Louise GUYON

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

(novembre 1996)

“Les femmes en milieu défavorisé”

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.]

"les femmes en milieu défavorisé".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Louise Guyon, **DER-RIÈRE LES APPARENCES. Santé et conditions de vie des femmes**. Chapitre 13, pp. 217-235. 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 22 juillet 2007 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

“les femmes en milieu défavorisé”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Louise Guyon, **DERRIÈRE LES APPARENCES. Santé et conditions de vie des femmes**. Chapitre 13, pp. 217-235. 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

À propos de revenus personnels
Quand le revenu n'est plus suffisant
Être pauvre, malade et... femme
La perception de son état de santé
La santé mentale

La détresse psychologique
Les pensées suicidaires

Le recours aux services et la consommation de médicaments
La prise d'anovulants
Y a-t-il une place pour la prévention ?

Dépistage du cancer du col de l'utérus
Dépistage précoce du cancer du sein

La pauvreté, un monde à part

Faits saillants

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

“les femmes en milieu défavorisé”.

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Louise Guyon, **DER-RIÈRE LES APPARENCES. Santé et conditions de vie des femmes**. Chapitre 13, pp. 217-235. 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](#)

L'appartenance à un milieu socio-économique particulier est un déterminant majeur dans le devenir des individus quant à leur santé. On le sait depuis longtemps : les plus pauvres meurent plus tôt (Wilkinson, 1992 ; Wilkins, 1990), sont plus malades, ils ont de moins bonnes habitudes de santé et vivent dans des conditions sanitaires plus détériorées. Les inégalités face à la santé et à la maladie constituent l'un des plus grands problèmes de notre système de soins et de services, et leur persistance, malgré l'accès universel aux soins, sera l'un des principaux défis des prochaines années (Evans, 1994).

Lorsqu'on parle de la pauvreté, on la présente souvent selon les lieux géographiques, les régions ou les secteurs de pauvreté. On parlera aussi de groupes socio-professionnels ou culturels. On est moins porté à lui attribuer un sexe, et pourtant, si l'on considère chacun de ces sous-groupes, on se rend compte que parmi les défavorisés il y a des « plus défavorisés » et que, parmi eux, on retrouve plus souvent

des femmes. Dans chaque catégorie socio-économique étudiée, les femmes sont généralement plus pauvres (ou moins riches) que les hommes, elles ont des salaires plus bas, elles ont moins accès à l'emploi et à la syndicalisation, elles ont moins de sources de revenus.

Le Conseil national du bien-être social, dans son rapport sur le Profil de la pauvreté 1993 (1995), signale que le taux de pauvreté est en augmentation dans toutes les provinces du Canada. Au Québec, il est de 21% (45% chez les personnes seules et 18% pour les familles). Par ordre d'importance, ce sont d'abord les mères seules (prévalence de 60%), les femmes seules âgées de 65 ans et plus (47%) et les femmes seules âgées de moins de 65 ans (38%) qui arrivent aux premiers rangs des indices canadiens de pauvreté. Depuis 1980, le rapport entre les taux de pauvreté des hommes et des femmes varie entre 1,46 et 1,33 et ce sont ces trois groupes de femmes qui contribuent à maintenir les écarts entre les taux masculins et féminins. Le rapport ajoute : « Dans les familles plus jeunes comprenant époux et épouses, il faut souligner le rôle que jouent les femmes lorsqu'il s'agit de préserver leur famille de la pauvreté. Même si elles gagnent moins en moyenne que les hommes et même si elles se heurtent à un certain nombre d'obstacles qui les empêchent de participer équitablement à la population active rémunérée, leur contribution est essentielle au maintien de faibles taux de pauvreté. » (p. 74)

Dans les enquêtes, on attribue habituellement aux femmes mariées qui restent à la maison le niveau de revenu du conjoint, et pourtant, bon nombre d'entre elles n'ont pas accès directement à l'argent du ménage, elles ne sont pas propriétaires de la maison familiale, n'ont pas de régime de retraite et, parfois, même pas de compte bancaire. Dans l'analyse de l'enquête sociale et de santé, les niveaux socio-économiques ont été calculés à partir des revenus personnels et de ceux des ménages, et même dans ces derniers, les femmes restent significativement* plus pauvres que les hommes. On peut penser que c'est surtout à cause des niveaux de revenus des femmes seules, particulièrement des plus âgées, et des chefs de familles monoparentales.

À propos de revenus personnels

[Retour à la table des matières](#)

Le revenu annuel personnel ¹ est équivalent aux sommes d'argent gagnées ou reçues annuellement par un individu, sans tenir compte du revenu des autres personnes du ménage. Il s'agit évidemment uniquement du revenu déclaré. Le revenu annuel personnel moyen (brut) des femmes se chiffre à 16 660 \$. Celui des hommes est près de deux fois plus élevé (1,7 fois), représentant la somme de 28 893 \$.

Quel que soit le groupe d'âge considéré, les revenus personnels des hommes sont toujours plus élevés que ceux des femmes. Les écarts les plus importants s'observent dans la catégorie des 45-64 ans (tableau 13.1). En moyenne, les hommes font à cet âge deux fois plus d'argent que les femmes. Les écarts sont de 62% et de 65% pour les 25-44 ans et les 65 ans et plus respectivement, toujours à l'avantage des hommes. Lorsqu'on examine les revenus personnels des femmes par groupe d'âge, on constate que comparativement à leurs consœurs plus jeunes, le revenu des femmes triple lorsqu'elles ont entre 25 et 44 ans. C'est d'ailleurs à cet âge que les femmes bénéficient en moyenne des revenus les plus élevés, contrairement aux hommes qui voient leur revenu annuel augmenter régulièrement jusqu'à l'âge de la retraite (l'augmentation du revenu moyen est beaucoup plus marquée chez les hommes, puisque leur revenu annuel moyen quintuple entre 15-24 ans et 25-44 ans). Les femmes commencent à s'appauvrir à partir de 45 ans et, à 65 ans, elles reçoivent en moyenne un peu moins de 13 000 \$ par an. On peut penser que les prochaines générations de femmes suivront un cheminement semblable à celui des hommes, si les mesures

¹ Dans les analyses de l'enquête sociale et de santé, il est question du revenu brut.

prévues pour rétablir une meilleure équité des emplois et des salaires sont consolidées.

Tableau 13.1
REVENU ANNUEL PERSONNEL MOYEN
 selon l'âge et le sexe, Québec, 1992-1993

GROUPE D'ÂGE	HOMMES		FEMMES	
	MOYENNE	ÉCART TYPE	MOYENNE	ÉCART TYPE
15-24 ans	7885\$	6515\$	6128\$	5235\$
25-44 ans	33 415 \$	15 480 \$	20 680 \$	11 597 \$
45-64 ans	37257\$	16803\$	18114\$	12322\$
65 ans et plus	22 375 \$	12 290 \$	12 791 \$	7 265 \$
Source : ESS 1992-1993.				

Quand le revenu n'est plus suffisant

[Retour à la table des matières](#)

La suffisance du revenu est établie à partir du revenu total du ménage et des normes concernant les seuils de faible revenu selon la taille des ménages (Statistique Canada, 1992). Les seuils de faible revenu représentent les sommes d'argent nécessaires aux dépenses liées à la subsistance. Encore une fois, il s'agit des revenus déclarés.

Tableau 13.2
DISTRIBUTION DE LA POPULATION
selon la suffisance du revenu, l'âge et le sexe, Québec, 1992-1993

SUFFISANCE DU REVENU PAR GROUPE D'ÂGE	HOMMES		FEMMES	
	%	[I.C.]	%	[I.C.]
15-24 ans				
très pauvre	7,1	[2,8-11,3]e	10,5	[5,4-15,7]d
pauvre	12,7	[7,2-18,2]d	13,8	[8,0-19,6]d
moyen inférieur	32,9	[25,1-40,7]b	29,9	[22,2-37,6]b
moyen supérieur	35,3	[27,4-43,2]b	35,0	[27,0-43,0]b
supérieur	12,1	[6,7-17,4]d	10,8	[5,6-16,0]d
25-44 ans				
très pauvre	5,6	[3,2-7,9]d	6,4	[3,8-8,9]c
Pauvre	10,1	[7,0-13,2]c	11,3	[8,0-14,5]c
moyen inférieur	29,3	[24,6-33,9]b	29,8	[25,0-34,5]b
moyen supérieur	42,8	[37,8-47,9]a	40,0	[35,0-45,1]a
supérieur	12,3	[8,9-15,7]c	12,6	[9,2-16,0]c
45-64 ans				
très pauvre	6,6	[3,3-9,8]d	8,3	[4,7-11,8]d
pauvre	8,8	[5,1-12,5]d	10,4	[6,4-14,3]c
moyen inférieur	25,2	[19,5-30,9]b	26,6	[20,8-32,2]b
moyen supérieur	41,5	[35,0-48,0]b	39,8	[33,4-46,1]b
supérieur	17,9	[12,9-23,0]c	15,0	[10,3-19,6]c
65 ans et plus				
très pauvre	7,4	[2,0-12,9]e	14,6	[8,4-20,8]c
pauvre	19,5	[11,3-27,7]d	23,2	[15,9-30,8]c
moyen inférieur	38,2	[28,1-48,2]c	35,7	[27,3-44,2]b
moyen supérieur	26,2	[17,1-35,3]c	20,3	[13,2-27,4]c
supérieur	8,7	[2,9-14,6]e	6,0	[1,8-10,2]e
Total				
très pauvre	6,4	[4,9-7,9]b	8,4	[6,7-10,1]b
pauvre	11,9	[10,0-13,9]b	13,7	[11,6-15,7]b
moyen inférieur	30,8	[28,0-33,6]a	30,6	[27,8-33,4]a
moyen supérieur	38,3	[35,3-41,2]a	35,8	[32,9-38,7]a
supérieur	12,6	[10,6-14,6]b	11,5	[9,6-13,5]b
Source : ESS 1992-1993.				

Être pauvre ou très pauvre est plus souvent la réalité des femmes âgées de 65 ans et plus. Un pourcentage plus élevé d'entre elles vivent dans la pauvreté ou l'extrême pauvreté (38%), comparativement à la moyenne des femmes (22%). Le seul groupe dont elles ne diffèrent pas significativement* est constitué des jeunes de 15 à 24 ans.² Les femmes âgées sont en fait deux fois plus nombreuses que les 25-64 ans à vivre dans la pauvreté (tableau 13.2).

Ce sont là des indices dits « objectifs » ; peut-on penser qu'ils correspondent également à la perception qu'ont les femmes de leur propre situation ? Santé Québec a conçu une variable de perception subjective de la situation financière personnelle (Santé Québec, 1995, tome 2, chapitre 5) qui, selon les auteurs, prend en considération certains éléments comme l'endettement, l'entraide, le troc, le travail au noir et l'évasion fiscale (tableau 13.3).

Le peu de différence entre la perception qu'ont les femmes et les hommes de leur situation financière suggère aux auteurs que les femmes « pourraient avoir tenu compte de l'apport financier de leur conjoint » (p. 12 8). Par ailleurs, les résultats démontrent que les personnes seules et les ménages monoparentaux sont ceux qui se perçoivent comme les plus pauvres. On se rappellera que les femmes et les mères seules sont également les plus pauvres, selon le Conseil national du bien-être social. Quant au niveau d'exclusion du marché du travail, il est plus élevé chez les femmes, particulièrement chez les chefs de familles monoparentales.

² La comparaison est difficile avec les jeunes femmes quant au revenu personnel, car un bon nombre d'entre elles sont encore dépendantes financièrement de leurs parents

Tableau 13.3
DIFFÉRENTS INDICES DU STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE
 selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993

INDICES	HOMMES	FEMMES
	%	%
Perception de sa situation financière		
à l'aise	18,7	16,5
suffisante	57,4	57,9
pauvre	20,4	22,3
très pauvre	3,6	3,3
Durée de la pauvreté		
moins d'un an	15,1	14,3
1 à 4 ans	41,0	36,5
5 ans et plus	43,9	49,2
Patrimoine du ménage		
supérieur	51,1	47,7
moyen	32,1	33,8
inférieur	16,8	18,5
Exclusion du marché du travail		
n'a pas travaillé depuis un an	14,1	26,6
au moins une interruption	17,1	17,1
a travaillé toute l'année	68,8	56,3
Répartition des adultes inscrits à la sécurité du revenu, selon le type de ménage*		
personnes seules	70,2	42,9
couples sans enfants	9,7	9,1
familles monoparentales	2,6	31,5
couples avec enfants	17,3	16,3
conjointes d'étudiants	0,1	0,2
Source : Santé Québec 1995, volume 2, chapitre 5.		
* D'après les données de 1993 du ministère de la Sécurité du revenu citées dans Motard et Desrochers, 1995.		

Un peu plus de la moitié des adultes inscrits à l'aide sociale sont des femmes (52%), ce qui représente 270 597 femmes âgées de 18 ans et plus. Si la majorité des hommes inscrits sont des personnes seules (70%), les femmes présentent des situations familiales plus variées, puisque 32% sont responsables d'une famille monoparentale, que 43% vivent seules et que 16% vivent en couple avec des enfants. Dans l'ensemble, plus de la moitié d'entre elles sont âgées de 25 à 44 ans ; par contre, celles qui vivent seules sont plus âgées (49% se retrouvent dans la catégorie des 45 ans et plus) (Motard et Desrochers, 1995).

Être pauvre, malade et... femme

[Retour à la table des matières](#)

Une des constatations les plus frappantes de l'analyse des résultats de Santé Québec 1987 était l'association constante entre la pauvreté et la détérioration de la santé. L'indice de santé globale* est probablement l'une des meilleures façons d'illustrer les différences entre les groupes socio-économiques, car il tient compte à la fois de l'incapacité, des conditions chroniques, des problèmes de santé et des symptômes de toutes sortes. On se rappellera que plus cet indice est élevé, moins bonne est la santé.

Quel que soit l'âge, les deux catégories de femmes défavorisées ont un indice de santé globale moins bon que l'ensemble des femmes ; les très défavorisées ont un indice nettement au-dessus de la moyenne (ce qui correspond à une moins bonne santé). Les plus grands écarts entre les niveaux de richesse se retrouvent entre 45 et 64 ans, tandis que vers 65 ans, les scores tendent à se rapprocher. Les auteurs d'une monographie sur les personnes défavorisées (Colin et al., 1989) parlent d'un vieillissement prématuré des femmes des milieux défavorisés. « Ces personnes seraient soumises à des conditions de vie et à des

stress qui touchent à leur santé en la détériorant précocement. Souvent elles présentent des indices de santé comparables à ceux des personnes âgées de 65 ans et plus des groupes moyens et favorisés. » (p. 51-52) Les données de Santé Québec montrent que ces écarts entre groupes socio-économiques sont accentués chez les femmes, particulièrement entre 45 et 64 ans (figure 13.1).

À la seule exception des hommes âgés de 65 ans et plus du groupe « défavorisé », les femmes ont des indices moins bons que leurs compagnons, quel que soit leur niveau socio-économique. On remarque que les écarts entre les sexes sont plus grands chez les plus défavorisés. Quels sont les problèmes de santé qui affectent particulièrement les femmes de milieux défavorisés ? On retrouve chez elles une prévalence* plus élevée de troubles mentaux, d'arthrite et de rhumatisme, de maladies cardiaques, d'hypertension et d'accidents (figure 13.3). Il a également été fait état plus tôt (voir le chapitre 3) du plus grand nombre de journées d'incapacité chez les femmes très pauvres

(moyenne de 27 jours par an comparativement à 14 jours chez les femmes ayant un revenu supérieur).

figure 13.2

PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ CHEZ LES FEMMES
selon deux groupes socio-économiques,
population de 18 ans et plus, Québec, 1987

Source : Guyon, 1990, p. 99

La santé mentale

La détresse psychologique

[Retour à la table des matières](#)

À mesure que les femmes s'appauvrissent, leur niveau de détresse psychologique augmente. Les femmes très pauvres se distinguent particulièrement de celles qui ont un revenu moyen ou supérieur, les pourcentages de détresse psychologique atteignant respectivement 39%, 30% et 25% pour chacune des catégories de niveau socio-économique mentionnées (figure 13.3 et tableau 13.9, en annexe).

Ce lien entre la pauvreté et la détresse psychologique est à son maximum entre 15 et 44 ans ; par la suite, la détresse va diminuer à mesure que l'âge augmente (tableau 13. 10, en annexe).

Les pensées suicidaires

Le niveau de revenu n'est pas statistiquement associé à la prévalence des pensées suicidaires des femmes. Lorsqu'on considère l'ensemble de la population, quel que soit le sexe des répondants, les résultats indiquent pourtant que la suffisance du revenu semble inversement associée aux idées survenues au cours des 12 derniers mois : les personnes très pauvres rapportent alors deux fois plus d'idées suicidaires que les personnes se situant dans les catégories de revenu moyen supérieur et supérieur. Ces différences cependant ne sont pas significatives*, probablement à cause de la petite taille des échantillons.

Le recours aux services et la consommation de médicaments

[Retour à la table des matières](#)

Si l'on considère l'ensemble des consultations, les femmes de milieux défavorisés ne consultent pas plus que les autres femmes. On observe par ailleurs une association entre le nombre de médicaments consommés, qu'ils soient prescrits ou non, et le niveau socio-économique (tableau 13.5). Pour l'ensemble de la population féminine âgée de 15 ans et plus, la proportion de femmes très pauvres qui consomment trois médicaments ou plus (31%) est significativement* plus élevée que la proportion de femmes ayant le même comportement, mais disposant d'un revenu moyen inférieur (21%), moyen supérieur (19%) ou supérieur (18%). Les écarts de proportions quant à celles qui consomment trois médicaments ou plus sont également si-

gnificatifs entre les femmes pauvres (26%) et celles qui disposent d'un revenu moyen supérieur (19%). On retrouve des écarts de proportions significatifs entre les mêmes catégories de revenus en ce qui a trait à la consommation de médicaments prescrits : les femmes de milieux défavorisés sont proportionnellement plus nombreuses à consommer des médicaments sur recommandation du médecin. On n'observe par ailleurs aucune association entre la consommation de médicaments non prescrits et le niveau socio-économique, les proportions de femmes ayant pris des médicaments sans recommandation variant tout au plus de 5% entre les différentes catégories de revenus. L'association entre le nombre de médicaments et la pauvreté est particulièrement significative chez les femmes âgées de 45 à 64 ans.

Si l'on tient compte du nombre de médicaments (trois médicaments ou plus), on peut constater que le pourcentage va augmenter avec l'appauvrissement. En moyenne, 31% des femmes très pauvres et 26% des femmes pauvres consomment trois médicaments ou plus, comparativement à 18% des femmes plus favorisées, et les différences sont significatives. Chez les femmes défavorisées, la consommation de trois médicaments ou plus augmente avec l'âge (tableau 13.6) et, à partir de 25 ans, les écarts de proportions entre les groupes d'âge sont significatifs.

Tableau 13.5
PROPORTION DE LA POPULATION FÉMININE
CONSOMMANT DES MÉDICAMENTS

selon la suffisance du revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993

CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS SELON LA SUFFISANCE DU REVENU	%	[I.C.]
3 médicaments ou plus		
très pauvre	30,5	[25,4-35,7]b
pauvre	25,8	[21,8-29,8]b
moyen inférieur	20,9	[18,4-23,2]a
moyen supérieur	18,5	[16,3-20,6]a
supérieur	18,2	[14,5-21,9]b
Consommation de médicaments prescrits		
très pauvre	57,1	[51,6-62,6]a
pauvre	52,0	[47,5-56,5]a
moyen inférieur	45,9	[42,9-48,9]a
moyen supérieur	44,1	[41,4-46,8]a
supérieur	43,6	[38,8-48,3]a
Consommation de médicaments non prescrits		
très pauvre	37,8	[32,4-43,2]b
pauvre	35,1	[30,7-39,4] a
moyen inférieur	35,2	[32,2-38,0]a
moyen supérieur	36,5	[33,9-39,2]a
supérieur	39,6	[34,9-44,2]a
Source : ESS 1992-1993.		

La consommation de médicaments sur recommandation du médecin est significativement plus élevée chez les femmes très pauvres (57%) que chez celles de niveaux moyen et supérieur. Par ailleurs, lorsqu'il s'agit de médicaments non prescrits, on ne note pas de différences entre les niveaux socio-économiques.

De façon générale, les femmes pauvres ou très pauvres consomment plus de médicaments non prescrits que les hommes vivant dans les mêmes conditions socio-économiques (tableau 13.6). Des diffé-

rences significatives persistent uniquement pour les femmes et les hommes âgés entre 45 et 64 ans. On enregistre aussi des écarts de proportions significatifs entre les hommes et les femmes concernant la consommation de trois médicaments ou plus. Dans ce cas-ci cependant, les tailles des échantillons ne nous permettent pas de détecter des différences entre les sexes par groupe d'âge. Les femmes de milieux défavorisés se voient toujours prescrire plus de médicaments que les hommes vivant dans les mêmes conditions socio-économiques, et ce, quel que soit le groupe d'âge. Une femme sur deux (54%) déclare consommer au moins un médicament prescrit comparativement à un homme sur trois (29%). Les écarts observés entre les proportions d'hommes et de femmes à qui on prescrit des médicaments sont toujours significatifs. Ils s'amointrissent avec l'âge, mais sont vraiment plus importants entre 15 et 24 ans ; on se rappellera toutefois que la moitié des jeunes femmes prennent des anovulants, ce qui peut expliquer une bonne partie des différences entre les sexes à cet âge (voir le chapitre 7, tableau 7.2).

Certaines études américaines (Cooperstock, 1982 ; Cafferata, 1983) avaient émis l'hypothèse que les hommes qui se retrouvaient dans une situation sociale semblable à celle d'un grand nombre de femmes, c'est-à-dire sans travail rémunéré et sans revenu, étaient plus susceptibles de se voir prescrire des médicaments, particulièrement des psychotropes. Les données de l'ESS ne permettent cependant pas de vérifier cette hypothèse à cause du petit nombre d'hommes qui sont à la fois dans la catégorie « très défavorisés » et qui consomment des médicaments.

Tableau 13.6
CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS
CHEZ LES PERSONNES PAUVRES OU TRÈS PAUVRES
 selon l'âge et le sexe, Québec, 1992 - 1993

CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PAR GROUPE D'ÂGE	HOMMES		FEMMES	
	%	[I.C.]	%	[I.C.]
3 médicaments ou plus				
15-24 ans	2,8	[0,0-5,8]e	10,2	[5,1-15,2]d
25-44 ans	7,5	[4,1-10,8]d	13,5	[9,4-17,6]c
45-64 ans	23,4	[16,5-30,4]c	36,4	[29,3-43,4]b
65 ans et plus	39,5	[30,0-49,0]b	51,4	[44,4-58,4]b
Total	15,8	[12,9-18,7]b	27,8	[24,6-30,9]a
Consommation de médicaments prescrits				
15-24 ans	9,8	[4,4-15,1]e	47,1	[38,7-55,4]b
25-44 ans	16,6	[11,9-21,3]c	36,4	[30,7-42,2]b
45-64 ans	41,2	[33,2-49,3]b	58,3	[51,1-65,5]a
65 ans et plus	60,7	[51,2-70,2]b	79,1	[73,4-84,8]a
Total	28,6	[25,0-32,2]a	54,1	[50,6-57,6]a
Consommation de médicaments non prescrits				
15-24 ans	19,0	[11,8-26,1]c	33,3	[25,4-41,1]b
25-44 ans	25,9	[20,3-31,4]b	43,3	[28,6-40,0]
45-64 ans	23,3	[16,4-30,2]c	40,1	[32,9-47,3]b
65 ans et plus	22,8	[14,6-30,9]c	37,1	[30,4-43,9]b
Total	23,4	[20,0-26,8]b	36,2	[32,8-39,5]a
Source : ESS 1992-1993.				

La prise d'anovulants

[Retour à la table des matières](#)

Dans l'ensemble, à l'exception des femmes très pauvres, il y a peu de différences entre les divers groupes quant à la consommation de pilules anovulantes : les pourcentages varient entre 19% et 23%. Par contre, les femmes des milieux défavorisés (30%), particulièrement les plus jeunes (55%), en font une consommation significativement* plus élevée que les autres femmes (tableau 13.7).

Tableau 13.7
PROPORTION DE LA POPULATION FÉMININE
UTILISANT DES ANOVULANTS
 selon l'âge et le revenu, Québec, 1992-1993

SUFFISANCE DU REVENU	GROUPE D'ÂGE					
	15-24 ANS		25-44 ANS		TOTAL 15-44 ANS	
Très pauvre	55,2	[41,4-68,9]b	14,2	[6,7-21,8]e	29,8	[22,0-37,6]c
Pauvre	34,7	[23,1-46,2]c	12,0	[6,7-17,4]d	19,1	[13,8-24,5]c
Moyen inférieur	43,6	[35,6-51,5]b	11,7	[8,5-14,8]c	20,3	[17,0-23,7]b
Moyen supérieur	47,9	[40,7-55,2]b	14,6	[11,6-17,6]b	23,0	[20,0-26,1]b
Supérieur	46,1	[32,5-59,6]'	12,0	[7,1-16,8]d	20,0	[14,7-25,2]c
Total	45,4	[41,1-49,8]a	13,1	[11,3-14,9]b	21,9	[16,2-27,6]c
Source : ESS 1992-1993.						

Entre 25 et 44 ans, les femmes provenant de différents milieux socio-économiques semblent utiliser les anovulants dans des proportions semblables. Même si les différences ne sont pas significatives, les jeunes femmes très pauvres utilisent davantage les anovulants que celles qui viennent de groupes plus favorisés économiquement : plus de

la moitié (55%) des jeunes femmes très pauvres prennent des anovulants en comparaison de 46% dans les milieux moyen supérieur ou supérieur. L'accès aux anovulants est associé au niveau socio-économique de diverses manières : les jeunes femmes des niveaux moyen et supérieur ont probablement les moyens financiers qui leur permettent de se procurer ces produits. C'est ainsi que 44% à 48% d'entre elles déclarent les utiliser. Par ailleurs, les jeunes femmes des milieux très pauvres bénéficient des programmes de gratuité des médicaments, et cela pourrait expliquer le taux élevé d'utilisatrices d'anovulants parmi elles (55%). Ce sont les jeunes femmes pauvres, qui n'ont ni les moyens financiers personnels ni l'accès aux programmes de gratuité, qui présentent le taux le plus faible, soit 35%.

Ces données font naître certaines questions : les pratiques contraceptives sont-elles différentes selon l'appartenance socio-économique ? On peut également se questionner sur les ressources et les services en contraception dans les milieux défavorisés. L'ouverture à d'autres méthodes contraceptives serait-elle moins grande que dans les autres milieux, et pourquoi ? En fait, tout se passe comme si les femmes assistées sociales avaient un choix réduit quant aux moyens de contraception, puisque seuls la pilule et le stérilet sont remboursés par les programmes d'aide sociale. Ces méthodes sont aussi celles qui comportent le plus d'effets nuisibles possibles pour la santé ; on se rappellera que les femmes les plus défavorisées sont aussi celles qui fument le plus. La combinaison tabac-anovulants constitue ainsi un risque plus élevé chez elles. L'hypothèse voulant que l'activité sexuelle soit plus précoce chez les jeunes femmes de milieux défavorisés peut également être invoquée. On peut d'ailleurs constater, au tableau 13.8, que les jeunes femmes très pauvres sont plus nombreuses à avoir eu un examen de dépistage du cancer du col de l'utérus. Or, on sait qu'habituellement, le premier test de Pap va suivre le début de la vie sexuelle.

Y a-t-il une place pour la prévention ?

Dépistage du cancer du col de l'utérus

[Retour à la table des matières](#)

La grande majorité des femmes québécoises ont déclaré avoir déjà subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus (test de Pap) ; un grand nombre d'entre elles subissent cet examen de façon régulière. Par ailleurs, les femmes venant de milieux défavorisés semblent se distinguer à certains égards (tableau 13.8).

Bien qu'on ne discerne pas de différence significative* selon le niveau socio-économique, chez les jeunes femmes, on observe une tendance : les jeunes femmes très pauvres semblent avoir eu recours à cet examen préventif au cours de leur vie plus souvent que les autres, puisque 22% seulement d'entre elles n'ont jamais subi ce test, comparativement à 36% chez les plus favorisées. Le lien avec la prise d'anticontraceptifs, plus répandue chez les jeunes femmes pauvres, a déjà été mentionné à la section précédente et peut expliquer une partie de ce résultat. Cependant, l'imprécision des données disponibles ne permet pas de conclure de façon formelle à ce sujet.

La proportion de femmes n'ayant jamais eu un test de Pap chute de manière spectaculaire après 25 ans, passant en moyenne de 33% à 5%. Les différences entre les classes socio-économiques sont ici frappantes, bien qu'encore une fois on ne décèle aucune différence significative : la proportion de femmes très pauvres n'ayant jamais subi le test de Pap passe de 22% à 10% entre les deux groupes d'âge, alors qu'elle passe de 36% à 4,0% chez les femmes à revenu supérieur. Entre 25 et 64 ans, on remarque que les femmes de milieux défavorisés sont désavantagées au chapitre des soins préventifs, situation qu'on observe

pour de nombreuses variables reliées à la santé : les femmes de milieux plus défavorisés sont proportionnellement plus nombreuses à n'avoir jamais subi un test de Pap au cours de leur vie. Ces résultats doivent retenir notre attention puisque, selon une revue des écrits nord-américains (Brinton et Fraumeni, 1986), le cancer du col de l'utérus affecte cinq fois plus souvent les femmes des niveaux socio-économiques faibles que celles des niveaux supérieurs.

Tableau 13.8
PROPORTION DE FEMMES N'AYANT JAMAIS
SUBI UN TEST DE PAP
 selon l'âge et la suffisance du revenu, Québec, 1992-1993

SUFFISANCE DU REVENU	GROUPE D'ÂGE					
	15-24 ANS		25-64 ANS		65 ANS ET PLUS	
Très pauvre	22,3	[10,8-33,7]d	10,2	[5,4-15,0]d	18,0	[8,4-27,6]
Pauvre	33,3	[21,8-44,7]c	8,5	[4,4-11,7]d	14,8	[7,9-21,7]d
Moyen inférieur	32,8	[25,3-40,3]b	4,9	[3,2-6,6]c	15,4	[9,9-21,0]c
Moyen supérieur	33,7	[26,9-40,6]b	3,0	[1,8-4,1]c	19,0	[10,3-27,6]d
Supérieur	36,1	[22,9-49,2]c	4,0	[1,8-6,3]e	26,9	[9,15-44,4]e
Total	32,5	[28,3-36,6]a	4,7	[3,8-5,6]b	17,0	[13,4-20,5]b
Source : ESS 1992-1993.						

Après 65 ans, par contre, les différences sont beaucoup moins prononcées et, encore une fois, statistiquement difficiles à interpréter. Il est probable qu'ici un effet de génération se mêle aux différences socio-économiques ; on peut penser qu'à cet âge, les différences de milieux s'amenuisent, d'autant plus que la mortalité différentielle aura favorisé une plus grande survie chez les plus riches. Autrement dit, les femmes les plus pauvres vont plus souvent mourir avant d'atteindre ce groupe d'âge et les autres femmes vont connaître une baisse sensible de leur niveau socio-économique, avec pour résultante une plus grande homogénéisation des situations. Toutefois, dans la conclusion

du chapitre consacré à certains comportements de santé propres aux femmes, Lise Dunnigan (Santé Québec, 1995) écrit : « Parmi les groupes vers lesquels des efforts plus importants de prévention et de dépistage devraient être déployés dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus il importe de mentionner, d'une part, les femmes pauvres, en particulier celles de 65 ans et plus qui n'ont jamais bénéficié de dépistage ou qui n'ont pas été examinées depuis plusieurs années [...] et, d'autre part, les femmes de 15 à 24 ans sexuellement actives qui ne consomment pas d'anovulants. » (p. 182)

figure 13.4

PROPORTION DE FEMMES N'AYANT JAMAIS EU D'EXAMEN DES SEINS PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ET /OU N'AYANT JAMAIS PRATiqué L'AUTO-EXAMEN DES SEINS selon le niveau socio-économique, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993

Source : ESS 1992-1993

Dépistage précoce du cancer du sein

Les examens des seins, qu'ils soient faits par un professionnel de la santé ou par auto-examen, sont pratiqués bien plus souvent parmi les femmes de niveaux socio-économique supérieurs. À mesure que le niveau économique s'élève, la proportion de celles qui n'ont jamais eu

ou pratiqué de tels examens s'amenuise (figure 13.4 et tableaux 13.11 et 13.12, en annexe), et les différences sont significatives* entre les plus pauvres et les plus riches. Les femmes les plus pauvres sont deux fois plus nombreuses que les plus riches à n'avoir jamais bénéficié d'un examen préventif du cancer du sein fait par un professionnel de la santé et 3 7% d'entre elles n'ont jamais fait un auto-examen.

La pauvreté, un monde à part

[Retour à la table des matières](#)

La situation des femmes des milieux défavorisés présente une double configuration : un état de santé nettement moins bon tant au point de vue physique qu'au point de vue psychologique, et des relations particulières avec la santé, c'est-à-dire face à la prévention, aux recours professionnels ou à l'organisation du système de soins. Les femmes pauvres vivent moins longtemps (Wilkins, Adams et Brankner, 1990) ; Santé Québec montre qu'elles sont atteintes plus tôt par la maladie et l'incapacité, qu'elles présentent des scores de détresse psychologique particulièrement élevés et posent significativement* plus de gestes suicidaires. On a aussi constaté, dans la première partie, qu'elles consomment plus de cigarettes et qu'elles présentent une prévalence d'obésité très élevée. On a vu également, à la section sur les jeunes femmes, que près de 50% des adolescentes de milieux très défavorisés ont un score élevé de détresse psychologique.

C'est un bilan très lourd. Peut-être nous permettra-t-il de mieux comprendre pourquoi les femmes de ces milieux semblent moins préoccupées par les mesures préventives ? Les problèmes qu'elles ont à résoudre et les conditions difficiles dans lesquelles elles vivent leur dictent des priorités différentes. Quand le quotidien comporte autant d'éléments négatifs, il reste finalement moins de place pour la préven-

tion, pour ce qui « risque d'arriver ». Cela peut-il aussi expliquer les modes d'intervention des professionnels de la santé ? Face à une cliente qui présente de multiples problèmes, on aura peut-être moins de temps pour proposer un examen préventif ou un atelier antitabac.

Ces considérations sont majeures. Notre système de santé, par la force des choses, semble réagir selon des modes d'intervention différents aux besoins des mieux nanties et à ceux des pauvres. Les plus démunis dans notre société demanderaient, et recevraient, des services axés sur l'immédiat, sur l'urgence, alors que la prévention et la promotion de la santé n'atteindraient que les groupes plus favorisés. On peut craindre alors que les écarts entre les deux groupes ne s'élargissent davantage au cours des prochaines années. Les prochaines recherches sur ces aspects devraient s'attarder aux modes de consultation des femmes des milieux défavorisés ; dans quelles circonstances consultent-elles ? qui voient-elles, et où ? y a-t-il une continuité dans les services qu'elles reçoivent ?

FAITS SAILLANTS

[Retour à la table des matières](#)

- **On retrouve plus de femmes, et en particulier de femmes âgées, dans les groupes défavorisés.**
- **Les femmes de milieu défavorisé ont plus de problèmes de santé physique et psychologique que les autres femmes et que les hommes de même niveau socio-économique ; elles connaîtraient un vieillissement précoce, particulièrement entre 45 et 64 ans.**
- **Une adolescente sur deux venant de milieu très défavorisé présente un niveau élevé de détresse psychologique.**
- **Les femmes de milieu défavorisé consomment plus de médicaments prescrits. Les jeunes femmes très pauvres utilisent plus la pilule anovulante et, chez elles, la combinaison anovulants-tabagisme est particulièrement fréquente.**
- **La pratique du test de dépistage du cancer du *col* de l'utérus semble plus répandue chez les femmes de milieux défavorisés ; ces femmes subissent sensiblement moins d'examens de dépistage du cancer du sein par les professionnels et pratiquent moins l'auto-examen des seins.**

Fin du texte