Lise Dunnigan

Chercheure, Direction de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

(1995)

“Certains comportements de santé propres aux femmes”

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 :

Serge Chevalier

"Certains comportements de santé propres aux femmes".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I.** Chapitre 10, pp. 169-183. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412 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 6 août 2007 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Lise Dunnigan

Chercheure, Direction de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

“Certains comportements de santé propres aux femmes”.

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I.** Chapitre 10, pp. 169-183. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412 pp.

Table des matières

- 10.0 [Introduction](#)
- 10.1 [Aspects méthodologiques](#)
- 10.2 [Résultats](#)
 - 10.2.1 [Dépistage des cancers féminins](#)
 - 10.2.2 [Consommation de médicaments à teneur hormonale](#)
- 10.3 [Conclusions](#)
 - 10.3.1 [Synthèse et pistes de recherche](#)
 - 10.3.2 [Éléments de réflexion pour la planification](#)
- 10.4 [Références bibliographiques](#)

Lise Dunnigan

Chercheure, Direction de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

“Certains comportements de santé propres aux femmes”.

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I**. Chapitre 10, pp. 169-183. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412 pp.

10.0 Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Les comportements de santé propres aux femmes qui font l'objet de ce chapitre sont les suivants : le recours aux diverses techniques de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, et la consommation d'anovulants et de médicaments à teneur hormonale pour le traitement de problèmes reliés à la ménopause ou pour d'autres raisons.

Le cancer est l'un des dix-neuf problèmes prioritaires définis dans la Politique de la santé et du bien-être du Québec (MSSS, 1992). Il constitue la seconde grande cause de mortalité au Québec. Chez les femmes, c'est le cancer du sein qui entraîne le plus grand nombre de décès. À cet égard, l'objectif fixé est une réduction de la mortalité de 15% d'ici l'an 2002 ; pour ce faire, on propose d'améliorer les services actuels de dépistage précoce, en particulier le dépistage par mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans. On encourage aussi le dépistage précoce d'autres formes de cancer, dont le cancer du col de l'utérus pour lequel le dépistage par frottis cytologique permettrait une ré-

duction de 60% de l'incidence et de la mortalité (Miller, 1992). On suggère également d'évaluer l'effet des campagnes de promotion de la santé et des programmes de dépistage des différentes formes de cancer, et d'examiner notamment les barrières culturelles pouvant influencer les comportements.

Dans le prolongement de l'enquête Santé Québec 1987, l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 vise à déterminer les caractéristiques des femmes qui participent au dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Cette mesure présente l'avantage d'être plus sensible au changement dans le temps que la mortalité, et peut indiquer des pistes de recherche et d'intervention à l'égard des groupes qui ne sont pas suffisamment rejoints ou qui présentent des risques plus élevés de cancer.

Les renseignements portant sur certains comportements reliés à la vie reproductive des femmes constituent une source unique d'information. La prise d'anovulants et d'hormones représente une part appréciable de la consommation de médicaments prescrits aux femmes et s'étend habituellement sur plusieurs années. Bien que ces médicaments soient bénéfiques, dans la mesure où les anovulants sont un moyen efficace d'éviter une grossesse non désirée et où les hormones utilisées durant la ménopause sont une des façons de prévenir l'apparition de maladies dégénératives telles que l'ostéoporose, leur utilisation comporte, comme tous les médicaments, des effets secondaires et des risques pour la santé, notamment lorsqu'ils sont associés à d'autres facteurs comme le tabagisme.

10.1 Aspects méthodologiques

[Retour à la table des matières](#)

En matière de prévention des cancers féminins, il existe peu d'approches reconnues à l'heure actuelle à l'exception du dépistage précoce. Les trois principales méthodes préconisées pour le dépistage du cancer du sein sont l'auto examen des seins (AES), l'examen clinique (ECS) et la mammographie. L'enquête fournit des renseignements sur l'ampleur du recours à ces différentes formes de dépistage, sur la fréquence à laquelle les Québécoises pratiquent l'AES de même que sur le temps écoulé depuis le dernier ECS et la dernière mammographie. Quant au cancer du col de l'utérus, le dépistage est effectué à l'aide d'un prélèvement vaginal couramment appelé test de Pap ; l'enquête permet de connaître l'importance de cette pratique ainsi que le temps écoulé depuis le dernier examen.

En ce qui concerne la prise de médicaments à teneur hormonale, les femmes devaient indiquer si elles prenaient « des pilules contraceptives (pour régulariser le cycle menstruel, pour éviter une grossesse ou pour une autre raison) » et si elles prenaient « des hormones (pour le traitement de troubles liés à la ménopause (retour d'âge) ou pour une autre raison) ».

Ces questions apparaissent dans le questionnaire autoadministré remis aux personnes de quinze ans et plus (QAA7 à QAA14), et s'adressent aux femmes seulement. Le taux de non-réponse partielle varie de 1,3% à 2,8%. Les mêmes questions figuraient dans l'enquête Santé Québec 1987 sous le même libellé. La question qui permettait de savoir si les femmes étaient actuellement en période de ménopause n'a toutefois pas été retenue. À cette exception près, les données de 1992-1993 sont comparables à celles de 1987. De plus, la question sur

la grossesse n'a pas été conservée aux fins de l'analyse, à cause de la faible proportion de femmes enceintes estimée par l'enquête (moins de 3%) ¹.

Des croisements ont été effectués afin de documenter les liens entre ces variables et certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, soit l'âge, la scolarité relative, le niveau de revenu du ménage et le groupe ethnoculturel. Les associations entre les différentes formes de dépistage des cancers féminins ont également été analysées. Dans le cas de la prise d'anovulants et d'hormones à la ménopause, la consommation concomitante de tabac est décrite en raison des risques plus importants pour la santé qui y sont associés.

En utilisant ces données, il faut garder à l'esprit qu'elles renseignent sur des comportements déclarés. La désirabilité sociale de ces comportements peut donc avoir influencé les réponses obtenues. Dans le cas du dépistage de cancers, la difficulté de se rappeler de façon exacte le temps écoulé depuis le moment d'un examen peut également affecter la précision des réponses ; dans le cas de la mammographie, qui s'avère souvent un examen très pénible, le souvenir marqué de cet événement peut le faire apparaître comme appartenant à un passé plus récent qu'en réalité.

¹ D'ailleurs, la raison d'être de cette question est plutôt liée aux critères de calcul de l'indice de masse corporelle, traité au chapitre 7.

10.2 Résultats

10.2.1 Dépistage des cancers féminins

Auto examen des seins

[Retour à la table des matières](#)

L'auto examen des seins (AES) est une pratique de détection recommandée à toutes les femmes, à partir de l'âge de 40 ans (Société canadienne du cancer, 1993). Bien que son effet sur les taux de mortalité n'ait pas été démontré, il semble admis que la majorité des cas de cancer du sein sont découverts par les femmes elles-mêmes (Comité permanent de la santé et du bien-être social, du troisième âge et de la condition féminine, 1992).

Tableau 10.1

Fréquence de L'auto examen des seins (AES) selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Groupe d'âge	Fréquence de l'AES				
	Au moins 1 fois / mois	1 fois / 2-3 mois	Moins souvent	Jamais	Total
	%	%	%	%	N
15-24 ans	18,2	15,2	23,6	43,1	459 609
25-44 ans	21,2	24,6	29,6	24,6	1 224 151
45-64 ans	29,7	24,6	23,2	22,5	767 866
65 ans et +	28,2	15,8	20,9	35,1	403 002
Total	24,0	21,9	25,7	28,5	2 854 628,

Environ une Québécoise de 15 ans et plus sur quatre (24%) pratique l'AES selon la fréquence recommandée, c'est-à-dire chaque mois, et un pourcentage semblable (22%) le fait moins régulièrement, soit tous les deux ou trois mois (tableau 10.1). La pratique régulière de l'AES est moins répandue parmi les femmes de 15 à 44 ans (18% et 21%) que parmi les femmes plus âgées (30% et 28%).

Graphique 10.1

Personnes n'ayant jamais pratiqué l'AES selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Ces pourcentages diffèrent peu de ceux de l'enquête Santé Québec 1987 (tableau A.10.1 et graphique 10.1). Le seul changement observé est une légère diminution de la proportion de femmes n'ayant jamais pratiqué cette forme de dépistage, laquelle passe de 33% en 1987 à 29% en 1992-1993, au profit de la pratique occasionnelle tous les deux ou trois mois, qui s'accroît de 19% à 22%. Cette situation s'observe dans tous les groupes d'âge à l'exception de celui des femmes de

15-24 ans, parmi lesquelles aucun changement significatif n'est décelable.

La scolarité relative, le niveau de revenu du ménage et l'appartenance ethno-culturelle sont reliés à la pratique de l'AES (tableau A.10.2). Les femmes les moins scolarisées sont proportionnellement plus nombreuses que les autres Québécoises à ne jamais pratiquer l'AES (35% c. 24% à 30%). Dans le même sens, 37% des femmes appartenant à des ménages très pauvres n'examinent jamais leurs seins, comparativement à 24% des femmes disposant d'un revenu supérieur. Enfin, le groupe ethnoculturel minoritaire se distingue du groupe majoritaire par un pourcentage plus élevé de femmes qui ne pratiquent jamais cette forme de dépistage (36% c. 28%).

Examen clinique des seins

Jusqu'en 1994, l'examen clinique des seins (ECS) était recommandé sur une base annuelle pour les femmes de 40 ans et plus, par le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, bien que son efficacité sur la réduction de la mortalité ne soit pas démontrée lorsqu'il est pratiqué seul (sans mammographie). Présentement, le Groupe d'étude ne recommande l'ECS annuel qu'aux femmes de 50 à 69 ans, conjointement avec la mammographie (Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994).

Près de la moitié des Québécoises de 15 ans et plus (47%) déclarent avoir subi cet examen moins de 12 mois avant l'enquête (tableau 10.2). Bien qu'elles constituent la majorité des femmes du groupe cible pour le dépistage, les femmes de 45 ans et plus ne sont pas plus nombreuses que les plus jeunes à avoir bénéficié d'un ECS au cours de la même période.

Tableau 10.2

Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS)
selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Groupe d'âge	Dernier ECS					Total N
	Moins de 12 mois	1-2 ans	Plus de 2 ans	Jamais	Ne sait pas	
	%	%	%	%	%	
15-24 ans	46,8	11,3	4,7	35,3	1,9*	458 234
25-44 ans	52,3	22,1	17,0	7,8	0,9*	1 225 529
45-64 ans	48,4	22,3	20,4	7,6	1,3*	768 076
65 ans et +	31,7	19,4	25,9	18,8	4,1*	402 021
Total	47,4	20,0	17,2	13,7	1,6	2 853 860

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

Dans l'ensemble, ces données ne diffèrent pas significativement de celles de 1987 (graphique 10.2 et tableau A.10.3). Seule la proportion des femmes n'ayant jamais subi d'ECS a légèrement diminué (16% c. 14%) ; ce changement est surtout apparent chez les femmes de 65 ans et plus (27% c. 19%). La scolarité relative, le niveau de revenu de même que le groupe ethnoculturel sont reliés au recours à l'ECS (tableau A.10.4). Ainsi, la proportion de femmes ayant subi un ECS moins de 12 mois avant l'enquête passe de 41% chez les femmes les moins scolarisées à 51% chez les plus scolarisées, tandis que la proportion de femmes n'ayant jamais eu d'ECS passe de 21% à 11%. Dans le même sens, moins de femmes appartenant à des ménages pauvres et très pauvres déclarent avoir subi cet examen dans l'année ayant précédé l'enquête comparativement aux femmes disposant d'un revenu supérieur (40% c. 55%) ; la proportion de femmes n'ayant jamais eu d'ECS passe de 21%, chez les femmes très pauvres, à 9% chez les plus à l'aise. Par ailleurs, les femmes appartenant au groupe

ethnoculturel minoritaire déclarent plus souvent que les autres Québécoises n'avoir jamais eu d'ECS (24% c. 12%).

Mammographie

Les études sur le dépistage du cancer du sein suggèrent que la mammographie combinée avec l'ECS pourrait éventuellement réduire de 40% la mortalité chez les femmes de 50 à 69 ans, tandis que l'utilité du dépistage systématique chez les femmes de 40 à 49 ans n'est toujours pas concluante (Conseil d'évaluation des technologies de la santé, 1990 et 1993). La fréquence recommandée à l'heure actuelle par la Société canadienne du cancer, et celle retenue dans le Plan d'action québécois pour le dépistage du cancer du sein, est d'une mammographie accompagnée d'un ECS tous les deux ans, pour les femmes de 50 à 69 ans (MSSS, 1993).

Graphique 10.2

Personnes n'ayant jamais subi un ECS selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Dans l'ensemble, 14% des Québécoises de 15 ans et plus déclarent avoir subi une mammographie au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, et 12%, entre un et deux ans avant l'enquête (tableau 10.3). Le recours à cette méthode de dépistage prend surtout de l'importance à partir de l'âge de 40 ans, âge à compter duquel le cancer du sein devient la première cause spécifique de mortalité chez les Québécoises ². La proportion la plus élevée de femmes à n'avoir jamais eu de mammographie s'observe chez les femmes de 15-39 ans (85%), et la plus faible, chez les femmes de 50-59 ans (26%).

Tableau 10.3

Temps écoulé depuis la dernière mammographie selon l'âge,
population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Groupe d'âge	Dernière mammographie					Total
	Moins de 12 mois	1-2 ans	Plus de 2 ans	Jamais	Ne sait pas	
	%	%	%	%	%	N
15-39 ans	3,9	3,6	7,2	85,1	0,1**	1 386 033
40-49 ans	23,1	19,9	19,6	36,9	0,7**	529 636
50-59 ans	30,2	21,9	21,3	25,6	1,1**	356 614
60-69 ans	25,9	20,2	19,2	34,0	0,7**	289 797
70 ans et +	13,3	13,1	19,0	52,9	1,8**	257 696
Total	13,9	11,6	13,6	60,3	0,6**	2 819 776

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

Par rapport à l'enquête Santé Québec 1987, les Québécoises sont environ deux fois plus nombreuses à déclarer une mammographie au cours de l'année ayant précédé l'enquête (14% c. 8%) (tableau A.10.5) ; cette évolution concorde avec l'accroissement du nombre de

² Données compilées par le Service des études et analyses du ministère de la Santé et des Services sociaux pour la période 1989-1991.

mammographies facturées à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, qui a été d'environ 20% par année au cours de la même période ³.

Graphique 10.3

Personnes ayant subi une mammographie au cours des 2 années ayant précédé l'enquête selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

En 1987, dans le groupe d'âge de 40-49 ans, 24% des femmes avaient eu une mammographie au cours des deux années ayant précédé l'enquête, alors que ce pourcentage s'élève à 43% en 1992-1993 ; la proportion est passée de 24% à 49% chez les femmes de 50-69 ans, et de 11% à 26% chez les femmes au-delà de 69 ans (graphique 10.3). Ainsi, dans le groupe d'âge visé par le plan d'action, la proportion de femmes ayant subi une mammographie dans le délai recommandé a plus que doublé, même s'il ne s'agit encore que de la moitié de la po-

³ Données fournies par la Régie de l'assurance-maladie du Québec et compilées par la Direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux.

pulation à joindre ; la grande majorité de ces femmes (97%) ont également eu un ECS dans le même délai, c'est-à-dire moins de deux ans avant l'enquête (tableau A.10.6).

Étant donné la taille restreinte des sous-groupes, il n'a pas été possible de vérifier les liens pouvant exister entre le recours à la mammographie et le niveau de revenu, la scolarité relative ou le groupe ethnoculturel.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

En 1982, le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique recommandait de pratiquer un prélèvement annuel chez toutes les femmes dès le début de la vie sexuelle active et jusqu'à l'âge de 35 ans, puis tous les cinq ans par la suite. Le consensus médical tend à évoluer vers un prélèvement tous les trois ans pour toutes les femmes de 18 ans et plus ayant eu des relations sexuelles, jusqu'à l'âge de 69 ans (Miller, 1992) ; cependant, pour diverses raisons, la pratique la plus courante consiste à faire un prélèvement annuel à compter du début de la vie sexuelle active ⁴.

Parmi l'ensemble des Québécoises de 15 ans et plus, un peu moins de la moitié (47%) ont eu un test de Pap moins de 12 mois avant l'enquête, et les deux tiers (66%) l'ont subi dans les deux années ayant précédé celle-ci (tableau 10.4). Le dépistage a été fait moins de deux ans avant l'enquête chez près des deux tiers des femmes dans le groupe des 15-24 ans (63%) et celui des 45-64 ans (63%), et chez plus des trois quarts des femmes de 25-44 ans (81%) ; chez les femmes plus âgées, la proportion baisse à 32%. Le tiers des Québécoises de 15-24 ans n'ont jamais bénéficié de cette forme de dépistage de même que 21% des femmes de 65 ans et plus.

⁴ Ce test a une haute spécificité mais une sensibilité inférieure (environ 20% de faux négatifs). Comme il est peu coûteux, il est admis en pratique clinique qu'un contrôle annuel est plus simple et plus efficace.

Tableau 10.4

Temps écoulé depuis le dernier test de Pap selon l'âge,
population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Groupe d'âge	Dernier test Pap					Total
	Moins de 12 mois	1-2 ans	Plus de 2 ans	Jamais	Ne sait pas	
	%	%	%	%	%	N
15-24 ans	52,6	10,4	3,0*	32,5	1,6*	456 561
25-44 ans	57,2	23,3	14,5	3,9	1,2*	1 223 551
45-64 ans	41,9	20,9	28,4	6,0	2,8	763 922
65 ans et +	17,0	14,9	38,7	20,8	8,7	391 190
Total	46,8	19,4	19,7	11,4	2,7	2 835 224

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

On n'observe aucun changement significatif par rapport aux données de Santé Québec 1987, si ce n'est une légère diminution de la proportion de femmes qui n'ont jamais subi de test de Pap (de 14% c. 11%) (graphique 10.4 et tableau A.10.7).

La pratique du test de Pap moins d'un an avant l'enquête est moins fréquente parmi les femmes les moins scolarisées que chez les plus scolarisées (41% c. 51%) ; dans le même sens, les femmes les moins instruites sont proportionnellement plus nombreuses à n'avoir jamais eu de dépistage que les femmes de scolarité élevée ou très élevée (15% c. 10%) (tableau A.10.8). La pratique varie également en fonction du niveau de revenu du ménage. Ainsi, la proportion de femmes s'étant prêtées à cette forme de dépistage au cours des douze mois ayant précédé l'enquête est plus faible parmi les femmes très pauvres et pauvres que chez celles dont le niveau de revenu est moyen supérieur ou supérieur (41% et 38% c. 51% et 55%). Parallèlement, il y a plus de femmes n'ayant jamais bénéficié du test de Pap parmi celles

qui sont très pauvres ou pauvres que parmi les autres femmes (16% c. 10%). Enfin, comparativement aux femmes faisant partie du groupe ethnoculturel majoritaire, celles du groupe minoritaire déclarent plus souvent n'avoir jamais subi le test (23% c. 10%).

Graphique 10.4

Personnes n'ayant jamais subi de test de Pap selon l'âge,
population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Liens entre la fréquence des différents types de dépistages

Une proportion importante de femmes déclarent avoir bénéficié d'un examen de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus dans un espace de temps semblable. Ainsi, les deux tiers (69%) des femmes qui ont eu une mammographie moins de 12 mois avant l'enquête ont également eu un test de Pap au cours de cette période (tableau A.10.9). Environ 80% de celles qui ont subi un test de Pap ou un ECS

ont subi ces deux examens dans le même espace de temps (tableau A.10.10). Enfin, plus de la moitié (54%) des femmes qui n'ont jamais eu de test de Pap ne pratiquent jamais l'AES, comparativement à environ un quart des autres femmes (tableau A.10.11) ; cette situation correspond en bonne partie au profil des femmes les plus jeunes qui ne pratiquent encore aucune forme de dépistage, et des femmes les plus âgées qui ne s'y sont jamais prêtées.

10.2.2 Consommation de médicaments à teneur hormonale

Anovulants

[Retour à la table des matières](#)

Parmi les femmes en âge de se reproduire, soit celles de 15 à 44 ans, plus d'une femme sur cinq (22%) est utilisatrice d'anovulants en 1992-1993 (tableau 10.5). Leur nombre, déjà important chez les adolescentes de 15-17 ans (32%), atteint son niveau le plus élevé entre 18 et 24 ans (51%), et il chute au-delà de 35 ans, âge à compter duquel les anovulants furent contre-indiqués jusqu'à tout récemment, en raison des risques de maladies cardio-vasculaires (Santé et Bien-être social Canada, 1993a ; Comité consultatif spécial sur la physiologie de la reproduction, 1985). ⁵

Après avoir atteint un sommet au début des années 1970, le pourcentage de Québécoises qui ont recours à la contraception hormonale a sensiblement diminué vers la fin de la décennie, comme ce fut le cas dans les autres provinces (de Guibert-Lantoine, 1990). Cette tendance se poursuit, puisque le pourcentage d'utilisatrices en 1992-1993 est en

⁵ La contre-indication pour les femmes de 35 ans et plus qui sont en bonne santé ne concerne dorénavant que celles qui font usage de tabac.

baisse par rapport à 1987 (28% c. 22%) ; ce changement s'observe surtout chez les femmes de 20 à 34 ans.

Le tabagisme accroît fortement les risques pour la santé chez les utilisatrices d'anovulants. On estime que les décès attribués aux contraceptifs oraux sont causés, six fois sur dix, par la consommation concomitante de tabac (Comité consultatif spécial sur la physiologie de la reproduction, 1985). Or, 33% des utilisatrices d'anovulants de 15 à 44 ans sont des fumeuses régulières (tableau A.10.12), une proportion comparable à celle observée chez les autres femmes du même groupe d'âge ; bien qu'élevé, ce pourcentage est en baisse comparativement à l'enquête Santé Québec 1987, lorsqu'il s'établissait à 43% (Santé Québec, 1988). Chez les adolescentes de 15- 17 ans, par ailleurs, on remarque un lien significatif entre ces deux comportements : 36% des utilisatrices d'anovulants sont des fumeuses régulières, tandis que seulement 16% des non-utilisatrices fument.

Tableau 10.5

Consommation d'anovulants selon l'âge, population féminine
de 15 à 44 ans, Québec 1987 et 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Groupe d'âge	Consommation d'anovulants		
	1987	1992-1993	
	%	%	Pe
15-17 ans	28,5	32,2	45 115
18-19 ans	54,8	56,7	49 451
20-24 ans	58,0	49,2	113 205
25-34 ans	30,0	23,4	142 205
35-44 ans	4,6	2,9*	17 864
Total	27,5	21,9	367 840

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

Enfin, le recours aux anovulants est étroitement associé au dépistage du cancer du col, en particulier chez les femmes de 15-24 ans : 76% des utilisatrices d'anovulants ont subi un test de Pap moins de douze mois avant l'enquête et 11% n'en ont jamais eu, tandis que ces proportions sont respectivement de 33% et de 50% parmi les non-utilisatrices (tableau A.10.13). Les femmes qui consultent annuellement leur médecin pour obtenir une prescription d'anovulants bénéficient donc en grande partie d'un dépistage.

Hormones à la ménopause

En 1992-1993, 11% des Québécoises de 15 ans et plus déclarent utiliser des hormones pour le traitement de troubles liés à la ménopause ou pour une autre raison, comparativement à 8% au moment de l'enquête Santé Québec 1987 (tableau 10.6). Cette augmentation est attribuable essentiellement aux femmes de 45-64 ans qui regroupent les trois quarts des utilisatrices : en effet, 29% d'entre elles consomment ce type de médicaments, alors qu'on en comptait 22% en 1987. Les données de l'enquête de 1992-1993 ne permettent toutefois pas de savoir quelle proportion de ces femmes sont effectivement en période de ménopause.

Il est à noter que le tabagisme figure parmi les contre-indications relatives aux thérapies hormonales et que l'on dénombre 25% de fumeuses régulières parmi les utilisatrices d'hormones (données non présentées).

Tableau 10.6

Consommation d'hormones pour troubles liés à la ménopause
ou pour une autre raison selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus,
Québec 1987 et 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Groupe d'âge	Consommation d'hormones		
	1987	1992-1993	
	%	%	Pe
15-24 ans	0,2	1,1**	5 171
25-44 ans	3,0	3,3	40 119
45-64 ans	22,1	28,9	220 870
65 ans et plus	6,9	10,0	39 493
Total	8,0	10,8	305 653

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

Note Les coefficients de variation ne sont pas disponibles pour les résultats de 1987.

10.3 Conclusions

10.3.1 Synthèse et pistes de recherche

[Retour à la table des matières](#)

À l'exception du recours à la mammographie, le dépistage des cancers féminins a très peu progressé depuis l'enquête Santé Québec 1987. Néanmoins, les quelques changements observés vont dans le bon sens ; ils témoignent surtout d'une légère diminution du nombre de femmes qui ne se sont jamais prêtées aux pratiques de dépistage.

Environ une Québécoise sur quatre pratique régulièrement L'auto examen des seins, et une sur deux a subi un examen clinique des seins moins de douze mois avant l'enquête. Près de la moitié des femmes de 50 à 69 ans ont subi une mammographie au cours des deux années ayant précédé l'enquête ; cela correspond au double de la proportion relevée dans l'enquête Santé Québec 1987 et représente une amélioration importante à souligner. L'Enquête Promotion de la Santé Canada 1990 (Santé et Bien-être social Canada, 1993a) avait également permis de noter une augmentation importante, par rapport à l'enquête de 1987, de la proportion de Québécoises de 50 à 69 ans ayant subi une mammographie durant le même espace de temps.

Quant au dépistage du cancer du col de l'utérus, une femme sur deux s'y est prêtée moins de douze mois avant l'enquête, et deux femmes sur trois y ont consenti moins de deux ans avant l'enquête. Dans l'ensemble, une plus faible scolarité, un bas niveau de revenu et l'appartenance au groupe ethnoculturel minoritaire sont les caractéristiques les plus fréquemment relevées chez les femmes qui n'ont jamais bénéficié d'un examen de dépistage. Lorsqu'il est possible de les comparer, les disparités liées aux facteurs socio-économiques ne semblent pas s'être résorbées dans l'intervalle qui sépare les deux enquêtes.

En ce qui a trait à la prise de médicaments à teneur hormonale, l'enquête révèle une diminution de la consommation d'anovulants chez les femmes de 15 à 44 ans et une augmentation de la consommation d'hormones pour des problèmes liés à la ménopause parmi les femmes de 45 à 64 ans. Étant donné la très faible augmentation des taux de natalité et l'augmentation sensible de l'indice synthétique des interruptions volontaires de grossesse au cours de la période écoulée entre les deux enquêtes (Duchesne, 1993), la diminution de la consommation d'anovulants pourrait refléter certains changements dans les comportements contraceptifs des Québécoises, dont nous ne pouvons voir ici qu'un aspect isolé. Quant à la consommation d'hormones à la ménopause, des modifications des attitudes et des connaissances, tant chez les femmes que parmi le personnel de la santé, expliqueraient proba-

blement l'augmentation observée, la littérature scientifique étant très favorable à l'hormonothérapie (Corbeil, 1994).

La proportion de fumeuses régulières est de une sur trois chez les utilisatrices d'anovulants et de une sur quatre chez les utilisatrices d'hormones à la ménopause, et la proportion de fumeuses est en baisse depuis 1987 dans le cas des utilisatrices d'anovulants. Ces chiffres se comparent aux taux de tabagisme déclarés par les femmes des mêmes groupes d'âge ; ils demeurent cependant préoccupants compte tenu des risques pour la santé cardio-vasculaire (Santé et bien-être social Canada, 1993b ; Comité consultatif spécial sur la physiologie de la reproduction, 1985). Il serait intéressant de vérifier l'hypothèse d'une proportion plus élevée de fumeuses chez les utilisatrices d'anovulants en milieu défavorisé, en raison notamment du tabagisme plus répandu chez les femmes de ce milieu.

Sur le plan de la recherche, il serait souhaitable d'augmenter les connaissances sur l'efficacité des méthodes actuelles de dépistage du cancer du sein auprès des femmes ne se situant pas dans le groupe d'âge de 50-69 ans ; il faudrait également chercher à améliorer la qualité des trois formes actuelles de dépistage et à expérimenter des approches nouvelles, particulièrement en matière d'auto dépistage.

De façon générale, il y aurait lieu d'améliorer les connaissances sur les facteurs reliés à la participation au dépistage des cancers féminins chez les femmes appartenant au groupe ethnoculturel minoritaire, dans le but d'élaborer des programmes de dépistage mieux adaptés à ces groupes.

10.3.2 Éléments de réflexion pour la planification

[Retour à la table des matières](#)

Ces données fournissent des renseignements utiles par rapport aux objectifs fixés par la Politique de la santé et du bien-être. Ainsi, même en l'absence de programme officiel, le dépistage du cancer du sein par mammographie progresse rapidement notamment chez les femmes appartenant au groupe d'âge visé (50 à 69 ans). Si l'on tient compte du fait que près de la moitié des femmes pratiquent l'AES de façon régulière ou non, ou ont bénéficié d'un ECS moins de 12 mois avant l'enquête, ce résultat montre une situation propice à la mise en place du programme de dépistage annoncé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Par ailleurs, la pratique régulière de l'AES et l'examen clinique annuel chez les femmes de 40 ans et plus ne devraient pas être laissés en plan ; en l'absence d'autres solutions et vu leur coût négligeable, il faudrait chercher à tirer le meilleur parti possible de ces méthodes.

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, 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 (Miller, 1992) et, d'autre part, les femmes de 15 à 24 ans sexuellement actives qui ne consomment pas d'anovulants. Les fumeuses régulières qui utilisent aussi les anovulants ou les hormones durant la ménopause constituent un autre groupe à privilégier pour la prévention en santé cardio-vasculaire.

Enfin, compte tenu de l'augmentation continue des taux de grossesse chez les adolescentes au cours de la dernière décennie (Comité

permanent de la santé et du bien-être social, du troisième âge et de la condition féminine, 1992) et de la hausse récente des taux d'interruption volontaire de grossesse chez les Québécoises, il serait important de mieux documenter les changements qui s'opèrent dans les comportements sexuels des jeunes de moins de 18 ans et les comportements contraceptifs des Québécoises ; les effets de ces changements devraient être analysés à la fois sur le plan de la santé, de la prévention des grossesses non désirées et des maladies transmissibles sexuellement.

10.4 Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

Comité consultatif spécial sur la physiologie de la reproduction (1985). *Contraceptifs oraux, rapport 1985*, Ottawa, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Direction générale de la protection de la santé.

Comité permanent de la santé et du bien-être social, du troisième âge et de la condition féminine (1992). *Le cancer du sein : des questions sans réponse*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada.

Conseil d'évaluation des technologies de la santé (1990). *Dépistage du cancer du sein au Québec : estimation des coûts et des effets sur la santé*, Québec, Gouvernement du Québec.

Conseil d'évaluation des technologies de la santé (1993). *Le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans*, Québec, Gouvernement du Québec.

Corbeil, D. (1994). « Ménopause » dans *La santé des femmes, sous la direction de Huguette Bélanger et Louise Charbonneau*, Montréal, Édisem Inc.

De Guibert-Lantoine, C. (1990). « Révolutions contraceptives au Canada », *Population*, vol. 45, no 2, pages 361-398.

Duchesne, L. (1993). *La situation démographique au Québec, édition 1993*, Québec, Les Publications du Québec.

Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (1994). « Guide canadien de médecine préventive », Ottawa, Santé Canada.

Miller, A. (1992). « Planification des stratégies de lutte contre le cancer », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 13, no 1, supplément, janvier-février, page s27.

Ministère de la santé et des services sociaux (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 pages.

Ministère de la santé et des services sociaux (1993). *Plan d'action pour le dépistage du cancer du sein*, Québec, Gouvernement du Québec.

Santé et bien-être social Canada (1993a). *Enquête Promotion de la santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada.

Santé et Bien-Être social Canada (1993b). *Prospectus de conditionnement à l'intention des utilisatrices de contraceptifs oraux (pilule anticonceptionnelle)*, Ottawa, Santé et bien-être social Canada, Direction générale de la protection de la santé.

Santé Québec (1988) *Et la santé, ça va ? Tome 1. Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Société canadienne du cancer (1993), *Le cancer du sein. Les faits*, (dépliant), Société canadienne du cancer.

Fin du texte