. L'établissement de mesures de rendement et la présentation de rapports peuvent jouer un rôle important pour guider et évaluer les efforts d'amélioration. Si l'on veut optimiser les résultats, les interventions doivent être sensibles au genre et répondre tout particulièrement aux besoins des personnes défavorisées sur le plan socioéconomique. Dans ce rapport, nous fournissons des données probantes sur l'accessibilité, la qualité et les résultats des soins donnés aux Ontariennes et aux Ontariens âgés, sur leur état de santé et sur les variations selon le revenu et l'emplacement géographique. Nous présentons également plusieurs possibilités d'amélioration. Nos constatations peuvent servir à éclairer l'établissement des priorités, à cibler les interventions et à fournir une base contre laquelle mesurer les progrès.

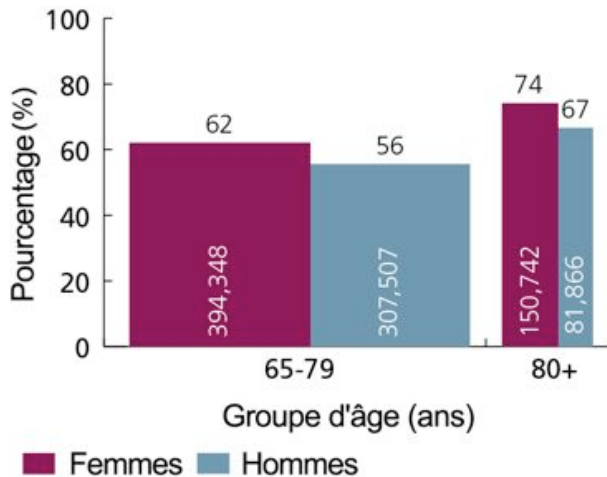
La première section brosse un tableau du **fardeau de la maladie** chez les femmes et les hommes âgés de l'Ontario, pour ce qui est des maladies chroniques (la prévalence de certaines maladies, les comorbidités, l'incidence de certains cancers), les facteurs de risque de maladies chroniques (faible revenu, comportements de santé) et l'état de santé et l'état fonctionnel (l'autoévaluation de la santé, les limitations d'activités, les limitations des activités de la vie quotidienne (AVQ) et des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), les activités que la douleur empêche). La deuxième section porte sur les indicateurs de la **gestion des maladies chroniques**, y compris les mesures des soins et des services fournis par des médecins spécialistes, ainsi que les résultats de santé (taux de visites dans les salles d'urgence attribuables à des causes précises, admissions dans les hôpitaux, réadmissions dans les hôpitaux, taux de mortalité et taux de fractures par suite d'un faible traumatisme). La dernière section examine de plus près les **milieux dans lesquels les adultes âgés reçoivent des soins**. Cette section fournit des données sur les personnes qui reçoivent des soins à domicile et l'important groupe de personnes qui vivent dans des établissements de soins de longue durée. On y examine des données sur les personnes qui reçoivent des soins à domicile et on y explore une variété d'indicateurs, y compris l'utilisation des soins à domicile, les besoins non satisfaits de soins à domicile, les changements de l'état fonctionnel, le contrôle inadéquat de la douleur, la prévalence de l'humeur déprimée, les changements de déficience cognitive et la prévalence de blessures chez les clients qui reçoivent des soins à domicile depuis longtemps. On explore également des indicateurs qui se rapportent aux femmes vivant dans des établissements de soins de longue durée, y compris les visites dans les salles d'urgence, la détérioration de l'état fonctionnel, la prévalence de la douleur, la détérioration des capacités cognitives, les nouvelles plaies de pression, l'utilisation de dispositifs de contention et la prescription potentiellement inappropriée de médicaments.

CONSTATATIONS CLÉS

Les femmes se retrouvent en nombre disproportionnellement plus élevé dans la population âgée, et surtout parmi les personnes qui vivent dans des établissements de soins de longue durée et qui ont des besoins particuliers. La majorité des personnes âgées sont des femmes. Le pourcentage de femmes est particulièrement élevé chez les personnes d'âge très avancé et chez celles qui vivent dans des établissements de soins de longue durée. Dans ces établissements au Canada, la moyenne d'âge des résidents est d'environ 86 ans, et près des deux tiers d'entre eux sont des femmes.

Les femmes âgées ont des besoins particuliers. La situation est attribuable en partie au fait que les femmes âgées sont plus susceptibles que les hommes d'avoir de multiples conditions chroniques (65 pour cent contre 58 pour cent respectivement). Cette différence de prévalence est amplifiée lorsque l'on examine le nombre total d'adultes âgés atteints de multiples conditions chroniques. Le nombre total de femmes âgées de 80 ans et plus qui disent avoir deux conditions chroniques ou plus est deux fois plus élevé que le nombre d'hommes âgés (Figure 1).

Figure 1 | Pourcentage et nombre d'adultes âgés de 65 ans et plus vivant dans la communauté qui déclarent avoir deux conditions chroniques ou plus, par sexe et par groupe d'âge, en Ontario, 2005

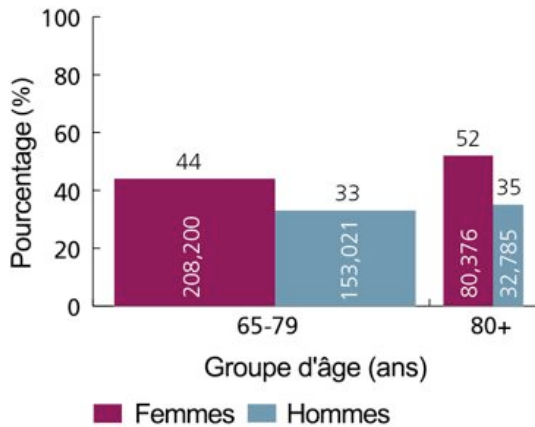


SOURCE DE DONNEES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005 (Cycle 3.1)

REMARQUE : La largeur de chaque barre reflète la proportion relative des personnes âgées (65 ans et plus) vivant dans la communauté qui sont représentées par la barre (d'après le dénominateur de l'indicateur).

Le faible statut socioéconomique est un autre important facteur de risque de conditions chroniques et est également associé avec de pires résultats pour ces conditions. De plus, les femmes âgées sont beaucoup plus susceptibles que les hommes âgés d'avoir un faible revenu. On estime qu'en Ontario, 288 576 femmes et 185 806 hommes âgés de 65 ans et plus vivent dans des foyers à faible revenu (Figure 2).

Figure 2 | Pourcentage et nombre d'adultes âgés de 65 ans et plus vivant dans la communauté qui déclarent avoir un faible revenu annuel du ménage, par sexe et par groupe d'âge, en Ontario, 2005



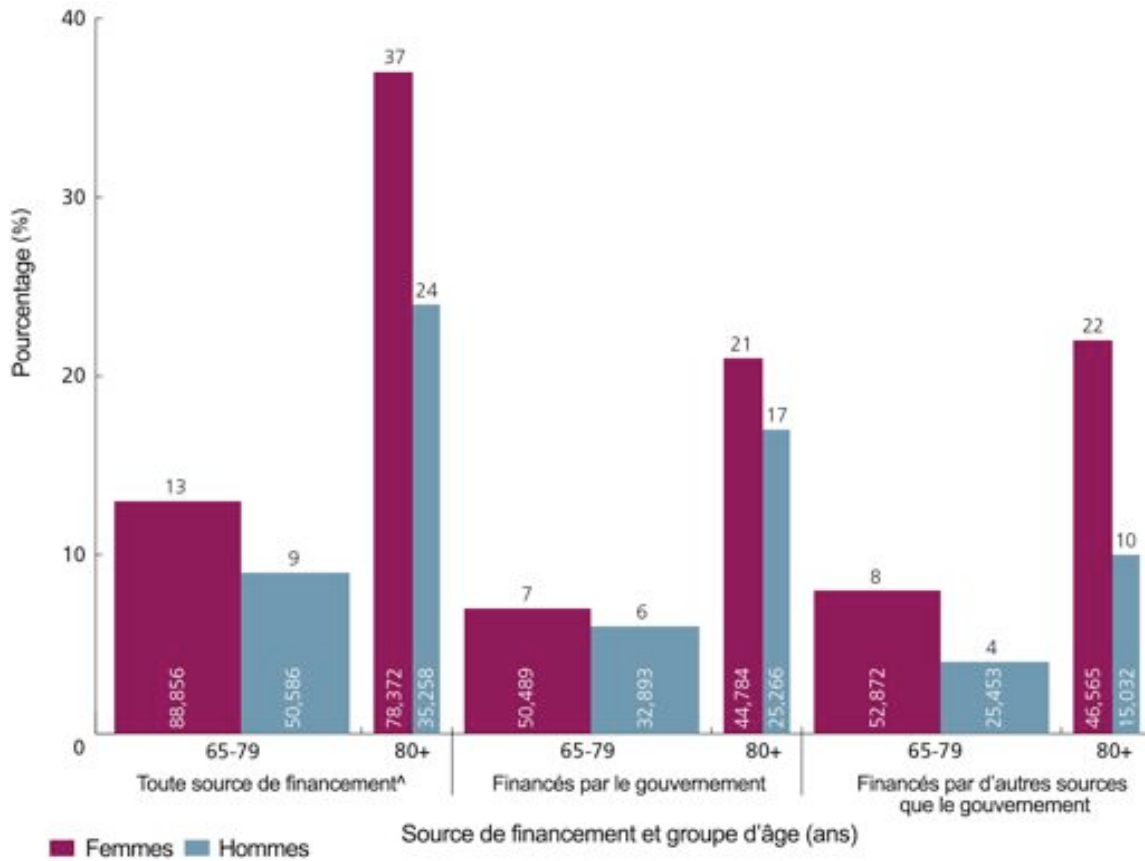
SOURCE DE DONNEES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005 (Cycle 3.1)

REMARQUE : La largeur de chaque barre reflète la proportion relative des personnes âgées (65 ans et plus) vivant dans la communauté qui sont représentées par la barre (d'après le dénominateur de l'indicateur).

Le cancer est de plus en plus reconnu comme une condition chronique et les taux de cancer augmentent avec l'âge. Certains cancers, comme le cancer du sein, se retrouvent surtout chez les femmes. D'autres cancers, comme le cancer colorectal et le cancer du poumon, se retrouvent chez les hommes et chez les femmes et sont traditionnellement perçus comme un problème plus important chez les hommes. Malheureusement, les différences selon le genre affichées dans l'incidence du cancer du poumon diminuent, en partie parce que le tabagisme est en hausse chez les femmes. De plus, le risque de cancer chez les femmes qui fument augmente, par comparaison avec les hommes qui fument. Les femmes âgées étant plus nombreuses que les hommes âgés, le nombre total de femmes qui sont atteintes de ces types de cancers est maintenant presque aussi élevé ou même plus élevé que le nombre d'hommes. Par conséquent, le cancer, et plus particulièrement ces deux types de cancer qui, traditionnellement, n'étaient pas associés avec des femmes âgées, sont des maladies importantes chez les femmes âgées.

Les femmes âgées utilisent les soins à domicile davantage, comme le révèlent les taux d'utilisation et le nombre total de femmes (**Figure 3**). Cette constatation reflète la complexité qui découle de multiples conditions chroniques. Les femmes ayant de multiples conditions chroniques sont également prédisposées à des incapacités fonctionnelles qui menacent leur autonomie. De plus, le besoin de soins formels est probablement attribuable au fait que les femmes âgées sont plus susceptibles de vivre seules et qu'elles ont moins accès à des services informels. Cela s'ajoute à la plus forte probabilité que le statut socioéconomique empêche les femmes âgées d'avoir accès à des soins informels privés. Bien que le nombre de femmes âgées disant qu'elles utilisent des soins à domicile soit plus élevé que le nombre d'hommes âgés, les femmes ont également plus tendance à dire que ces soins ne répondent pas à tous leurs besoins. Cette différence est exprimée en taux et en nombre total de personnes à qui ces soins sont accessibles. Cette tendance se retrouve tant dans le groupe moins âgé (65 à 79 ans) que dans le groupe d'âge plus avancé (80 ans et plus) ainsi que dans les groupes à faible revenu et à revenu élevé.

Figure 3 | Pourcentage et nombre d'adultes âgés de 65 ans et plus qui déclarent avoir reçu des soins à domicile au cours des 12 derniers mois, par sexe, par groupe d'âge et par source de financement, en Ontario, 2007-2008



[^]inclut les soins à domicile financés par le gouvernement et par d'autres sources que le gouvernement

SOURCE DE DONNEES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2007-08

REMARQUE : La largeur de chaque barre reflète la proportion relative des personnes âgées (65 ans et plus) vivant dans la communauté qui sont représentées par la barre (d'après le dénominateur de l'indicateur).

La plupart des adultes âgés disent avoir des comportements de santé qui augmentent leur risque de développer des conditions chroniques ou qui produisent de pires résultats pour la santé chez ceux d'entre eux qui ont des conditions préexistantes.

Si l'on veut améliorer la qualité de vie des adultes âgés, nous devons concentrer notre attention sur la prévention primaire et secondaire. Chez les personnes qui n'ont pas de conditions chroniques, il est important d'empêcher les conditions chroniques de se développer. Pour celles qui ont déjà une ou plusieurs conditions chroniques préexistantes, l'objectif devrait être d'empêcher la progression de ces conditions et d'améliorer la qualité de vie.

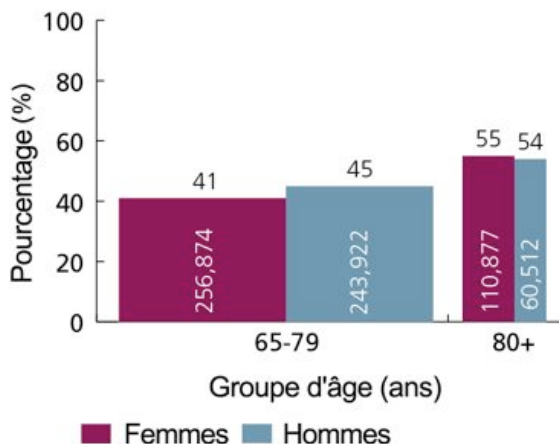
Être physiquement actif, avoir un régime alimentaire suffisamment riche en fruits et en légumes et ne pas fumer sont trois comportements que les gens peuvent adopter pour améliorer leur état de santé et rester en santé. Nous avons découvert que plus de la moitié de tous les adultes âgés disent être inactifs (55 pour cent). Les femmes âgées ont plus tendance à être physiquement inactives que les hommes âgés (60 pour cent contre 48 pour cent). Les femmes et les hommes disent ne pas manger suffisamment de fruits et de légumes, et près d'une personne sur 10 fume. Ces facteurs de risque liés au comportement qui augmentent le risque de conditions chroniques ont tendance à être plus fréquents chez les personnes dont le revenu est bas. Les

femmes âgées vivant dans les foyers où le revenu est le plus bas sont plus portées à être physiquement inactives que celles qui vivent dans des foyers à revenu élevé. Les femmes âgées vivant dans des foyers à faible revenu ont également plus tendance à dire qu'elles ne mangent pas suffisamment de fruits et de légumes ou qu'elles fument, par comparaison avec les femmes de milieux plus riches. Le manque d'activité physique et un régime alimentaire pauvre contribuent au surpoids ou à l'obésité, qui sont beaucoup trop fréquents chez les personnes âgées, femmes et hommes.

Bien qu'il y ait beaucoup de changements que les gens peuvent faire pour améliorer leur santé, moins de la moitié des adultes âgés (45 pour cent) disent qu'ils ont pris des mesures pour améliorer leur santé au cours des 12 derniers mois. S'ils ont pris des mesures pour améliorer leur santé, le changement mentionné le plus souvent est une augmentation de l'activité physique (41 pour cent). Les hommes et les femmes disent, dans une proportion semblable, qu'ils ont pris des mesures pour augmenter leur activité physique. La proportion d'hommes et de femmes qui ont fait ce changement diminue avec l'âge.

Pour avoir une bonne santé médicale, il faut aussi optimiser la santé buccodentaire. Une bonne hygiène dentaire est nécessaire pour avoir une bonne nutrition, et une mauvaise hygiène dentaire entraîne un risque accru de plusieurs affections chroniques. Près de la moitié des adultes âgés (45 pour cent) ne sont pas allés chez le dentiste au cours des 12 derniers mois. Ce pourcentage passe à plus de la moitié dans le groupe d'âge plus élevé (55 pour cent des femmes et 54 pour cent des hommes âgés de 80 ans et plus) (**Figure 4**). Ce fait est particulièrement important parce que le coût des services dentaires n'est pas couvert par notre système de santé. Par conséquent, l'accès aux services dentaires est lié au statut socioéconomique. Les femmes ont plus tendance que les hommes à ne pas avoir les ressources nécessaires pour pouvoir se payer cet important traitement de santé préventif.

Figure 4 | Pourcentage et nombre d'adultes âgés de 65 ans et plus vivant dans la communauté qui ne sont pas allés chez le dentiste au cours des 12 derniers mois, par sexe et par groupe d'âge, en Ontario, 2005



SOURCE DE DONNEES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005 (Cycle 3.1)

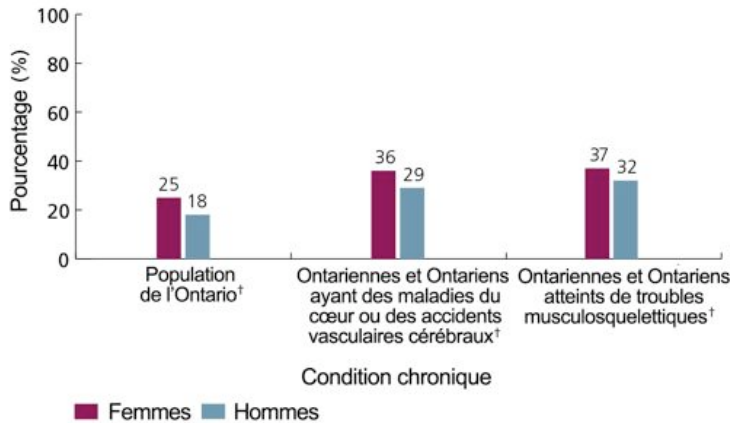
REMARQUE : La largeur de chaque barre reflète la proportion relative des personnes âgées (65 ans et plus) vivant dans la communauté qui sont représentées par la barre (d'après le dénominateur de l'indicateur).

Les femmes âgées ont plus tendance que les hommes à dire qu'elles ont une invalidité et de la douleur chronique. Les femmes âgées ont plus tendance que les hommes âgés à avoir des limitations des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) et des activités de la vie quotidienne (AVQ). Le pourcentage d'adultes ayant des limitations fonctionnelles augmente constamment avec l'âge. Près des deux tiers des femmes âgées de 80 ans et plus et près de la moitié des hommes de cet âge disent avoir des limitations fonctionnelles. Comme les femmes sont représentées en nombre disproportionnel dans la population âgée, cela signifie que le nombre total de femmes est presque deux fois plus élevé chez les personnes âgées de 65 ans et plus qui ont des limitations de leurs AIVQ ou de leur AVQ (370 123 femmes contre 189 233 hommes disent avoir des limitations de leur AIVQ ou de leur AVQ). Le statut fonctionnel est intimement lié aux conditions chroniques ainsi qu'à la capacité de vivre une vie autonome. Si l'on prévient les maladies chroniques, on peut prolonger la période pendant laquelle les femmes et les hommes âgés peuvent vivre de façon autonome chez eux, si c'est ce qu'ils désirent. Le maintien de l'autonomie fonctionnelle est particulièrement important pour les femmes âgées qui vivent seules. Lorsque la perte de l'autonomie fonctionnelle s'ajoute à un manque d'accès à des ressources financières, les personnes doivent obtenir des soins de longue durée à un âge moins avancé.

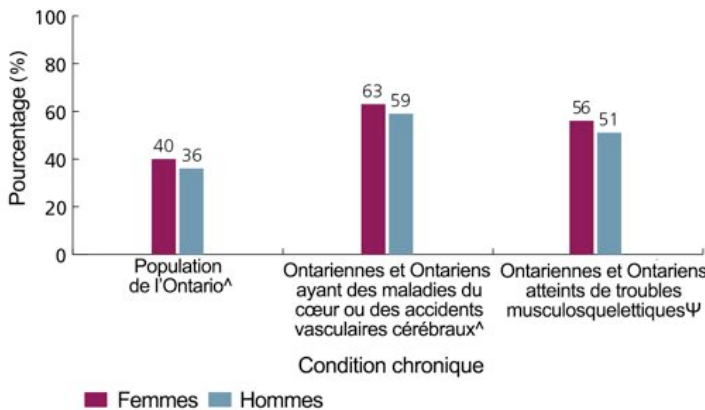
Chez les femmes plus que chez les hommes, les limitations des activités sont attribuables à la douleur (26 pour cent de femmes et 18 pour cent d'hommes). Chez les personnes ayant un faible revenu, les personnes de 80 ans et plus et celles qui ont des conditions chroniques, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à dire que leurs activités sont limitées par la douleur. Une femme sur trois ayant déclaré avoir une maladie musculosquelettique affirme également que ses activités sont limitées par la douleur (**Figure 5**). Cette constatation rejoint celles d'autres rapports qui suggèrent que les femmes ont plus tendance à avoir des conditions douloureuses comme l'arthrite et qu'elles ont moins tendance à recevoir un contrôle adéquat de la douleur, par comparaison avec les hommes âgés. Il est important d'identifier les limitations fonctionnelles causées par la douleur parce qu'il est possible de gérer la douleur et de rétablir le fonctionnement.

Figure 5 | Pourcentage d'adultes âgés de 65 ans et plus vivant dans la communauté qui déclarent avoir des limitations fonctionnelles, par sexe et par condition chronique, en Ontario

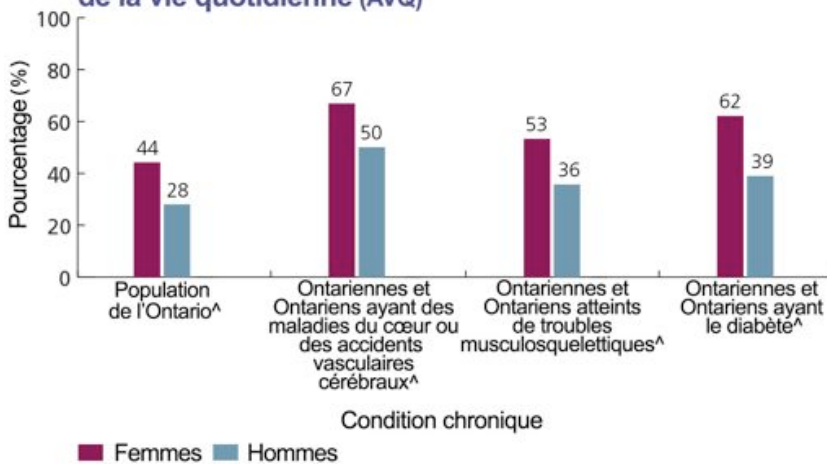
Activités empêchées par la douleur ou l'inconfort



Limitations des activités[‡]



Limitations des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) et/ou des activités de la vie quotidienne (AVQ)



SOURCE DE DONNEES : [^]Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005 (Cycle 3.1); ^ψ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005 (Cycle 3.1) et 2007; [†]Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2000/01 (Cycle 1.1)

[‡]Activités à la maison, à l'école ou au travail qui sont limitées par une condition physique, un trouble mental ou un problème de santé de longue date.

Tant à domicile que dans les établissements de soins de longue durée, beaucoup de gens éprouvent un déclin de leurs AIVQ, de leurs AVQ ou de leur fonctionnement cognitif qu'il serait possible de prévenir ou de ralentir. Le maintien des capacités fonctionnelles et de l'état cognitif est important pour avoir une qualité de vie à toutes les étapes de la vie. Par conséquent, dans tous les milieux où vivent les personnes âgées, il faut porter attention à l'état fonctionnel et cognitif.

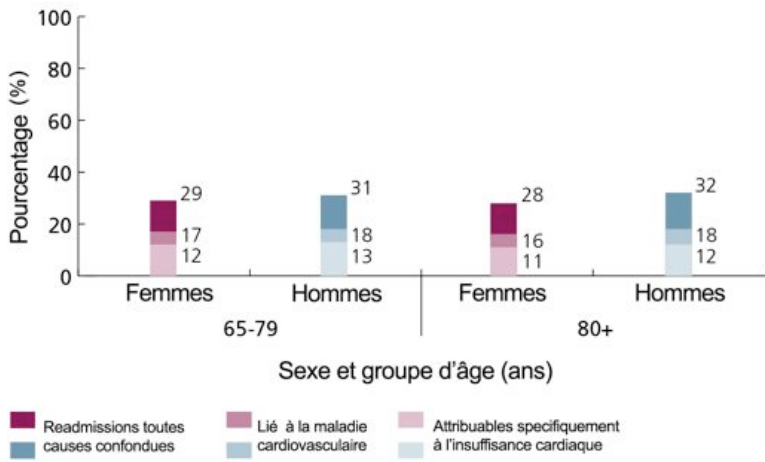
Une grande partie des invalidités observées chez les adultes âgés sont attribuables à des conditions chroniques. Il est possible d'améliorer la gestion des maladies chroniques en adoptant des modèles de soins interdisciplinaires axés sur le patient, et d'ainsi améliorer la santé, l'état fonctionnel et la qualité de vie des adultes âgés.

Dans la mesure du possible, nous devons dépister les conditions chroniques et leurs facteurs de risque afin de pouvoir mettre en œuvre des stratégies de prévention et de mieux gérer ces maladies. Le diagnostic et le traitement de certaines conditions particulières diminuent à mesure que l'âge des femmes et des hommes avance. Les taux sont généralement plus bas chez les femmes que chez les hommes, sauf pour ce qui est de la teneur minérale des os – les taux sont plus bas chez les hommes (parmi les adultes qui ont subi une fracture par suite d'un traumatisme faible, 21 pour cent de femmes contre 16 pour cent d'hommes avaient reçu un test de la teneur minérale des os dans les 12 mois suivant leur fracture) – et des aiguillages vers des services d'oncologie médicale, pour lesquels les taux sont similaires chez les hommes et chez les femmes. Si nous identifions et traitons des conditions comme l'ostéoporose, nous pouvons prévenir les fractures et une partie du déclin qu'elles engendrent.

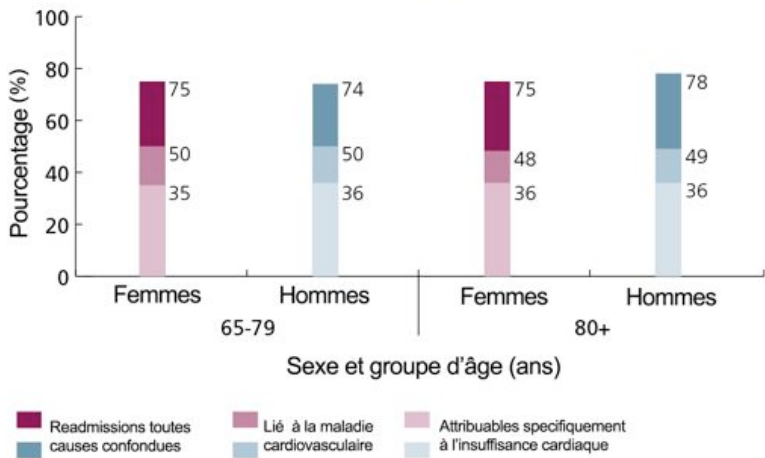
Les taux d'admissions à l'hôpital potentiellement évitables pour des conditions chroniques courantes (insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète) sont élevés chez les femmes et les hommes âgés. Ces taux augmentent avec l'âge et sont les plus élevés chez les personnes âgées de 80 ans et plus. Nous avons relevé des taux d'admission élevés pour les conditions propices aux soins ambulatoires qui augmentent avec l'âge, les taux les plus élevés étant enregistrés chez les hommes par comparaison avec les femmes, dans les deux groupes d'âge. Étant donné la prédominance des femmes dans les groupes d'âge plus avancé, le nombre de femmes et d'hommes qui ont été hospitalisés pour une de ces conditions chroniques est à peu près le même. Cette situation est probablement attribuable au système de santé actuel, dans lequel la gestion des conditions chroniques dans les milieux ambulatoires est sous-optimale. La coordination des soins représente une préoccupation majeure dans le système de santé actuel, et la fragmentation des différents fournisseurs de services et des différents milieux peut produire de faibles résultats pour les patients. Les taux élevés suggèrent que les pratiques actuelles ne sont pas efficaces (**Figure 6**). Le traitement optimal des conditions chroniques est souvent assuré par des équipes interprofessionnelles dotées de mécanismes formels de communication et de coordination des soins. La possibilité de travailler avec plusieurs disciplines dans les secteurs des soins primaires, des soins à domicile, des soins aigus et des soins de longue durée peut donner lieu à de meilleurs résultats pour les personnes âgées et à une baisse du nombre d'hospitalisations pour des conditions qui devraient être évitables.

Figure 6 | Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus atteints d'insuffisance cardiaque qui ont été vus par une salle d'urgence, par sexe, par groupe d'âge et par raison de la visite, en Ontario, 2005-2006

Dans les 30 jours suivant le conge de l'hôpital



Dans l'année suivant le conge de l'hôpital



SOURCE DE DONNEES : Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP);le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)

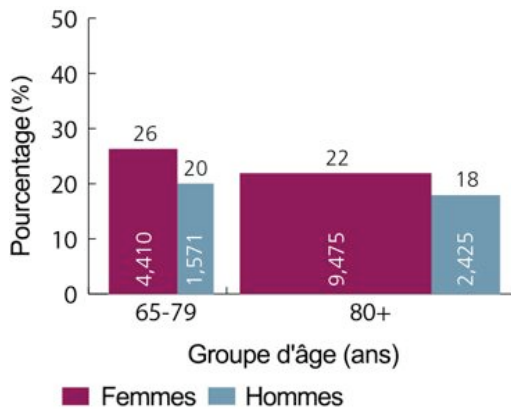
REMARQUE : Les visites pour l'insuffisance cardiaque font partie des visites pour les maladies cardiovasculaires. Les visites attribuables à toutes les causes représentent toutes les visites aux salles d'urgence, y compris les visites pour les maladies cardiovasculaires

Chez les personnes qui reçoivent des soins à domicile, il est possible d'améliorer les soins donnés aux femmes et aux hommes.

L'un des objectifs importants des soins à domicile est d'optimiser l'autonomie et de ralentir le déclin physique et cognitif. Lorsque nous utilisons des estimations brutes, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir un contrôle inadéquat de la douleur (23 pour cent de femmes contre 19 pour cent d'hommes) (**Figure 7**), une humeur déprimée (9 pour cent de femmes contre 7,9 pour cent d'hommes) et des blessures (14 pour cent de femmes contre 9 pour cent d'hommes); par contre, les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'avoir une nouvelle limitation des AVQ ou une limitation qui ne s'améliore pas (43 pour cent de femmes contre 53 pour cent d'hommes) ou un déclin cognitif (51 pour cent de femmes contre 61 pour cent d'hommes). Ces différences sont éliminées par l'ajustement selon le risque, ce qui

indique que les femmes et les hommes recevant des soins à domicile ont un état de santé différent, mais des résultats semblables lorsque l'on tient compte de ces différences. Par conséquent, il est nécessaire d'avoir des interventions sensibles au genre pour améliorer les résultats de santé à domicile. Dans tous les cas, le nombre de femmes qui ont ces résultats est beaucoup plus élevé que le nombre d'hommes, surtout dans le groupe des personnes âgées de 80 ans et plus.

Figure 7 | Pourcentage et nombre de clients de longue date de soins à domicile âgés de 65 ans et plus souffrant de douleur inadéquatement contrôlée, par sexe et par groupe d'âge, en Ontario, 2009-2010



SOURCE DE DONNEES : Système d'information sur les services à domicile (SISD)

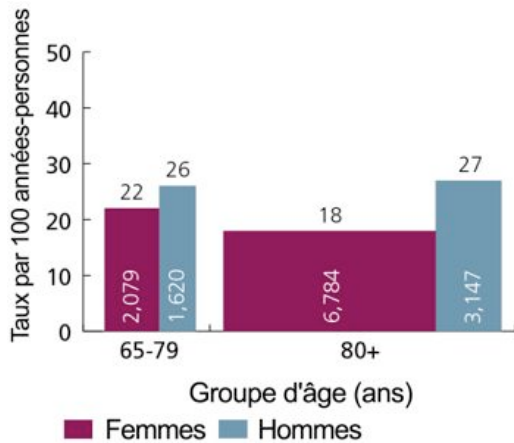
REMARQUE : La largeur de chaque barre reflète la proportion relative des clients de longue date de soins à domicile (âgés de 65 ans et plus) représentés par la barre.

Chez les personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée, il y a peu de différence selon le genre pour les indicateurs de la qualité étudiés, après l'ajustement selon les risques.

Il y a toutefois beaucoup de possibilités d'améliorer les soins donnés aux femmes et aux hommes. Parce que le nombre de femmes vivant dans des établissements de soins de longue durée est beaucoup plus élevé que le nombre d'hommes, ces questions sont particulièrement préoccupantes pour les femmes âgées.

Les transferts des établissements de soins de longue durée aux salles d'urgence sont fréquents. Le taux de visites potentiellement évitables dans les salles d'urgence est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (27 visites par 100 hommes contre 19 visites par 100 femmes) (**Figure 8**). Toutefois, si l'on tient compte du fait qu'il y a plus de femmes que d'hommes dans ces établissements, presque deux fois plus de femmes ont eu un transfert potentiellement évitable (8 863 femmes contre 4 767 hommes). En améliorant la gestion des maladies chroniques dans les établissements de soins de longue durée, il serait possible d'éviter certaines de ces visites dans les salles d'urgence. Le taux de transfert à des salles d'urgence et le taux d'hospitalisations pour des chutes est à peu près le même chez les femmes et chez les hommes (14 chutes par 100 femmes et 13 chutes par 100 hommes), mais le nombre de visites à l'hôpital chez les femmes est deux fois plus élevé que chez les hommes (6 498 visites pour les femmes contre 2 254 visites pour les hommes).

Figure 8 | Nombre de visites potentiellement évitables dans les salles d'urgence par 100 résidents d'établissements de soins de longue durée âgés de 65 ans et plus par année, et nombre total de visites dans les salles d'urgence, par sexe et par groupe d'âge, en Ontario, 2009-2010

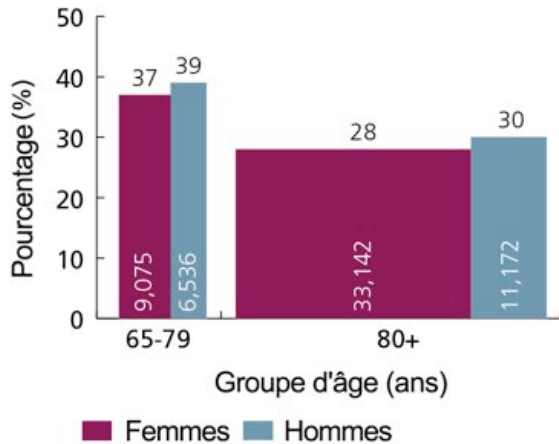


SOURCE DE DONNEES : Système Assurance-santé de l'Ontario (OHIP); Source de Données; le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA); Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP); Base de données sur les personnes inscrites (BDPI)

REMARQUE : La largeur de chaque barre reflète la proportion relative des années-personnes parmi les résidents d'établissements de soins de longue durée (âgés de 65 ans et plus) représentées par la barre.

Les médicaments antipsychotiques sont prescrits sans diagnostic de psychose à près du tiers des résidents des établissements de soins de longue durée âgés de 65 ans et plus (33 pour cent d'hommes contre 30 pour cent de femmes). Comme il y a plus de femmes que d'hommes dans ces établissements, deux fois plus de femmes sont exposées à des médicaments antipsychotiques (42 217 femmes contre 17 708 hommes) (**Figure 9**). Cette constatation est surprenante puisque les rapports anecdotiques suggèrent que les hommes sont plus susceptibles de recevoir des médicaments antipsychotiques, vu la perception selon laquelle les hommes sont plus portés à avoir des comportements agressifs ou perturbateurs. Les médicaments anxiolytiques ou les somnifères sont prescrits à près du quart des résidents des établissements de soins de longue durée sans indication de condition psychotique sous-jacente. Les femmes sont légèrement plus susceptibles que les hommes de se voir prescrire l'un de ces médicaments (24 pour cent des femmes contre 21 pour cent des hommes). Vu la prédominance des femmes âgées dans les établissements de soins de longue durée, cette donnée signifie que trois fois plus de femmes que d'hommes reçoivent ces médicaments (34 261 femmes contre 11 499 hommes).

Figure 9 | Pourcentage et nombre de résidents d'établissements de soins de longue durée âgés de 65 ans et plus qui prennent des médicaments antipsychotiques sans diagnostic de psychose, par sexe et par groupe d'âge, en Ontario, 2009-2010

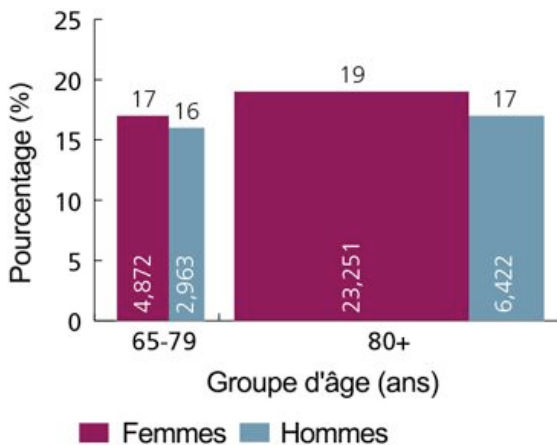


SOURCE DE DONNEES : Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD)

REMARQUE : La largeur de chaque barre reflète la proportion relative des résidents d'établissements de soins de longue durée (âgés de 65 ans et plus) représentés par la barre.

En Ontario, près d'une personne sur cinq vivant dans un établissement de soins de longue durée est immobilisée chaque jour par des moyens de contention (**Figure 10**). Cela présente d'immenses possibilités d'intervention auprès des femmes et des hommes âgés. Les moyens de contention physiques entraînent un certain nombre de problèmes graves, y compris un risque accru de chutes, de problèmes de comportement et même de décès. Le fait que ces taux demeurent aussi élevés en Ontario est très préoccupant et fait ressortir la nécessité de mettre en place des stratégies améliorées visant à réduire au minimum (et même à éliminer) l'utilisation des moyens de contention dans les établissements de soins de longue durée.

Figure 10 | Pourcentage et nombre de résidents d'établissements de soins de longue durée âgés de 65 ans et plus retenus par des dispositifs de contention tous les jours, par sexe et par groupe d'âge, en Ontario, 2009-2010



SOURCE DE DONNEES : Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD)

REMARQUE : La largeur de chaque barre reflète la proportion relative des résidents d'établissements de soins de longue durée (âgés de 65 ans et plus) représentés par la barre.

On observe également des similarités dans les taux de diminution des AVQ sur une période de trois mois (32 pour cent pour les femmes contre 33 pour cent pour les hommes) et des taux du déclin cognitif (13 pour cent pour les femmes contre 14 pour cent pour les hommes). Encore une fois, vu le facteur démographique, le nombre de femmes est beaucoup plus élevé que le nombre d'hommes. Bien que les taux optimaux de rendement de ces indicateurs soient inconnus, l'un des objectifs les plus importants des soins de longue durée consiste à améliorer ou à prévenir le déclin du fonctionnement physique et mental lorsque c'est possible.

Nous devons préparer la main-d'œuvre diversifiée en santé à répondre aux besoins de la population vieillissante. Nous n'avons pu examiner que le nombre de gériatres, mais il faut de nombreux professionnels de la santé différents pour offrir des soins efficaces aux adultes âgés, y compris des médecins de soins primaires et des spécialistes, des infirmières, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux et des travailleurs des soins personnels. Beaucoup de fournisseurs de services de santé ont très peu de formation dans le soin des adultes âgés. Dans l'ensemble, il n'y a que cinq gériatres par 100 000 adultes âgés de 65 ans et plus. Ce nombre varie considérablement d'un RLISS à l'autre, certains RLISS n'ayant qu'un seul gériatre par 100 000 adultes âgés. Ces chiffres dépeignent sombrement le manque de soins spécialisés en médecine gériatrique en Ontario. Ils dénotent du manque d'attention portée à la question du vieillissement. Il nous faudra élaborer et mettre en œuvre de nouveaux modèles de soins interdisciplinaires qui peuvent maximiser cette ressource à la fois précieuse et rare. Les nouveaux modèles incluent des modèles de soins partagés dans lesquels les gériatres travaillent au sein d'équipes de santé familiale, en collaboration avec des équipes dans la communauté et par la télémédecine pour donner accès à des consultations et des soins spécialisés. De plus, il faudrait fournir aux médecins de famille, aux infirmières, aux pharmaciens et aux autres travailleurs de la santé la possibilité de se spécialiser dans le soin des personnes âgées.

MESSAGES CLÉS

Dans ce chapitre, nous dressons un tableau des besoins de santé des femmes et des hommes âgés, de l'utilisation qu'ils font des services de santé ainsi que de la qualité des soins reçus et des variations de la qualité selon l'âge, le statut socioéconomique et l'endroit où les gens vivent. Chez les femmes et les hommes âgés, le fardeau de la maladie est lourd, les soins donnés pour les conditions chroniques sont sous-optimaux et les soins sont reçus dans plusieurs milieux, y compris à domicile et dans les établissements de longue durée. Les femmes forment la majorité de la population âgée et ont des besoins particuliers. Par conséquent, pour améliorer le soin des adultes âgés et réduire le fardeau de la maladie dans cette population, il nous faudra accorder une attention spéciale aux besoins des femmes âgées. Nous avons relevé un certain nombre de possibilités d'amélioration. Les sept stratégies qui suivent peuvent nous aider à accélérer les progrès.

Concevoir des systèmes de prestation de services de santé qui tiennent compte des différences retrouvées dans les besoins sociaux et de santé des femmes et des hommes âgés, ainsi que des différences retrouvées dans les nombres totaux de cette population.

- Les femmes âgées et les hommes âgés ont des besoins sociaux, de santé et de soutien différents. La planification des soins et l'élaboration des politiques doivent tenir compte de ces différences. Cela est vrai tant pour les personnes âgées qui vivent dans la communauté que pour celles qui vivent dans des établissements de soins de longue durée.
- Le rapport régulier des taux et des nombres totaux permettrait de livrer des renseignements clés sur lesquels baser la planification pour la population âgée, dans laquelle la répartition selon le sexe est différente de celle que l'on retrouve dans les groupes d'âge plus jeunes. Il est essentiel de rapporter aussi bien les taux que les nombres totaux lorsque l'on décrit les besoins de santé des femmes et des hommes âgés. Même lorsque les taux pour les femmes et pour les hommes sont semblables, la prédominance des femmes dans la population âgée signifie que, dans l'ensemble, un plus grand nombre de femmes sont affectées. Le résultat net est que, dans la plupart des cas, il y a un plus grand nombre de femmes que d'hommes qui ont besoin de soins cliniques et de services de santé particuliers.

Il faut mettre en œuvre des stratégies efficaces de prévention et de promotion de la santé pour optimiser les résultats de santé chez les femmes âgées, parce qu'il vaut mieux prévenir les conditions chroniques que les traiter.

- Pour améliorer la santé de la population et réduire le fardeau des maladies chroniques, la prévention devrait commencer chez les jeunes et se poursuivre tout au long de la vie. La prévention comporte les changements apportés au mode de vie tels qu'une augmentation de l'activité physique, une alimentation optimale et la désaccoutumance au tabac, toutes ces mesures pouvant aider les adultes âgés à maintenir leur autonomie et à prévenir ou à ralentir le déclin fonctionnel ainsi que les complications des maladies chroniques. Les femmes âgées sont physiquement plus inactives que les hommes âgés. Les programmes

de promotion de l'activité physique doivent prévoir des activités qui répondent aux besoins particuliers des femmes âgées.

- La valeur des approches communautaires et approches cliniques à la prévention dans les différents milieux de soins est bien documentée. La coordination de ces deux approches produira fort probablement des changements mesurables dans l'état de santé des personnes âgées.

Nous devons considérer le statut socioéconomique comme un obstacle à la bonne santé tout au long de la vie et chez les adultes âgés.

- Les déterminants sociaux de la santé alourdissent le fardeau de la maladie parce qu'ils accroissent le risque de développer des conditions chroniques, qu'ils diminuent la santé et le statut fonctionnel et qu'ils créent des obstacles à un mode de vie sain. Par conséquent, nous devons favoriser une vie saine, de bonnes conditions de travail et des possibilités d'éducation tout en éliminant les obstacles qui empêchent les personnes à faible revenu de faire des changements en vue d'un mode de vie sain. Comprendre et intégrer les effets des déterminants de la santé plus vastes sont des éléments fondamentaux de la prestation des soins et des services.
- L'accès à des soins dentaires de prévention est important pour la santé et la nutrition. Les services dentaires ne sont pas couverts par notre système de santé. Les personnes qui n'ont pas d'assurance privée ou qui ont un statut socioéconomique plus bas n'ont peut-être pas les moyens d'obtenir cet important service. Une mauvaise dentition peut nuire à la santé et à la qualité de vie.

L'amélioration de la qualité de vie et le maintien de l'autonomie sont des priorités pour les femmes et les hommes âgés.

- Nous avons besoin de stratégies qui mettent l'accent sur l'amélioration de la qualité de vie et de l'état fonctionnel, parce que l'invalidité et la fragilité ne sont pas des conséquences inévitables du vieillissement. Pour les personnes atteintes de conditions chroniques, les objectifs consistent souvent à contrôler les symptômes, à optimiser le fonctionnement et à prévenir le déclin. L'évaluation des services de santé offerts aux personnes âgées et la détermination de la valeur des services doivent inclure une évaluation de la qualité de vie, des résultats fonctionnels et de la satisfaction des patients et de la famille.
- Si l'on intègre des approches fondées sur la population dans les approches cliniques, on peut contribuer à réduire le risque de maladies chroniques et d'invalidité et améliorer la qualité de vie.

Nous devons développer de nouveaux modèles de soins cliniques intégrés afin de répondre aux besoins complexes des adultes âgés et à l'hétérogénéité de cette population.

- Nous devons repenser nos modèles de soins cliniques actuels pour pouvoir mieux servir les femmes et les hommes âgés qui ont de multiples conditions chroniques et de multiples limitations fonctionnelles. L'établissement des objectifs et la planification des soins devraient se faire du point de vue du patient et de ses priorités particulières. Pour les adultes qui ont des maladies chroniques de longue date, il n'y a souvent pas de cure et, par conséquent, une cure n'est pas toujours l'objectif.
- Le jugement clinique, éclairé par l'expérience et la connaissance des changements physiologiques liés au vieillissement, et l'interaction complexe des multiples maladies et des médicaments devraient atténuer la mise en application des lignes directrices d'exercice clinique. Nous avons besoin de stratégies pour aider les adultes âgés à prendre leurs décisions. La mise en application convenable des traitements disponibles devrait incorporer de nombreuses variables de la prise de décision, y compris les données disponibles sur l'efficacité et la sécurité, dans le contexte des facteurs qui se rapportent spécifiquement à chaque patient et à ses préférences. Chaque personne, quel que soit son âge ou son sexe, a le droit d'être traitée comme une personne autonome ayant ses propres valeurs, ses propres concepts de la santé et sa propre façon de prendre des décisions.
- L'âge ne devrait pas empêcher qu'on obtienne de bons soins. Les attitudes négatives à l'égard des personnes âgées que l'on retrouve dans notre société et dans notre système de santé sont parfois manifestes, et parfois subtiles. Les cliniciens qui ne reconnaissent pas leurs préjugés peuvent véhiculer un point de vue nihiliste qui prive les patients âgés de traitements possiblement valables. Lorsque les circonstances cliniques le permettent, il ne faut pas refuser de donner des traitements et des interventions médicaux dont l'efficacité est éprouvée, pour la seule raison que la personne est trop âgée.
- La gestion de multiples conditions chroniques concomitantes exige des approches novatrices que les modèles de prestation de soins traditionnels ne peuvent pas offrir parce qu'ils ne sont pas conçus pour cela. On sait que les modèles de soins partagés et les équipes de soins intégrés intersectoriels et interorganisationnels améliorent les résultats de santé des personnes âgées et permettent de faire une utilisation efficiente des services de santé. La méthode idéale de prestation des soins pour les personnes âgées frêles est celle des équipes interprofessionnelles, comme le décrit le document *Collaboration interprofessionnelle en soins de santé : Un plan directeur provincial* publié par ProfessionsSantéOntario.
- Nous devons adopter des stratégies d'intégration et de coordination des services afin de réduire les visites dans les salles d'urgence. Lorsque c'est possible, il faudrait mettre en place des mesures de prévention pour gérer les maladies dans la communauté ou dans les établissements de soins de longue durée avant qu'elles ne s'aggravent au point que le patient est obligé d'aller à la salle d'urgence ou d'être admis dans un hôpital de soins aigus. Les ressources en santé doivent cibler les gens dans des milieux de soins ambulatoires. Nous avons besoin de modèles de soins novateurs qui sont accessibles aux femmes et aux hommes. Il existe des possibilités d'élaborer des modèles de soins novateurs tels que la « salle d'hôpital virtuelle » conçue spécifiquement pour répondre aux besoins des adultes âgés vulnérables.

Accroître les ressources humaines spécialisées en gériatrie et améliorer les compétences de tous les fournisseurs de services de santé qui travaillent avec des adultes âgés.

- En Ontario et au Canada, nous avons très peu de médecins spécialisés en gériatrie ou d'autres professionnels de la santé ayant les compétences nécessaires pour prendre soin de la population âgée. Les besoins de soins de santé des personnes âgées sont souvent complexes et exigent les services d'équipes interprofessionnelles; les ressources humaines en santé spécialisées en gériatrie sont rares en Ontario. Avec le vieillissement de la population ontarienne, nous avons besoin d'un plus grand nombre de médecins et de fournisseurs de services de santé spécialisés en gériatrie partout dans la province, et toutes les disciplines de santé ont besoin d'améliorer leurs connaissances et compétences pour fournir des soins de qualité aux personnes âgées.
- Les personnes âgées ont besoin de services provenant de toutes les facettes de notre système de santé. Il faut donc répartir les compétences fondamentales permettant de reconnaître et de gérer les syndromes et les maladies gériatriques parmi toutes les professions de la santé et tout le long du continuum de soins dans notre système. Bien que les modèles de soins spécialisés soient avantageux pour le soin des personnes âgées, il n'est pas réaliste, ou même nécessairement souhaitable, que le soin des personnes âgées soit réservé à certaines unités spéciales ou certaines équipes de fournisseurs de services de santé particulières. Les fournisseurs de services de santé dans l'ensemble du système doivent se partager la responsabilité du soin des adultes âgés.

Créer des connaissances basées sur des données probantes pour optimiser les soins offerts aux adultes âgés, et renforcer le recueil de données et la présentation de rapports pour guider les améliorations.

- Très souvent, les essais cliniques n'incluent pas de femmes, de femmes âgées ou de femmes ayant de multiples maladies ou de multiples invalidités. Les lignes directrices de pratique clinique ne présentent pas toujours les meilleures façons de prendre soin des adultes âgés atteints de multiples conditions chroniques. Les lignes directrices portant sur le moment où il faut arrêter les médicaments de prévention, comme les médicaments hypocholestérolémiants, ne sont pas disponibles. Nous devons établir l'ordre de priorité dans la recherche sur l'efficacité de la gestion clinique et sur les modèles visant à améliorer le soin des adultes âgés.
- Les indicateurs de la qualité, lorsque l'on en rend compte, devraient être stratifiés selon le sexe et l'âge. Le nombre de personnes affectées ainsi que les taux devraient constamment faire l'objet de rapports afin de cerner les besoins. Nous devons développer des indicateurs qui reflètent la complexité du soin des adultes âgés et améliorer la capacité de données afin de mieux mesurer d'importants domaines de la santé et des soins de santé. La collecte des résultats déclarés par les patients peut produire des données sur la qualité de vie, l'état fonctionnel et l'expérience des soins. Des données cliniques plus détaillées, comme celles qui

proviennent des dossiers de santé électroniques, nous permettront de mieux évaluer les soins appropriés. Les données administratives peuvent également servir à évaluer les résultats des traitements médicamenteux. Les données sur l'ethnicité nous permettront d'évaluer la qualité et les résultats des soins dans les diverses populations.

L'ÉTUDE

La santé des femmes âgées est un supplément du rapport de l'Étude POWER. Les indicateurs dont nous rendons compte dans ce supplément sont des indicateurs choisis qui ont été présentés dans les chapitres précédents de l'Étude POWER, ainsi que de nouveaux indicateurs portant sur les soins à domicile et les soins de longue durée. En rassemblant les constatations présentées dans les chapitres de



l'Étude POWER et en faisant la synthèse de ces constatations, nous avons pu brosser un tableau des besoins de santé des femmes âgées, de façon à éclairer les changements qu'il nous faut apporter aux pratiques et aux politiques. Bien que les indicateurs sur les soins à domicile et les soins de longue durée fassent l'objet de rapports réguliers produits par Qualité des services de santé Ontario (QSSO), nous avons pris les rapports de QSSO comme point de départ et y avons intégré une analyse fondée sur le genre et sur l'équité (voir le chapitre 2 de l'Étude POWER, Le cadre de l'Étude POWER). Cette analyse est importante parce que les femmes et les hommes présentent des tendances différentes lorsqu'il s'agit de maladies, d'invalidités et de mortalité. Les femmes et les hommes vivent également dans des contextes sociaux différents et ont des expériences différentes des soins de santé qui, en plus des différences biologiques, contribuent à créer les différences selon le genre observées dans le domaine de la santé. Même si ces indicateurs fournissent une foule de renseignements, ils ne sont pas complets. Il n'existe pas d'indicateurs pour tous les aspects de la santé des femmes âgées. Les indicateurs se rapportant à certains aspects clés tels que les déficiences cognitives, la démence et les soins informels sont encore sous-développés.

Comme l'espérance de vie augmente, la définition de la vieillesse change. C'est pourquoi nous fournissons des données importantes sur les personnes âgées de 80 ans et plus qui sont, en vaste majorité, des femmes. Notre travail est nouveau en ce sens que nous présentons des taux et des chiffres pour chacun de nos indicateurs. Même lorsque les taux se rapportant à un événement sont semblables chez les hommes et chez les femmes (ou, dans certains cas, plus élevés chez les hommes que chez les femmes), la prédominance des femmes dans la population âgée signifie qu'un plus grand nombre de femmes que

d'hommes font l'expérience de cet événement. Pour faire ressortir ce point important, nous utilisons des graphiques à colonnes de largeur variable pour illustrer les taux traditionnels, mais nous utilisons des barres de largeur variable pour illustrer les différences dans les totaux.

Les données utilisées pour produire ce supplément proviennent de plusieurs sources (voir la liste complète des indicateurs de ce chapitre et leurs sources de données à l'Annexe 1), dont les suivantes : le Recensement de 2006 de Statistique Canada; l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2001-2002 (cycle 1.1), 2005 (cycle 3.1) et 2007-2008; l'Assurance-santé de l'Ontario; la Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé; le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA); la base de données sur les médecins de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS); la Base de données sur le diabète de l'Ontario; l'Ontario Cancer Registry; le Réseau ontarien de soins cardiaques; le Centre de données sur les médecins de l'Ontario, registre des médecins actifs; savoirSANTÉ ONTARIO; le Système d'information sur les services à domicile; et le Système d'information sur les soins de longue durée. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes porte uniquement sur les personnes âgées vivant dans la collectivité, si bien que les indicateurs basés sur les données de l'Enquête excluent les adultes âgés vivant dans des établissements de soins de longue durée. Pour obtenir plus de détails sur les indicateurs dont les chapitre précédents de l'Étude POWER ont rendu compte, veuillez vous reporter à l'Annexe du chapitre d'origine portant sur la façon dont l'étude a été effectuée (l'Annexe 1 de ce supplément renferme la liste des chapitres de l'Étude POWER dans lesquels on rend compte des indicateurs). Pour obtenir plus de détails sur les nouveaux indicateurs dont il est rendu compte, voir l'Annexe 2 de ce supplément.

Les données ont d'abord été stratifiées selon le sexe, puis ont été stratifiées à nouveau selon l'âge, le revenu annuel du foyer et le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), dans la mesure où la disponibilité des données et la grandeur de l'échantillon le permettaient. Les rajustements selon l'âge ou le risque ont été faits au besoin. À moins d'indication contraire, les différences rapportées sont statistiquement significatives. L'Annexe 2 donne une description plus détaillée des méthodes de recherche utilisées.