

Traduit de l'article paru dans le CMAJ (Canadian Medical Association Journal), 19 juillet 2005; 173 (2) p. 153-9

Priorités des femmes âgées en matière de santé et perception de la prestation des soins de santé : résultats de l'enquête sur la santé WOW

Cara Tannenbaum, Nancy Mayo, Francine Ducharme

Résumé

Contexte : Les priorités des femmes changent à mesure qu'elles avancent en âge. Nous avons procédé à une enquête auprès d'un échantillon de femmes âgées canadiennes dans le dessein d'étudier les priorités en matière de santé qui les préoccupent, leur perception des soins de santé dispensés pour répondre à ces priorités ainsi que la mesure dans laquelle ces priorités et ces perceptions varient selon les groupes d'âge et les provinces.

Méthodologie : En octobre 2003, le questionnaire de l'enquête transversale sur la santé WOW (*What Older women Want*) a été envoyé par la poste à 5000 femmes provenant de 10 provinces canadiennes, résidant dans la collectivité et âgées entre 55 et 95 ans. Nous avons posé à ces femmes des questions portant sur 26 priorités en matière de santé présentées dans la *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* de l'Organisation Mondiale de la Santé ainsi que sur leur perception de la réponse des prestataires de soins de santé à ces priorités en effectuant des tests de dépistage ou en offrant du counselling. Les différences de priorités et de la perception de la prestation des soins de santé ont été analysées en fonction du groupe d'âge et de la province de résidence des répondantes.

Résultats : Nous avons obtenu un taux de réponse de 52%. L'âge moyen des répondantes était de 71 ans (écart-type de 7). Les priorités en matière de santé identifiées le plus fréquemment par les répondantes sont : la prévention de la perte de la mémoire (88% des répondantes), être informée des effets secondaires des médicaments (88%) et la correction des troubles de la vue (86%). Les items les moins fréquemment identifiés sont : le counselling au sujet des programmes communautaires (28%), le counselling au sujet de l'exercice physique (33%) et la vaccination contre la pneumonie (33%). Jusqu'à 97% des femmes se souviennent avoir subi les examens de dépistage adéquats pour les maladies du cœur et pour les facteurs de risque des accidents vasculaires cérébraux, mais seulement 11% rapportent avoir reçu du counselling pour leurs préoccupations quant à la perte de la mémoire et aux questions de fin de vie. Les femmes ayant déclaré que certaines priorités spécifiques les préoccupaient beaucoup, ou qu'elles y accordaient beaucoup d'importance, étaient plus de deux fois plus susceptibles

que celles qui s'en préoccupaient peu, ou pour qui elles revêtaient peu d'importance, de trouver que l'on répond à ces priorités : ostéoporose (rapport de cotes [RC] 2,6, 95% intervalle de confiance [IC] 2,1-3,2), soins en fin de vie (RC 2,6, 95% IC 2,0-3,4), réduction de l'anxiété (RC 2,2, 95% IC 1,8-2,6), prévention des chutes (RC 2,1, 95% IC 1,6-2,7), accidents vasculaires cérébraux (RC 2,1, 95% IC 1,4-3,0), dépression (RC 2,1, 95% IC 1,7-2,7) et incontinence urinaire (RC 2,1, 95% IC 1,7-2,5). La façon dont les répondantes perçoivent les soins varie selon les groupes d'âge et les provinces.

Interprétation : Selon les perceptions des femmes, les prestataires de soins de santé répondent à beaucoup, mais pas à toutes leurs préoccupations en matière de santé, particulièrement à celles qui les préoccupent le plus ou à celles qu'elles jugent les plus importantes.

Comme l'espérance de vie des femmes augmente, les médecins sont confrontés au défi de traiter une population âgée, composée par de plus en plus de femmes et qui se présente avec un grand nombre de besoins et de priorités en matière de santé. Les femmes âgées font face à des difficultés fonctionnelles, psychologiques et sociales en plus des problèmes de santé. Une solution pour mieux aligner les soins dispensés sur les priorités des femmes en matière de santé est d'adopter des pratiques centrées sur le patient, qui favorisent la prise de décisions cliniques se concentrant essentiellement sur les priorités et les préférences individuelles du patient.¹⁻³ Les données sur les priorités des femmes âgées en matière de santé sont rares,⁴⁻⁶ et la compréhension de toute la gamme de leurs préoccupations est primordiale pour élaborer des lignes directrices de soins centrés sur les patientes et leurs priorités. L'enquête sur la santé WOW — *What Older women Want* — a été menée pour déterminer les priorités des Canadiennes en matière de santé et la mesure dans laquelle elles perçoivent que leurs priorités sont prises en charge par les professionnels de la santé.

Méthodologie

L'enquête sur la santé WOW, menée en octobre 2003, est une enquête transversale dont les questionnaires ont été envoyés par la poste à des femmes âgées de 55 à 95 ans, habitant dans la collectivité et provenant de 10 provinces canadiennes. La base de sondage est constituée de tous les ménages dont l'adresse est consignée par Postes Canada. Les femmes du groupe d'âge visé ayant répondu à deux enquêtes-ménages de Postes Canada en

2002 ($n = 216\ 040$) constituent la liste d'échantillonnage de l'étude; elles représentent 15% à 18% des personnes ayant répondu parmi tous les ménages interrogés (tous les ménages canadiens ont reçu un questionnaire d'enquête de Postes Canada). Pour constituer l'échantillon de l'enquête WOW, un échantillon aléatoire de 5000 noms et adresses de femmes âgées de 55 ans et plus a été généré par ordinateur à partir de la liste des répondants aux enquêtes de Postes Canada. Nous avons utilisé un taux d'échantillonnage plus élevé pour les femmes âgées de 65 ans et plus afin d'assurer une représentation adéquate des femmes des groupes les plus âgés (un ratio de 15% de femmes âgées entre 55 et 64 ans et de 85% de femmes âgées de 65 et plus). Un questionnaire auto-administré et une enveloppe retour ont été postés à une seule reprise aux participantes. Un questionnaire français a été posté aux femmes ayant répondu dans cette langue à l'enquête auprès des ménages de Postes Canada. Le protocole de l'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Le questionnaire WOW demandait aux femmes de noter l'importance de 26 facteurs portant sur la santé qui ont été dégagés de travaux qualitatifs menés auprès de femmes âgées de 65 ans et plus résidant dans la collectivité⁵, et qui ont été testés auprès d'un échantillon de la collectivité.⁶ Le cadre conceptuel proposé dans la *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* de l'Organisation mondiale de la santé a été utilisé pour classer les priorités ainsi dégagées en trois groupes : problèmes de santé, facteurs fonctionnels et facteurs contextuels.⁷ La catégorie des problèmes de santé inclut le cancer du sein, les maladies du cœur, les accidents vasculaires cérébraux, la maladie d'Alzheimer, le cancer du côlon, les fractures de la hanche, l'ostéoporose, les chutes, le diabète et la pneumonie (pour laquelle des vaccins pneumococciques et des vaccins antigrippaux sont disponibles). Les priorités qui entrent dans la catégorie fonctionnelle incluent les symptômes communément associés à l'âge avancé qui affectent négativement le fonctionnement, c'est-à-dire l'incontinence urinaire, la faiblesse musculaire, les troubles de la mémoire, la perte de la vue, la douleur et la dépression. Les facteurs contextuels sont définis comme des priorités reliées aux croyances personnelles, aux problèmes de communication et d'environnement associés au vieillissement et à l'accès aux soins. Les répondantes devaient indiquer leur niveau de préoccupation (très, assez, un peu ou pas du tout inquiète) quant au développement des différents problèmes de santé énumérés précédemment. Elles devaient également indiquer l'importance accordée à la prévention des diminutions fonctionnelles et aux facteurs contextuels (très, assez, un peu ou pas du tout important).

Afin de connaître la perception que les femmes ont des soins reçus pour répondre à leurs priorités en matière de santé, nous avons demandé aux répondantes d'indiquer si elles se souvenaient avoir subi des tests de

dépistage ou avoir reçu du counselling de la part de leurs prestataires de soins de santé en regard de chacun des items. Pour les items portant sur les problèmes de santé, les questions au sujet de la fréquence et du type de dépistage sont basées sur les recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, du *Preventive Services Task Force* américain et d'autres publications pertinentes.⁸⁻¹⁰ Pour le cancer du sein, les répondantes devaient indiquer si elles avaient subi une mammographie ou un examen des seins pour «détecter des bosses» au cours des deux années précédant l'enquête. Pour les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux, elles devaient indiquer si elles faisaient mesurer annuellement leur pression artérielle et si elles subissaient des tests de dépistage du cholestérol annuellement aussi. Pour la maladie d'Alzheimer, nous avons demandé aux répondantes si leur mémoire avait été testée. Pour le cancer du côlon, nous leur avons demandé si elles faisaient tous les ans un test pour détecter la présence de sang occulte dans les selles, ou si elles subissaient une coloscopie ou une sigmoïdoscopie tous les cinq ans. Pour l'ostéoporose, les répondantes devaient indiquer si elles avaient déjà fait un test de densité osseuse ou des «radiographies des os» pour détecter la fragilité osseuse. Pour le diabète, elles devaient indiquer si elles avaient fait, au moins une fois aux trois ans, des analyses sanguines pour vérifier leur taux de sucre sanguin. Pour la pneumonie, nous leur avons demandé si elles étaient vaccinées contre la grippe à tous les ans. Pour chacune des priorités fonctionnelles ou contextuelles, nous leur avons demandé si leurs prestataires de soins de santé avaient abordé ces points avec elles (oui ou non).

Des données sociodémographiques standard ont été recueillies. Les autoévaluations des états de santé physique et mentale ont été mesurées à l'aide des échelles des composantes physique (*Physical Component Summary*, ou PCS) et mentale (*Mental Component Summary*, ou MCS) du test SF-12 (*Medical Outcomes Study 12-Item Short-Form Health Survey*).^{11,12} Cette mesure nous a permis de comparer les données sur l'état de santé de l'échantillon avec les données normatives sur l'état de santé des Canadiennes âgées de 65 ans et plus¹². Nous avons retenu le code postal à six caractères de chaque répondante afin de déterminer la province d'origine et la région habitée (urbaine ou rurale). Le revenu ne faisait pas l'objet d'une question directe, mais les données cumulatives des recensements ont été utilisées pour déduire le niveau de revenu moyen de chaque répondante en fonction des trois premiers caractères de son code postal.

Les données contenues dans les questionnaires complétés ont été entrées dans une base de données et leur exactitude vérifiée par un deuxième assistant chargé de l'entrée de données. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour estimer les proportions de femmes indiquant des priorités en matière de santé et des perceptions des soins spécifiques. Pour toutes les autres analyses, les

priorités ont été divisées en deux groupes : d'un côté, les priorités «très préoccupantes ou importantes» et de l'autre, les priorités «peu préoccupantes ou importantes» (c'est-à-dire les priorités jugées assez, un peu ou pas du tout importantes). Pour estimer la probabilité que les répondantes perçoivent que leurs prestataires de soins de santé répondent à une priorité particulière lorsqu'elles considèrent que cette priorité constitue une grande préoccupation ou revêt une grande importance à leurs yeux, les différentes priorités ont été régressées individuellement sur les perceptions des soins correspondantes à l'aide de la méthode d'analyse de régression logistique. Les analyses de régression ont été ajustées en fonction de l'âge, de l'état de santé physique et de l'état de santé mentale des répondantes. Les résultats sont rapportés sous forme de rapports de cote (RC) avec intervalle de confiance de 95% (IC).

Les différences dans la fréquence des priorités spécifiques et dans la fréquence des perceptions des soins par groupe d'âge (55-64, 65-69, 70-74, 75-79 et ≥ 80 ans) ont été testées à l'aide d'analyse χ^2 , avec un degré de signification de $p < 0,05$. Pour tester l'hypothèse qu'il n'y a pas de variation provinciale dans la perception qu'ont les femmes des soins administrés pour répondre à différentes priorités en matière de santé, nous avons tenu pour acquis que chaque province avait une chance égale d'occuper le premier ou le dernier rang au sujet de la proportion des femmes affirmant qu'une priorité donnée recevait l'attention voulue. Nous avons utilisé une distribution normale centrée sur 3,7 (26 items divisés par 7 groupes provinciaux) pour tester si la fréquence observée d'une province occupant le premier ou le dernier rang correspondait à la fréquence attendue de 3,7 selon une distribution uniforme. Des variations significatives à l'extérieur des fréquences attendues pour les premiers et derniers rangs ont été déterminées à l'aide de test χ^2 ($p < 0,05$). Pour assurer une taille d'échantillon adéquate, les répondantes des provinces de l'Atlantique ont été regroupées en un seul groupe.

Une taille d'échantillon de 5000 a été calculée sur la base d'un taux de réponse anticipé de 50% déterminé par une étude pilote de 150 questionnaires envoyés par la poste. Cette taille d'échantillon a été choisie pour fournir des estimés des proportions de femmes énonçant des priorités en matière de santé qui font partie de sous-groupes dont la prévalence minimale est de 10% (par exemple, être la soignante d'un proche) et le taux de réponse le plus conservateur de 50% avec une exactitude de $\pm 5\%$ (99 fois sur 100). L'utilisation de données provenant de l'échantillon complet devrait livrer des estimés de proportions avec une exactitude de $\pm 2,5\%$ (99 fois sur 100). Pour des sous-groupes de 200 à 300 femmes, les proportions estimées devraient être exactes à 6%-7% près (95 fois sur 100).

Résultats

Le taux de réponse obtenu est de 52%. La distribution géographique, l'âge et la langue des non-répondantes étaient similaires à ceux des répondantes (données non montrées). L'âge moyen des répondantes était de 71 ans (écart-type : 7, fourchette : 55-95, médiane : 71); 16% étaient âgées entre 55 et 64 ans, et 84% étaient âgées de 65 ans et plus. La représentativité des répondantes âgées de 65 ans et plus de notre échantillon par rapport aux caractéristiques de la population générale des femmes âgées du Canada est montrée dans le tableau 1.¹²⁻¹⁹

Tableau 1: Caractéristiques des femmes âgées de 65 ans et plus constituant l'échantillon de l'enquête WOW (n=2161) comparées aux données normatives pour les Canadiennes du même âge

Caractéristique	Échantillon WOW, % des femmes*	Données normatives, % des femmes*
Distribution géographique ¹³		
Terre-Neuve et Labrador	1	2
Île-du-Prince-Édouard	0,5	0,5
Nouvelle-Écosse	4	3
Nouveau-Brunswick	2	3
Québec	23	25
Ontario	37	38
Manitoba	5	4
Saskatchewan	6	4
Alberta	9	8
Colombie-Britannique	13	13
Vivant en milieu rural ¹³	22	19
État civil ¹⁴		
Mariée	55	41
Veuve	32	45
Divorcée	8	6
Jamais mariée	4	6
Vivant seule ¹⁵	38	38
Éducation universitaire ¹⁶	12	7
Revenu, moyenne (ET), \$ ¹⁷	19 623 (4634)	19 397 (4945)
Problème de santé ¹⁸		
Hypertension	53	42
Diabète	11	11
Arthrite	64	51
Perception de l'état de santé ¹⁸		
Excellent	9	11
Très bon	35	25
Bon	39	34
Correct ou pauvre	16	29
Score SF-12 moyen ¹²		
PCS [†]	43,8	43,7
MCS [†]	52,5	53,7
Prise quotidienne de 7 médicaments ou plus	6	6

Note : WOW = *What Older Women Want*, ET = écart-type, SF-12 = questionnaire *Medical Outcomes Study 12-Item Short-Form Health Survey*, PCS = résumé de la composante physique (*Physical Component Summary*), MCS = résumé de la composante mentale (*Mental Component Summary*).

* À moins d'indication contraire

† Le score le plus bas et le score le plus élevé sont fixés à 0 et 100 respectivement. Un score plus élevé indique un meilleur état de santé.

Nous avons comparé les femmes de ce groupe d'âge et non celles du groupe des 55-64 ans en raison de la façon dont les normes canadiennes sont rapportées dans les données du recensement de 2001 (groupes d'âge 18-44, 45-64, ≥ 65 ans). Les répondantes du groupe des 55-64 ans étaient plus éduquées (20% c. 12% ont fréquenté l'université), en meilleure santé physique (score PCS moyen de 46,1 c. 43,4) et moins susceptibles de vivre seules (16% c. 38%) que les répondantes plus âgées.

Les priorités en matière de santé les plus fréquemment identifiées par les répondantes étaient : la prévention de la perte de la mémoire (88% des répondantes), être informée des effets secondaires des

médicaments (88%) et la correction des troubles de la vue (86%) (tableau 2). Les priorités les moins fréquemment identifiées étaient : le counselling à propos des programmes communautaires (28%), le counselling à propos de l'exercice physique (33%) et la vaccination contre la pneumonie (33%). Jusqu'à 97% des femmes se sont souvenues avoir subi les examens de dépistage adéquats pour les maladies du cœur et pour les facteurs de risque des accidents vasculaires cérébraux, mais seulement 11% rapportent avoir reçu du counselling pour leurs préoccupations quant à la perte de la mémoire et aux questions de fin de vie.

Tableau 2 : Priorités en matière de santé sélectionnées par les répondantes et leur perception de la réponse à cette priorité des prestataires de santé au moyen de dépistage ou de counselling

Priorité en matière de santé	% de répondantes ayant sélectionné la priorité		% des répondantes percevant que l'on répond à cette priorité	RC ajusté (IC 95%) des répondantes percevant que l'on répond à cette priorité lorsqu'elle la répondante l'a indiquée comme très préoccupante ou de grande importance pour elles [†]
	Priorité est très préoccupante ou importante	Priorité est quelque peu préoccupante ou importante*		
Problème de santé				
Ostéoporose	80	14	58	2,6 (2,1 – 3,2)
Chutes	74	19	21	2,1 (1,6 – 2,7)
AVC	58	26	96	2,1 (1,4 – 3,0)
Maladie d'Alzheimer	55	23	10	1,4 (1,1 – 1,9)
Maladies du cœur	51	29	97	1,7 (1,4 – 2,1)
Fracture de la hanche	44	27	56	1,2 (1,1 – 1,5)
Cancer du côlon	42	26	39	1,8 (1,5 – 2,1)
Cancer du sein	39	29	85	1,7 (1,5 – 2,1)
Diabète	37	23	79	1,9 (1,5 – 2,4)
Pneumonie	33	26	82	1,7 (1,3 – 2,1)
Problèmes fonctionnels				
Problèmes de mémoire	88	9	11	1,9 (1,2 – 3,0)
Perte de la vision	86	11	45	1,7 (1,3 – 2,2)
Perte de force musculaire	75	22	29	1,7 (1,3 – 2,1)
Contrôle de la douleur	70	24	45	1,5 (1,2 – 1,8)
Incontinence urinaire	64	25	25	2,1 (1,7 – 2,5)
Dépression	60	23	19	2,1 (1,7 – 2,7)
Facteurs contextuels				
Être informé des effets secondaires des médicaments	88	9	90	1,5 (1,1 – 2,2)
Être perçue comme une personne à part entière	79	14	83	1,1 (0,8 – 1,4)
Passer assez de temps avec le prestataire de soins de santé	65	28	74	1,0 (0,8 – 1,2)
Être informée de quoi attendre du vieillissement normal	60	32	35	1,4 (1,2 – 1,7)
Counselling en nutrition	53	34	39	1,6 (1,4 – 1,9)
Répondre aux anxiétés	51	31	35	2,2 (1,8 – 2,6)
Counselling à propos des ressources en service social	46	33	51	0,9 (0,8 – 1,1)
Soins de fin de vie	44	32	11	2,6 (2,0 – 3,4)
Counselling à propos des exercices physiques	33	41	40	1,7 (1,4 – 2,0)
Counselling à propos des programmes communautaires	28	41	62	1,0 (0,8 – 1,2)

Note : RC = rapport de cote, IC = intervalle de confiance

* Le pourcentage des répondantes notant la priorité comme étant peu ou pas préoccupante ou importance n'est pas montré.

[†] Ajusté pour l'âge ainsi que pour l'état de santé physique et mentale (selon les scores PCS et MCS).

Pour toutes les priorités concernant des problèmes de santé ou de fonctionnement, les femmes ayant répondu que ces priorités les préoccupaient beaucoup ou qu'elles y accordaient beaucoup d'importance étaient significativement plus susceptibles que celles qui s'en préoccupaient peu ou pour qui elles revêtaient peu d'importance de trouver que leurs prestataires de soins de santé répondaient à ces priorités (Tableau 2). Pour quatre des priorités contextuelles — être perçue comme une personne à part entière, avoir assez de temps lors des rendez-vous avec le prestataire de soins de santé, recevoir du counselling à propos des ressources de services sociaux disponibles et recevoir du counselling à propos des programmes communautaires — la perception des répondantes que des soins étaient dispensés pour répondre à ces priorités n'était pas significativement associée avec leurs déclarations que ces priorités revêtaient une grande importance pour elles.

En général, les proportions de femmes ayant des priorités et des perceptions spécifiques des soins sont similaires pour tous les groupes d'âge. Seulement quelques priorités ont vu leur fréquence décroître dans les groupes les plus âgés (Fig. 1). Parmi elles, les préoccupations au sujet du traitement de la dépression et la réduction de l'anxiété étaient notablement moins fréquentes à un âge avancé. La fréquence de préoccupations à propos des fractures de la hanche et du besoin d'être informée des services sociaux disponibles augmentait légèrement dans les groupes les plus âgés, mais ne demeurait pas significative dans les analyses de régression post hoc après ajustement pour les états de santé physique et mentale (données non montrées).

La figure 2 montre les différences liées à l'âge dans les proportions de femmes percevant que des soins étaient dispensés pour répondre aux priorités spécifiques.

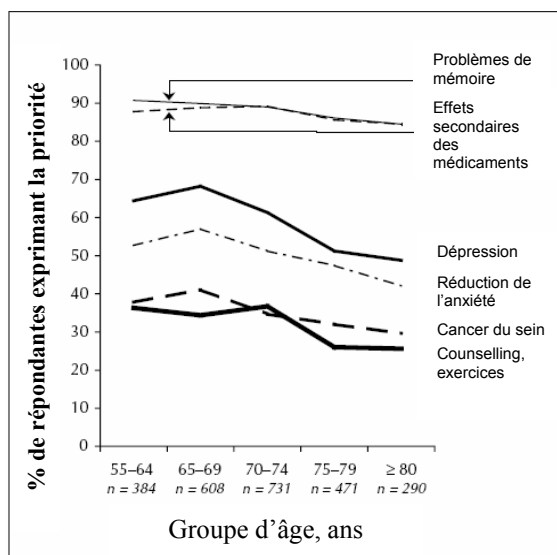


Fig. 1: Priorités en matière de santé dont la fréquence diminue à mesure que l'âge des répondantes augmente. Les proportions montrées ne sont pas ajustées. Les analyses χ^2 diffèrent significativement ($p < 0.05$) entre les groupes d'âge.

La différence significative la plus importante entre la perception de la prestation des soins de santé des femmes les plus jeunes et celle des plus âgées se trouvait être celle du dépistage du cancer du sein : 92% des répondantes du groupe des 55-64 ans rapportaient avoir reçu une mammographie de dépistage ou un examen clinique des seins dans les deux ans précédant l'enquête comparativement à 66% des femmes âgées de 80 ans et plus (Fig. 2, colonne de gauche). L'opposé est vrai en ce qui concerne la vaccination contre la pneumonie : 65% des femmes du groupe le plus jeune rapportaient avoir été vaccinées comparativement à 91% des femmes du groupe le plus âgé (Fig. 2, colonne de droite).

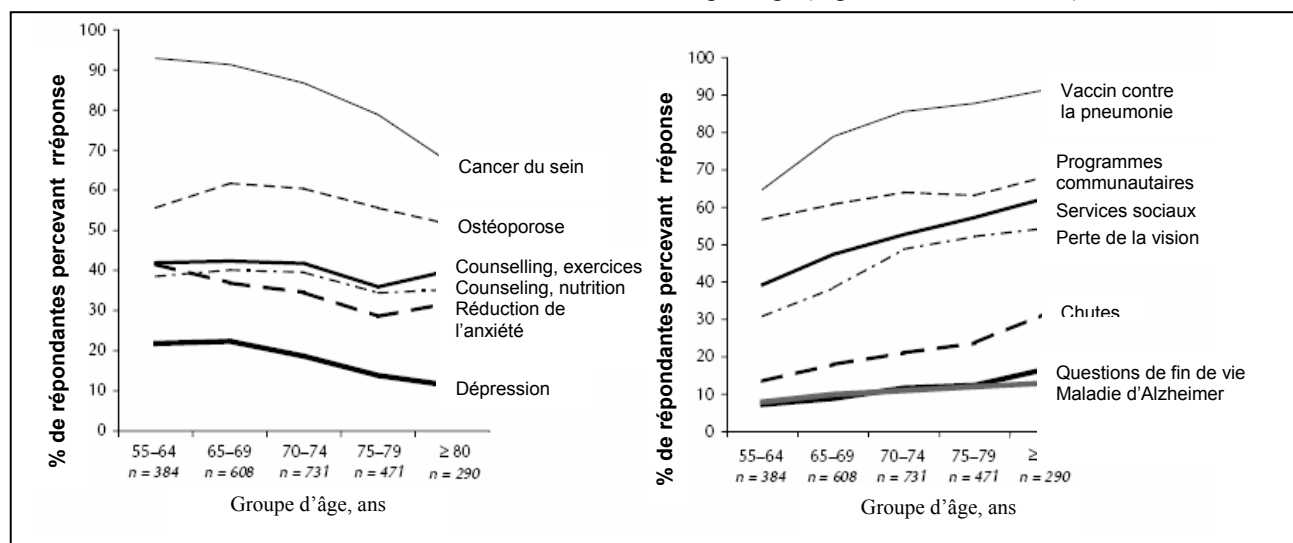


Fig. 2: Différences liées à l'âge dans la proportion de femmes percevant que leurs prestataires de soins répondaient à leurs priorités en matière de santé. Gauche : Priorités en matière de santé pour lesquelles plus de femmes dans les groupes les plus jeunes que dans les groupes les plus âgés perçoivent que l'on répond à leur priorité. Droite : Priorités en matière de santé pour lesquelles plus de femmes dans les groupes les plus âgés que dans les groupes plus jeunes perçoivent que l'on répond à leur priorité. Les proportions montrées ne sont pas ajustées. Les analyses χ^2 diffèrent significativement ($p < 0.05$) entre les groupes d'âge.

Les variations provinciales dans les proportions des répondantes qui percevaient que des soins étaient dispensés pour répondre à différentes priorités en matière de santé sont présentées dans le tableau 3. Le Québec présentait la plus grande proportion en ce qui concerne 10 des 26 priorités en matière de soins de santé. Cependant, et même si cette fréquence est plus élevée que la

fréquence attendue de 3,7, cela n'est pas tout à fait statistiquement significatif ($\chi^2 = 10,73$, 6 degrés de liberté [dl], $0,01 > p > 0,05$). Les provinces de l'Atlantique présentaient la plus petite proportion en ce qui concerne 12 des 26 priorités en matière de santé. Cette fréquence diffère significativement de la fréquence attendue de 3,7 ($\chi^2 = 18,6$, 6 dl, $p < 0,01$).

Tableau 3 : Variations provinciales dans les proportions de répondantes qui perçoivent que leurs priorités en matière de santé sont prises en charge par les prestataires de soins de santé (version abrégée)*

Priorité en matière de santé	% de répondantes percevant que l'on répond à cette priorité [†]	Rang de la province [‡]	
		% le plus élevé de répondantes percevant que l'on répond à cette priorité	% le moins élevé de répondantes percevant que l'on répond à cette priorité
Problème de santé			
Ostéoporose	47 – 66	Alberta	Provinces de l'Atlantique
Chutes	15 – 29	Québec	Colombie-Britannique
AVC	93 – 97	Québec	Colombie-Britannique
Maladie d'Alzheimer	7 – 11	Ontario	Provinces de l'Atlantique
Maladies du cœur	93 – 98	Québec	Colombie-Britannique
Fracture de la hanche	37 – 72	Alberta	Saskatchewan
Cancer du côlon	33 – 55	Manitoba	Provinces de l'Atlantique
Cancer du sein	74 – 89	Colombie-Britannique	Provinces de l'Atlantique
Diabète	71 – 86	Québec	Colombie-Britannique
Pneumonie	74 – 89	Ontario	Provinces de l'Atlantique
Problèmes fonctionnels			
Problèmes de mémoire	6 – 15	Québec	Alberta
Perte de la vision	39 – 48	Provinces de l'Atlantique	Colombie-Britannique
Perte de force musculaire	22 – 35	Québec	Provinces de l'Atlantique
Contrôle de la douleur	38 – 49	Ontario	Provinces de l'Atlantique
Incontinence urinaire	20 – 30	Saskatchewan	Manitoba
Dépression	15 – 20	Colombie-Britannique	Provinces de l'Atlantique
Facteurs contextuels			
Être informé des effets secondaires des médicaments	87 – 93	Saskatchewan	Québec
Être perçue comme une personne à part entière	79 – 86	Québec	Alberta
Passer assez de temps avec le prestataire de soins de santé	70 – 79	Saskatchewan	Colombie-Britannique
Être informée de quoi attendre du vieillissement normal	30 – 42	Québec	Provinces de l'Atlantique
Counselling en nutrition	31 – 42	Ontario	Colombie-Britannique
Répondre aux anxiétés	30 – 46	Québec	Provinces de l'Atlantique
Counselling à propos des ressources en service social	43 – 62	Québec	Provinces de l'Atlantique
Soins de fin de vie	6 – 13	Colombie-Britannique	Provinces de l'Atlantique
Counselling à propos des exercices physiques	36 – 45	Manitoba	Saskatchewan
Counselling à propos des programmes communautaires	55 – 74	Colombie-Britannique	Québec

* Des données pour chacune des provinces apparaissent dans la version intégrale de ce tableau disponible en ligne (www.cmaj.ca/cgi/content/full/173/2/153/DC1).

[†] Ces données constituent des estimés bruts et ne sont pas ajustées en fonction des caractéristiques des répondantes puisqu'il n'y a pas de différence significative dans l'âge moyen ou l'état de santé physique et mentale des répondantes entre les provinces.

[‡] La distribution des provinces ne diffère pas significativement parmi celles occupant le premier rang en ce qui concerne la plus forte proportion de répondantes percevant que l'on répond à une priorité donnée. Par contre, la distribution des provinces varie significativement ($p < 0,001$) parmi celles occupant le dernier rang en ce qui concerne la plus faible proportion de répondantes avec une telle perception. Note = Les provinces de l'Atlantique incluent l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick ainsi que Terre-Neuve et Labrador.

Interprétation

Les résultats de cette grande enquête nationale suggèrent que les priorités des femmes âgées en matière de santé comprennent un large éventail de préoccupations de nature physique, fonctionnelle et psychosociale au sujet du vieillissement. Les priorités des répondantes demeurent relativement constantes aussi bien dans les premières années suivant la ménopause que plus tard. La perception que des soins sont dispensés pour répondre à ces priorités varie en fonction de chaque priorité, de l'âge des répondantes, dans une moindre mesure, et possiblement de la province de résidence. Cependant, pour la plupart, les femmes considérant qu'un problème de santé donné représente une grande préoccupation ou revêt une grande importance sont plus susceptibles que celles considérant que ce même problème n'est pas une grande préoccupation ou ne revêt pas une grande importance de percevoir que des soins sont dispensés pour répondre au problème donné.

Ces résultats doivent être interprétés à la lumière d'importantes limites. La première est le taux de réponse relativement bas. Seulement 52% des femmes à qui le questionnaire a été envoyé l'ont complété et retourné. Bien que ce taux de réponse soit compatible avec les taux obtenus dans le cadre d'autres enquêtes sur la santé auprès de personnes âgées où le questionnaire a été posté^{20,21}, un biais dans la sélection apparaît nécessairement : les répondantes de l'enquête WOW âgées de 65 ans et plus sont plus éduquées et sont légèrement en meilleure santé que la Canadienne moyenne dans le même groupe d'âge. De plus, un biais d'échantillonnage résulte de la base d'échantillonnage des répondants aux enquêtes de Postes Canada. Ces répondantes ne représentent que 15%–18% de la population. Les priorités et les perceptions peuvent raisonnablement être différentes pour des femmes moins éduquées ou plus malades, pas intéressées à répondre à une enquête ou incapables de le faire, ou encore pour les femmes alitées ou vivant en institution. Une deuxième limite provient du fait qu'un biais de mémoire peut avoir mené à une sous-estimation des perceptions des soins reçus, particulièrement parce que l'option de réponse «Je ne me souviens pas» n'était pas offerte. Les troubles cognitifs n'ont pas été mesurés chez les répondantes, bien qu'il soit improbable que des femmes atteintes de ces troubles aient été en mesure de compléter et de retourner le questionnaire. Même parmi les gens dont les fonctions cognitives sont intactes, d'importantes différences existent souvent entre les soins conseillés ou administrés et les soins effectivement reçus ou dont la personne se souvient.^{22,23} En outre, certaines stratégies cliniques de dépistage, comme l'observation de la démarche et de l'équilibre durant l'évaluation des risques de chutes ou les tests de mémoire informels, ne sont peut-être pas appréciées à leur juste mesure par les femmes âgées.

Les baisses de fréquence observées dans les groupes plus âgés pour certaines priorités en matière de santé peuvent peut-être être attribuées à des changements de priorités faisant partie du processus normal de vieillissement des femmes ou à des tendances séculières dans les priorités plus prévalentes chez les membres de la génération plus jeune des «baby-boomers». Les différences dans la perception des soins entre les groupes d'âge sont peut-être attribuables, quant à elle, à des différences de rappel entre les répondantes les plus jeunes et les plus âgées. De réelles variations dans les soins constituent une autre possibilité. De faibles, mais uniformes, taux de rappel au sujet de l'attention portée à la priorité de prévention des pertes de la mémoire peuvent être le résultat de recommandations aux médecins manquant de clarté quant aux avantages du dépistage des troubles cognitifs chez les personnes âgées sans diminutions fonctionnelles.²⁴ En dépit des lignes directrices pour leur dépistage, les problèmes de mémoire sont classés au premier rang des priorités en matière de santé par les femmes de tous les âges. Le dépistage pourrait être reconsidéré dans le dessein de réassurer les femmes âgées quand les troubles cognitifs sont inexistantes.

Les variations provinciales dans les perceptions de la prestation des soins de santé doivent aussi être interprétées prudemment. L'enquête WOW n'a pas été conçue pour mesurer a priori les perceptions dans différentes provinces. Néanmoins, pour un nombre statistiquement significatif de priorités en matière de santé, les provinces de l'Atlantique occupent le dernier rang en ce qui concerne la proportion de répondantes qui perçoivent que des soins sont dispensés pour répondre à ces priorités. Les résultats de notre enquête peuvent être utilisés pour inciter à étudier si les perceptions reflètent des déficiences réelles dans les soins dispensés pour répondre à ces priorités dans les provinces de l'Atlantique comparativement aux autres provinces canadiennes.

Les conclusions quant à une pratique centrée sur le patient de soins dispensés en accord avec la majorité des priorités des femmes doivent être examinées à la lumière de la nature transversale de la présente enquête. Par exemple, les femmes qui rapportent être grandement préoccupées par l'ostéoporose sont 2,6 fois plus susceptibles que celles qui ne s'en préoccupent pas beaucoup de percevoir que leur médecin leur ont fait subir les tests de dépistage pour cette affection. Est-ce que les femmes expriment d'abord leur inquiétude face à l'ostéoporose et sont ensuite envoyées par leur médecin pour un test de la densité osseuse, ou est-ce que l'importance de prévenir et de traiter l'ostéoporose est reconnue par les femmes seulement après avoir reçu les tests de dépistage? La première option présuppose que les femmes ont le pouvoir d'influencer la direction empruntée par les programmes de santé et que la transmission de connaissances aux femmes âgées peut

mener à une amélioration du taux de dépistage pour certaines affections. La deuxième option suggère que les médecins devraient continuer à faire l'objet de campagne d'éducation à propos de l'importance de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie auprès de leurs patientes âgées.

En conclusion, les femmes âgées ont beaucoup de priorités en matière de santé, et si leur perception est correcte, il apparaît que les prestataires de soins de santé répondent à beaucoup, mais pas à toutes, leurs préoccupations en matière de santé. Plus de travaux sont nécessaires pour étudier si le fait de répondre aux priorités des femmes âgées en matière de santé résulte en une amélioration mesurable de leur état de santé.

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

De la division de gériatrie du Département de médecine, Faculté de médecine (Tannenbaum), et de la Faculté des sciences infirmières (Ducharme), Université de Montréal; et du Département d'épidémiologie clinique et de biostatistiques, Université McGill, Montréal, Québec. (Mayo)

Intérêts concurrents : Aucun n'a été déclaré.

Contribution : Cara Tannenbaum a conceptualisé le projet, développé le questionnaire, dirigé l'étude, analysé les résultats et rédigé le manuscrit. Nancy Mayo a développé la méthodologie, dirigé les analyses et révisé le manuscrit original. Francine Ducharme a participé au développement du protocole et du cadre théorique de l'étude, et a également révisé la version finale du manuscrit. Cette dernière a reçu l'approbation de tous les auteurs avant publication.

Remerciements : La présente étude bénéficiait d'une subvention de fonctionnement des Instituts de recherche en santé du Canada. Cara Tannenbaum est chercheuse-boursière junior du Fonds de la recherche en santé (FRSQ). Nancy Mayo et Francine Ducharme sont chercheuses-boursières senior du FRSQ.

Références

1. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002;288:2469-75.
2. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. *Am J Med* 2004;116:179-85.
3. Stewart M, Brown J, Weston W, McWinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient-centred medicine: transforming the clinical method*. London: Sage; 1995.
4. Phelan EA, Anderson LA, LaCroix AZ, Larson EB. Older adults' views of "successful aging" — How do they compare with researchers' definitions? *J Am Geriatr Soc* 2004;52:211-6.
5. Tannenbaum CB, Nasmith L, Mayo N. Understanding older women's health care concerns: a qualitative study. *J Women Aging* 2003;15:103-16.
6. Tannenbaum C, Mayo N. Women's health priorities and perceptions of care: a survey to identify opportunities for improving preventative health care delivery for older women. *Age Ageing* 2003;32:626-35.
7. World Health Organization. *International classification of functioning, disability and health. Beginner's guide*. Geneva: The Organization; 2002.

8. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *The Canadian guide to clinical preventive health care*. Ottawa: Canada Communication Group-Publishing; 1994. Cat no H21-117/1994E.

9. US Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.

10. Goldberg TH, Chavin SI. Preventive medicine and screening in older adults. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:344-54.

11. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996;34:220-33.

12. Hopman WM, Towheed T, Anastassiades T, Tenenhouse A, Poliquin S, Berger C, et al; Canadian Multicentre Ostéoporose Study Research Group. Canadian normative data for the SF-36 health survey. *CMAJ* 2000;163(3): 265-71.

13. Profile by age and sex for Canada, provinces, and territories, 2001 census. Ottawa: Statistics Canada. Cat no 95F0486XCB01000.

14. Marital status by age and sex group for Canada, provinces, and territories, 2001 census. Ottawa: Statistics Canada. Cat no 95F0407XCB01004

15. Living arrangements, age groups and sex for private households in Canada, provinces, and territories, 2001 census. Ottawa: Statistics Canada. Cat no 95F0315XCB01004.

16. Highest educational attainment, diplomas and certificates by age group and sex for population 15 years and older, for Canada, provinces, and territories, 2001 census. Ottawa: Statistics Canada. Cat no 95F0419XCB01005.

17. Income by age group and sex for population 15 years and older, for Canada, provinces, and territories, 2001 census. Ottawa: Statistics Canada. Cat no 95F0431XCB01005.

18. Canadian Institute for Health Information. *Health indicators*. Ottawa: The Institute; 2002. Cat no 82-221-XIE.

19. Laurier C, Moride Y, Kennedy WA. Health survey data on potentially inappropriate geriatric drug use. *Ann Pharmacother* 2002;36:404-9.

20. Picavet HS. National health surveys by mail or home interview: effects on response. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:408-13.

21. Mallinson S. The Short-Form 36 and older people: some problems encountered when using postal administration. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:324-8.

22. Madlensky L, McLaughlin J, Goel V. A comparison of self-reported colorectal cancer screening with medical records. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2003;12:656-9.

23. Beaulieu MD, Beland F, Roy D, Falardeau M, Hebert G. Factors determining compliance with screening mammography. *CMAJ* 1996;154(9):1335-43.

24. Patterson CJ, Gass DA. Screening for cognitive impairment and dementia in the elderly. *Can J Neurol Sci* 2001;28:S42-51.

Pour toute correspondance :

Dr Cara Tannenbaum, Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 4565, chemin Queen Mary, Montréal (QC) H3W 1W5; télécopie : (514) 340-3530; cara.tannenbaum@umontreal.ca