

Le bon état de santé englobe le fonctionnement physique, ainsi que la capacité de vaquer à ses activités quotidiennes et de remplir son rôle en tant que membre de la société. Mais il comprend aussi le bien-être psychologique et émotionnel. De surcroît, ces aspects de la santé se chevauchent. Ainsi, la maladie et les blessures peuvent causer des difficultés émotionnelles, comme la dépression^{1,2}, tandis que le stress et l'anxiété se manifestent parfois sous forme de maladie physique^{3,4}.

Les données sur la prévalence du stress, des troubles émotionnels et des problèmes de santé chroniques donnent une idée des personnes qui sont vulnérables et qui ont besoin de soutien. Par conséquent, elles sont importantes non seulement en ce qui concerne la prévalence de la maladie et la mortalité, mais aussi du point de vue de la santé publique.

STRESS ET BIEN-ÊTRE

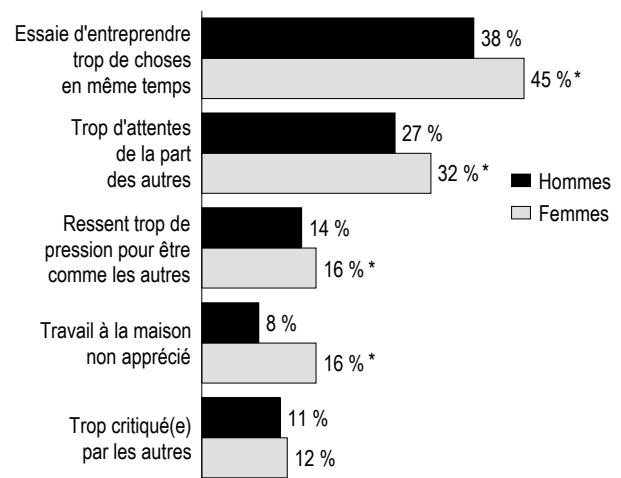
Bien qu'elles vivent en général plus longtemps, au cours de leur vie, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir d'une vaste gamme de problèmes de santé chroniques⁵. Ces problèmes sont souvent associés à des limitations des activités et à un mauvais état de santé. Cependant, les effets de ces problèmes et les réactions qu'ils suscitent ne sont pas les mêmes chez l'homme que chez la femme.

Stress personnel

Les obligations professionnelles, familiales et sociales donnent souvent le sentiment d'être pressé par le temps, de ne pas répondre aux attentes d'autrui et de ne pas être apprécié. Le stress qui en résulte peut influencer la manifestation et l'évolution de la maladie physique (voir *Le stress et la maladie*).

Dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), les paramètres qui définissent le stress sont les suivants : essayer d'entreprendre trop de choses en même temps, ressentir trop de pression en vue d'être comme les autres, avoir le sentiment que les autres attendent trop de soi, avoir le sentiment que le travail fait à la maison n'est pas apprécié, et avoir le sentiment d'être trop critiqué par les gens. En 1994-1995 (années les plus récentes pour lesquelles des données sont

Pourcentage de la population de 18 ans et plus qui ressent un stress personnel, selon la forme de stress, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages
* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

disponibles), 45 % de femmes de 18 ans et plus ont dit qu'elles essayaient d'entreprendre trop de choses en même temps; 38 % d'hommes avaient le même sentiment. De même, le tiers des femmes, mais à peine plus du quart des hommes, ont dit que les autres attendaient trop d'eux. Les femmes étaient également plus susceptibles que les hommes de ressentir trop de pression en vue d'être comme les

autres, ou que leur travail à la maison n'était pas apprécié.

Par conséquent, il n'est pas étonnant que le stress personnel intense — consistant, par définition, à éprouver au moins deux des formes de stress susmentionnées — soit plus fréquent chez la femme que chez l'homme. En outre, même si le stress personnel a tendance à diminuer quant l'âge



Le stress et la maladie

Bien que l'on n'en comprenne pas entièrement le mécanisme, les effets émotionnels et cognitifs négatifs du stress pourraient altérer la réponse immune et augmenter la vulnérabilité à la maladie^{6,7}. Le stress pourrait aussi jouer un rôle dans la manifestation et dans l'évolution de certaines maladies auto-immunes, comme la polyarthrite rhumatoïde^{6,8}. En outre, les efforts en vue de résister au stress peuvent provoquer des changements de comportement qui ont un effet sur la santé^{7,9}. Par exemple, sous tension, une personne pourrait fumer plus qu'à l'accoutumée ou commencer à fumer. Manger trop, grossir trop et boire plus d'alcool sont d'autres réactions possibles.

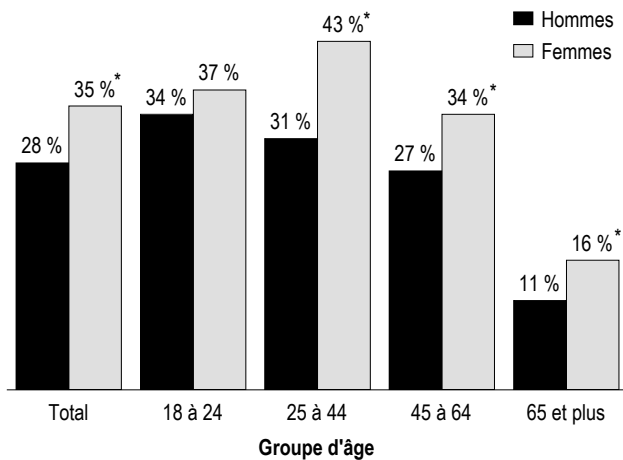
Selon les données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), éprouver un stress personnel en 1994-1995 était un prédicteur de la manifestation de problèmes de santé chroniques au cours des quatre années suivantes, même si l'on tient compte des effets de l'âge, du statut socioéconomique et de plusieurs facteurs liés à la santé, c'est-à-dire l'usage du tabac, la consommation d'alcool, l'indice de masse corporelle, l'activité physique durant les loisirs. La cote exprimant le risque que l'on ait posé le diagnostic de migraine, d'ulcère ou d'arthrite en 1998-1999 est environ deux fois plus élevée pour les hommes qui ressentaient un stress personnel intense en 1994-1995 que pour ceux qui n'en ressentaient pas. Chez les femmes, la cote exprimant le risque que l'on ait posé le diagnostic de bronchite chronique ou

d'emphysème (2,0), d'ulcère (1,6), d'asthme (1,6), de maux de dos (1,5) ou d'arthrite (1,3) en 1998-1999 est nettement supérieure à la normale pour celles qui éprouvaient un stress personnel intense en 1994-1995.

De façon plus générale, la cote exprimant la possibilité de « demeurer en bonne santé » est nettement plus faible pour les hommes et les femmes qui ressentent un stress personnel intense que pour ceux et celles qui ne sont pas dans cette situation. Pour être classée dans la catégorie des personnes en bonne santé, il fallait qu'une personne se soit déclarée en très bonne ou en excellente santé lors de chacun des trois cycles de l'ENSP : 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999. La cote exprimant la possibilité de demeurer en bonne santé est plus faible pour les hommes (0,7) et les femmes (0,5) qui ressentaient un stress intense en 1994-1995 que pour les personnes qui ne l'étaient pas.

De surcroît, la cote exprimant le risque de déclarer avoir vécu un épisode dépressif majeur en 1996-1997 (2,6) et en 1998-1999 (1,8) est plus élevée pour les femmes qui étaient soumises à un stress intense en 1994-1995 mais qui n'avaient pas vécu d'épisode dépressif majeur l'année précédente que pour celles qui ne ressentaient pas un stress intense. Par contre, chez l'homme, l'exposition à un stress personnel intense en 1994-1995 n'est pas associée de façon significative à la manifestation subséquente de symptômes dépressifs.

Population de 18 ans et plus qui ressent un stress personnel intense[†], selon la forme de stress, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

[†] Réponse affirmative à au moins deux questions visant à évaluer le stress personnel.

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

augmente, pour chaque groupe d'âge, une plus forte proportion de femmes que d'hommes sont touchés.

Stress au travail

L'emploi peut avoir un effet positif sur la santé grâce à un revenu régulier ou croissant, aux avantages sociaux liés à l'emploi, comme les congés de maladie payés ou les régimes d'assurance-médicaments et soins dentaires, et grâce à un sentiment d'estime de soi.

Mais avoir un emploi signifie aussi la possibilité d'éprouver certaines formes de stress, qui peuvent avoir des effets sur le bien-être physique et émotif^{5,9-11} (voir *Le stress au travail*). Le stress au travail a plusieurs sources, dont les exigences physiques de la tâche, le manque de soutien de la part des collègues ou des supérieurs, les tensions et contraintes au travail et la menace de perdre son emploi.

En 1994-1995, environ 4 travailleurs canadiens de 15 à 64 ans sur 10 ont dit que leur travail était physiquement éreintant. Comme il faut s'y attendre, ce commentaire était plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. La proportion de travailleurs occupant ce genre d'emploi diminue quand l'âge augmente et l'écart entre les hommes et les femmes disparaît pour les personnes de 45 ans et plus.

Près de 3 travailleurs sur 10 ont dit ne bénéficier que d'un faible soutien de la part de leurs collègues. À cet égard, on ne note aucune différence entre les hommes et les femmes chez les travailleurs de 45 ans et plus, mais chez ceux de 15 à 44 ans, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir le sentiment de manquer de soutien de la part de leurs collègues.

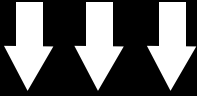
Environ 2 travailleurs sur 10 éprouvaient des tensions et des contraintes au travail. Autrement dit, ils occupaient des emplois qui leur donnaient l'impression d'être débordés, d'être soumis à des demandes contradictoires et d'avoir peu de latitude pour contrôler le rythme de leur travail ou décider de la façon d'exécuter leurs tâches. Les tensions et contraintes au travail ont tendance à augmenter avec l'âge, mais à tous les âges, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'en faire état.

Proportion de travailleurs de 15 ans et plus qui éprouvent du stress au travail ou qui ne sont pas satisfaits de leur emploi, selon le groupe d'âge, 1994-1995

Forme de stress au travail/Insatisfaction professionnelle	Groupe d'âge			
	Total des travailleurs	15 à 24	25 à 44	45 et plus
		%		
Fortes exigences physiques				
Hommes	44*	56*	45*	38
Femmes	37	44	37	35
Faible soutien des collègues				
Hommes	27	26	29	22
Femmes	31*	32*	34*	25
Forte tensions et contraintes au travail				
Hommes	17	25	18	11
Femmes	28*	37*	29*	20*
Forte menace pesant sur l'emploi				
Hommes	18	17	19	15
Femmes	19	20	20	16
Faible soutien des supérieurs				
Hommes	16	14	16	15
Femmes	15	18	14	13
Insatisfaction professionnelle				
Hommes	8	10	8	8*
Femmes	9	12	10*	4

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).



Le stress au travail

Le stress au travail est lié à divers problèmes de santé, mais ses effets peuvent varier selon le sexe^{9,12,13}. D'après l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995, plusieurs dimensions du stress au travail sont associées indépendamment à divers problèmes de santé¹⁴. Les variables examinées dans le contexte de la relation entre le stress au travail et les problèmes de santé incluent les exigences physiques de la tâche, les tensions et contraintes au travail, le manque de soutien de la part des collègues, le manque de soutien de la part des supérieurs et la menace de perdre son emploi. On a tenu compte dans l'analyse de l'effet de la profession, de l'emploi à temps plein ou à temps partiel, des caractéristiques personnelles, des comportements ayant un effet sur la santé et de certaines variables psychologiques. Les caractéristiques personnelles englobent l'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu du ménage et la présence d'enfants de moins de 12 ans dans le ménage. Les comportements ayant un effet sur la santé comprennent la catégorie d'usage du tabac et le niveau d'activité physique durant les loisirs. Les variables psychologiques englobent les événements négatifs récents, la tension chronique, le manque d'intimité et le sentiment de contrôle.

Comme on peut s'y attendre, la cote exprimant le risque d'avoir subi une blessure au travail au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête est nettement plus élevée pour les hommes (3,3) et pour les femmes (1,9) qui accomplissent des tâches physiquement exigeantes que pour les travailleurs masculins et féminins dont les tâches ne demandent pas d'efforts éreintants.

En 1994-1995, la cote exprimant le risque de souffrir de migraine (1,6) était plus élevée pour les hommes exposés à de fortes tensions et contraintes au travail que pour ceux qui n'étaient pas dans cette situation. En outre, chez l'homme, l'exposition à un niveau croissant de tensions et de contraintes au travail est associée à une augmentation de la détresse psychologique, qui se manifeste par un sentiment de tristesse, de la nervosité et l'impression que tout demande un effort.

La cote exprimant le risque de faire de la migraine était nettement plus élevée (1,5) pour

les hommes qui n'obtenaient qu'un faible soutien de leurs collègues que pour ceux qui bénéficiaient d'un plus grand soutien.

Chez la femme, la cote exprimant le risque d'avoir subi une blessure au travail l'année précédant l'enquête était nettement plus élevée pour celles qui étaient exposées à de fortes tensions et contraintes au travail (1,2) ou qui n'obtenaient qu'un faible soutien de leurs collègues (1,8) que pour celles qui n'étaient pas exposées à ces formes de stress au travail. En outre, la détresse psychologique des femmes augmente à mesure que le niveau de soutien offert par les collègues baisse. Enfin, en 1994-1995, la cote exprimant le risque de souffrir de migraine était plus élevée (1,4) pour les femmes qui se sentaient menacées de perdre leur emploi que pour celles qui n'éprouvaient pas ce sentiment.

Les données sur les personnes suivies au cours du temps montrent qu'il existe une association entre les tensions et contraintes au travail et la manifestation subséquente d'une dépression. Cette association s'observe même si l'on tient compte des effets de plusieurs variables confusionnelles éventuelles, à savoir l'âge, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, l'activité physique durant les loisirs, l'indice de masse corporelle et le stress personnel. Après correction pour tenir compte de l'effet de ces variables, la cote exprimant le risque de mentionner, en 1996-1997, des symptômes caractéristiques d'un épisode dépressif majeur était plus élevée pour les hommes et pour les femmes qui étaient exposés à des tensions et contraintes au travail en 1994-1995 (2,7 et 1,8, respectivement) que pour ceux et celles qui n'avaient pas été exposés à ce genre de tensions.

De surcroît, la cote exprimant la possibilité de demeurer en bonne santé (santé déclarée très bonne ou excellente lors de chacun des trois cycles de l'ENSP) était nettement plus faible pour les hommes (0,7) et pour les femmes (0,8) qui avaient subi des tensions et contraintes au travail en 1994-1995 que pour les travailleurs masculins et féminins qui n'avaient pas subi ce genre de tension.

Une proportion considérable de travailleurs avaient le sentiment qu'ils risquaient de perdre leur emploi (18 %) ou qu'ils obtenaient peu de soutien de la part de leurs supérieurs (15 %). La probabilité de se trouver dans l'une ou l'autre de ces situations était à peu près la même pour les hommes que pour les femmes.

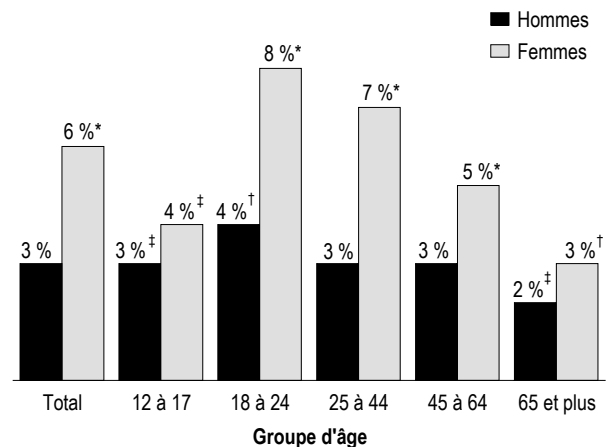
Dans l'ensemble, à peine 1 travailleur sur 10 s'est dit mécontent de son emploi. Pour le groupe des 25 à 44 ans, ce genre de sentiment était plus courant chez les femmes que chez les hommes. Par contre, aux âges plus avancés, une plus forte proportion d'hommes que de femmes se sont dit mécontents.

Les fortes exigences physiques, les tensions et contraintes au travail, l'insatisfaction professionnelle et la crainte de perdre son emploi sont généralement des facteurs plus courants chez les membres des ménages à faible revenu qui comptent des proportions toutes aussi fortes de femmes que d'hommes affectés. Les membres des catégories supérieures de revenu mentionnent moins fréquemment diverses formes de stress au travail, mais des différences se dégagent entre les hommes et les femmes. Parmi les ménages à revenu moyen ou élevé, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'occuper un emploi physiquement très exigeant, tandis que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de faire état de tensions et de contraintes au travail. En outre, les femmes appartenant à la catégorie supérieure de revenu du ménage étaient plus susceptibles que leurs homologues masculins de sentir leur emploi menacé et de n'obtenir qu'un faible soutien de la part de leurs collègues.

Dépression

Un épisode dépressif majeur est caractérisé par une humeur dépressive et (ou) un manque d'intérêt pour la plupart des activités, ainsi que des symptômes tels que des troubles de l'appétit ou du sommeil, une baisse d'énergie, de la difficulté à se concentrer et le sentiment de n'être bon à rien ou l'apparition d'idées suicidaires — signes qui durent tous au moins deux semaines¹⁵. Évidemment, ce genre de symptômes bouleversent non seulement la vie des personnes qui en souffrent, mais aussi celle de leurs proches.

Prévalence de la dépression l'année précédente, population de 12 ans et plus, selon le groupe d'âge, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

† Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

‡ Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

En 1998-1999, 4 % environ de Canadiens de 12 ans et plus ont fait état de symptômes qui donnent fortement à penser qu'ils ont vécu au moins un épisode dépressif au cours de l'année qui a précédé l'enquête. La prévalence de la dépression était deux fois plus forte chez la femme que chez l'homme : 6 % contre 3 %.

Pour les deux sexes, la prévalence de la dépression passait par un sommet pour le groupe des 18 à 24 ans, puis diminuait progressivement à mesure que l'âge augmentait. Cependant, de l'âge de 18 ans à 64 ans, la prévalence de la dépression était beaucoup plus forte chez la femme que chez l'homme. En revanche, on ne constate aucun écart entre les sexes chez les adolescents (12 à 17 ans) ni chez les aînés.

Problèmes de santé chroniques

Bien que la prévalence de la plupart des problèmes de santé et des maladies chroniques augmente avec l'âge, les conséquences de ces problèmes de santé varient. Certains, comme la maladie cardiaque et le cancer, peuvent être mortels. D'autres, comme la maladie d'Alzheimer et l'incontinence urinaire, entraînent des limitations physiques et une dépendance grave et mènent parfois au placement

en établissement de soins. En revanche, l'arthrite et les maux de dos entraînent rarement le décès ou le placement en établissement, même s'ils peuvent être la cause de douleurs considérables et compromettre gravement la qualité de la vie (voir *Effets des problèmes de santé chroniques*).

En général, les états non mortels sont plus courants chez les femmes. Par exemple, en 1998-1999, de plus fortes proportions de femmes que d'hommes de 12 ans et plus ont dit souffrir d'arthrite, de maux de dos d'origine non arthritique, de migraines et d'incontinence urinaire. Ces problèmes de santé représentent un lourd fardeau morbide, car ils causent des symptômes pénibles, une incapacité et un besoin considérable de soins médicaux. En revanche, le diabète était plus courant chez les hommes que chez les femmes, situation qui reflète peut-être la plus forte prévalence de l'embonpoint ou de l'obésité chez les premiers.

Les deux causes principales de décès — la maladie cardiaque et le cancer — ont été mentionnés

beaucoup moins fréquemment que les autres problèmes de santé chroniques et l'écart global entre les hommes et les femmes n'est pas significatif.

Même chez les jeunes de 12 à 24 ans, on constate une différence de prévalence des problèmes de santé chroniques selon le sexe. À ces âges, les jeunes femmes sont beaucoup plus susceptibles que leurs homologues masculins de souffrir de migraine et de maux de dos.

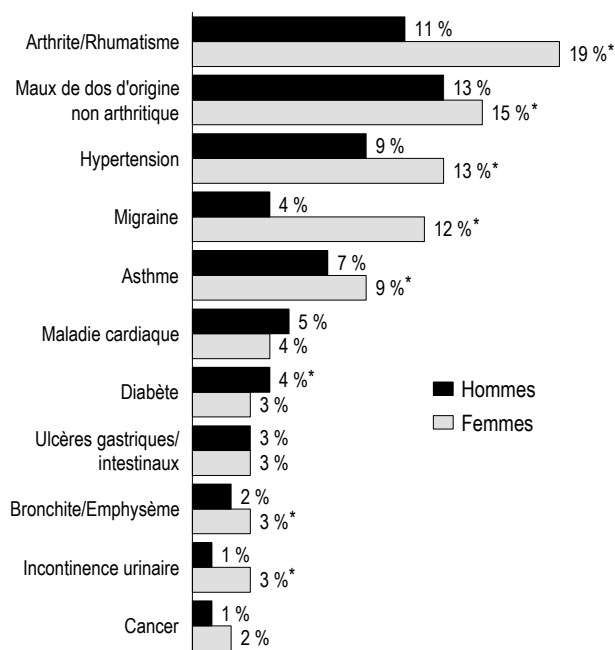
La prévalence des problèmes de santé chroniques est plus forte chez les personnes de 25 à 44 ans que chez les personnes plus jeunes, et les différences entre les hommes et les femmes sont appréciables. De plus fortes proportions de femmes que d'hommes ont dit souffrir de migraine et d'arthrite, tandis que le diabète touchait une plus forte proportion d'hommes.

Parmi le groupe des 45 à 64 ans, les écarts entre les hommes et les femmes sont prononcés. Les femmes de ce groupe d'âge sont plus susceptibles que leurs homologues masculins de souffrir d'arthrite, de migraine, d'asthme et de bronchite ou d'emphysème. La prévalence du cancer était, elle aussi, plus forte chez les femmes, résultat qui pourrait tenir, en partie, au cancer du sein. En revanche, il était plus probable que l'on ait posé le diagnostic de maladie cardiaque chez les hommes que chez les femmes.

Chez les personnes âgées, certaines différences entre hommes et femmes observées aux âges moins avancés disparaissent. Par exemple, la prévalence de l'asthme, de la bronchite ou de l'emphysème, de la maladie cardiaque et du cancer était la même pour les femmes que pour les hommes âgés. Cependant, une plus forte proportion de femmes que d'hommes de 65 ans et plus souffraient d'arthrite, d'hypertension ou de migraine. Par contre les hommes du troisième âge sont plus susceptibles que les femmes du même âge de faire du diabète.

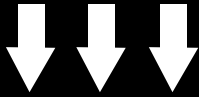
La prévalence de la plupart de ces problèmes de santé chroniques est plus forte chez les personnes dont le revenu du ménage est faible que chez celles qui sont mieux nanties. Font exception la migraine, qui était plus courante chez les personnes appartenant à un ménage à revenu élevé, et le cancer, dont la prévalence ne varie pas selon le revenu.

Prévalence des problèmes de santé chroniques, population de 12 ans et plus, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).



Effets des problèmes de santé chroniques

L'existence d'un problème de santé chronique a des répercussions non seulement sur la façon dont une personne se sent, mais aussi sur la capacité de vaquer à ses activités quotidiennes et de demeurer autonome. Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), en 1994-1995, la cote exprimant le risque de présenter une limitation des activités était plus élevée pour les personnes de 45 ans et plus atteintes de divers problèmes de santé chroniques que pour celles qui ne souffraient pas des problèmes de santé chroniques en question. Cette année-là, la cote exprimant le risque de déclarer une limitation des activités était particulièrement élevée pour les personnes atteintes d'une maladie cardiaque (4,6), de bronchite chronique ou d'emphysème (3,4), d'arthrite (3,2) ou de maux de dos (2,8). La cote exprimant le risque de présenter une limitation des activités était aussi significativement plus forte pour les personnes atteintes d'un cancer ou d'asthme (2,1 dans les deux cas), de migraine (1,7) ou d'ulcère (1,5) que pour celles qui n'en étaient pas atteintes.

Les données longitudinales de l'ENSP montrent que l'effet à long terme de ces problèmes de santé chroniques peut être considérable. La cote exprimant le risque que des personnes qui n'étaient nullement limitées dans leurs activités en 1994-1995 le soient en 1998-1999 était nettement plus forte pour celles qui, en 1994-1995, étaient cardiaques (2,9), diabétiques (2,3), faisaient de la migraine (2,0) ou souffraient d'arthrite ou de maux de dos (1,5 dans les deux cas) que pour celles qui ne souffraient pas de ces problèmes. En outre, la cote exprimant la possibilité de se considérer au moins en bonne santé en 1994-1995, mais de juger sa santé mauvaise ou passable en 1998-1999, est plus élevée pour les personnes qui, en 1994-1995, étaient cardiaques ou diabétiques (2,1 dans les deux cas), faisaient de l'arthrite ou de la bronchite

et de l'emphysème (1,7 dans les deux cas) ou étaient hypertendues (1,6).

Comme on peut s'y attendre, certains problèmes de santé sont de plus importants prédicteurs du décès que d'autres. La cote exprimant le risque d'être décédées en 1998-1999 était plus forte pour les personnes atteintes d'un cancer (3,3), de bronchite ou d'emphysème (2,1), d'une maladie cardiaque (1,9) ou de diabète (1,7) en 1994-1995 que pour celles qui ne l'étaient pas.

Par conséquent, la plupart des variations de l'état de santé selon le sexe semblent tenir davantage au fait que, globalement, la prévalence de nombreux problèmes de santé chroniques est plus forte chez la femme que chez l'homme qu'à une façon différente de réagir à ces problèmes et de les tolérer. En effet, en 1994-1995, la cote exprimant le risque de souffrir d'une limitation des activités ou de juger sa santé mauvaise ou passable était la même pour les hommes et les femmes atteints d'une même maladie.

Néanmoins, à long terme, les femmes semblent avoir un plus grand ressort. Si l'on compare les hommes et les femmes du même âge et atteints d'un même problème de santé en 1994-1995, la cote exprimant la possibilité que les hommes aient jugé leur santé mauvaise ou passable en 1998-1999 est 1,3 fois plus élevée que celle calculée pour les femmes, et la cote exprimant le risque qu'ils soient décédés à cette date est 1,4 fois plus élevée que celle calculée pour les femmes. Même si l'on inclut les personnes vivant en établissement de santé et que l'on tient compte d'autres facteurs médicaux, psychosociaux, comportementaux, sociaux et démographiques, la cote exprimant le risque d'être décédé entre 1994-1995 et 1998-1999 demeure plus élevée pour les hommes que pour les femmes.

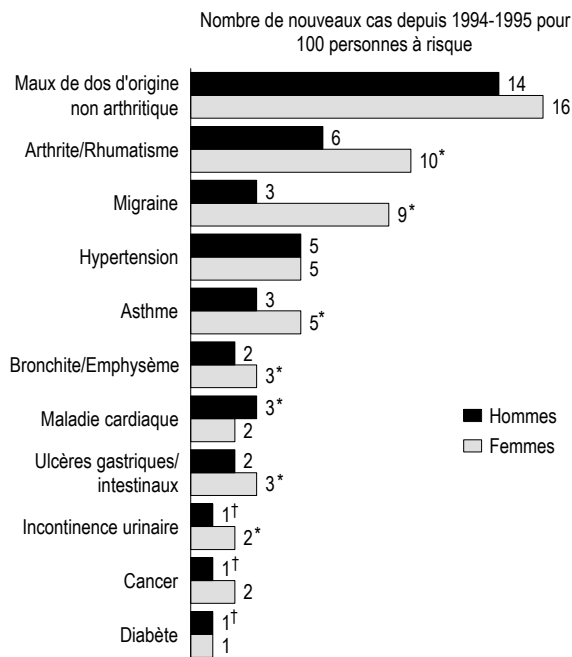
Cependant, nombre d'écarts hommes-femmes persiste indépendamment du revenu.

Par exemple, à tous les niveaux de revenu, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir d'arthrite, d'incontinence urinaire, ou de migraine et, dans les ménages à revenu faible ou moyen, d'hypertension. Inversement, l'asthme n'est plus courant chez les femmes que chez les hommes que pour la catégorie supérieure de revenu du ménage.

La maladie cardiaque représente un cas spécial. Les femmes appartenant à la catégorie inférieure de revenu du ménage étaient plus susceptibles que leurs homologues masculins d'être cardiaques; par contre, dans la catégorie supérieure de revenu du ménage, une plus forte proportion d'hommes que de femmes souffraient d'une maladie cardiaque.

Les femmes de 12 à 64 ans étaient plus susceptibles que les hommes du même groupe d'âge de déclarer que l'on avait posé le diagnostic d'arthrite,

Incidence cumulative sur quatre ans des problèmes de santé chroniques, population de 12 à 64 ans, 1998-1999



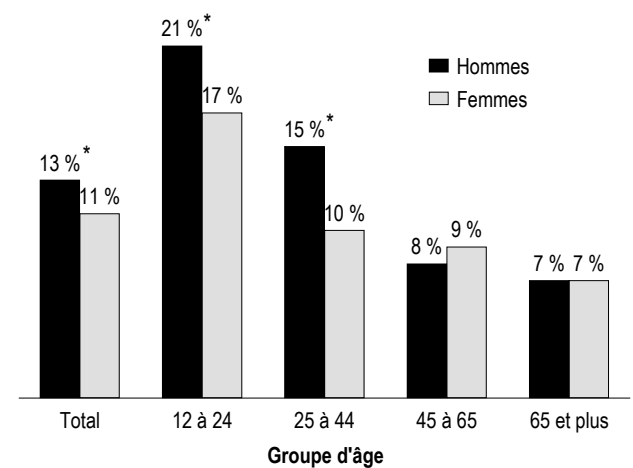
Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages
 † Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.
 * L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif (p < 0,05).

de migraine, d'asthme, de bronchite ou d'emphysème, d'ulcère ou d'incontinence urinaire dans l'intervalle entre les cycles de 1994-1995 et 1998-1999 de l'enquête. Par contre, bien qu'un nombre considérable de personnes aient commencé à souffrir de maux de dos et d'hypertension durant cette période, l'écart entre les hommes et les femmes n'est pas significatif. (Pour éviter le biais dû au fait que les nombres d'hommes et de femmes âgés décédés ou placés en établissement ne sont pas les mêmes, l'examen des nouveaux cas portent uniquement sur les personnes de 12 à 64 ans qui faisaient partie de la population à domicile en 1994-1995.)

Blessures

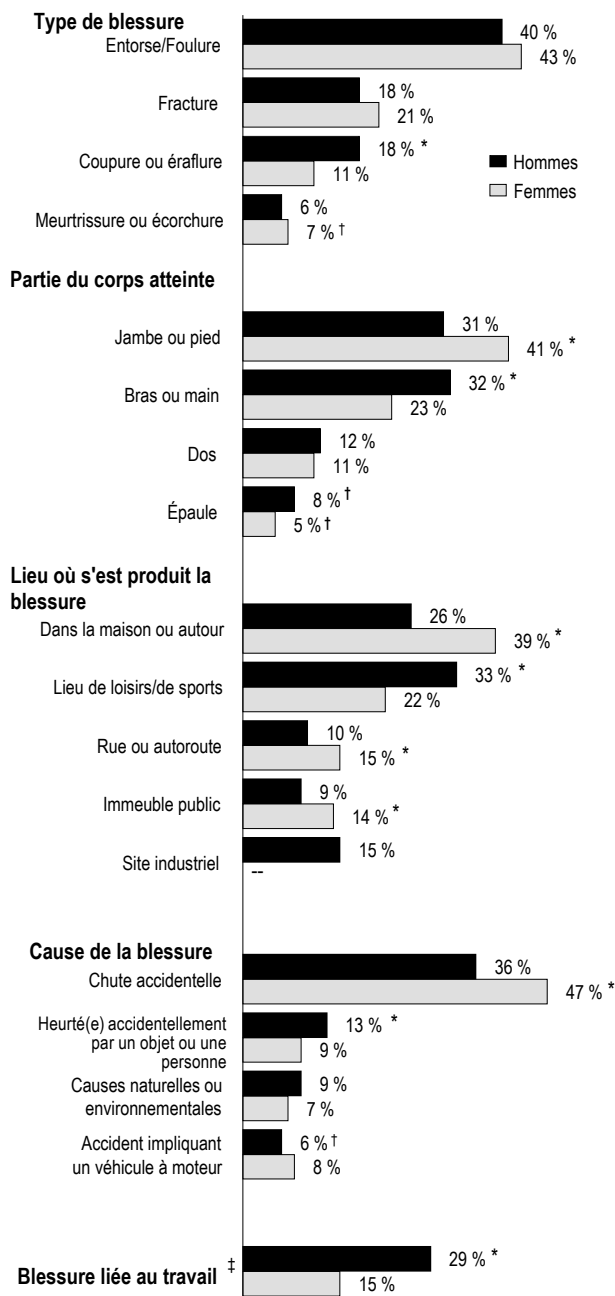
Les blessures sont une cause principale de la limitation des activités et elles exigent souvent des soins médicaux et une période de convalescence. Par conséquent, elles imposent un lourd fardeau (physique, émotionnel et financier) aux personnes blessées et à celles qui doivent prendre soin d'elles. En 1998-1999, 12 % de Canadiens de 12 ans et plus ont dit avoir subi l'année précédente au moins une blessure suffisamment grave pour limiter leurs

Pourcentage de la population de 12 ans et plus ayant subi une blessure l'année précédente, selon le groupe d'âge, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages
 † Sauf les blessures dues à des mouvements répétitifs
 * L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif (p < 0,05).

Caractéristiques des blessures les plus graves, population de 12 ans et plus ayant subi une blessure l'année précédente, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

Nota : Comme la catégorie « autre » n'est pas présentée, la somme des pourcentages pourrait ne pas être égale à 100 %.

† Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

‡ Population de 15 ans et plus.

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

-- Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

activités ordinaires. Dans l'ensemble, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'avoir subi une blessure.

Les blessures sont particulièrement courantes chez les jeunes (groupe des 12 à 24 ans). Jusqu'à l'âge de 44 ans, une plus forte proportion d'hommes que de femmes disent avoir subi des blessures. Cependant, le taux de blessures baisse à mesure que l'âge augmente, particulièrement chez les hommes, si bien que chez les personnes de 45 ans et plus, l'écart entre les hommes et les femmes n'est pas significatif.

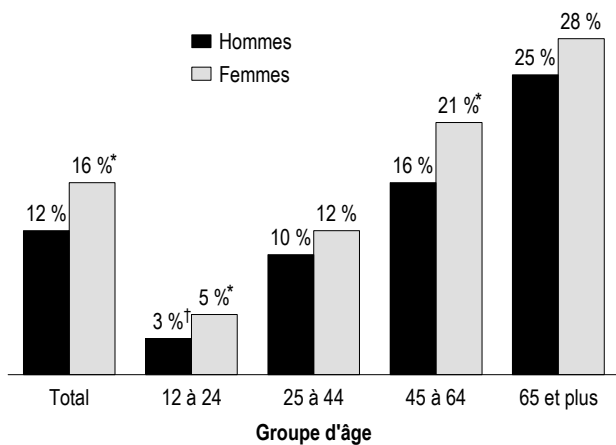
Environ 4 blessures sur 10 subies par les femmes surviennent à la maison. En revanche, chez les hommes, 1 blessure sur 3 survient dans le cadre d'activités récréatives ou sportives, situation qui témoigne de leur plus grande participation à des activités physiques vigoureuses durant leurs loisirs. Les hommes sont aussi plus susceptibles que les femmes de subir des blessures au travail, ce qui n'est pas étonnant, puisqu'une plus forte proportion d'hommes que de femmes occupent un emploi physiquement exigeant.

Les chutes, qui sont la cause la plus fréquente de blessures chez les hommes et chez les femmes de tous les groupes d'âge, représentent une proportion nettement plus importante des blessures subies par les femmes que par les hommes de 25 ans et plus. Être heurté accidentellement par un objet ou par une personne est une cause plus fréquente de blessure chez les hommes que chez les femmes. Enfin, on ne constate aucune différence entre les proportions de blessures causées chez les hommes et chez les femmes par des facteurs naturels et environnementaux ou par des accidents impliquant un véhicule à moteur.

Douleur

La douleur chronique a des répercussions non seulement sur l'état de santé physique, mais aussi sur le bien-être affectif. Elle peut perturber toutes les facettes de la vie d'une personne, des activités domestiques et professionnelles aux loisirs et aux relations sociales. En outre, la douleur chronique influe sur l'utilisation des services de santé, puisque les personnes affligées passent plus de temps à

Prévalence de la douleur chronique, population de 12 ans et plus, selon le groupe d'âge, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

† Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

l'hôpital et consultent plus fréquemment les médecins que celles qui ne le sont pas¹⁶.

Nombre d'affections plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, comme la migraine ou l'arthrite, sont douloureuses. Par conséquent, il n'est pas étonnant qu'en 1998-1999, 16 % de femmes de 12 ans et plus aient dit éprouver habituellement de la douleur. Pour les hommes, le chiffre correspondant était de 12 %.

La douleur chronique est plus courante chez les personnes âgées, mais pour ce groupe d'âge, l'écart entre les hommes et les femmes n'est pas statistiquement significatif : 25 % et 28 %, respectivement. Les groupes de 12 à 24 ans et de 45 à 64 ans sont ceux pour lesquels la prévalence de la douleur chronique est plus forte chez la femme que chez l'homme.

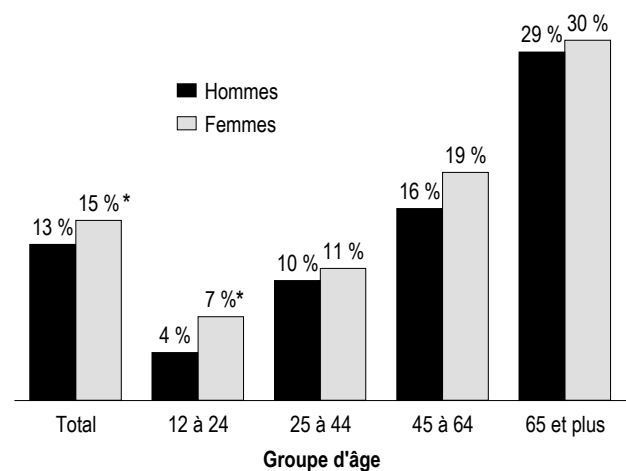
Limitation des activités et dépendance

En 1998-1999, 14 % de personnes de 12 ans et plus qui vivaient à domicile présentaient une limitation prolongée des activités, autrement dit une incapacité physique ou mentale ou un problème de santé chronique qui persistait depuis au moins six mois ou qui devait persister pendant six mois ou plus et

qui les limitait d'une façon quelconque dans le genre ou dans le nombre d'activités exercées à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres circonstances (voir *Effets des problèmes de santé chroniques*). Comme prévu, la probabilité de présenter une limitation des activités augmente avec l'âge, passant de 6 % pour les 12 à 24 ans à 30 % chez les personnes âgées. Globalement, le pourcentage de femmes (15 %) présentant une limitation des activités était significativement plus élevé que le pourcentage d'hommes (13 %). Cependant, les 12 à 24 ans représentent le seul groupe d'âge pour lequel la prévalence de la limitation des activités était significativement plus forte pour le sexe féminin que pour le sexe masculin.

À peine 2 % des membres de la population à domicile de 12 ans et plus présentaient des limitations si graves qu'ils dépendaient d'autrui pour vaquer aux activités de la vie quotidienne, y compris se laver ou s'habiller, manger et se déplacer dans leur foyer. Dans l'ensemble, une proportion légèrement, mais significativement, plus forte de femmes que d'hommes dépendaient d'autrui pour ce genre d'aide (2,4 % contre 1,8 % d'hommes). C'est pour le groupe des 65 ans et plus que la dépendance à l'égard d'autrui était la plus fréquente

Population de 12 ans et plus présentant une limitation prolongée des activités, selon le groupe d'âge, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

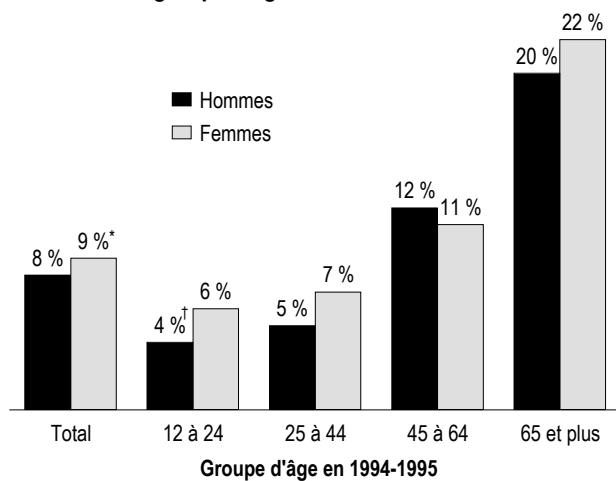
* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

(7 %), mais on ne note aucune différence entre les hommes et les femmes de ce groupe d'âge.

Pour chaque tranche de 100 personnes n'éprouvant aucune limitation des activités en 1994-1995, 9 présentaient une limitation en 1998-1999. De surcroît, pour chaque tranche de 100 personnes qui étaient autonomes en 1994-1995, 2 dépendaient d'autrui en 1998-1999. Évidemment, les nouveaux cas de limitation des activités ou de dépendance à l'égard d'autrui se manifestent surtout chez les personnes âgées. Dans l'ensemble, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir acquis une limitation des activités, mais on ne note aucun écart entre les proportions d'hommes et de femmes qui ont commencé à dépendre d'autrui.

La limitation des activités et la dépendance à l'égard d'autrui ne sont pas nécessairement de longue durée. En fait, presque la moitié des personnes qui ont déclaré une limitation en 1994-1995 et 60 % de celles qui dépendaient d'autrui ont dit qu'elles ne se trouvaient plus dans ces situations en 1998-1999. Ce changement pourrait refléter l'amélioration de la capacité fonctionnelle suite à la guérison naturelle

Population de 12 ans et plus chez laquelle s'est manifestée une limitation prolongée des activités entre 1994-1995 et 1998-1999, selon le groupe d'âge



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population
Nota : Pourcentage de personnes qui ne présentaient pas de limitation des activités en 1994-1995, mais qui en présentaient une en 1998-1999. Comprend les personnes qui avaient été placées en établissement de soins de longue durée en 1998-1999.

† Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

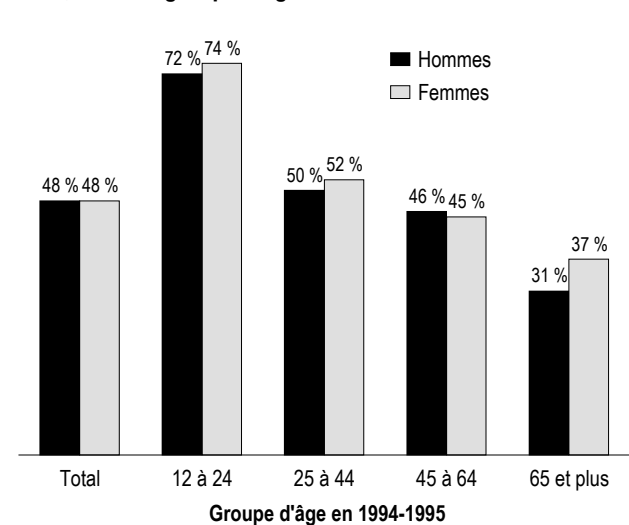
de certaines affections, comme les maux de dos, ou à la bonne conduite du traitement d'autres problèmes, comme l'arthrite.

La probabilité qu'une limitation ou une dépendance à l'égard d'autrui disparaisse est la même pour les deux sexes. En outre, les membres des ménages de la catégorie inférieure de revenu sont, toutes proportions gardées, les moins nombreux à mentionner la disparition d'une limitation des activités.

La disparition de la limitation des activités et de la dépendance à l'égard d'autrui est certes plus fréquente chez les jeunes, mais le tiers des personnes âgées qui présentaient une limitation d'activité ou une dépendance à l'égard d'autrui en 1994-1995 ne présentaient plus ces problèmes en 1998-1999.

Les données sur l'incidence et sur la disparition de la limitation des activités englobent les personnes qui, en 1998-1999, avaient été placées en établissement. Par contre, les données sur l'incidence et la disparition de la dépendance à l'égard d'autrui couvrent uniquement les personnes qui vivaient encore chez elles; celles qui avaient été placées en établissement en 1998-1999 ont été exclues de l'analyse.

Population de 12 ans et plus chez laquelle une limitation prolongée des activités a disparu entre 1994-1995 et 1998-1999, selon le groupe d'âge



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population
Nota : Proportion de personnes qui présentaient une limitation des activités en 1994-1995, mais qui n'en présentaient plus en 1998-1999. Comprend les personnes qui avaient été placées en établissement de soins de longue durée en 1998-1999.

Soutien social

Le soutien social permet souvent de mieux faire face au stress et à la maladie et peut avoir des effets sur la santé physique^{17,18}. Il prend plusieurs formes dont l'affection, l'interaction sociale, le soutien émotionnel ou informationnel et le soutien concret.

Recevoir de l'affection signifie avoir une personne qui vous montre qu'elle vous aime, qui vous prend dans ses bras et qui vous donne le sentiment d'être désiré. Avoir des interactions sociales signifie pouvoir s'amuser, faire des choses agréables, se changer les idées ou simplement se relaxer en compagnie de parents ou d'amis. Le soutien émotionnel ou informationnel est prodigué par des personnes par

Population de 12 ans et plus bénéficiant d'un soutien social la plupart du temps ou tout le temps, selon la forme de soutien, 1998-1999

Forme de soutien social	Hommes	Femmes	
		%	
Soutien concret			
Avoir quelqu'un qui vous :			
Aide si vous êtes alité(e)	78*	75	
Emmène chez le médecin, au besoin	85	87	
Prépare vos repas si vous ne pouvez pas le faire	83*	78	
Aide dans vos tâches quotidiennes si vous êtes malade	80*	77	
Affection			
Avoir quelqu'un qui vous :			
Témoigne de l'amour et de l'affection	85	89*	
Serre dans ses bras	76	81*	
Aime et vous donne le sentiment d'être désiré(e)	82	85*	
Interaction sociale			
Avoir une personne avec qui :			
Partager du bon temps	83	84	
Se détendre	79	81	
Faire des activités distrayantes	78	78	
Faire des choses agréables	83	83	
Soutien émotionnel/informationnel			
Avoir quelqu'un :			
Qui vous écoute quand vous avez besoin de parler	83	86*	
Qui vous conseille en situation de crise	78	82*	
Qui vous renseigne pour vous aider à comprendre la situation traversée	79	83*	
À qui se confier et à qui parler de soi et de ses problèmes	80	85*	
Dont on recherche vraiment les conseils	74	79*	
À qui confier ses inquiétudes et ses peurs les plus intimes	75	81*	
À qui demander des suggestions quand on a un problème d'ordre personnel	78	82*	
Qui comprend vos problèmes	78	82*	

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

lesquelles on est compris, dont on souhaite recevoir les conseils et avec lesquelles on peut partager ses soucis et ses craintes. Le soutien social concret signifie avoir quelqu'un pour exécuter des tâches particulières en cas de nécessité, comme vous fournir de l'aide si vous êtes alité, vous conduire chez le médecin, et préparer des repas et accomplir certaines tâches, si vous êtes incapable de le faire vous-même. En 1998-1999, la plupart des Canadiens de 12 ans et plus recevaient chacune de ces formes de soutien social.

Cependant, la probabilité d'obtenir les diverses formes de soutien varie selon le sexe. Une plus forte proportion de femmes que d'hommes ont dit avoir quelqu'un qui leur témoignait de l'amour et de l'affection, les prenait dans ses bras et leur donnait le sentiment d'être désirée. En outre, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir quelqu'un pour les écouter quand elles avaient besoin de parler, pour leur donner des conseils en cas de crise ou qui comprenait leurs problèmes. Dans une certaine mesure, ce soutien social plus prononcé chez les femmes pourrait tempérer la prévalence

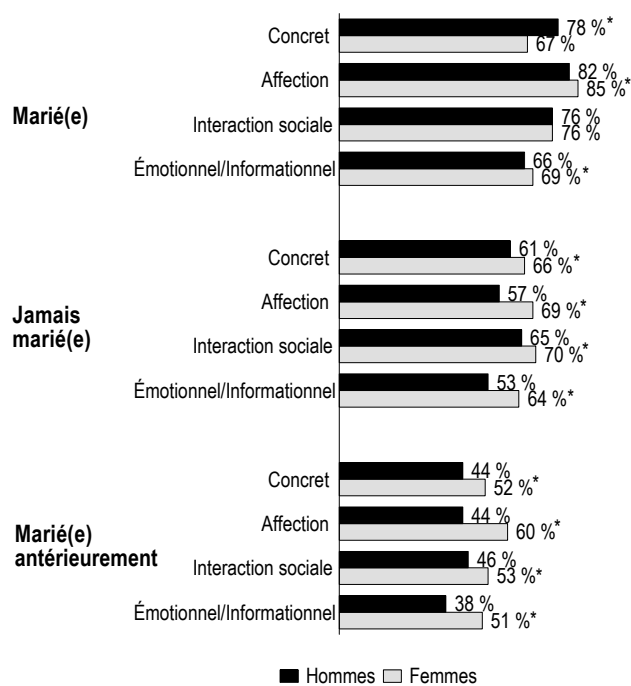
Population de 12 ans et plus bénéficiant d'un soutien social la plupart du temps ou tout le temps, selon la forme de soutien et le groupe d'âge, 1998-1999

Forme de soutien	Groupe d'âge					
	Total	12 à 17	18 à 24	25 à 44	45 à 64	65 et plus
	%					
Concret						
Hommes	70*	69	69	71*	73*	65*
Femmes	65	75	72	65	63	57
Affection						
Hommes	72	71	69	75	75	63
Femmes	77*	79*	80*	82*	75	65
Interaction sociale						
Hommes	70	67	77	72	72	58
Femmes	71	76*	78	74	70	59
Émotionnel/Informationnel						
Hommes	59	55	61	62	60	53
Femmes	65*	71*	72*	67*	63	55

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

Population de 18 ans et plus bénéficiant d'un soutien social la plupart du temps ou tout le temps, selon l'état matrimonial et la forme de soutien, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

Nota : Couvre les personnes qui bénéficiaient d'un soutien la plupart du temps ou tout le temps pour chaque composante d'une forme particulière de soutien.
* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

assez forte de stress personnel et de stress au travail, de dépression et de problèmes de santé chroniques douloureux.

Par contre, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de pouvoir compter sur quelqu'un pour les aider s'ils étaient alités et pour préparer les repas et les aider à vaquer aux tâches quotidiennes s'ils en étaient incapables — autrement dit, un soutien social concret.

À tous les âges jusqu'à 45 ans, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de compter sur des sources d'affection et de soutien émotionnel et informationnel. Par contre, à tous les âges à partir de 25 ans, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de bénéficier d'un soutien concret. Chez les personnes âgées, le niveau de soutien était assez faible et, sauf pour le soutien concret, ne variait pas selon le sexe.

L'accès à un soutien social est fortement corrélé à l'état matrimonial. Les hommes et les femmes mariés étaient les plus susceptibles de bénéficier des quatre formes de soutien, et ceux qui avaient été mariés antérieurement (divorcés/séparés/veufs), les moins susceptibles. Toutefois, pour chaque catégorie d'état matrimonial, la proportion de femmes bénéficiant d'un soutien était égale ou supérieure à la proportion d'hommes. La seule exception concerne le soutien concret chez les personnes mariées : 78 % d'hommes mariés, mais 67 % de femmes mariées bénéficiaient de ce genre de soutien. De surcroît, le pourcentage plus élevé d'hommes mariés et de femmes mariées obtenant un soutien concret s'observe pour tous les groupes d'âge à partir de 25 ans.

Mot de la fin

Aussi bien chez les femmes que chez les hommes, le stress personnel et le stress au travail sont des prédictors de problèmes de santé mentale et physique. Cependant, les femmes sont nettement plus susceptibles que les hommes d'éprouver du stress, situation qui témoigne peut-être des attentes sociales et de la répartition des tâches au lieu de travail et à la maison. Les plus fortes prévalence et incidence des problèmes de santé chez les femmes pourraient tenir au fait que celles-ci sont plus susceptibles que les hommes de ressentir du stress.

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir de toute une gamme de problèmes de santé chroniques débilissants et douloureux fortement associés à une limitation des activités. Cependant, l'effet à long terme de ces problèmes n'est pas le même pour les deux sexes. Une fois atteintes, les femmes semblent être plus résistantes.

À presque tous les âges, mais surtout chez les aînés, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de présenter une limitation des activités ou une dépendance à l'égard d'autrui. De surcroît, pour un problème de santé et un âge donnés, les hommes sont plus susceptibles de se dire en mauvaise santé et d'être emportés par la maladie que leurs homologues féminins. Cette situation pourrait refléter en partie le fait que les femmes ont

davantage tendance à créer des réseaux de soutien, peut-être pour composer avec le stress et les effets de maladies chroniques douloureuses.

Références

1. D.A. Fishbain, R. Cutler, H.L. Rosomoff *et al.*, « Chronic pain-associated depression: Antecedent or consequence of chronic pain? A review », *The Clinical Journal of Pain*, 13(2), 1997, p. 116-137.
2. G.E. Ruoff, « Depression in the patient with chronic pain », *The Journal of Family Practice*, 1996, 43(6), p. S25-S34.
3. L. Goldberg et C.W. Comstock, « Life events and subsequent illness », *American Journal of Epidemiology*, 104, 1976, p. 146-158.
4. D.J. Lerner, S. Levine, S. Malspeis *et al.*, « Job strain and health-related quality of life in a national sample », *American Journal of Public Health*, 84(10), 1994, p. 1580-1585.
5. L.M. Verbrugge, « The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality », *Journal of Health and Social Behaviour*, 30, 1989, p. 282-304.
6. S. Cohen et T.B. Herbert, « Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology », *Annual Review of Psychology*, 47, 1996, p. 113-142.
7. S. Cohen, D.A. Tyrell et A.P. Smith, « Psychological stress and susceptibility to the common cold », *The New England Journal of Medicine*, 325(9), 1991, p. 606-612.
8. T. Koehler, « Stress and rheumatoid arthritis: A survey of empirical evidence in human and animal studies », *The Journal of Psychosomatic Research*, 29(6), 1985, p. 655-663.
9. W.L. Hellerstedt et R.W. Jeffery, « The association between job strain and health behaviours in men and women », *International Journal of Epidemiology*, 26(3), 1997, p. 575-583.
10. R.A. Karasek et T. Theorell, *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic Books, 1990.
11. S.A. Stansfeld, R. Fuhrer, J. Head *et al.*, « Work and psychiatric disorder in the Whitehall II study », *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 1997, p. 73-81.
12. S. Roxburgh, « Gender differences in work and well-being: Effects of exposure and vulnerability », *Journal of Health and Social Behaviour*, 37, 1996, p. 265-277.
13. E.M. Hall, « Gender, work control and stress: A theoretical discussion and an empirical test », *International Journal of Health Services*, 19(4), 1989, p. 725-745.
14. K. Wilkins et M.P. Beaudet, « Le stress au travail et la santé », *Rapports sur la santé*, 10(3), 1998, p. 49-62 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
15. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao *et al.*, « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 1994, p. 8-19.
16. W.J. Millar, « La douleur chronique », *Rapports sur la santé*, 7(4), 1997, p. 51-58, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
17. L. Berkman et S.L. Syme, « Social networks, host resistance and mortality: A nine-year study of Alameda County residents », *American Journal of Epidemiology*, 109, 1979, p. 186-204.
18. S.M. Munroe, E.J. Bromet, M.M. Connell *et al.*, « Social support, life events, and depressive symptoms: A 1-year prospective study », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 1986, p. 424-431.