Louise GUYON

Chercheure , Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

(novembre 1996)

“La santé physique”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel : jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de : "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web : <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web : <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

"La santé physique".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Louise Guyon, **DER-RIÈRE LES APPARENCES. Santé et conditions de vie des femmes**. Chapitre 3, pp. 37-66. Avec la collaboration de Claire Robitaille, May Clarkson et Claudette Lavallée. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1996, 384 pp.

[Au nom de l'Éditeur du Québec, Publications Québec, Mme Cynthia Lachance, responsable de la gestion des droits d'auteur, nous a donné le 17 octobre 2006 la permission de diffuser ce livre, en texte intégral, dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : cynthia.lachance@mrci.gouv.qc.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte : Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 21 juillet 2007 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

“La santé physique”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Louise Guyon, **DERRIÈRE LES APPARENCES. Santé et conditions de vie des femmes**. Chapitre 3, pp. 37-66. Avec la collaboration de Claire Robitaille, May Clarkson et Claudette Lavallée. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1996, 384 pp.

Table des matières

[Introduction](#)

[Une mortalité de plus en plus tardive](#)

[La perception de l'état de santé](#)

[Les problèmes de santé déclarés](#)

[La limitation des activités, l'autonomie fonctionnelle et l'incapacité](#)

[La santé cardio-vasculaire](#)

[Les blessures et les traumatismes](#)

[Les « maladies de femmes »](#)

[Faits saillants](#)

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

“La santé physique”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Louise Guyon, **DER-RIÈRE LES APPARENCES. Santé et conditions de vie des femmes**. Chapitre 3, pp. 37-66. Avec la collaboration de Claire Robitaille, May Clarkson et Claudette Lavallée. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1996, 384 pp.

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Avec l'état de santé, on aborde un champ d'analyse plus complexe puisque les définitions de la santé et de la maladie sont culturellement déterminées, en ce sens qu'elles varient selon la culture et le milieu social d'où elles émanent. Elles varient aussi dans le temps, influencées par les courants sociaux et les idéologies qui les sous-tendent (Friedson, 1984 ; Conrad, 1995). Entre ces deux pôles (santé et maladie), s'installe une zone nébuleuse qui variera en étendue et en direction selon les individus, les groupes ou les époques. Ce qui est vu comme pathologique chez certains sera perçu comme faisant partie de l'ordre des choses chez d'autres. L'exemple le plus récent, et peut-être le plus spectaculaire pour le propos de ce livre, est l'inclusion du syndrome prémenstruel (SPM) dans la liste des problèmes de santé mentale du DSM IV*. Écarté de justesse lors de la version précédente ¹ de ce traité international des diagnostics (DSM III-R), le SPM est désor-

¹ À cause, particulièrement, d'un manque de consensus sur la nature de ses symptômes.

mais considéré comme une pathologie arrêtée (Vines, 1993)². Et pourtant, un grand nombre de femmes qui vivent ces symptômes seraient étonnées, et même indignées, d'apprendre qu'elles sont « atteintes d'une maladie mentale ». Il en est de même pour d'autres phénomènes qui, au cours des ans, sont passés de « phénomènes sociaux ou moraux » à des catégories de pathologies d'ordre physique ou psychologique, par exemple : l'alcoolisme, l'homosexualité et même certains états associés au vieillissement.

Bref, la santé comporte à la fois des éléments objectifs et subjectifs qu'il n'est pas toujours facile de départager. Les données dont il sera fait mention dans les pages qui suivent n'échappent pas à l'arbitraire, d'autant plus qu'elles sont basées majoritairement sur les aspects quantitatifs de la santé : présence de symptômes ou de limitations d'activité, consultations de professionnels de la santé ou encore comportements préventifs. Au moment de les interpréter, il importe de se rappeler qu'elles sont la résultante, à un moment donné, d'un ensemble d'événements démographiques, sociaux et personnels qui ont modelé de façons diverses le destin des générations de femmes qui constituent le sujet de cette étude.

Il est bon de rappeler également que les sources de données comportent toutes leurs avantages et leurs aléas et que l'analyse qui en est faite doit nécessairement en tenir compte. Ainsi, les données tirées des fichiers de dispensation de soins et services (assurance-maladie, assurance-hospitalisation), ainsi que d'un fichier tel que celui des tumeurs, sont basées sur des diagnostics médicaux ne rejoignant que les personnes qui ont fait appel au système de santé. De plus, ce sont avant tout des fichiers administratifs, donc très avarés de renseignements sur les clientèles. Les données venant d'enquêtes de santé rejoignent pour leur part l'ensemble de la population et permettent d'établir les interac-

² Les personnes intéressées à poursuivre leurs recherches sur ces aspects pourront consulter la revue *Social Science and Medicine*, 41 (6), 1995

tions entre les déterminants et l'état de santé des personnes.³ Toutefois, dans ces enquêtes, la définition de la santé et de la maladie est basée sur la perception des individus plutôt que sur un diagnostic professionnel.

Avant l'entrée en scène des enquêtes de santé, ce qu'on a pu dire sur la santé des femmes au Québec provenait presque exclusivement d'études faites à partir de fichiers de dispensation de soins et services. On a beaucoup insisté sur le fait que les femmes semblaient surreprésentées pour ce qui est de la participation aux régimes de l'État (actes médicaux, hospitalisation, chirurgie, médicaments, etc.). De là à déclarer que les femmes étaient plus malades ou plus fragiles que les hommes, il n'y avait qu'un pas... qui a été franchi parfois. Toutefois, si l'on tient compte des effets de l'âge et si l'on retranche de ces statistiques les activités reliées à la reproduction, les différences s'amenuisent considérablement. Dans le cas de l'hospitalisation, ce redressement aboutit même à constater une sur-représentation masculine dans certains cas (problèmes graves de santé mentale, par exemple). Enfin, rappelons que ces statistiques ne distinguent pas les problèmes plus lourds des plus légers et ne font pas toujours la part de la demande émanant des patients et patientes et de celle suscitée par les dispensateurs de soins.

Ces constatations, mises en parallèle avec un taux de survie supérieur à celui des hommes, ont donné lieu à tout un débat qui reste très actuel aujourd'hui. Comment concilier cette apparente contradiction entre un meilleur taux de survie et un moins bon état de santé chez les femmes ? Il a été relativement facile de rejeter l'hypothèse d'une plus grande fragilité de la constitution féminine, l'augmentation obstinée de l'espérance de vie des femmes enlevant tout espoir aux tenants de cette théorie. Les écrits des analystes américaines et européennes ont proposé un faisceau d'explications : la plus grande sensibilisation des

³ Le mot interaction implique ici que ces liens se font des déterminants vers l'état de santé et vice-versa.

femmes à leur corps (attribuable à leur fonction de reproductrices), les liens qu'elles établissent avec les professionnels de la santé (pour elles et leurs proches), de même qu'une plus grande propension à se mettre dans la situation de « patientes » (propension encouragée, sinon engendrée, par la socialisation dès la petite enfance), semblent contribuer à accroître leur présence dans les cabinets de médecins et, de là, sur les tables d'opération. Car, si la demande venant des femmes explique une bonne partie des différences observées, la réponse obtenue des soignants vient achever le casse-tête. On a pu démontrer que la perception qu'ont les professionnels de leurs patientes était différente de celle qu'ils avaient de leurs patients (Broverman et Broverman, 1970 ; Renaud et al., 1979). On peut donc raisonnablement supposer que les statistiques de consommation reflètent aussi ces perceptions et que la sur-représentation des femmes dans certains types d'actes médicaux est également le reflet de cette discrimination (Guyon, Simard et Nadeau, 1981).

Les études de la dernière décennie ont attiré l'attention sur le fait que les femmes présentaient des taux plus élevés de problèmes de santé mineurs. Pour Gijsbers van Wijk et al. (1991), la perception plus sensible qu'ont les femmes des symptômes physiques pouvait expliquer les différences observées entre les hommes et les femmes à cet égard. Par ailleurs, Popay et al. (1993) suggèrent que cette prévalence de problèmes de santé mineurs serait à l'origine des taux plus élevés de problèmes affectifs chez les femmes. Mais la question reste entière sur l'origine de cette morbidité chez les femmes. Sans apporter des réponses à toutes ces questions, les enquêtes de santé offrent des éléments nouveaux en permettant de comparer la situation actuelle avec celles de 1978 et de 1987, et en indiquant les tendances qui se confirment et celles qui s'amplifient. Et, plus intéressant encore, elle permettent de vérifier si les Québécoises ont des comportements particuliers. Enfin, l'ajout d'outils de mesure propres à la santé psychologique et à l'environnement social des personnes aide à préciser les différences observées sur les plans des problèmes de santé et du recours aux professionnels.

Une mortalité de plus en plus tardive

[Retour à la table des matières](#)

Le Québec, à l'instar des autres pays occidentaux, poursuit sa course dans la prolongation des années de vie et la lutte à la mortalité. Dans une société où la mort est sans cesse repoussée, les gens risquent d'être affectés pendant de longues années par des problèmes de santé ou d'incapacité qui ne sont pas, ou peu, reliés à ceux qui les feront mourir. Cela semble particulièrement vrai pour les femmes qui, on l'a vu précédemment, vivent plus longtemps que les hommes mais dans des conditions souvent difficiles, ainsi qu'on l'a démontré au premier chapitre.⁴

Le taux de mortalité générale est plus élevé chez les hommes, quel que soit l'âge. Déjà à 10 ans, le taux de mortalité générale des garçons est le double de celui des filles ; entre 20 et 25 ans, il sera trois fois plus élevé, après quoi l'écart diminue (Duchesne, 1995).

De quoi les gens meurent-ils à l'aube du XXI^e siècle ? D'abord de maladies dégénératives, soit de maladies de l'appareil circulatoire et de cancers, puis de traumatismes et d'empoisonnements. Pour les femmes comme pour les hommes, près de trois décès sur quatre sont causés par l'une de ces grandes catégories.

La lecture du tableau 3.1 montre que les décès par maladies de l'appareil circulatoire touchent plus fortement les hommes (264 pour 100 000 en 1993) que les femmes (242 pour 100 000). Considérés comme une véritable épidémie au cours de la seconde moitié de notre

⁴ On pourra également consulter à cet effet les chapitres sur les femmes âgées et les femmes défavorisées, dans la deuxième partie de cet ouvrage.

siècle, ces décès sont en régression depuis 1970. Les maladies du cœur, qui en constituent la part la plus importante, sont en perte de vitesse, quoique cette baisse dans la mortalité se manifeste différemment selon les sous-groupes de population. Des études américaines (Sempos et al., 1988) ont indiqué que la baisse de la mortalité par maladies coronariennes était moins forte chez les femmes et les personnes défavorisées ; bien plus, l'utilisation de techniques moins agressives (less aggressive cardiac care) chez les femmes semblait reliée à un risque plus élevé de décès, de détresse cardiaque et de rechute chez elles (Young et Kahana, 1993). Les auteurs concluent que les différences dans les tendances observées rappellent douloureusement que l'étendue et l'évolution des grandes maladies révèlent un facteur social dont il faut tenir compte dans les programmes d'intervention. Au Québec, les taux standardisés* de décès par maladies coronariennes ont baissé de moitié depuis 1971. Par contre, entre 1981 et 1991, cette baisse a été moins importante chez les femmes (-24%) que chez les hommes (-32%), alors que la tendance inverse avait été observée pour la décennie 1971-1981 (-33% chez les femmes et -25% chez les hommes).

La baisse de la mortalité par maladies coronariennes s'explique en bonne partie par l'amélioration de certaines habitudes de vie —par exemple la diminution récente du tabagisme (particulièrement chez les hommes), de la consommation d'alcool et de gras animal dans l'alimentation— et par l'amélioration des techniques d'intervention auprès des personnes atteintes.

La mortalité par cancer du sein (34 pour 100 000 en 1993), qui était au premier rang chez les femmes, est maintenant dépassée par le cancer du poumon (36 pour 100 000 en 1993) ; ce taux a doublé depuis 1980 ⁵. Bien que la mortalité masculine due à cette dernière

⁵ Le cancer du poumon étant une maladie évolutive, la mortalité qui y est due reflète bien plus le tabagisme des deux dernières décennies que l'état actuel de la consommation de tabac chez les femmes. Il sera intéressant de suivre la ré-

cause soit nettement plus élevée (taux standardisé de 87 pour 100 000 en 1993), elle semble se stabiliser depuis quelques années.

La troisième grande catégorie de causes de mortalité, les accidents (traumatismes et empoisonnements), différencie nettement les femmes des hommes. Ces derniers enregistrent des taux de mortalité par accidents de véhicules à moteur et par suicide beaucoup plus élevés que leurs compagnes. Particulièrement prévalents chez les jeunes, les accidents ont connu cependant une baisse marquée entre 1981 et 1993. Cette situation est particulièrement imputable à la baisse des accidents de véhicules à moteur. Par ailleurs, la mortalité par suicide demeure quatre fois moins élevée chez les femmes (7,2 pour 100 000 contre 29).

Dans son étude sur la mortalité et le niveau socio-économique au Canada, Wilkins (1990) note des taux de décès plus élevés chez les plus défavorisés. Le cancer du poumon, les suicides, les troubles mentaux, les maladies du métabolisme autres que le diabète et les états de santé mal définis seraient particulièrement en cause dans cette surmortalité.

Le sida serait responsable de 0,9% des décès en 1993 : 45 femmes et 442 hommes sont morts de cette maladie ; il s'agit d'une hausse de 19% par rapport à 1992 et les données préliminaires laissent supposer une augmentation plus marquée en 1994 (Duchesne, 1995). Il s'agit d'une mortalité majoritairement masculine. Parmi les personnes décédées des suites du sida, la proportion des femmes est toutefois plus forte au Québec (9%) que dans les autres provinces du Canada (Duchesne, 1995).

cente diminution de cette consommation et de vérifier si elle sera suivie par une baisse de la mortalité par cancer du poumon dans quelques années, ainsi qu'on le prévoit.

Bref, les Québécoises voient accroître leur longévité, mais elles sont de plus en plus atteintes par des causes de mortalité liées à la dégénérescence, à l'environnement et à leurs habitudes de vie. Qu'en est-il de leur santé à la fin du XX^e siècle ? On verra, dans la section suivante, si les problèmes de santé dont elles souffrent sont aussi ceux qui les font mourir.

Tableau 3.1
TAUX STANDARDISÉS DE MORTALITÉ POUR CERTAINES CAUSES
 selon le sexe, Québec, 1993

CAUSE	HOMMES (taux pour 100 000)		FEMMES (taux pour 100 000)	
Toutes causes	757,2		624,9	
Appareil circulatoire	264,0		241,9	
Ensemble des tumeurs	228,2		178,8	
poumon		86,9		36,2
sein		—		34,1
Maladies respiratoires	67,5		48,9	
Accidents	71,6		28,5	
suicides		29,4		7,1
Sida	12,3		1,2	

Source : MS55, 1994.

La perception de l'état de santé

[Retour à la table des matières](#)

L'auto-évaluation de sa santé est un indicateur très révélateur de l'état de santé des personnes. Utilisée à des fins d'évaluation dans des contextes cliniques (Guyon, 1988 ; Maddox, 1973) ou en épidémiologie, cette variable est étroitement corrélée à plusieurs indicateurs socio-sanitaires. Dans l'enquête de 1987, une perception négative de sa

santé était également révélatrice d'un mauvais état de santé tant physique que psychologique (Guyon, 1988). Elle était évaluée par une question du questionnaire auto-administré (« Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général... excellente ? très bonne ? moyenne ? mauvaise ? »).

Comme c'était le cas cinq ans plus tôt, en 1992- 1993, la moitié de la population considérait que sa santé était excellente ou très bonne (figure 3.1 et **tableau 3.11**, en annexe). Les hommes étaient plus nombreux que les femmes à la juger « excellente » et cette différence est significative.

Avec l'avancement en âge, des différences vont s'accroître : les femmes de 75 ans et plus vont se déclarer en mauvaise santé plus souvent que les hommes (26% contre 21% chez les hommes du même âge) (tableau 3.12, en annexe). Ces résultats vont de pair avec l'état de santé plus détérioré des femmes, particulièrement aux âges avancés

(les indicateurs de santé physique de l'enquête de 1987 montraient une plus grande proportion de problèmes de santé chez les femmes), mais on peut également y voir la manifestation d'une plus grande sensibilité aux symptômes morbides. Cette dernière hypothèse rejoindrait les travaux des chercheuses américaines et hollandaises (travaux compilés dans Gijsbers van Wijk et al., 1991), qui suggèrent qu'une partie des différences entre les hommes et les femmes quant à la maladie peut être expliquée par une plus grande sensibilité aux symptômes, que l'on pourrait voir comme une plus grande aptitude à percevoir les sensations physiques comme des symptômes de la maladie. Autrement dit, les femmes percevraient plus rapidement les manifestations de la maladie, poseraient plus rapidement des gestes pour y remédier et seraient plus enclines à les déclarer dans les enquêtes de santé. Ceci expliquerait en bonne partie leur pourcentage plus élevé de problèmes de santé (Santé Québec, 1987), ainsi que la plus grande proportion de femmes à se déclarer en mauvaise santé.

Le niveau socio-économique va jouer sur la perception qu'on a de sa santé. En effet, on observe entre la perception de sa santé et la suffisance du revenu une relation significative sous la forme d'une gradation très nette, tant chez les hommes que chez les femmes (figure 3.2 et tableaux 3.13 et 3.14, en annexe). La proportion d'hommes et de femmes qui déclarent un état de santé « moyen » ou « mauvais » est significativement* plus élevée parmi ceux et celles qui sont pauvres ou très pauvres. Quatre fois plus de femmes « très pauvres » que de femmes riches vont se déclarer en moyenne ou mauvaise santé. Par ailleurs, lorsqu'on compare les hommes et les femmes dans une même catégorie de revenu, par exemple, les hommes très pauvres et les femmes très pauvres, on ne relève aucune différence significative. Cette observation est valable pour chacune des catégories de revenu.

Le lien entre la santé perçue et l'indice pondéral* est aussi très révélateur (figure 3.2 et tableaux 3.13 et 3.15, en annexe). On utilise ici l'indice pondéral*, qui permet de catégoriser les personnes selon le rapport entre leur poids et leur taille (on trouvera, au chapitre 6, plus

d'informations sur cette variable). Comme on pouvait s'y attendre, les personnes qui ont un poids santé vont être moins portées à se déclarer en mauvaise santé et il n'y a pas de différences entre les sexes dans cette catégorie. Par contre, les femmes chez qui l'on constate un phénomène de surpoids seront significativement plus nombreuses à juger sévèrement leur santé, contrairement aux hommes, pour qui c'est l'insuffisance de poids qui fera la différence. Les hommes associent plus facilement le bon état de santé et le poids santé (tableau 3. 15, en annexe) ; alors que pour les femmes une perception positive de la santé est associée autant au poids santé qu'à l'insuffisance de poids ; seul l'excès de poids présentera un lien significatif chez elles.

Ce dernier résultat peut être interprété de deux façons : d'un côté, on peut y retrouver une nouvelle confirmation de la plus grande sensibilité des femmes vis-à-vis un symptôme morbide (et il est reconnu maintenant que l'excès de poids est relié à plusieurs problèmes de santé). Par ailleurs, l'importance sans cesse grandissante accordée à l'image corporelle féminine en fonction de critères « idéaux » joue probablement un rôle dans l'évaluation qu'elles feront de leur poids. C'est d'ailleurs ce qui expliquerait le fait qu'il n'y a pas de différences entre celles qui ont un poids insuffisant et celles qui ont un poids santé. On trouvera des informations supplémentaires sur les questions reliées au poids corporel au chapitre 6.

figure 3.2

**PROPORTION DE PERSONNES QUI DÉCLARENT
UN ÉTAT DE SANTÉ « MOYEN OU MAUVAIS »**
selon certaines caractéristiques sociosanitaires et le sexe,
Québec, 1992-1993

Suffisance du revenu

Indice pondéral

Détresse psychologique élevée

Source : ESS 1992-1993.

Le lien entre la détresse psychologique* et la perception négative de la santé est évident : près de la moitié des femmes qui présentent un haut niveau de détresse jugent leur santé moyenne ou mauvaise, ce qui est très élevé (tableau 3.16, en annexe).

Tableau 3.2
PROPORTION DE PERSONNES QUI DÉCLARENT
UN ÉTAT DE SANTÉ « MOYEN OU MAUVAIS »
selon le niveau de revenu familial et le sexe, Québec, 1992-1993

SANTÉ PERÇUE	HOMMES		FEMMES	
	%	[I.C.]	%	[I.C.]
Très pauvre	19,9	[14,1-25,6]c	24,3	[19,1 - 29,4]b
Pauvre	16,5	[12,4 -20,6]b	18,7	[14,9 - 22,5]b
Moyen inférieur	9,9	[7,9 - 11,8]b	11,3	[9,3 - 13,4]b
Moyen supérieur	7,8	[6,3 -9,3]b	7,9	[6,3 - 9,4]b
Supérieur	6,0	[3,7 -8,3]c	5,9	[3,5 - 8,3]d
Total	9,8	[8,8 -10,9]a	11,5	[10,4 -12,6]a

Source : ESS 1992-1993.

Les problèmes de santé déclarés

[Retour à la table des matières](#)

Les Québécoises jouissent habituellement d'une bonne santé et le déclarent volontiers. Pourtant, en 1987, trois femmes sur cinq déclaraient souffrir d'au moins un problème de santé, quel que soit leur âge, et c'est à partir de l'adolescence qu'elles semblent plus atteintes que les hommes par la maladie et la détresse psychologique.

Ces résultats globaux tirés des enquêtes générales de santé sont à peu près identiques à d'autres venant de sociétés semblables à la nôtre. Ils ne sont que la façade d'une situation plus complexe qui mérite d'être étudiée sous plusieurs angles, à travers le continuum « santé-maladie-décès », mais aussi en considérant l'impact de certains facteurs associés à l'état de santé. C'est dans cette optique qu'on abordera

ici les principales causes de mortalité et de maladie, les facteurs socio-économiques reliés à la santé et les gestes posés par les femmes pour améliorer ou recouvrer leur santé.

L'enquête de 1987 comportait une série de questions sur les problèmes de santé physique affectant les femmes et les hommes. En 1992-1993, ces questions ne figurent pas au questionnaire, c'est pourquoi les résultats qui suivent sont tirés de la première enquête de Santé Québec seulement. Toutefois, comme il s'agit de phénomènes qui évoluent lentement dans le temps, on peut croire que la situation actuelle est sensiblement la même qu'en 1987.

En 1987, 60% des Québécoises interrogées par Santé Québec ont déclaré souffrir d'au moins un problème de santé, comparativement à 50% des hommes ; cette différence entre les sexes apparaît vers 15 ans et se maintient tout au cours de la vie. Elle ne peut s'expliquer par la plus grande proportion de femmes âgées, car la même différence se retrouve à tous les âges. Tout comme les hommes, les femmes souffrent d'abord d'arthrite et de rhumatisme, affections qui augmentent avec l'avancement en âge. Parmi les dix principaux problèmes de santé dans la population québécoise en 1987, neuf touchent davantage les femmes que les hommes (figure 3.3 et tableau 3.17, en annexe). Parmi ces affections, on retrouve à la fois des problèmes mineurs et des problèmes graves ; ceci infirme la théorie (citée précédemment) selon laquelle les problèmes de santé mineurs seraient particulièrement à l'origine des différences entre les hommes et les femmes quant à l'état de santé déclaré.

Il est intéressant de constater que cette liste est très différente de celle qui rapporte les principales causes de décès. Les maladies cardiaques et les accidents occupent ici les dernières places, alors que les tumeurs n'y figurent même pas. Seule l'hypertension occupe une place importante dans les deux listes et les femmes se déclarent ici beaucoup plus atteintes que les hommes. Les affections qui les touchent

plus souvent sont l'arthrite et le rhumatisme, les maux de tête et les troubles mentaux.

figure 3.3

PRÉVALENCE DES DIX PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ DÉCLARÉS

selon le sexe, Québec, 1987

Source : Émond et Guyon, 1988.

Y a-t-il des problèmes de santé en augmentation chez les femmes ? Depuis 1978-1979 (Statistique Canada, 1980), les troubles mentaux, les maladies cardiaques et les affections respiratoires aiguës semblent en croissance, alors que l'anémie et les troubles de la thyroïde, qui figuraient parmi les principaux problèmes chez les femmes il y a plus de 15 ans, semblent avoir été déclassés. Avec l'enquête sociale et de santé prévue pour 1998, Santé Québec reprendra ces questions sur les problèmes de santé, ce qui offrira l'occasion d'évaluer les tendances des dix dernières années (1987-1998). ⁶

On aura remarqué l'absence des cancers parmi les problèmes de santé prépondérants dans la population, alors qu'ils se placent au second rang des causes de décès. Le fait que le taux de survie au cancer soit encore relativement faible et que le taux d'hospitalisation chez les personnes atteintes soit assez élevé explique en bonne partie cette absence. Cela a pour conséquence que les femmes atteintes de cancer sont moins visibles dans une enquête auprès des ménages. On se rappellera que Santé Québec a recueilli ses informations auprès des personnes vivant dans des ménages privés et que ses données reflètent bien la situation qui y prévalait au moment de la collecte.

Le fichier des tumeurs du Québec indique de son côté qu'en 1992, 28 625 nouveaux cas de cancer ont été déclarés ; un peu plus d'hommes (53%) que de femmes étaient touchés. Dans la population féminine, le cancer du sein domine toujours avec 3 711 nouveaux cas déclarés (28% de l'ensemble des cancers), alors que les hommes sont principalement atteints par le cancer du poumon (3 417 cas, ou 23%). Chez les femmes, on note une forte augmentation du cancer du poumon, tant pour l'incidence* que pour la mortalité, depuis 1984 (figure 3.4 et tableau 3.18, en annexe).

⁶ Il est prévu que cette section de l'enquête sur les problèmes de santé soit reprise tous les dix ans.

La limitation des activités, l'autonomie fonctionnelle et l'incapacité

[Retour à la table des matières](#)

« L'état de santé d'une population se mesure non seulement par la prévalence de problèmes de santé, mais aussi par la capacité des individus d'exercer pleinement et de façon autonome leurs rôles sociaux et leurs activités quotidiennes. » (Wilkins, dans Santé Québec, 1995) La perte ou la limitation de l'autonomie fonctionnelle peut toucher les individus à n'importe quel moment ; cependant, c'est aussi un risque qui croît avec l'âge. Et la proportion croissante des femmes âgées dans la société québécoise en fait une question de santé particulièrement préoccupante.

Mesurer l'incapacité ou la perte d'autonomie n'est pas une chose aisée. Dans ses manifestations extrêmes comme l'alitement ou l'incapacité totale de prendre soin de soi, l'évaluation peut être relativement simple. Il n'en est pas de même pour les incapacités partielles ou légères, auxquelles on s'habitue, et qui feront tellement partie de la vie qu'on oubliera de les nommer. Le temps est un facteur clé dans ces situations : l'incapacité récente sera perçue plus sévèrement que celle qui est installée depuis longtemps et ceci va jouer dans la description qu'on en fera lors de l'enquête. Santé Québec présente trois mesures principales : le nombre annuel moyen de journées d'incapacité*, le nombre annuel moyen de journées d'alitement (ou incapacité sévère) et le niveau d'autonomie fonctionnelle limitée.

Tableau 3.3
JOURNÉES D'INCAPACITÉ, JOURNÉES D'ALITEMENT
ET AUTONOMIE FONCTIONNELLE
selon le sexe, Québec, 1987 et 1992-1993

	JOURNÉES D'INCAPACITÉ		JOURNÉES D'ALITEMENT		AUTONOMIE FONCTIONNELLE LIMITÉE	
	%	%	%	%	%	%
HOMMES	13,5	13,4	2,8	2,3	7,3	7,3
FEMMES	16,3	17,3	4,0	3,8	8,2	9,3
TOTAL	14,9	15,4	3,4	3,1	7,8	8,3

Source : Santé Québec 1987 et ESS 1992-1993.

L'ensemble des mesures utilisées montre que les femmes déclarent une plus grande incapacité et une plus grande perte de fonctionnalité que les hommes, et ceci se retrouve à tous les âges, sauf chez les personnes de 75 ans et plus, où les hommes déclarent davantage une incapacité sévère ou moyenne. Par ailleurs, on ne note pas de différence significative entre la situation de 1987 et celle de 1992-1993, malgré

une augmentation des problèmes cités précédemment chez les femmes (tableau 3.3).

Tableau 3.4
MOYENNES ANNUELLES DES JOURNÉES D'INCAPACITÉ
selon la suffisance du revenu et le sexe, Québec, 1992-1993

SUFFISANCE DU REVENU	INCAPACITÉ SÉVÈRE		INCAPACITÉ MODÉRÉE		INCAPACITÉ LÉGÈRE		INCAPACITÉ TOTALE	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Très pauvre	4,5	6,4	12,3	7,1	11,3	13,4	28,0	26,9
Pauvre	3,0	4,2	8,8	3,8	6,4	10,2	18,2	18,4
Moyen inférieur	2,3	3,6	6,2	6,4	5,1	8,1	13,6	18,1
Moyen supérieur	2,1	3,4	4,9	5,0	4,3	6,7	11,3	15,1
Supérieur	1,3	3,4	3,1	5,1	3,6	5,5	8,0	14,0

Source : ESS 1992-1993.

Comme pour l'ensemble des indicateurs de santé, l'incapacité varie considérablement selon le niveau de revenu. Par exemple, le nombre moyen de journées d'incapacité passe du simple au double entre les plus riches et les plus pauvres (tableau 3.4). Ces derniers déclarent 27 jours par an d'incapacité (dont 6 en alitement), alors que les riches totalisent 11 journées d'incapacité (dont 2 au lit). Chez les pauvres et les très pauvres, il n'y a pas de différence entre les sexes, contrairement aux plus riches, chez qui les femmes présentent des nombres moyens de journées d'incapacité beaucoup plus élevés que les hommes. Ces résultats laissent supposer un effet de l'âge : l'espérance de vie des groupes défavorisés étant plus faible, il est possible qu'on assiste à un nivellement entre les hommes et les femmes. À l'inverse, dans les classes plus aisées, la plus grande proportion de femmes âgées expliquerait en bonne partie les taux d'incapacité plus élevés. Ces résultats viendraient confirmer l'hypothèse d'un vieillissement prématuré chez les femmes des classes défavorisées, particulièrement entre 45 et 64

ans, qui avait été avancée par Colin et al. (1989) à partir de l'indice de santé globale* de Santé Québec 1987. La scolarité présente des associations qui vont dans le même sens, mais de façon moins prononcée.

Ces incapacités, ces limitations ont des causes. En premier lieu, des problèmes ostéo-articulaires (27%), puis des problèmes cardiovasculaires ou respiratoires (13% chacun) et, enfin, des traumatismes (7%) et des problèmes d'ordre mental (6%). Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes sur ce plan.

Tableau 3.5
TAUX D'HÉBERGEMENT EN CENTRE DE SOINS
DE LONGUE DURÉE
 selon le sexe, population de 65 ans et plus,
 Québec, 1987 et 1992-1993

ÂGE	HOMMES	FEMMES
65-74 ans		
1987	2,1	2,1
1992-1 993	1,7	1,7
écart	-0,4	-0,4
75 ans et plus		
1987	10,7	16,3
1992-1 993	8,5	13,6
écart	-2,1	-2,7

Source : Rochon et Lafontaine, 1994.

L'hébergement en institution de longue durée apporte une autre information sur cette problématique (tableau 3.5). Bien que dépendant de l'organisation des services et des fluctuations causées par les réorganisations structurelles, cet indicateur donne une assez bonne appréciation de la gravité des incapacités. Le tableau 3.5 présente l'évolution des taux d'hébergement entre 1987 et 1992-1993. On pourra se

surprendre de constater une baisse dans l'hébergement à long terme, alors que la population vieillit. La diminution peut s'expliquer à la fois par une meilleure évaluation des personnes, par l'utilisation de ressources alternatives pour l'hébergement, ou encore par une plus grande prise en charge des personnes âgées par les familles. Par ailleurs, on peut s'interroger sur la baisse plus importante chez les plus âgés, particulièrement chez les femmes (2,7%), compte tenu de l'accroissement démographique de ce groupe.

La santé cardio-vasculaire

[Retour à la table des matières](#)

En 1990, Santé Québec menait une enquête sur la santé cardio-vasculaire des Québécoises et des Québécois âgés de 18 à 74 ans. Cette enquête a recueilli de l'information sur les facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires (antécédents familiaux, états morbides —ex. : hypercholestérolémie — et comportements à risque — ex. : tabagisme) sur les antécédents personnels (maladies cardiaques, cérébrovasculaires ou des vaisseaux périphériques), sur les connaissances ainsi que sur le recours aux services et aux traitements pour des problèmes cardiovasculaires (Santé Québec, 1994).

Dans l'ensemble, les Québécoises sont presque aussi nombreuses que les Québécois à présenter des états morbides. L'étude montre toutefois que, chez les femmes, ces facteurs de risque augmentent avec l'avancement en âge (tableau 3.14). Les prévalences sont nettement plus élevées à partir de 65 ans, surtout pour l'obésité abdominale*, l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle.

L'obésité abdominale représente le facteur de risque le plus fréquent, puisque plus du tiers des Québécoises de 18 à 74 ans présentent un

rapport tour de taille/tour de hanches élevé ; entre 65 et 74 ans, trois femmes sur cinq sont dans cette situation. L'hypercholestérolémie est également marquée dans ce dernier groupe d'âge : une femme sur deux présente un niveau de cholestérol total élevé. (La prévalence de ce problème est deux fois moins élevée chez les hommes du groupe d'âge correspondant.) Ce sont également les femmes de 65 à 74 ans qui présentent la plus haute prévalence d'hypertension, ce qui est le cas de 38% d'entre elles.

Tableau 3.6
FACTEURS DE RISQUE LIÉS À CERTAINS ÉTATS MORBIDES
CHEZ LES FEMMES
selon l'âge, Québec, 1990

FACTEURS DE RISQUE	18-34 ANS %	35-64 ANS %	65-74 ANS %	TOTAL %
Obésité abdominale (RTH $\geq$ 0,8)	18,2 ¹	39,2 ¹	60,7 ¹	33,6
Hypercholestérolémie (CHOL total $\geq$ 6,2mmol/L)	4,9 ¹	20,7 ¹	50,5 ¹	17,7 ¹
Obésité pondérale (IMC $\geq$ 230)	6,8 ^{1,2}	16,1	19,0 ²	12,9
HTA (Diastolique $\geq$ 90 mm Hg ou soustraction)	1,6	16,3 ¹	37,8 ¹	12,8
Diabète déclaré	3,8 ¹	4,7	12,11	5,1
1,2 Les pourcentages accompagnés du même exposant sont significativement différents entre les groupes d'âge, pour des intervalles de confiance à 95%.				
Source : Santé Québec, Daveluy et al., 1994.				

L'enquête renseigne également sur la connaissance qu'ont les Québécoises de leur propre condition. Fait à noter, la proportion qui ignore son état est de 30% chez les femmes hypertendues de 35 à 64 ans. En

outre, parmi les femmes ayant un taux élevé de cholestérol, 62% l'ont appris lors de l'enquête.

Tableau 3.7
FACTEURS DE RISQUE LIÉS À DES COMPORTEMENTS
CHEZ LES FEMMES ÂGÉES DE 18 À 74 ANS
selon l'âge, Québec, 1990

COMPORTEMENTS	18-34 ANS	35-64 ANS	65-74 ANS	TOTAL
	%	%	%	%
Sédentarité	36,5	39,2	34,7	37,7
Tabagisme	37,9 ¹	30,1 ²	11,5 ^{1, 2}	31,2
Consommation de sel	15,2 ¹	13,2	7,1 ¹	13,4
Alcool $\geq$ 20 cons./sem.	0,3	0,6	0,0	0,5
1,2. Les pourcentages accompagnés du même exposant sont significativement différents entre les groupes d'âge, pour des intervalles de confiance à 95%. Source : Santé Québec, Daveluy et al., 1994.				

Contrairement aux états morbides, les facteurs de risque liés aux comportements ne présentent pas d'augmentation avec l'avancement en âge (tableau 3.7). Près de 40% des femmes sont sédentaires, c'est-à-dire qu'elles pratiquent des loisirs comportant une activité physique (de 20 à 30 minutes par séance) moins de deux fois par semaine. Une Québécoise sur trois est une fumeuse régulière, ce qui constitue le second facteur le plus fréquent ; le niveau le plus élevé se situe parmi les femmes de 18 à 34 ans et l'on observe une diminution régulière à mesure que l'âge augmente. Dans ce dernier cas, on peut penser qu'un phénomène de génération entre en ligne de compte, c'est-à-dire que les générations les plus jeunes présentent un tabagisme plus élevé et que leurs taux de consommation de tabac seront plus élevés que ceux des aînées, à tous les âges.

Pour l'ensemble des variables étudiées, ce sont les femmes ayant une faible scolarité qui sont plus nombreuses à rapporter des états morbides et des comportements à risque. L'enquête révèle également que 9% des femmes et 7% des hommes déclarent des symptômes d'angine de poitrine, probable ou possible. Par ailleurs, 10% des Québécois et des Québécoises présentent des antécédents personnels de maladie cardiaque.

Tableau 3.8
RISQUE PONDÉRÉ DE DÉVELOPPER DES TROUBLES CORO-
NARIENS OU D'AVOIR UN ACCIDENT CÉRÉBROVASCULAIRE
sur huit ans, pour 1 000 personnes ¹, selon l'âge, Québec, 1990

	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74	
	ANS	ANS	ANS	ANS	ANS	TOTAL
Troubles coronariens						
Hommes	16,4	47,8	107,2	131,3	162,0	62,6
Femmes	4,7	17,0	47,8	95,2	158,1	38,5
Accident cérébrovasculaire						
Hommes	1,2	4,5	18,1	40,4	68,1	13,3
Femmes	1,3	4,5	13,6	31,0	58,4	12,4
<p>1 Exemptes de maladies cardiovasculaires au préalable.</p> <p>Source : Santé Québec, Daveluy et al., 1994.</p>						

Enfin, le risque de développer des troubles coronariens ou d'avoir un accident cérébrovasculaire (risque calculé sur huit ans, dans la population âgée de 30 à 74 ans) est évalué à 50 pour 1 000 et à 13 pour 1 000 respectivement (tableau 3.8) ; ce risque augmente avec l'âge et il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Si l'on tient compte du fait que les facteurs de risque associés aux états morbides s'accroissent avec l'âge, on peut supposer que la généra-

tion actuelle des jeunes femmes (18-34 ans) sera plus exposée aux maladies cardiovasculaires, du moins en ce qui concerne cette catégorie de facteurs de risque. Par ailleurs, la recension des écrits fait état d'une augmentation du risque avec le cumul des facteurs : « lorsqu'un facteur de risque est présent, les personnes sont, sur le plan biologique, davantage susceptibles d'en présenter ou d'en développer d'autres » (Santé Québec, 1994). On pourra consulter, au chapitre 3, des données sur la mortalité par maladie coronarienne.

Les blessures et les traumatismes

[Retour à la table des matières](#)

Ce chapitre porte sur les personnes qui ont subi, au cours des 12 mois précédant l'enquête, un accident leur ayant causé des blessures assez graves pour les obliger à limiter leurs activités normales ou à consulter un médecin. On y traite du taux de victimes d'accidents en fonction du sexe, de l'âge et du lieu de l'accident. On y fait aussi mention de certaines variables que l'on croit associées au fait d'être victime d'un accident.

Au cours de l'année précédant l'enquête, 81 personnes sur 1 000 ont subi un accident ayant entraîné une limitation d'activité ou une consultation médicale (figure 3.5). Ce taux est plus élevé chez les hommes (96 pour 1 000) que chez les femmes (66 pour 1 000) et cette surreprésentation des hommes se retrouve à chaque groupe d'âge, de 0 à 44 ans. Par contre, à partir de 65 ans, la tendance s'inverse : les femmes ont alors une fréquence de blessure près de deux fois supérieure à celles des hommes. Par ailleurs, malgré de grands écarts entre leurs taux respectifs, les différences entre les hommes et les femmes ne sont pas statistiquement significatives*, fort possiblement à cause des petits effectifs de l'échantillon.

figure 3.5

TAUX DE PRÉVALENCE DES ACCIDENTS AVEC BLESSURES
selon l'âge et le sexe, Québec, 1992-1993

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Santé Québec, 1995, tome 1, p. 261.

Ce sont toujours les jeunes de 15 à 24 ans qui forment le groupe risquant le plus d'être victime d'accident, tant chez les hommes (132 pour 1 000) que chez les femmes (90 pour 1 000). Alors qu'on observe une baisse notable du risque d'accident chez les femmes de 25 à 44

ans par rapport à leurs consœurs plus jeunes, le risque décroît beaucoup plus lentement chez les hommes. Diverses hypothèses peuvent être invoquées pour expliquer ce phénomène ; par exemple, les risques plus élevés auxquels sont exposés et que prennent les hommes dans leurs milieux de travail ou dans leurs loisirs. On peut aussi penser que la socialisation dans l'enfance, les responsabilités maternelles et familiales des femmes ainsi que leur plus grande propension à s'engager dans des comportements préventifs les rendent moins enclines à adopter des conduites et des attitudes à risque dans ces domaines (Verbrugge, 1990). La figure 3.6 (tableau 3.20, en annexe) apporte d'intéressants éclaircissements sur ces questions.

Plus du quart des accidents (26%) surviennent au domicile, soit à l'intérieur (17% chez les femmes et 13% chez les hommes), soit à l'extérieur (10% chez les femmes et 12% chez les hommes) de la maison. Les lieux de travail viennent ensuite avec un taux masculin trois fois plus élevé que le taux féminin et, enfin, les lieux où l'on pratique des sports, de même que les lieux où l'on s'adonne à des loisirs, où les hommes sont sur-représentés encore une fois.

figure 3.6

VICTIMES D'ACCIDENTS AVEC BLESSURES
selon le lieu de survenue des accidents et le sexe,
Québec, 1992-1993

Source: Santé Québec, 1995, tome 1, p. 264.

« Les risques relatifs entre hommes et femmes pour les lieux de travail et les lieux où l'on pratique des sports et où l'on s'adonne à des loisirs sont semblables à ceux déjà rapportés dans l'enquête Santé Québec 1987, ainsi que dans l'enquête sociale de 1988 portant sur les accidents au Canada (Millar et Adams, 1991). Le récent sondage sur les blessures subies lors de la pratique d'activités récréatives et sportives au Québec fait également état d'une forte sur-représentation des hommes parmi les victimes de ce type d'accident (RSSQ-MSSS, 1994). Il est fort probable que les taux de blessures plus élevés, observés pour les hommes au travail et sur les lieux de sports et de loisirs, reflètent le degré d'exposition relatif des hommes et des femmes dans ces deux milieux. » (Santé Québec, 1995, p. 265)

Les lieux où surviennent les accidents constituent une information très utile, car, au Québec, le lieu détermine l'organisme responsable d'améliorer les conditions de sécurité : la Société de l'assurance automobile du Québec pour la route, la Commission de la santé et de la sécurité du travail pour les lieux de travail, la Régie de la sécurité dans les sports du Québec pour les lieux où l'on pratique des sports et où l'on s'adonne à des loisirs, et les commissions scolaires pour les écoles. Il n'y a pas d'organisme qui s'occupe des accidents à domicile.

Les accidents avec blessures ne semblent pas reliés aux variables socio-démographiques (scolarité, revenu ou langue). Par contre, on observe des associations intéressantes avec la consommation excessive d'alcool et certains indicateurs socio-psychologiques (tableau 3.9).

Il est évident que chacun de ces facteurs peut être associé plus fortement (ou différemment) à certains types d'accidents, de même qu'à certains groupes d'âge ou d'âge et de sexe, qu'à d'autres. Toutefois, la taille de l'échantillon de l'enquête ne permet pas une analyse détaillée et les résultats suivants doivent être interprétés avec prudence et à titre exploratoire seulement.

Tableau 3.9
TAUX DE VICTIMES D'ACCIDENTS
selon différents indicateurs possiblement associés à la survenue
d'accidents ayant entraîné des blessures et le sexe,
Québec, 1992-1993

INDICATEURS POSSIBLEMENT ASSOCIÉS À LA SURVENUE D'ACCIDENTS AVEC BLESSURES	HOMME (taux pour 1 000)S	FEMMES (taux pour 1 000)
Consommation d'alcool à risque (CAGE)		
risque nul	9,5	7,1
risque faible	12,9	8,1
risque élevé	11,9	8,9
Détresse psychologique	94,6	69,6
élevée	141,6	77,6
Présence d'idées suicidaires		
présentes	134,8	101,0
absentes	98,4	67,6

Source : ESS 1992-1993.

Dans la recension des écrits scientifiques, la consommation d'alcool a été reconnue comme un facteur de risque de blessures (Friedman, 1985 ; Zedor, 1991 ; Rutledge et coll., 1992). Dans l'enquête de 1992-1993, cette relation entre la consommation d'alcool excessive, les risques de développer des problèmes liés à l'alcool (indice CAGE) et le taux de personnes ayant subi un accident avec blessures est significative pour l'ensemble de la population, mais elle n'existe de façon statistiquement significative que chez les hommes. Cette association est évidente chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans et diminue à mesure que l'âge augmente (Santé Québec, 1995). Pour les femmes, les

données sont trop imprécises et les nombres trop petits pour en tirer des conclusions intéressantes et fiables.

Les personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique ont un plus haut taux de blessures (104 pour 1 000 comparativement à 83 pour 1 000 chez les personnes dont l'indice est moyen ou faible). Là encore, l'association n'est significative que chez les hommes âgés entre 25 et 44 ans. Les résultats de l'enquête indiquent par ailleurs une forte association chez les personnes ayant eu des idées suicidaires, le taux d'accidents avec blessures étant pour celles-ci de 118 pour 1 000, alors qu'il n'est que de 83 pour 1 000 pour les autres. La relation est présente chez les hommes et chez les femmes, bien qu'elle soit nettement plus forte chez ces dernières, avec des taux de 101 pour 1 000 chez celles qui ont eu des idées suicidaires, comparativement à 68 pour 1 000 chez les autres.

Les « maladies de femmes » ⁷

[Retour à la table des matières](#)

Les problèmes de santé particuliers aux femmes ont peu souvent été traités dans les enquêtes épidémiologiques. On connaît surtout le nombre de consultations gravitant autour de la contraception et de la maternité. On a étudié certaines affections faisant leur apparition autour de la ménopause ou des menstruations, mais en général les données sur la prévalence* de ces problèmes sont encore manquantes. Même si l'enquête Santé Québec 1987 ne comportait pas de section consacrée spécifiquement à ces questions, un certain nombre de femmes ont rapporté des affections entrant dans cette catégorie.

⁷ Le terme «maladie de femmes» a une mauvaise réputation en raison de sa connotation généralement péjorative. Mais au-delà de cet aspect, il recouvre un univers de pathologies qui ont affecté et affectent encore les femmes à diverses périodes de leur vie, et ces problèmes leur sont spécifiques, en tant qu'êtres humains de sexe féminin j'ai donc choisi de conserver l'expression en me rappelant qu'elle est aussi utilisée par un grand nombre de femmes pour désigner leurs propres souffrances.

Ces résultats doivent être examinés en tenant compte des instruments de collecte. Rappelons que les problèmes ont été mesurés à partir de plusieurs variables : incapacité et recours à des services sociaux et de santé au cours des deux dernières semaines, consommation de médicaments au cours des deux derniers jours, limitation des activités et problèmes de santé chroniques. Il se peut que certains problèmes soient sous-évalués parce qu'ils n'auraient fait l'objet d'aucune de ces démarches et ne seraient pas considérés comme des affections chroniques par les répondantes : ce pourrait être le cas, par exemple, de la stérilité ou même de l'endométriose. Quant aux maladies transmissibles sexuellement, le nombre de cas déclarés à l'enquête est largement en deçà des chiffres connus (par les fichiers de déclaration médicale), ce qui n'a pas permis de les inclure dans cette analyse.

Tableau 3.10
PRÉVALENCE DE CERTAINS PROBLÈMES DE SANTÉ
CHEZ LES FEMMES
 selon l'âge, Québec, 1987

PROBLÈME	NOMBRE DANS LA POPULATION	TAUX/100 000
Problèmes de menstruations		
15-24 ans	14 358	2 858,2
25-44 ans	16 118	1 454,5
45-64 ans	1 361	203,3
Ostéoporose (65 ans et plus)	3 770	1 073,1
Endométriose (45-64 ans)	300	44,9
Infertilité (25-44 ans)	93	8,4
Source : Guyon, 1990.		

Les **problèmes associés aux menstruations** sont évidemment plus fréquents chez les jeunes femmes. À mesure qu'elles avancent en âge,

on voit augmenter la proportion de femmes ménopausées ou hystérectomisées, ce qui influence le calcul des taux, particulièrement chez les femmes de plus de 45 ans. ⁸

L'ostéoporose est une affection qui touche particulièrement les femmes ; elle augmente avec l'âge et atteint son sommet dans le groupe des 65 ans et plus avec une prévalence de 1 073,0 pour 100 000 femmes. Cette maladie, qui se caractérise par une diminution graduelle de la masse osseuse, se traduit par un risque accru de fractures. Les études cliniques ont montré que le tiers des femmes âgées de 60 ans et plus sont en effet victimes de fractures. On prévoit que si l'espérance de vie continue à augmenter, ce sera le cas de plus de la moitié des femmes âgées.

L'endométriose ⁹ est rapportée plus souvent par les femmes qui ont entre 45 et 64 ans (taux de 44,9 pour 100 000 femmes de ce groupe d'âge). On connaît encore très peu les mécanismes de cette maladie, qui consiste en une prolifération de l'endomètre (tissu qui recouvre l'intérieur de l'utérus) en dehors de son milieu naturel. Des douleurs et des saignements plus ou moins sévères lui sont associés ainsi qu'un accroissement des risques d'infertilité. Il est difficile d'évaluer le nombre exact de femmes qui en sont atteintes étant donné l'aspect de « normalité » attribué trop fréquemment aux problèmes accompagnant les menstruations. Les études cliniques faites aux États-Unis montrent une incidence* de 0,3% chez les femmes blanches âgées de 15 à 49 ans (Mangtani et Booth, 1993), alors que la prévalence* serait estimée à 2,5-3,3%. La prévalence donnée par Santé Québec est vraisemblablement sous-estimée, puisqu'elle est établie à partir des déclarations des femmes qui ont eu un diagnostic d'endométriose et « qui le sa-

⁸ On trouvera des informations supplémentaires sur les hystérectomies au chapitre 7.

⁹ Des gynécologues consultés évaluent à environ 1% la prévalence de l'endométriose chez les femmes qui consultent pour une ligature des trompes (D^{re} Louise Duperron, consultation personnelle, 1996).

vent ». On peut poser l'hypothèse qu'un certain nombre de femmes affectées par cette maladie ont décrit leurs symptômes comme des « problèmes associés aux menstruations » .

Enfin, les problèmes **d'infertilité** n'ont été mentionnés que par des femmes entre 25 et 44 ans. Le taux de 8,4 pour 100 000 femmes est, ici encore, difficile à interpréter, en partie parce que l'on ignore ce qu'il recouvre à travers les déclarations des répondantes de l'enquête. Depuis quelques années, parallèlement à la progression des nouvelles technologies de la reproduction, les médias ont souvent fait état de prévalences de l'ordre de 10% à 15%. Nous nous trouvons ici confrontés à la question de la définition de la stérilité (l'incapacité de donner le jour à des enfants vivants) et de l'infécondité (le fait de ne pas procréer). Dans les médias et même au sein de la profession médicale en Amérique du Nord, l'infécondité est souvent confondue avec la stérilité et correspondrait à une absence de grossesse après un an de vie sexuelle sans contraception. Les enquêtes sur la fécondité des Québécoises et des Françaises (citées dans Rochon, 1986) parlent d'un pourcentage de 3% à 4% de femmes stériles dans la population (en excluant les stérilisations volontaires). Comme l'enquête ne donne pas d'indications sur la définition de la stérilité adoptée par les répondantes, il est difficile d'interpréter ces résultats. Ce n'est que par une véritable enquête sur la fécondité que l'on pourra obtenir ces informations.

FAITS SAILLANTS :

[Retour à la table des matières](#)

- **Le taux de mortalité générale des hommes est plus élevé que celui des femmes, quel que soit l'âge.**
- **La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire constitue la première cause de décès autant chez les femmes que chez les hommes.**
- **La mortalité par cancer du poumon a considérablement augmenté chez les femmes depuis 1970 ; depuis 1993, elle dépasse même la mortalité par cancer du sein, qui est en diminution ; le nombre de décès causés par le sida continue à croître.**
- **Une femme sur deux se déclare en excellente ou très bonne santé et 12% vont juger leur santé « moyenne » ou « mauvaise » ; la mauvaise perception de leur santé est plus fréquente chez les femmes pauvres, chez celles qui ont un niveau élevé de détresse psychologique ou chez celles qui ont un surpoids.**
- **69% des femmes et 50% des hommes ont déclaré souffrir d'au moins un problème de santé ; les problèmes les plus fréquents sont : l'arthrite et le rhumatisme, les maux de tête et les troubles**
- **Les femmes ont déclaré une moyenne annuelle de 17,4 journées d'incapacité, contre 13,3 chez les hommes ; cette moyenne est**

de 14 jours chez les femmes les plus riches et de 26,9 jours chez les plus défavorisées.

- **Entre 65 et 74 ans, trois femmes sur cinq présentent un rapport tour de taille/tour de hanches élevé (obésité abdominale), une femme sur deux a un niveau de cholestérol élevé et 38% souffrent de l'hypertension ; ces symptômes sont des facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires**

- **Les blessures et les traumatismes sont sensiblement plus prévalents chez les hommes que chez les femmes quel que soit l'âge ; pour les femmes, plus d'un accident sur quatre se produit au domicile.**

Fin du texte