



Santé et besoins en soins des personnes âgées : différences liées au genre



Rev Med Suisse 2010; 6: 1458-60

**N. Doser Joz-Roland
S. Monod-Zorzi**

Drs Nicole Doser Joz-Roland
et Stéphanie Monod-Zorzi
Service de gériatrie et réadaptation
gériatrique – CUTR Sylvana
Département de médecine
CHUV, 1066 Epalinges
Nicole.Doser@chuv.ch

Health status and care giving needs in the elderly: gender related differences

The health status and need for care differ depending on the gender. The most notable differences are life expectancy, life expectancy in good health and the prevalence of geriatric syndromes or chronic illnesses.

Some social health determinants (social isolation or financial precariousness) seem to act as risk factors for vulnerability, mostly amongst old or very old women.

Through some examples of differences between men and women in terms of health and caregiving needs, this article tries to heighten the awareness of health professionals to a gender based approach of the elderly patient in order to promote the best possible equity in healthcare.

La santé et les besoins en soins des personnes âgées diffèrent selon le genre. On retrouve en particulier des différences en termes d'espérance de vie, d'espérance de vie en santé, de comportement de santé, de prévalences de certains syndromes gériatriques ou de pathologies chroniques. Certains déterminants sociaux de la santé, tels que l'isolement social et la précarité financière, apparaissent également comme des facteurs de risque de vulnérabilité touchant plus particulièrement les femmes âgées à très âgées. Cet article tente de sensibiliser les professionnels de la santé à une approche différenciée de la prise en charge des hommes et des femmes âgés, afin de promouvoir la meilleure équité de soins possible.

INTRODUCTION

En 2005, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mis en place un modèle de l'égalité des chances, où le genre figure comme un des déterminants structurels (figure 1).^{1,2} Le genre agissant de manière synergique avec d'autres déterminants comme le niveau social, la migration, le handicap ou l'âge.

Basé sur ces recommandations, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a publié un rapport d'approfondissement sur le genre et la santé en définissant trois thèmes principaux, dont le vieillissement en santé et le besoin de soins.²

Cet article reprend les différents éléments démographiques, socio-économiques ainsi que les facteurs influençant l'état de santé, afin de mieux déterminer la vulnérabilité liée à l'âge et au genre.

RAPPELS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

En l'an 2008, l'espérance de vie à la naissance était de 79,79 ans pour les hommes et de 84,4 ans pour les femmes (tableau 1).³ L'augmentation de l'espérance de vie ces 50 dernières années (aussi bien chez les hommes que chez les femmes) est à attribuer surtout à une diminution de la mortalité des plus de 65 ans.² La différence moyenne en années d'espérance de vie entre hommes et femmes était d'environ sept ans dans les années 1988/1993 et est inférieur à cinq ans en 2008.^{3,4} Le déclin de cette différence est expliqué par une meilleure prise en charge des maladies cardiovasculaires (surtout chez les hommes), par une diminution de la proportion d'hommes avec un cancer du poumon et par l'augmentation des cancers pulmonaires chez les femmes.^{1,2,5}

En Suisse, on note aussi des différences régionales dans l'écart de l'espérance de vie selon les sexes.²

ÉTAT DE SANTÉ HOMMES/FEMMES: QUELLES DIFFÉRENCES?

Les facteurs déterminant l'état de santé dans l'âge avancé décrits sont essentiellement le mode de vie antérieur, la biographie de la santé, les stratégies adoptées par rapport à la santé, les recours aux prestations médicales, les facteurs sociodémographiques et économiques ainsi que les facteurs sociocultu-



Variété des points de départ-investissements «santé»

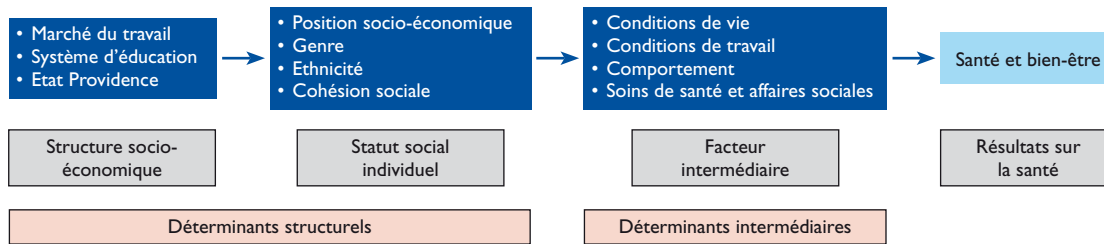


Figure 1. Modèle de l'Organisation mondiale de la santé de l'égalité des chances

(Source WHO 2005).

Tableau 1. Espérance de vie, santé et besoins de soins: quelques différences liées au genre

	Femmes	Hommes
Espérance de vie à la naissance en 2008²	84,4 ans	79,7 ans
Nombre d'années de dépendance fonctionnelle (moyenne)³	7,5 années	6,2 années
Pathologies et syndromes gériatriques plus fréquents	<ul style="list-style-type: none"> • Arthrose¹¹ • Incontinence urinaire¹² • Ostéoporose/fractures ostéoporotiques¹¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Maladies cardiovasculaires¹¹ • Cancer du poumon et ORL¹¹
Adaptation au handicap⁷	Plutôt meilleure	Plutôt moins bonne
Pourcentage d'institutionnalisation⁴		
• > 65 ans	10,6%	5,3%
• > 85 ans	36,9%	21,5%

DIFFÉRENCES DANS LES FACTEURS ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX

Certains déterminants sociaux de la santé méritent une attention particulière dans cette analyse de l'influence du genre sur la santé et le besoin de soins des personnes âgées. Une corrélation entre le fait de vivre seul, d'avoir un bas niveau socio-économique et un niveau de formation bas avec une espérance de vie diminuée est retrouvée.²

L'isolement social et la précarité financière sont deux facteurs de risque de vulnérabilité qui touchent plus particulièrement les femmes âgées à très âgées.⁸ Entre 85 et 89 ans, 87% des femmes et seulement 42% des hommes vivent seuls, le plus souvent suite à un veuvage.⁴ L'âge moyen de veuvage est en moyenne de 70 ans pour les femmes et de 73 ans pour les hommes.⁴ On retrouve également des inégalités financières entre femmes et hommes au grand âge. A 80 ans, 25% des femmes ont un revenu inférieur à CHF 2000.-/mois (vs 7% des hommes). La grande majorité de ces femmes très âgées n'ont en particulier jamais bénéficié du deuxième pilier entré en vigueur en 1980.^{9,10}

En raison de différents facteurs sociodémographiques et médicaux, dont ceux décrits précédemment, la fréquence de l'institutionnalisation diffère selon le genre (tableau 1). Les hommes, qui vivent plus fréquemment en ménage au grand âge (souvent avec des femmes plus jeunes), peuvent en général encore bénéficier de l'aide de leur épouse lorsque leur état de santé se dégrade. A l'inverse, les femmes âgées, qui vivent plutôt seules, ne peuvent souvent plus bénéficier de l'aide de leur conjoint et lorsque la dépendance fonctionnelle survient, le maintien à domicile devient rapidement difficile.² Ainsi, en 2000, en Suisse, on estimait que 10,6% des femmes de plus de 65 ans vivaient en institution, alors que seuls 5,3% des hommes vivaient en milieu de long séjour.² Ces différences tendent à s'accroître avec l'avancée en âge. Chez les plus de 85 ans, 36,9% des femmes versus 21,5% des hommes vivent en institution.^{9,10}

CONCLUSION

Les spécificités des hommes et des femmes âgés par rapport à leur santé et par rapport aux déterminants sociaux de la santé devraient conduire les soignants à appréhender la prise en charge des personnes âgées de ma-

rels.² Globalement, les femmes se comportent plus sagement que les hommes jusqu'à 70 ans, âge auquel cette différence disparaît.² Les femmes jeunes ont plus souvent recours aux prestations médicales, et ce plus précocement. Par contre, parmi les plus de 65 ans, les femmes semblent plus souvent sous-traitées en ce qui concerne les examens de dépistage (mesure du cholestérol, taux de glycémie, contrôle de l'ouïe, vaccin contre les pneumocoques, sang dans les selles, par exemple).⁶

Les hommes présentent en général un comportement de santé plus risqué (par exemple: consommation de tabac, d'alcool et accidents) qui est transmis par la société et la culture. Un idéal de masculinité marqué (force, endurance, puissance, bonne condition physique) peut mener à des difficultés d'adaptation et des atteintes à la santé physique plus importantes lors de l'avancée en âge.⁷

Finalement, avec l'augmentation de l'espérance de vie, on note aussi une augmentation des années de vie sans handicap. En 1997/1999, on évalue que celle-ci est de 70,3 années chez l'homme et de 75 ans chez la femme. C'est-à-dire environ 6,2 années en dépendance chez l'homme et 7,5 chez la femme (tableau 1).⁴

Les données épidémiologiques montrent des spécificités des pathologies des seniors en fonction du genre (tableau 1).



nière différenciée selon le genre, afin de promouvoir la meilleure équité de soins possibles. Ainsi, certains syndromes gériatriques sont plus fréquents chez les femmes (arthrose, incontinence urinaire, ostéoporose) et d'autres maladies plus fréquentes chez les hommes (maladies cardiovasculaires et cancers du poumon). Ces notions sont importantes lors de la prise en charge des patients âgés.

Ces différentes constatations ont permis à l'OFSP d'élaborer des recommandations au niveau de la prévention et de la promotion de la santé, par exemple : chez les hommes, prévenir le tabagisme et l'alcoolisme et proposer des conseils de régimes alimentaires ; chez les femmes, encourager à une activité physique régulière. Ensuite, sur un deuxième plan, informer et sensibiliser les professionnels de la santé aux facteurs de risque spécifiques au genre (**tableau 1**) et aux comportements de santé différents (par exemple : pour les examens de dépistage) dans le cadre de la formation postgraduée et de la formation continue.² ■

Remerciements

Au Pr Büla, Service de gériatrie et réadaptation gériatrique du CHUV pour sa relecture.

Implications pratiques

- > Ne pas oublier la prévention chez les personnes âgées :
 - chez les hommes prévenir le tabagisme et l'alcoolisme et proposer des conseils de régimes alimentaires
 - chez les femmes encourager à une activité physique régulière
- > Ne pas oublier de faire une bonne anamnèse sociale :
 - les hommes veufs ou célibataires et les femmes divorcées sont plus précaires face à leur santé
 - les personnes âgées à bas revenus et à niveau d'éducation bas sont plus précaires face à leur santé
- > Ne pas oublier que les maladies cardiovasculaires sont la cause de mortalité la plus importante chez les hommes et les femmes
- > Ne pas oublier les examens de dépistage chez la femme âgée

Bibliographie

- 1 OMS 2005. www.who.int/social_determinants/country_action/Country%20Work%20Valentine%20AFRO%20v3.pdf. Accédé au site, mai 2010.
- 2 ** Office fédéral de la santé publique. Rapport d'approfondissement Genre et Santé. Bâle, 2008.
- 3 Office fédéral des statistiques, OFS. www.bfs.admin.ch. Accédé au site, mai 2010.
- 4 * Höpflinger F, Hugentobler V. Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Chêne-Bourg: Editions Médecine & Hygiène, 2006.
- 5 Stramba-Badiale M. Women and research on cardiovascular diseases in Europe: A report from the European heart health strategy (EuroHeart) project. Eur Heart J, ahead of print April 20, 2010;doi:10.1093/eurheartj/ehq094.
- 6 Blozik E, Meyer K, Simmet A, et al. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Arbeitsdokument 2001: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel, 2007.
- 7 Thiele A. Männer, Maskulinität und psychische Adaptation im Kontext körperlicher Altersveränderung. Jenseits des Zenits. Berne: Paul Haupt, 2000.
- 8 Monod S, Sautebin A. Vieillir et devenir vulnérable. Rev Med Suisse 2009;5:2353-7.
- 9 Lalive d'Epinay C, Bickel JF, Spini D. Présentation de SWILSO-O, une étude longitudinale suisse sur le grand âge: l'exemple de la dynamique de la santé fonctionnelle. L'Année Gérontologique. Auzeville-Tolosane: Editions Serdi 2001,15;78-96.
- 10 * Lalive d'Epinay C. Documentation du 3^e colloque du réseau de recherche Gender Health 29 juin 2005. Site Internet: Centre interfacultaire de Gérontologie, Université de Genève: <http://cig.unige.ch>
- 11 ** Paccaud F. Vieillesse: éléments pour une politique de santé publique. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive et Service de la santé publique du canton de Vaud, 2006.
- 12 Tennstedt SL, et al. Prevalence and risk factors for urine leakage in a racially and ethnically diverse population of adults The Boston area community health (BACH) survey. Am J Epidemiol 2008;167:390-9.

* à lire

** à lire absolument