

La santé des hommes au Québec.

Écrit par G. Tremblay, R. Cloutier, T. Antil, M.-È. Bergeron, R. Lapointe-Goupil

Réalisée par David Guilmette

Mise en forme par Justin Sirois-Marcil

Référence complète de l'étude

Tremblay, G., Cloutier, R., Antil, T., Bergeron, M.-È. & Lapointe-Goupil, R. (2005). *La santé des hommes au Québec*. Québec : Les Publications du Québec.

Préliminaire et cadre théorique

Depuis vingt ans, une littérature abondante a été écrite sur la transformation du rôle masculin et sur l'évolution des rapports hommes-femmes. Aujourd'hui, la recherche sur la condition masculine est devenue une spécialité académique aux États-Unis, tout comme les études féministes (August, 1985; Brod, 1987; Clatterbaugh, 1990; Connell, 1995; Pleck, 1981). Cette réflexion sur la condition masculine s'est également développée au Québec depuis les années 1980 et a touché une variété de thèmes tels que l'identité masculine, la paternité, la sexualité masculine, la violence des hommes, etc. (Collectif, 1986; Collectif Coeur-Atout, 1987; De Fontanay, 1980; Simoneau, 1988; Rondeau, 1989).

Bien que la littérature sur la condition masculine fasse référence à certains aspects de la santé des hommes, jusqu'à récemment peu d'études ont porté spécifiquement sur des questions relatives à la santé, sauf quelques exceptions (Antil, 1985; Julty, 1979). Pourtant, les chercheuses féministes ont étudié divers aspects de la santé des femmes et ont développé des cadres théoriques pour comprendre le rapport des femmes à la santé et aux soins. À cet égard, il est souligné que la recherche féministe et le mouvement pour la santé des femmes ont beaucoup contribué au développement de services mieux adaptés aux besoins des femmes (Collectif de Boston pour la santé des femmes, 1977; Conseil du statut de la femme, 1981 ; Dreifus, 1978; MSSS, 1998b; Ruzek, Olesen et Clarke, 1997; Zimmerman et Hill, 2000).

S'il était essentiel de reconnaître que les femmes ont un rapport à la santé et à la maladie qui leur est propre, il devient également impératif de comprendre les spécificités de ce rapport chez les hommes afin de développer des approches d'intervention adaptées à leurs besoins. Heureusement, au cours des dernières années, la santé des hommes devient de plus en plus un objet d'étude de telle sorte qu'on voit apparaître aujourd'hui une littérature scientifique qui porte spécifiquement sur cette question (Courtenay, 2000a, 2000b; Meryn et Jadad, 2001; O'Dowd et Jewell, 1998; Sabo et Gordon, 1995). Cette tendance a été consacrée par la tenue d'une première conférence mondiale sur la santé des hommes à Vienne en novembre 2001 et par le lancement des premières revues scientifiques dédiées à ce thème, le *Men's Health Journal* en 2001 ainsi que *The International Journal of Men's Health* au début de 2002.

Au Québec, l'intérêt pour mieux comprendre les difficultés que vivent les hommes s'est manifesté par la tenue du Forum québécois sur la condition masculine « Être homme en l'an 2000 » les 12 et 13 novembre 1999 à Québec (AutonHommie, 2000). On observe également, dans la société québécoise,

une préoccupation grandissante à l'égard de certains phénomènes : le taux de suicide très élevé chez les hommes, les taux élevés d'abandon scolaire des garçons et l'augmentation du recours au Ritalin (méthylphénidate) dans le cas des garçons ayant des difficultés d'apprentissage. De façon plus spécifique, il faut souligner les recherches menées par Germain Dulac en collaboration avec l'AIDRAH (Action intersectorielle pour le Développement et la Recherche sur l'Aide aux Hommes), une association de trois regroupements d'organismes œuvrant dans des domaines qui touchent particulièrement les hommes : le suicide, la toxicomanie et la violence conjugale. Ces travaux ont exploré les difficultés que ressentent beaucoup d'hommes à demander de l'aide ainsi que les difficultés des intervenants et intervenantes du système de santé et des services sociaux à reconnaître la souffrance des hommes et à répondre de façon adéquate à leurs demandes d'aide (Dulac, 1997, 1999, 2001). De plus, *Intervention* (2002), la revue de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, a publié un numéro spécial, *Le travail social et les réalités masculines*, qui aborde plusieurs de ces mêmes thèmes. *MedActuel FMC* (2002), une revue de formation médicale continue, a également consacré un numéro spécial à la santé des hommes. Enfin, la revue québécoise à grand tirage, *Actualité* (2002), a aussi publié un dossier intitulé *Alerte à la santé des hommes*.

Comme point de départ, l'étude présente le « paradoxe de la surmortalité masculine ». Ainsi, les hommes ont un taux de mortalité plus élevé pour la plupart des causes de décès, tandis qu'ils manifestent des taux moins élevés de morbidité, d'incapacité et d'utilisation de services. Les données de l'ESSS98 analysées dans cette monographie permettent d'illustrer ce paradoxe et de poser les bases de sa compréhension. Selon les projections effectuées par l'Institut de la statistique du Québec, l'espérance de vie en 2041 pourrait atteindre 86,6 ans chez les femmes, alors que celle des hommes serait de 81,5 ans, un écart de 5,1 ans (ISQ, 2002). Cette évolution serait attribuable notamment à une réduction plus grande des maladies cardiovasculaires et des morts accidentelles chez les hommes et à une augmentation du cancer du poumon chez les femmes (MSSS, 2001). En effet, depuis 15 ans, une diminution des taux de mortalité a été observée pour toutes les principales causes de décès chez les hommes, à l'exception du suicide.

Méthodologie de l'étude

Description de la ou des méthodes utilisées

Étude de type monographie descriptive réalisée à partir des données de l'Enquête sociale et de santé 1998. Les outils principaux, le questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) et le questionnaire autoadministré (QAA), ont été repris de l'enquête *Santé Québec 1987* et de *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, mais adaptés aux objectifs de l'enquête de 1998. Les thèmes couverts en général par le premier questionnaire portent sur l'incapacité et la limitation d'activité, le recours aux services sociaux ou de santé, la consommation de médicaments, les accidents avec blessures, les problèmes de santé, la vision et l'audition, ainsi que les renseignements démographiques, socioculturels et socioéconomiques, les chirurgies d'un jour et les hospitalisations, certains symptômes respiratoires, la couverture des frais de santé par une assurance privée, la sécurité alimentaire et l'air ambiant au domicile. Les thèmes traités par le questionnaire autoadministré concernent notamment la perception de l'état de santé, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, de drogues ou d'autres substances psychoactives, l'alimentation, l'activité physique, le poids corporel, l'autonomie décisionnelle au travail, diverses manifestations liées à la santé mentale et au suicide, l'environnement de soutien, la famille, certains comportements de santé propres aux femmes et certains renseignements démographiques, socioculturels et socioéconomiques, le service Info-Santé CLSC, la sexualité et le problème auditif que constituent les acouphènes, le travail et les valeurs spirituelles.

L'enquête de 1998 a utilisé un plan de sondage stratifié par région sociosanitaire et par aire homogène à deux degrés d'échantillonnage : les unités primaires d'échantillonnage (UPE) et les logements. Pour bien mesurer les éventuelles variations saisonnières des caractéristiques sociosanitaires de la population, l'échantillon total a été réparti sur quatre périodes de collecte disjointes réparties sur douze mois. Pour chaque vague de collecte, la taille de l'échantillon est similaire. La collecte de l'enquête s'est déroulée de janvier à décembre. La gestion de la collecte a été confiée au Groupe Léger & Léger

inc., à la suite d'un appel d'offres. Elle a été réalisée en étroite association avec la direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) qui a assuré un contrôle régulier des activités.

Dans le but d'atteindre les objectifs de cette monographie, la démarche adoptée a prévu le recours à des analyses statistiques essentiellement descriptives : analyse bivariée et tests de différence entre proportions ou entre moyennes. Les données sur les femmes sont aussi utilisées dans l'étude pour effectuer des comparaisons selon le sexe.

Échantillon(s) et période(s) de collecte des données

Il s'agit d'une analyse des résultats de l'Enquête sociale et de santé de 1998. Au total, l'échantillon comprend 30 386 personnes dont 14 894 hommes. Pour le questionnaire autoadministré, l'échantillon est de 20 773 personnes, dont 9 739 hommes de 15 ans et plus.

Principaux résultats

Pour l'ensemble de la population, les hommes et les femmes ne se distinguent pas significativement quant au plus haut niveau de scolarité complété. Cela reflète la progression marquée de la scolarité des femmes, mais aussi des hommes, dans les cohortes d'âge plus récentes. De fait, depuis le milieu des années 90, ce n'est plus qu'en formation professionnelle au niveau secondaire et au doctorat à l'université que les hommes dominent proportionnellement. À l'exception des personnes de 15 à 24 ans, les hommes sont favorisés financièrement car proportionnellement plus nombreux que les femmes à bénéficier d'un salaire de plus de 20 000 \$ par année. Proportionnellement, plus d'hommes que de femmes déclarent comme activité principale être sans emploi (7 % c. 4,4%), en emploi (62 % c. 45 %) et à la retraite (16 % c. 12 %). Quant au statut d'activité « tenir maison », il est moins présent chez les hommes que chez les femmes (2,0 % c. 26 %) tandis que la proportion d'hommes aux études n'est statistiquement pas différente de celle des femmes dans la même situation (13 %). Même s'ils sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à rapporter un revenu supérieur à 20 000 \$, les hommes sont aussi nombreux qu'elles à se percevoir « pauvres » ou « très pauvres ».

Les hommes âgés entre 15 et 44 ans sont, en proportion, significativement plus nombreux que les femmes à se déclarer célibataire (30 % c. 24 %). Les hommes s'inscrivent plus tardivement que les femmes dans la parentalité conformément à leur engagement plus tardif dans la conjugalité. Lorsqu'ils vivent seuls, les hommes se disent plus souvent malheureux ou très malheureux de vivre seuls comparativement aux femmes (11% c. 4,4%). La solitude semble vécue plus négativement par les hommes que par les femmes. Plus d'hommes que de femmes déclarent n'éprouver aucune difficulté dans leurs relations conjugales (76% c. 71%). Plus de femmes (16%) que d'hommes (12%) rapportent des difficultés conjugales moyennes ou sévères. Il y a significativement plus d'hommes que de femmes qui rapportent un niveau faible de soutien social (23% c. 17%). Les hommes de 25-44 ans et de 45-64 ans sont proportionnellement plus nombreux que les femmes du même âge à se situer au niveau faible de l'indice de soutien social (25% c. 19% et 27% c. 19%).

Globalement, deux tendances ressortent des données relatives au soutien social. Premièrement, un effet d'âge est observé pour l'ensemble des hommes et des femmes : l'indice de soutien social des 25-64 ans est plus faible que celui des 15-24 ans et des 65 ans et plus. Ce constat peut être relié au niveau d'engagement dans les rôles sociaux typiquement plus intense chez les 25-64 ans comparativement aux deux autres groupes d'âge. Les exigences de la vie adulte, les rôles familiaux et l'inscription en emploi sont plus souvent concentrés au cours de cette période de la vie provoquant un accaparement qui réduit la probabilité de bénéficier d'un soutien social élevé. Deuxièmement, les hommes présentent des composantes moins favorables de l'indice de soutien social que les femmes. La combinaison de ces deux tendances (âge et sexe) désigne les hommes de 25 à 64 ans comme l'un des segments les plus vulnérables de la population sur le plan du soutien social.

Arcand et autres (2000) révèlent, dans leur rapport sur les données de l'ESS98, que près de six Québécois sur dix occupent un emploi rémunéré (59 %), la proportion des hommes étant plus grande

que celle des femmes (66 % c. 51 %). La plus forte concentration de travailleurs masculins se retrouve dans les emplois manuels alors que les femmes se retrouvent davantage dans les emplois non manuels. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à déclarer un niveau élevé d'autonomie décisionnelle au travail comparativement aux femmes (49 % c. 38 %). Les hommes sont également plus nombreux que les femmes à travailler selon un horaire irrégulier ou imprévisible et à travailler de nuit.

Les perceptions des hommes à l'égard de leurs habitudes alimentaires sont associées à leur scolarité relative et à leur niveau de revenu. Les hommes de scolarité relative plus élevée rapportent d'excellentes ou de très bonnes habitudes alimentaires en plus grande proportion que les hommes de scolarité plus faible (45 % c. 35 %). Les hommes dont le niveau de revenu du ménage est supérieur sont, en proportion, plus nombreux à rapporter d'excellentes ou très bonnes habitudes alimentaires que les hommes considérés très pauvres (45 % c. 32 %). Cependant, toute proportion gardée, les hommes de revenu supérieur sont plus nombreux que les femmes de cette même classe à affirmer avoir des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises (16 % c. 8 %). Les jeunes hommes, les hommes pauvres, les moins scolarisés et ceux qui ne vivent pas en union rapportent plus souvent avoir de moyennes ou mauvaises habitudes alimentaires comparativement aux hommes des autres catégories. Toute proportion gardée, les hommes sont plus nombreux que les femmes à pratiquer de l'exercice physique de loisir trois fois par semaine ou plus. Plus d'hommes que de femmes ont un excès de poids (32% c. 24%). Moins d'hommes se classent dans la catégorie de poids insuffisant (9% c. 18%). On retrouve proportionnellement plus d'hommes rapportant être en union avec un excès de poids que d'hommes sans conjointe (37% c. 25%). Les femmes semblent être caractérisées par l'intention de perdre du poids dans toutes les catégories d'âges (à l'exception de celles de 65 ans et plus), de revenu, de scolarité, et peu importe qu'elles aient un conjoint ou non. Chez les hommes, le désir de perdre du poids est lié aux indicateurs de statut socioéconomique (scolarité relative, niveau de revenu, catégorie professionnelle), au statut matrimonial et à l'excès de poids. La proportion de personnes considérées comme étant de gros fumeurs est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (15% c. 8%). L'usage de la cigarette est proportionnellement plus fréquent, et en plus grande quantité, parmi les hommes pauvres et très pauvres, peu scolarisés, sans emploi ou occupant des emplois comme manœuvres ou ouvriers non spécialisés.

Davantage d'hommes que de femmes (86% c. 77%) rapportent avoir consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois précédant l'enquête et moins d'hommes se considèrent abstinents (8% c. 18%). Près d'un jeune homme (15-24 ans) sur deux (44%) rapporte une consommation actuelle de drogue comparativement à environ une jeune femme sur trois (35%). La marijuana demeure la drogue illicite la plus consommée. Proportionnellement plus d'hommes que de femmes rapportent faire un usage combiné de drogues et d'alcool ou de drogues seulement (21% c. 15%). Cette réalité touche, en proportion, davantage les hommes de 15 à 24 ans que les hommes de 25-44 ans, les 45-64 ans et les 65 ans et plus (45% c. 23%, 9% et 4,7%).

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à se déclarer en excellente santé (20% c. 17%). Les hommes de milieu socioéconomique favorisé ont une perception de leur santé qui est proportionnellement meilleure que celles des hommes des milieux plus pauvres. Dans pratiquement tous les cas, la prévalence des principaux problèmes de santé est proportionnellement moins élevée chez les hommes que chez les femmes. Les accidents avec blessure constituent le seul problème ayant une prévalence

statistiquement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (9% c. 6%). L'écart entre les sexes n'est toutefois significativement plus élevé que parmi les 15-24 ans et les 25-44 ans. Les traumatismes, qui expliquent environ une journée d'incapacité sur dix, sont responsables d'une proportion plus élevée des journées d'incapacité chez les hommes que chez les femmes (15% c. 7%).

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à estimer excellente leur santé mentale (38% c. 32%). 20% des Québécois de 15 ans et plus se situe dans la classe élevée de l'indice de détresse psychologique, les hommes étant moins nombreux que les femmes à s'y retrouver (17% c. 23%). Les pères de familles recomposées ou monoparentales déclarent, comme les mères, plus souvent que les pères de familles intactes un indice élevé de détresse psychologique. Enfin, dans la mesure où le soutien social place les hommes en situation moins favorable (indice de soutien social faible) que les femmes et qu'il est en lien avec la détresse psychologique, les hommes sont plus susceptibles de rapporter de la détresse psychologique associée à leur isolement social. Lorsqu'ils rapportent vivre des manifestations associées à la détresse psychologique, les hommes consultent proportionnellement moins que les femmes (13% c. 19%). Au Québec, les hommes et les femmes rapportent des idées suicidaires sérieuses dans des proportions similaires (3,9%). Malgré que les décès par suicide affectent 3,8 hommes pour une femme, les tentatives de suicide ou parasuicides ne traduisent pas de différence selon le sexe. L'utilisation d'une arme à feu ou de la pendaison et le saut sont des moyens plus fréquemment envisagés par les hommes, tandis que les médicaments ou se couper les veines sont des moyens plus fréquemment envisagés par les femmes.

Les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes (21% c. 29%) à avoir consulté au moins une fois un professionnel pour un problème. Parmi les problèmes à l'origine de la dernière consultation, les seules différences selon le sexe concernent les accidents, qui sont à l'origine de consultations environ deux fois plus fréquentes chez les hommes. En proportion, les hommes sont moins nombreux que les femmes (43% c. 63%) à avoir consommé au moins un médicament. Une différence selon le sexe existe dans tous les groupes d'âge à partir de 15 ans, mais diminue chez les plus âgés. Les hommes sont proportionnellement moins nombreux à avoir utilisé le service d'info-santé que les femmes (20% c. 30%) et cet écart existe toujours lorsqu'on prend en considération uniquement les gens qui connaissent le service (30% c. 49%).

De façon générale, les hommes entretiennent un rapport différent à leur corps et à leur bien-être personnel comparativement aux femmes (Courtenay, 1998; Meinecke, 1981; O'Neil, 1982). Des données montrent que les indicateurs « objectifs » de la santé des hommes (longévité, présence de maladies causant le décès, profil de risques, etc.) leur sont globalement défavorables. En revanche, les indicateurs « subjectifs » que fournissent les hommes (perceptions de la santé physique et mentale, déclaration de problèmes de santé, recherche de soins, etc.) suggèrent une vision sociosanitaire plus optimiste que celle des femmes. L'étude propose cinq facteurs explicatifs du décalage identifié entre la santé subjective et la santé objective des hommes : 1) la sensibilité différentielle; 2) le biais optimiste; 3) le radicalisme comportemental; 4) certains blocages relationnels; et 5) l'identité de rôle de genre.

Sensibilité différentielle

Il est probable que des dimensions biologique, psychologique et sociale entrent en interaction pour façonner la sensibilité différentielle : à cause de leur rapport différent avec leur corps, de manière générale, les hommes et les femmes ne répondraient pas de la même façon à la maladie et à la douleur (Antil, 1985).

La sensibilité différentielle pourrait s'expliquer par un appareil biologique moins réactif ou des seuils sensoriels plus élevés comparativement aux femmes. Des facteurs hormonaux propres à chaque sexe ont été invoqués par la recherche sur la douleur comme base explicative. Elle pourrait aussi s'expliquer par un fonctionnement psychologique distinctif de certains hommes chez qui la stimulation pourrait être perçue par les sens, mais elle n'atteindrait pas le seuil cognitif requis pour détourner l'individu de sa cible fonctionnelle, pour attirer son attention vers la recherche de soins. D'autres auteurs expliquent cette sensibilité différentielle par la socialisation masculine qui survaloriserait l'atteinte des buts, ce qui favoriserait la résistance aux signaux d'alarme du corps. Ainsi, cette insensibilité relative chez certains hommes se maintiendrait parce qu'elle comporterait des avantages associés au fait de mieux contrôler ses peurs, de maintenir le cap sur ses objectifs, d'aller de l'avant.

Biais optimiste masculin

Le biais optimiste est la tendance à percevoir les événements comme davantage sous le contrôle personnel qu'ils ne le sont en réalité (Harris et Middleton, 1994). Dans la mesure où l'individualisme, l'indépendance et l'autonomie sont, de manière générale, des valeurs plus typiquement associées au genre masculin qu'au genre féminin, les hommes seraient davantage sujets au biais optimiste que les femmes.

Radicalisme comportemental des hommes

Les hommes affichent plus souvent de radicalisme dans leurs comportements. Généralement, les hommes vont plus loin dans leurs agissements que les femmes. Il est illustré de façon très nette dans les conduites suicidaires où le caractère létal des moyens utilisés pour s'enlever la vie est évident.

Blocages relationnels sélectifs

De manière générale, les garçons développeraient une identité fondée davantage sur l'affirmation personnelle, l'indépendance instrumentale et l'ambition, tandis que les filles accorderaient une place plus grande à la sensibilité émotionnelle, au monde verbal et à la qualité relationnelle avec l'entourage (Benhow et Stanley, 1980; Berk, 1997; Crick et Grotpeter, 1995; Crick, Casas et Nelson, 2002; Hedges et Nowell, 1995). Ainsi, le domaine relationnel occuperait une place moins importante, en général, dans l'univers des hommes que dans celui des femmes.

Identité de rôle et de genre

La construction d'une identité conforme aux rôles sociaux masculins typiques augmente la probabilité d'apparition de certains comportements mais diminue l'occurrence de certains autres comportements. Ainsi, une proportion importante d'hommes plus traditionnels seraient mal à l'aise en matière de demande d'aide, d'acceptation de soins, de dévoilement émotionnel, de divulgation de ses difficultés (Brooks, 1998; Bruch, 2002; Dulac, 1997, 1999, 2001; Trembaly et L'Heureux, 2002). La valorisation masculine de la force, de la réussite individuelle et de l'indépendance personnelle est difficile à conjuguer avec la reconnaissance de la vulnérabilité personnelle ou avec la recherche avouée d'un soutien personnel.

Besoins identifiés

Le rapport propose cinq pistes pour améliorer la santé et le bien-être des hommes pour mieux répondre à leurs besoins :

- Faire de la santé des hommes une priorité;
- Tenir compte de la diversité chez les hommes et cibler les groupes plus à risque
- Éliminer les barrières entre les services et les hommes;

- Adapter les modèles de prévention et d'intervention lors de la prise de contact, lors du suivi psychologique ou psychosocial, lors du suivi de santé et en matière de promotion et de prévention;
- Établir un programme en matière de politique et de recherche.

Population cible

Ensemble des Québécois dans les ménages privés à l'exclusion des régions crie et inuite. La population inclut donc les hommes québécois pour les fins du rapport.

Objectifs et hypothèses

- Dresser un portrait problèmes de santé, des habitudes de vie et des comportements à risque chez les hommes, en se servant d'une panoplie d'indicateurs fournis par l'Enquête sociale et de santé 1998 (ESS98), réalisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).
- Explorer les liens entre la santé et les diverses caractéristiques du milieu de vie et des réseaux d'appartenance des hommes.
- Présenter une réflexion globale sur le rapport qu'entretiennent les hommes avec la santé et la maladie.
- Identification de pistes pour promouvoir leur santé et des suggestions pour des recherches ultérieures sur la santé et le bien-être des hommes.

Mots-clés Aucun mot clé n'a été associé à cette fiche

Juillet, 2014