

Un portrait de la santé des hommes québécois de 30 à 64 ans*

Chantal Lefebvre, agente de recherche
Unité Connaissance-surveillance



information



formation



recherche



coopération
internationale

MISE EN CONTEXTE

Pierre, Jean ou Jacques : ces hommes peuvent courir le marathon, s'occuper des rejets et mener à bien une carrière d'une main de fer. Bien implantés dans leur vie sociale et familiale, on les retrouve actifs dans toutes les sphères de la société, de l'économie à la politique. Nés entre 1940 et 1974, ils sont en majorité issus du *baby boom* (1946 à 1966) ou ont grandi dans un Québec aux institutions renouvelées, notamment en matière de services sociaux et sanitaires. Mais les hommes seraient-ils, au Québec, les grands oubliés de la santé? Proactifs et intrépides, ils prennent plus de risques que les femmes. Les états de crise, ils connaissent... ils font moins appel aux ressources disponibles et se retrouvent plus souvent à l'urgence que dans le bureau de leur médecin. S'ils peuvent parfois estimer avoir la vie dure, les hommes ont surtout la vie courte, puisqu'ils vivent en moyenne six années de moins que les femmes. À lui seul, ce constat nous interpelle. Mais la santé des hommes pose surtout le défi de comprendre en quoi leur environnement, leur mode de socialisation de même que les comportements et les habitudes de vie qu'ils adoptent jouent un rôle sur leur état de santé et de bien-être.

Ce feuillet descriptif s'adresse donc en particulier aux intervenants du secteur public et du milieu communautaire et veut mettre en lumière des données pouvant en partie répondre à cette préoccupation. Plusieurs aspects y sont ainsi abordés : l'importance démographique des hommes de 30 à 64 ans, les caractéristiques de leur vie sociale et économique (état civil, immigration, revenu), leurs habitudes de vie (consommation de tabac et d'alcool, activité physique, participation aux jeux de hasard), leur état de santé physique et mentale, l'utilisation qu'ils font des services de santé de même que les principales raisons de leur décès. Bref, il fournit des indications sur une part importante des forces vives du Québec, en espérant ainsi contribuer à situer certains des enjeux propres à la santé de ces hommes québécois âgés de 30 à 64 ans.

* Ce feuillet d'information se situe dans la foulée du *Portrait de santé : Le Québec et ses régions* (Pageau et al., 2001). Il vise à présenter les principales données concernant la santé des Québécois, selon les cycles de vie. La série comporte trois volets : I – Portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus (2003); II - Portrait de la santé des jeunes Québécois de 0 à 17 ans (2004) et III - Portrait de la santé des hommes québécois de 30 à 64 ans (2004).

L'IMPORTANCE DÉMOGRAPHIQUE DES 30-64 ANS

Les 30-64 ans occupent une place de plus en plus importante au sein de la population compte tenu de la dénatalité que vit le Québec depuis quelques décennies. En 1961, les hommes et femmes de ce groupe d'âge représentaient 36 % de la population contre 50 % en 2003. Quant aux hommes, ils forment actuellement le quart (25 %) de la population. À cet âge, la proportion d'hommes et de femmes est à peu près équivalente. C'est surtout à partir de 65 ans qu'elle change, le nombre d'hommes devenant inférieur à celui des femmes (tableau 1).

TABLEAU 1

Répartition de la population selon l'âge et le sexe, Québec, 1961 et 2003

	Hommes		Femmes		Total	
	n	%	n	%	n	%
1961						
Moins de 30 ans	1 548 889	29	1 514 132	29	3 063 021	58
30-64 ans	938 267	18	951 622	18	1 889 889	36
65 ans et plus	144 700	3	161 601	3	306 301	6
Total	2 631 856	50	2 627 355	50	5 259 211	100
2003						
Moins de 30 ans	1 413 734	19	1 343 661	18	2 757 395	37
30-64 ans	1 863 467	25	1 865 221	25	3 728 688	50
65 ans et plus	416 131	5	584 955	8	1 001 086	13
Total	3 693 332	49	3 793 837	51	7 487 169	100

Source : Statistique Canada, Estimations de la population selon le groupe d'âge et le sexe.

QUE PENSENT LES HOMMES DE LEUR ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE?

Si on les questionne sur leur sort au cours de leur vie active, les hommes de 30 à 64 ans disent généralement avoir une impression positive de leur situation de santé. Au début des années 2000, seulement un homme de 30 à 64 ans sur dix qualifiait sa santé physique de « faible » ou de « passable » et moins de 10 % des 25-64 ans¹, qualifiaient leur santé mentale de « moyenne » ou de « mauvaise » en 1998 (ISQ, 2000 : 338)². Ces auto-évaluations optimistes s'avéraient aussi répandues, voire légèrement plus, chez les hommes que chez les femmes. Bien que l'appréciation personnelle de l'état de santé reflète une certaine réalité, on peut se demander si, à impressions semblables, la santé des hommes équivaut à celle des femmes.

MORTALITÉ PRÉMATURÉE DES HOMMES COMPARÉE À CELLE DES FEMMES

Au Québec, comme dans l'ensemble des pays industrialisés, l'espérance de vie des hommes est moindre que celle des femmes : en 2001, ils vivaient six ans de moins qu'elles. Cette tendance est observée depuis le début du XX^e siècle³! Cet écart

¹ Ce portrait porte sur les hommes de 30 à 64 ans. Cependant, les données disponibles ne correspondent pas toujours à ce groupe d'âge. Dans certains cas, nous avons utilisé les informations se rapportant aux 25-64 ans.

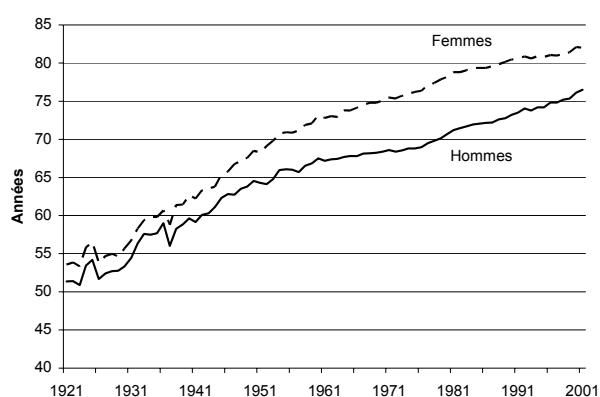
² La perception négative de l'état de santé augmente cependant avec l'âge.

³ Soulignons qu'une fois atteint l'âge de 65 ans, les hommes pouvaient encore, en 2000-2002, espérer vivre 16 ans, soit

d'espérance de vie entre hommes et femmes a toutefois fluctué : il était de deux années en 1921, puis augmenta à huit ans en 1981 pour régresser à sa valeur actuelle de six ans en 2001. Depuis une vingtaine d'années, l'espérance de vie des hommes progresse de façon plus soutenue que celle des femmes (figure 1)⁴.

FIGURE 1

Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Québec, 1921 à 2001



Source : Base de données sur la longévité canadienne, Département de démographie, Université de Montréal.
Statistique Canada, Le quotidien, 2 avril 2003.
Statistique Canada, Le quotidien, 25 septembre 2003.

Il ne faut pas pour autant se réjouir trop vite puisque, malgré ces progrès, la part des hommes dans la

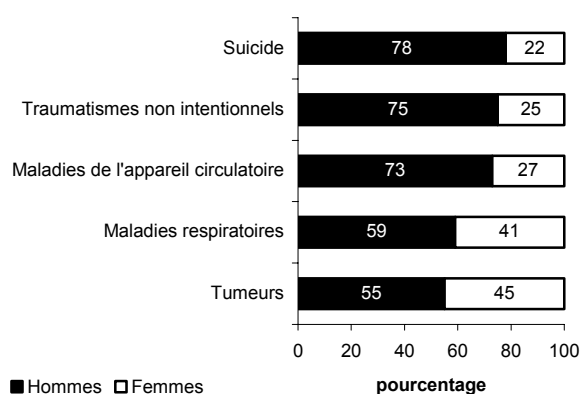
quatre années de moins que les femmes pour qui cette espérance de vie s'élevait à 20 ans (Duchesne, 2002 : 58).

⁴ En regard de trois autres provinces canadiennes, plus riches que sont l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique, le Québec affichait, en 2001, un retard en ce qui a trait à l'espérance de vie des hommes et des femmes. Ce retard atteignait même une année par rapport à la Colombie-Britannique (Choinière et Houde, 2003 : 395).

mortalité des 30-64 ans demeure plus importante que celle des femmes. Cette observation prévaut pour cinq principales causes de décès dont, au premier chef, le suicide (figure 2).

FIGURE 2

Part⁵ des hommes et des femmes dans la mortalité chez les 30-64 ans selon la cause, Québec, 1997-1999



Source : MSSS, Fichier des décès, de 1997 à 1999.

Ajoutons que les hommes démunis à la fois sur le plan matériel et sur le plan social vivent en moyenne huit années de moins que les mieux nantis, eu égard à ces deux aspects (Pampalon, 2002 : 5). Chez les femmes, cet écart de mortalité entre favorisées et défavorisées n'est que de 2,5 ans. Ainsi, être un homme et être défavorisé sur les plans matériel et social augmente le risque de mourir et de mourir plus jeune.

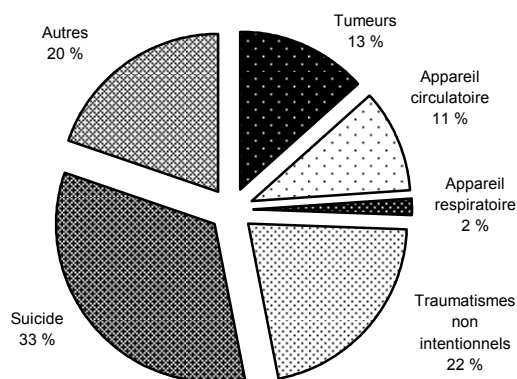
⁵ Estimation faite à partir des taux ajustés selon l'âge afin d'éliminer les différences d'effectifs et de structure par âge entre les hommes et les femmes.

DES MOTIFS DE DÉCÈS QUI VARIENT SELON L'ÂGE

En outre, les principales causes de décès des hommes se répartissent différemment selon l'âge⁶. Le suicide et les traumatismes non intentionnels (accidents de véhicules à moteurs, chutes et autres accidents) totalisent plus de la moitié de la mortalité pour les hommes de 30 à 39 ans (figure 3) tandis que les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire sont la cause des trois quarts des décès survenant chez les 50 à 64 ans (figure 4).

FIGURE 3

Principales causes de décès chez les hommes de 30 à 39 ans, Québec, 1997-1999

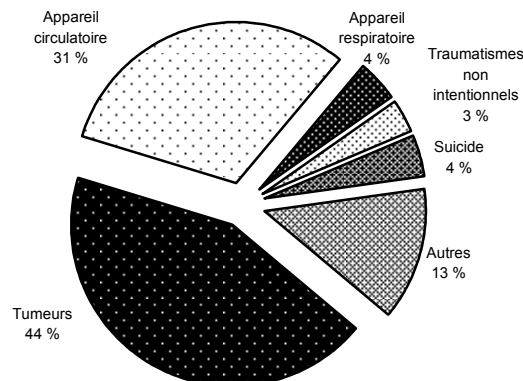


Source : MSSS, Fichier des décès, 1997 à 1999.

⁶ Soulignons qu'en ce qui a trait à la mortalité générale, sur 21 pays industrialisés, les hommes du Québec se classent au 7^e rang chez les 25-44 ans et au 11^e rang chez les 45-64 ans (Choinière, 2003 : 19).

FIGURE 4

Principales causes de décès chez les hommes de 50 à 64 ans, Québec, 1997-1999



Source : MSSS, Fichier des décès, 1997 à 1999.

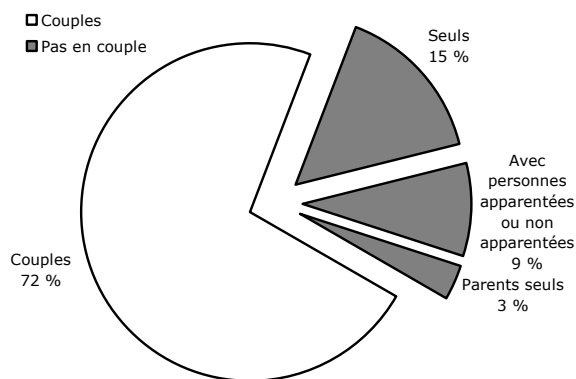
Vu l'importance de ces aspects sur la santé, voyons maintenant comment les hommes se distinguent sur les plans social et économique.

MODALITÉS DE VIE

La recension des écrits montre qu'en général vivre en couple constitue une situation favorable à un bon état de santé physique et mentale. Lors du recensement de 2001, près de trois hommes de 30 à 64 ans sur quatre vivaient en couple. Les autres, 28 %, se déclaraient sans partenaire et vivaient seuls ou encore avec des enfants ou d'autres personnes apparentées (figure 5).

FIGURE 5

Répartition des hommes de 30 à 64 ans, vivant ou non en couple, Québec, 2001



Source : Statistique Canada, Recensement 2001.

À ce chapitre, indiquons qu'en 1996⁷ 39 % des hommes de 25 à 64 ans vivaient avec au moins un enfant de moins de 18 ans, comparativement à 44 % des femmes. De plus, en 2001, les hommes dirigeaient 20 % des familles d'un seul parent.

LES IMMIGRANTS : DES QUÉBÉCOIS PLUTÔT EN BONNE SANTÉ

En 2001, parmi les hommes québécois de 25 à 64 ans, plus d'un sur dix était né à l'extérieur du Canada. Ces hommes immigrants habitent surtout la métropole. Par ailleurs, malgré des conditions de vie souvent précaires à l'arrivée, ils jouissent généralement d'une excellente santé. Les critères liés à la

⁷ Les données de 2001 sur la proportion d'hommes vivant avec des enfants ne sont pas encore disponibles.

sélection des candidats pour l'entrée au pays expliquent en grande partie cette situation.

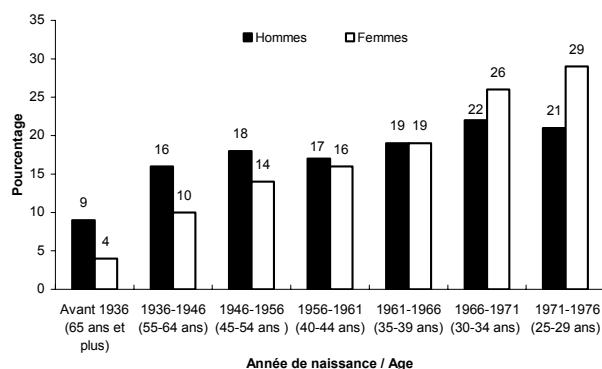
LES JEUNES HOMMES QUÉBÉCOIS ACCÈDENT D'AVANTAGE QUE LEURS PRÉDÉCESSEURS AUX ÉTUDES COLLÉGIALES ET UNIVERSITAIRES

Être diplômé constitue une réalité plus répandue chez les hommes de 25-44 ans (79 %) que chez ceux de 45-64 ans (68 %), tant pour les diplômes émis par les écoles de métier et les collèges que par le 1^{er} cycle universitaire. Pour les études supérieures, la proportion des hommes ayant complété leur formation de médecine ou encore une maîtrise ou un doctorat est toutefois à peu près la même entre les deux groupes d'âge, soit moins de 4 %. Ceci indique qu'une part plus large de la jeune génération a eu accès aux études collégiales et universitaires de 1^{er} cycle.

On observe par ailleurs que, pour les générations d'après la Seconde guerre mondiale, la proportion d'hommes ayant poursuivi des études universitaires tend à augmenter. En revanche, cette hausse est moins spectaculaire que celle observée chez les femmes (figure 6). Il est permis de penser que l'accès massif de ces dernières à une scolarisation de niveau universitaire, conjuguée à l'autonomie économique qu'elle procure, fait partie des éléments ayant contribué à faire évoluer la dynamique hommes-femmes vers de nouveaux modèles.

FIGURE 6

Proportion de la population ayant suivi des études universitaires selon la génération et le sexe, Québec, 2001



Source : Statistique Canada, Recensement 2001.

À l'heure actuelle, si les femmes de 25 à 44 ans sont plus nombreuses que les hommes du même âge à détenir un baccalauréat, cet avantage des femmes ne se fait pas encore sentir au niveau de la maîtrise. Le doctorat demeure quant à lui une affaire d'hommes. En 2001, ils étaient deux fois plus nombreux à en être détenteurs que leurs consoeurs⁸.

SOCIÉTÉ EN TRANSFORMATION : COHABITATION DE LA TRADITION ET DES NOUVEAUX MODÈLES

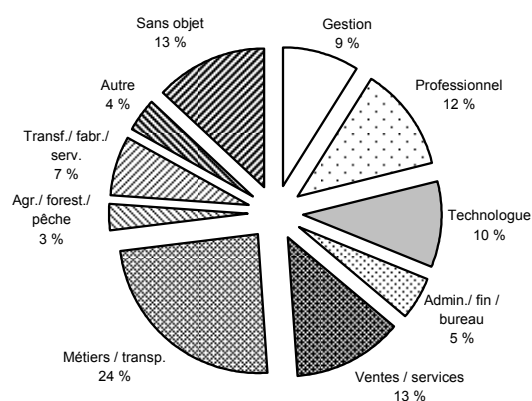
Les hommes de 30-64 ans sont plus nombreux que les femmes du même âge à avoir occupé un emploi au cours de la dernière année (87 % comparativement à 72 %) (ESCC, 2000-2001). Cependant, en 2001, ils se trouvaient légèrement plus affectés que

⁸ Statistique Canada, Recensement 2001.

ces dernières par le chômage (8 % comparativement à 7 %). Au début des années 2000, ils oeuvraient principalement dans les métiers et transports (24 %), les ventes et services (13 %), les milieux professionnels (12 %), comme technologues (10 %) et en gestion (9 %). La figure 7 illustre leur distribution selon l'occupation.

FIGURE 7

Répartition des hommes de 30-64 ans selon l'occupation, Québec, 2000-2001

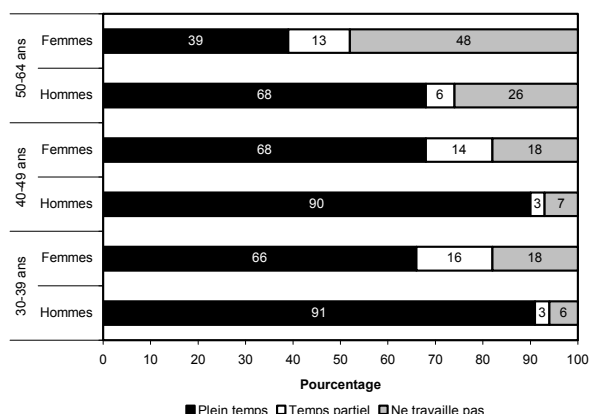


Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

La grande majorité des hommes (plus de 80 %) travaillent à temps plein, comparativement à 58 % des femmes (ESCC, 2000-2001). Cette proportion diminue toutefois avec l'âge, passant de 90 % chez les 30-49 ans à 68 % chez les 50-64 ans (figure 8).

FIGURE 8

Répartition des heures travaillées rémunérées selon l'âge et le sexe, Québec, 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

Par contre, en ce qui a trait au travail non rémunéré comme les travaux ménagers, les soins aux enfants et aux personnes âgées, globalement les hommes y consacrent, chaque semaine, moins d'heures que les femmes (tableau 2).

TABEAU 2

Proportion des hommes et des femmes de 30-64 ans qui consacrent 5 heures ou plus à certains travaux non rémunérés, Québec, 2001

	Hommes	Femmes
	%	
Travaux ménagers	59	82
Soins aux enfants	30	41
Soins aux personnes âgées	4	9

Source : Statistique Canada, Recensement 2001.

Ces données laissent croire qu'ils se définissent encore beaucoup en lien avec leur activité économique. Leur participation à la vie privée se situerait plutôt du côté des activités sportives et de loisirs réalisées avec les enfants, de la gestion et de l'entretien des terrains et bâtiments, et des utilitaires mécaniques de la vie domestique.

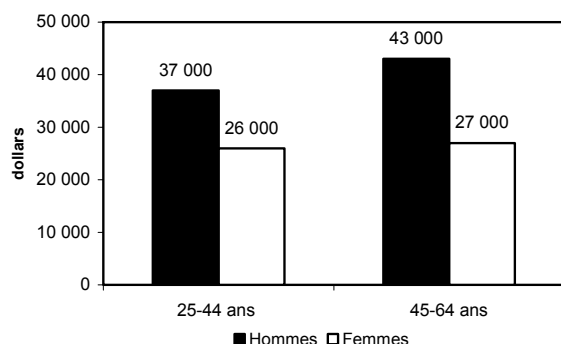
LEUR SITUATION ÉCONOMIQUE : UN FACTEUR DÉTERMINANT DE LEUR ÉTAT DE SANTÉ

En 2001, près de 85 % des hommes de 25 à 64 ans déclaraient un revenu d'emploi, les 25-44 ans davantage que les 45-64 ans (89 % comparativement à 80 %), et les hommes plus que les femmes⁹. Le revenu moyen des hommes s'avère toujours plus élevé que celui des femmes, compte tenu qu'ils travaillent souvent plus d'heures et dans des emplois mieux rémunérés. Comme l'indique la figure 9, le revenu se consolide avec l'âge, passant de 37 000 \$ chez les 25-44 ans à 43 000 \$ chez les 45-64 ans.

⁹ Dans l'ensemble, 71 % des femmes de 25-64 ans déclaraient un revenu en 2001 : 77 % pour les 25-44 ans et 61 % pour les 45-64 ans.

FIGURE 9

Revenu annuel moyen selon l'âge et le sexe, Québec, 2000



Source : Statistique Canada, Recensement 2001.

En proportion, ils sont moins nombreux que les femmes à vivre sous le seuil de faible revenu (16 % comparativement à 18 %). Toutefois, comme nous l'avons vu, ils se révèlent plus vulnérables qu'elles dans cette situation de vie. En 2003, chez les 30-64 ans, hommes et femmes sont bénéficiaires de l'assistance-emploi dans une proportion équivalente, soit 9 %. Mais, s'il faut s'inquiéter de l'effet de la situation économique sur l'état de santé des hommes, force est d'admettre que les habitudes de vie jouent un rôle tout aussi déterminant.

DES HABITUDES DE VIE ET DES COMPORTEMENTS NÉFASTES À LA SANTÉ

Dans l'ensemble, les hommes québécois de 30 à 64 ans ont un mode de vie moins sain que les femmes et même que leurs homologues canadiens. En effet, en 2000-2001, 33 % d'entre eux déclaraient fumer¹⁰, comparativement à 31 % des femmes québécoises et à 30 % des autres Canadiens du même âge (ESCC, 2000-2001) (tableau 3).

TABEAU 3

Proportion de fumeurs actuels¹¹ selon l'âge, hommes et femmes du Québec, hommes reste du Canada, 2000-2001

	30-39 ans	40-49 ans	50-64 ans	30-64 ans
	%			
Hommes (Québec)	34	37	29	33
Femmes (Québec)	33	34	25	31
Hommes (R-Canada ¹²)	32	34	23	30

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

En 2000-2001 (32 %), les hommes étaient toutefois moins nombreux à se déclarer fumeur qu'en 1998 (38 %) et en 1987 (44 %) (ESCC, 2000-2001; ESS, 1998, 1987). Il s'agit d'une baisse absolue de 12 % en 13 ans. Par contre, les hommes de 30-39 ans fumaient davantage que les plus âgés. Cette accoutumance les expose à un décès prématuré. Au

¹⁰ Ils fument sur une base quotidienne ou occasionnelle.

¹¹ Les fumeurs « actuels » regroupent tous ceux qui fument, tant sur une base quotidienne qu'occasionnelle.

¹² R-Canada : Ensemble du Canada, à l'exclusion du Québec.

Québec, le tabagisme demeure la principale cause de décès évitable dans la population (Choinière et Houde, 2003 : 399). Le tabagisme peut causer ou aggraver plusieurs types de cancers, des maladies pulmonaires obstructives chroniques telles l'emphyseme, de même que des maladies cardiovasculaires.

Parmi les 30 à 64 ans, près de 40 % des hommes consomment régulièrement plus de 12 verres d'alcool par semaine. Selon les lignes directrices canadiennes, il s'agirait d'un comportement néfaste pour la santé. Il se rapproche du seuil des 14 consommations par semaine considéré comme risqué (Morin, 2003). Ce comportement de consommation d'alcool est beaucoup plus répandu chez les hommes que chez les femmes¹³. Cependant, il est similaire à celui observé chez l'ensemble des hommes au Canada (tableau 4).

TABLEAU 4

Proportion de la population des 30 à 64 ans consommant régulièrement 12 verres d'alcool et plus par semaine selon l'âge, hommes et femmes du Québec, hommes du Canada, 2000-2001

	30-39 ans	40-49 ans	50-64 ans	30-64 ans
	%			
Hommes (Québec)	29	37	45	39
Femmes (Québec)	8	8	5	6
Hommes (Canada ¹⁴)	31	40	44	39

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

¹³ Pour les femmes le seuil de risque se situe à neuf consommations par semaine.

¹⁴ Canada : Ensemble du Canada, incluant le Québec.

L'ALCOOL AU VOLANT : UN COMPORTEMENT PLUS FRÉQUENT CHEZ LES HOMMES

Entre 1995 et 1998, près de 40 % des hommes décédés au volant présentaient un taux d'alcool dans le sang dépassant le seuil acceptable, comparativement à 23 % des femmes (Pageau *et al.*, 2001 : 352). Les taux de condamnations pour conduite avec facultés affaiblies ont cependant diminué de moitié chez les hommes entre 1990 et 1998¹⁵. Il demeure néanmoins qu'à cette date, les hommes faisaient l'objet de condamnations pour conduite en état d'ébriété près de sept fois plus souvent que les femmes (Pageau *et al.*, 2001 : 214).

JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

Bien que les Québécois s'adonnent aux jeux de hasard et d'argent dans une proportion de 80 % (Ladouceur *et al.*, 2004), tous ne sont pas égaux devant le jeu. Le joueur pathologique type serait un homme célibataire, possédant une scolarité de niveau primaire ou secondaire et un revenu annuel inférieur à 40 000 \$. Qu'en est-il plus précisément du groupe des hommes de 30 à 64 ans?

D'abord, en proportion, ils sont moins nombreux que leurs cadets à avoir des problèmes avec le jeu. En effet, alors que 4 % des hommes de 18-29 ans sont des joueurs pathologiques ou à risque de le devenir, cette proportion baisse à 2 % chez les hommes de 30-64 ans puis à 1 % chez ceux de 65 ans et plus (Chevalier, S., 2003 : sorties spéciales).

¹⁵ Baisse de 47 %.

Les jeunes éprouvent donc plus de problèmes de jeu que les 30 ans et plus. Parmi les raisons pouvant expliquer ce phénomène, on observe, toutes proportions gardées, que les 30-64 ans jouent surtout aux jeux les moins propices au développement d'un problème tels que les loteries ordinaires et les tirages caritatifs et beaucoup moins aux jeux les plus nocifs, comme les appareils de loterie vidéo, les jeux de casino et les courses de chevaux.

En revanche, étant plus nombreux dans la population québécoise que les plus jeunes, les hommes de 30 à 64 ans constituent environ les deux tiers des joueurs ayant des problèmes avec le jeu, ce qui représentait 54 000 personnes en 2001¹⁶.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Pour les hommes, force et mise en mouvement du corps autour d'un travail ou d'une performance à accomplir ont longtemps été étroitement liés à leur identité. Or, le mode de vie actuel, s'il les sollicite encore physiquement, appelle à la sédentarité. En effet, la prolifération des modes de transports automatisés, le travail de bureau, l'omniprésence de la télévision, des ordinateurs et de l'Internet se cumulent et accroissent les risques liés à la santé. Conséquence de ces changements culturels, les Québécois font globalement moins d'activité physique dans leur vie de tous les jours¹⁷. Or, la

sédentarité favorise l'apparition des maladies du cœur, de l'obésité, du diabète, du cancer du côlon et de l'ostéoporose (U.S. Department of Health and Human Services, 1996 : 7-8), tout comme elle peut entraver la santé mentale.

Cette tendance à la baisse du niveau global d'activité physique s'observe dans tous les pays industrialisés et de plus en plus dans les pays en voie de développement. Une piste de solution pour contrer cette baisse générale est d'accroître la pratique d'activité physique de loisir, celle pratiquée dans les temps libres, comme le sport, le plein air, le conditionnement physique, la danse ou tout simplement la marche.

Chez les hommes de 30 à 64 ans, bonne nouvelle, on observe une augmentation de la proportion de ceux qui sont « actifs » dans leurs loisirs. Entre 1994-1995 et 1998-1999, l'augmentation des « actifs » et la diminution des « très peu ou pas actifs » semble plus marquée chez les hommes québécois que chez ceux du reste du Canada. Une ombre au tableau, cependant : la proportion de « très peu ou pas actifs » reprend une tendance à la hausse entre 1998-1999 et 2000-2001, tandis que la proportion « d'actifs » est demeurée stable (tableau 5). Ces derniers résultats démontrent que rien n'est acquis et que les efforts de promotion doivent se poursuivre.

¹⁶ Les hommes de 35 à 54 ans constituent les deux tiers des joueurs se prévalant du programme expérimental de traitement du jeu pathologique (INSPQ, septembre 2003).

¹⁷ On distingue généralement plusieurs formes d'activité physique dont l'activité physique domestique, de travail, de transport et de loisir (Nolin *et al.*, 2000 : 171).

TABLEAU 5

Répartition des hommes de 30 à 64 ans selon le niveau d'activité physique de loisir au cours des trois derniers mois¹⁸, Québec et reste du Canada, 1994-1995 à 2000-2001¹⁹

	1994-95	1996-97	1998-99	2000-01
	%			
Actifs				
Québec	25	27	31	31
R-Canada ²⁰	30	31	34	34
Moyennement actifs				
Québec	16	19	21	16
R-Canada	18	18	20	18
Un peu actifs				
Québec	21	18	19	17
R-Canada	19	19	19	19
Très peu ou pas actifs				
Québec	39	35	29	36
R-Canada	33	31	27	29

Source : B. Nolin et D. Hamel, Institut national de santé publique du Québec, mars 2004.

Bien qu'ils soient toujours proportionnellement moins nombreux que l'ensemble des Canadiens à s'y adonner, les hommes québécois pratiquent plusieurs types d'activités physiques de loisir. La figure 10 illustre les activités plus populaires.

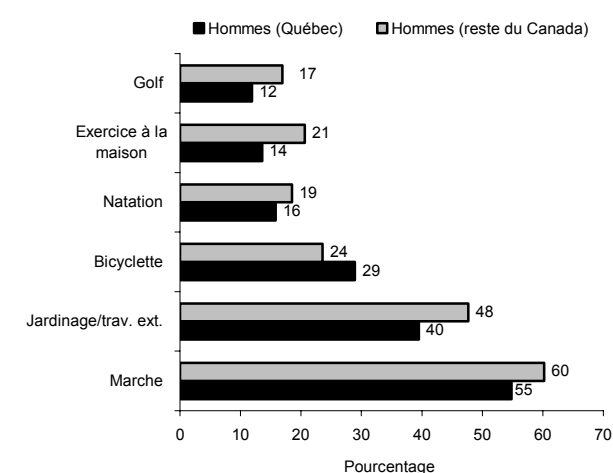
¹⁸ Moyenne pour une période de 12 mois consécutifs.

¹⁹ Note : Les pourcentages étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

²⁰ R-Canada = Le reste du Canada (neuf provinces, excluant les territoires).

FIGURE 10

Proportion des hommes de 30 à 64 ans ayant pratiqué certaines activités au cours des trois derniers mois, Québec, Canada, 2000-2001



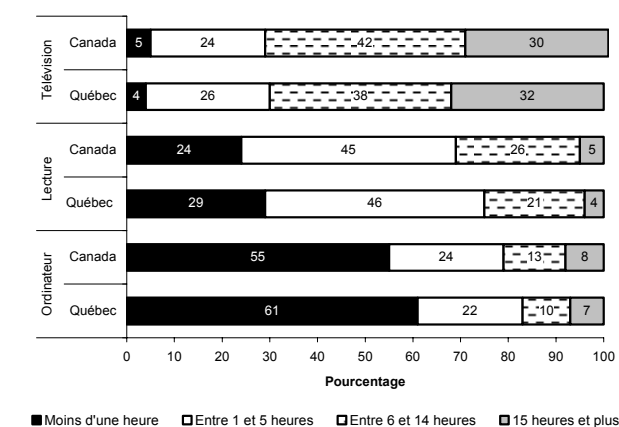
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

ACTIVITÉS SÉDENTAIRES

Enfin, soulignons que les hommes québécois passent environ le même nombre d'heures par semaine que l'ensemble des hommes canadiens devant le petit écran. Ils consacrent par contre moins de temps que ces derniers à lire et à faire usage d'un ordinateur (ESCC, 2000-2001) (figure 11).

FIGURE 11

Nombre d'heures par semaine consacrées par les hommes de 30-64 ans à l'ordinateur, la lecture et la télévision, Québec, Canada, 2000-2001



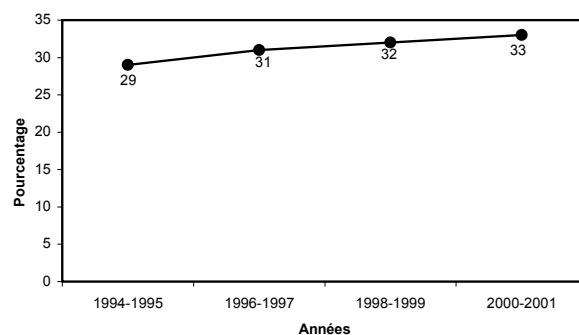
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

POIDS ET ALIMENTATION

En 2000-2001, au même titre que l'ensemble de la population québécoise, les hommes de 30 à 64 ans présentaient une tendance accrue à l'excès de poids, incluant l'embonpoint et l'obésité. C'était alors le tiers d'entre eux qui en étaient affectés (figure 12).

FIGURE 12

Proportion de la population masculine de 20 à 64 ans présentant un excès de poids²¹, Québec, 1994-2001



Source : Statistique Canada, Indicateurs de la santé, volume 2003, n° 1.

Cette tendance à l'augmentation du poids est plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Les hommes de 50 à 64 ans sont en proportion plus nombreux que les 49 ans et moins à en être affectés. Or, l'obésité « androïde » ou de type masculine, soit celle localisée dans le haut du corps et au tour de taille, accroît de façon importante les risques de problèmes de cœur et de diabète, de même que la mortalité liée à ces deux problèmes de santé (Després *et al.*, 2001 : 716). La pratique d'activité physique et une meilleure alimentation pourraient améliorer cette situation, mais la barre est haute puisqu'en dépit de ces constats, près de 85 % des hommes de 30 à 64 ans estimaient, en 1998, avoir de bonnes habitudes alimentaires et, paradoxalement, les plus âgés davantage que les plus jeunes.

²¹ Indice de masse corporel (IMC) = 27.

Par ailleurs, pour ce qui est des fruits et légumes, antioxydants reconnus, seulement un peu plus du tiers (36 %) des Québécois de 30 à 64 ans en mangeaient au moins cinq portions par jour, tel que recommandé par le *Guide alimentaire canadien*.

ATTITUDES ET PRATIQUES PRÉVENTIVES TIMIDES CHEZ LES HOMMES

Dans l'ensemble, hommes et femmes font une utilisation à peu près équivalente des services de clinique externe et d'urgence des hôpitaux (35 % et 38 %) (Pageau *et al.*, 2001 : 266). Cependant, les hommes connaissent et utilisent moins le service *Info-santé CLSC* que les femmes. Ils sont aussi moins nombreux qu'elles à avoir un médecin de famille (tableau 6). On peut donc penser qu'ils se privent d'une partie des actions préventives pouvant à l'occasion être conduites par ces derniers.

TABLEAU 6

Proportion de la population de 30 à 64 ans qui connaît et utilise Info-Santé et qui a un médecin de famille selon le sexe, Québec, 1998, 2000-2001

	Connaissent <i>Info-Santé</i> (1998)		Utilisent <i>Info-Santé</i> (1998)		Ont un médecin de famille (2000-2001)	
	H	F	H	F	H	F
	%		%		%	
30-39 ans	73	85	44	65	52	72
40-49 ans	68	78	27	45	63	79
50-64 ans	68	77	18	35	78	87
30-64 ans	70	80	31	49	65	80

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé, 1998.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

Soulignons ici que les hommes de 30-39 ans se différencient de leurs aînés par une utilisation plus marquée de la ligne *Info-Santé*, un concept qui leur est plus familier²², mais qu'ils sont proportionnellement moins nombreux qu'eux à avoir un médecin de famille.

SUR LA VOIE DU DÉPISTAGE : ENCORE DU CHEMIN À FAIRE

Bien qu'ils soient plus à risque que les femmes de développer des maladies cardiovasculaires, seulement les deux tiers (68 %) des hommes font prendre leur tension artérielle sur une base annuelle, comparativement à 82 % d'entre elles. Par contre, tout comme la propension à avoir un médecin de famille, la fréquence de ce dépistage s'accroît avec l'âge. Elle est de 57 % chez les 30-39 ans, de 65 % chez les 40-49 ans et de 80 % chez les 50-64 ans²³. En ce qui a trait au cancer de la prostate, au début des années 2000, c'était le tiers des hommes de 30 à 64 ans qui avait déjà subi un examen visant à le détecter de façon précoce²⁴ (ESCC, 2000-2001).

²² Le service *Info-Santé* voit le jour en 1984 lors de deux événements importants : une exhibition de grands voiliers et la venue du Pape Jean-Paul II à Québec. Cette ligne téléphonique est alors mise en place pour orienter les visiteurs vers les ressources appropriées en matière de santé (Sylvae : Le portail des paramédicaux francophones, 2003).

²³ Pour les femmes il se maintient de façon constante au-dessus de la barre des 75 % dans toutes ces tranches d'âge.

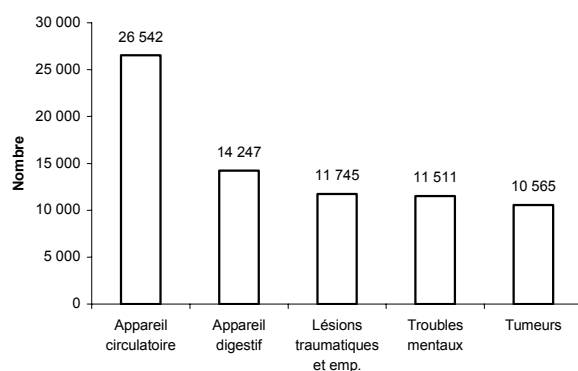
²⁴ Test de l'antigène spécifique prostatique.

SÉJOURS HOSPITALIERS ET MÉDICAMENTS

Globalement, les raisons qui amènent les hommes de 30 à 64 ans à l'hôpital sont des problèmes reliés aux appareils circulatoire et respiratoire, au système ostéo-articulaire, aux lésions traumatiques et aux empoisonnements, de même qu'aux tumeurs (figure 13).

FIGURE 13

Nombre d'hospitalisations²⁵ chez les hommes de 30 à 64 ans selon le diagnostic, Québec, 2002-2003



Source : MSSS, fichier des hospitalisations Med-Echo.

En outre, dans la foulée de l'augmentation de la consommation de médicaments au Québec – celle-ci a plus que doublé entre 1987 et 1998 – la proportion d'hommes de 30 à 64 ans consommant trois médicaments prescrits ou plus en deux jours est passée de 5 % à 13 %.

²⁵ Dans les hôpitaux de soins de courte durée.

PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ DÉCLARÉS PAR LES HOMMES

En 2000-2001, les principales maladies dont les hommes de 30 à 64 ans déclaraient souffrir étaient les allergies autres qu'alimentaires (19 %), l'arthrite ou les rhumatismes (8 %), l'asthme (5 %), les allergies alimentaires (5 %), les maladies cardiaques (4 %), les migraines (4 %) et le diabète (4 %). Soulignons que les hommes de 50 à 64 ans sont davantage affectés par les maladies cardiaques (10 %) et le diabète (7 %), des maux peu fréquents chez les hommes plus jeunes ou encore chez les femmes du même âge. Au chapitre de la santé physique, mentionnons encore que 11 % des hommes de 30 à 64 ans déclaraient s'être blessés en 2000-2001²⁶, tandis que 8 % indiquaient avoir souvent de la difficulté à faire des activités²⁷.

ET LE MORAL?

En 2000-2001, 86 % des hommes de 30 à 64 ans se disaient satisfaits de leur vie sociale et plus de la moitié déclaraient avoir un sentiment d'appartenance « plutôt » ou « très fort » à leur communauté locale (ESCC, 2000-2001). Toutefois, 39 % des hommes de cet âge jugeaient leur travail « assez » ou « extrêmement stressant », des proportions plus élevées que pour les Canadiens en général (31 %), mais inférieures à celles des femmes québécoises

²⁶ La fréquence de blessures varie selon l'âge : 15 % chez les 30-39 ans, 11 % chez les 40-49 ans et 8 % chez les 50-64 ans.

²⁷ Soit 5 % des 30-39 ans, 7 % des 40-49 ans et 11 % des 50-64 ans (ESCC, 2000-2001).

(44 %) (ESCC, 2000-2001). En outre, la détresse psychologique, telle que déclarée dans les grandes enquêtes sur la santé, apparaît moins prononcée chez les hommes que dans la population féminine de 30 à 64 ans (17 % comparativement à 22 % en 1998²⁸). Également, 5 % des hommes de 30 à 64 ans présenteraient un risque élevé de faire une dépression, comparativement à 9 % des femmes du même groupe d'âge²⁹ (ESCC, 2000-2001). Plusieurs experts estiment toutefois ces indicateurs trompeurs quant au réel bien-être psychologique des hommes. Et si ces derniers identifiaient moins les symptômes de leur détresse ou tentaient simplement de les oublier en se donnant à fond dans leur travail ou en s'abîmant dans des comportements délétères? Sinon, comment expliquer que dans leur vie, ils disent songer au suicide moins souvent que les femmes (11 % comparativement à 14 % dans le groupe des 30 à 64 ans) (ESCC, 2000-2001)³⁰ mais soient quatre fois plus nombreux qu'elles à s'enlever la vie?

S'ENLEVER LA VIE ...

Chez les hommes québécois, le suicide constitue en effet un phénomène troublant. Avec, en 1999-2001, un taux de 41 suicides pour 100 000 hommes et de 11 suicides pour 100 000 femmes de 30 à 64 ans, les hommes s'enlèvent la vie quatre fois plus souvent que les femmes. Il s'agit du côté des hommes d'un accroissement de 45 % depuis 1977, et les taux

actuels ne semblent pas vouloir diminuer. Comparativement au reste du Canada et à la scène internationale, le Québec présente d'ailleurs un des profils les moins reluisants en ce qui a trait au suicide chez les hommes (Choinière, 2003 : 50). Il est établi que le suicide s'avère plus répandu en milieu rural qu'en ville (Martinez *et al.*, 2004), chez les défavorisés que chez les mieux nantis (Hamel et Pampalon, 2002) et dans la population locale plutôt que chez les immigrants (Caron-Malenfant, 2004). Ces constats de recherche ont le mérite de circonscrire en partie la distribution du phénomène, mais ils n'expliquent pas tout. Il faut donc continuer de s'interroger pour tenter de mieux comprendre les conditions qui favorisent, au Québec, une issue aussi irréversible dans la destinée des individus et de la collectivité.

Sur le plan de la santé publique, ce phénomène, particulièrement marqué du côté des hommes, amène à questionner plusieurs aspects de l'organisation sociale et environnementale. Au-delà des individus eux-mêmes, les actions doivent être collectives et provenir de différents secteurs de la société pour converger vers la mise en place de conditions (socialisation, intégration, valorisation, reconnaissance, espaces d'appartenances, rôles sociaux, changement de valeurs) contribuant au mieux être des enfants et des hommes ou des femmes qu'ils sont appelés à devenir.

²⁸ Cf. Indice de détresse psychologique élevé.

²⁹ Une probabilité légèrement moins élevée que pour les hommes de 30-64 ans du reste du Canada (6 %).

³⁰ Plus spécifiquement, ce sont 3 % des hommes et des femmes de 30 à 64 ans qui y auraient songé au cours de la dernière année (ESCC, 2000-2001).

CONCLUSION

C'est en 2001, à la suite de différentes pressions du milieu, que la préoccupation au sujet de l'état de santé et de bien-être des hommes a commencé à interpeller le ministère de la Santé et des Services sociaux et qu'une instance chargée d'étudier leur situation a été mise sur pied³¹. Prendre en compte la santé des hommes dans ce qu'elle a de spécifique est devenu incontournable, compte tenu de leur espérance de vie plus courte, ainsi que de la surmortalité, en particulier par suicide, qui caractérisent cette tranche de la population. Dans ce contexte, le présent portrait ne fait qu'effleurer les différents enjeux de santé qui les touchent. Mais, l'émergence d'initiatives de recherche plus approfondies en la matière, auxquelles d'ailleurs nous référons vivement le lecteur³², contribue à combler d'importantes lacunes ayant trait à la connaissance, ainsi qu'à l'ampleur et à la priorisation relative des problèmes. L'intérêt récent porté à la situation des hommes par le ministère de la Santé et des Services sociaux au Québec et le développement de la recherche dans le domaine constituent ainsi des jalons importants, non seulement pour l'amélioration des formes d'aide, mais également pour le développement d'initiatives

³¹ Soit le *Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, mis sur pied en 2002 par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

³² À cet égard, consulter l'excellent rapport de recherche réalisé par Gilles Tremblay et ses collaborateurs, disponible sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux, Annexe 2 d'une publication intitulée « Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes », déposé au MSSS en janvier 2004.

préventives destinées aux hommes et pouvant potentiellement contrer l'émergence de leurs différents problèmes de santé. Dans cette optique, il faut espérer que les résultats de recherche soutiennent la réflexion des planificateurs et la réalisation de ces objectifs, à mesure que continueront d'évoluer les rapports femmes-hommes au Québec et, à l'intérieur de ces rapports, notamment inter-générationnels, l'identité masculine elle-même.

BIBLIOGRAPHIE

Caron-Malenfant É. (2004). « Le suicide chez les immigrants au Canada ». *Rapports sur la santé*, 15(2) : 9-18.

Choinière, R. (avril 2003). *La mortalité au Québec : une comparaison internationale*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 88 pages.

Choinière R. et S. Houde (2003). « L'état de santé des Québécois : un bilan mitigé » dans M. Venne (dir.). *L'annuaire du Québec 2004*. Montréal : Éditions Fides, pp. 394-403.

Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes (janvier 2004). *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*. Québec : Gouvernement du Québec, 42 pages et annexes.

Després, J.-P., Lemieux, I. et Prud'homme, D. (2001). « Treatment of obesity : need to focus on high risk abdominally obese patients ». *British Medical Journal*, 322 : 716-720.

Duchesne, Louis (2002). La situation démographique au Québec. Bilan 2002. La migration interrégionale au Québec au cours des périodes 1991-1996 et 1996-2001. Québec : Institut de la statistique du Québec (collection démographie), 126 pages et annexes.

Hamel, D. et Pampalon R. (2002). Traumatismes et défavorisation au Québec. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 7 pages.

Institut de la statistique du Québec (2000). Enquête sociale et de santé 1998. Québec : Gouvernement du Québec, 642 p. et annexes.

Institut national de santé publique du Québec (30 septembre 2003). Le programme expérimental sur le jeu pathologique : évaluation des premiers mois d'implantation. Communiqué de presse, 2 pages.

Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sévigny, S., Hamel, D. et D. Allard (2004). Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002. Québec : Université Laval et Institut national de santé publique du Québec, 22 pages et annexes.

Martinez, J., Pampalon, R., Hamel, D. et Raymond G. (2004). Vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en matière de santé et de bien-être. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 86 pages.

Morin, Réal (2003). Résumé. Mise à jour sur la consommation d'alcool au Québec et les pratiques commerciales de la société des alcools du Québec.

Nolin, B., G. Godin et D. Prud'homme (2000). « Activité physique », dans : C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, F. Lapointe et coll. (sous la direction de). Enquête sociale et de santé 1998. Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 7.

Nolin, B. et D. Hamel, Institut national de santé publique du Québec (mars 2004). Résultats basés sur l'analyse des fichiers de microdonnées de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001 (données non publiées).

Pageau, M., Choinière, R., Ferland, M. et Sauvageau, Y. (2001). Portrait de santé - Le Québec et ses régions. Édition 2001. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 432 pages.

Pampalon, R. (2002). Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 11 pages.

Sylvae : le portail des paramédicaux francophones Sidiief 2003 – Comptes rendus. Séance no 51 – Info-Santé : des soins infirmiers téléphoniques humanisés. Un modèle québécois du leadership infirmier au service de la communauté < http://www.sylvae.com/sidiief_2003/seance_s_paralleles/28_05_2003_atelier_51.php4 >

Tremblay, G., Fonséca, F. et Lapointe-Goupil, R. (décembre 2003). Portrait des besoins des hommes québécois en matière de santé et de services sociaux Québec. Rapport de recherche présenté au Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes (Annexe 2 in Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes (janvier 2004). Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes). Québec : Université Laval, 87 pages.

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS, 1996). Physical Activity and Health : A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA : U.S.D.H.H.S., Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 278 pages.

UN PORTRAIT DE LA SANTÉ DES HOMMES QUÉBÉCOIS DE 30 À 64 ANS

Auteure

Chantal Lefebvre, Institut national de santé publique du Québec

Sous la coordination de

Robert Choinière, Institut national de santé publique du Québec

Mise en page

Line Mailloux, Institut national de santé publique du Québec

Avec la collaboration de

Josée Bourdages, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Jean-Pierre Courteau, Direction de santé publique de l'Outaouais

Denis Hamel, Institut national de santé publique du Québec

James Massie, Direction de santé publique de Montréal

Danielle St-Laurent, Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Nicole April, Institut national de santé publique du Québec

Claude Bégin, Institut national de santé publique du Québec

Sylvie Bernier, Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Éric Breton, Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal

Serge Chevalier, Institut national de santé publique du Québec

Michèle Dupont, Institut national de santé publique du Québec

Jean Gratton, Institut national de santé publique du Québec

Francine Leduc, Direction de santé publique de la Montérégie

Lyne Mongeau, Institut national de santé publique du Québec

Bertrand Nolin, Institut national de santé publique du Québec

Robert Pampalon, Institut national de santé publique du Québec



Gilles Tremblay, Université Laval

Emmanuelle Raynal, Institut national de santé
publique du Québec

Julie Trudel, Institut national de santé publique du
Québec

Ce document a été réalisé pour la Table de concertation nationale en surveillance, grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

**UN PORTRAIT DE LA SANTÉ DES HOMMES
QUÉBÉCOIS DE 30 À 64 ANS**

Auteure :

Chantal Lefebvre, agente de recherche
Unité Connaissance-surveillance
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca>
Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)

Cote : INSPQ-2004-025

Dépôt légal – 2^e trimestre 2004

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-550-42747-5

© Institut national de santé publique du Québec (2004)



• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux