



CONTEXTE SOCIAL

de la santé des femmes*

Vivienne Walters, Ph.D. (University of Wales)

Introduction

Les analyses de données sont probantes dans la mesure où elles sont orientées par des cadres stratégiques. Ce chapitre fournit un contexte au rapport en soulignant l'importance de la dimension sociale du sexe et des liens entre le sexe et la santé. La discussion s'articule autour des déterminants sociaux de la santé. Notre façon de comprendre les liens entre la dimension sociale du sexe et la santé répercute sur les stratégies de changement et le processus décisionnel. Elle sert de guide pour la recherche à venir, la collecte de données et la surveillance de la santé en identifiant les lacunes dans les données existantes.

Tout d'abord, le chapitre aborde quelques dimensions clés des différences entre les femmes et les hommes et les inégalités qui caractérisent les relations entre les deux sexes. Celles-ci indiquent que le « sexe » peut servir à dénoter la différence biologique entre les femmes et les hommes, mais il ne s'agit pas de l'outil idéal pour mesurer la dimension sociale du sexe. Une discussion de la santé suit, axée sur l'importance d'effectuer des analyses des déterminants sociaux de santé. Cette discussion mène ensuite à une considération de deux questions globales : (i) Que savons-nous des déterminants sociaux de la santé des femmes et des hommes? et (ii) Existe-t-il des différences dans les problèmes de santé des femmes et des hommes? Si tel est le cas, comment expliquer un tel phénomène? Des études récentes fournissent des réponses partielles, et indiquent aussi les axes de recherches futures de même que certaines des mesures qui pourraient servir d'indicateurs du changement des relations entre les sexes au Canada et fournir une base pour la surveillance de la santé. En conclusion, l'incidence politique de cette discussion est soulignée et des orientations de recherche futures sont proposées.

* Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de l'Institute canadien d'information sur la santé ou de Santé Canada.



L'importance de la dimension sociale du sexe

Le sexe importe. [1] Le fait de naître garçon ou fille exerce une influence profonde sur la façon dont se développera la vie d'un nouveau-né. Par rapport aux hommes, les femmes ont une probabilité réduite de travailler à temps plein, et une probabilité accrue de voir interrompre leur vie professionnelle par la grossesse et les responsabilités de soignante. Les femmes sont généralement moins bien rémunérées et elles exercent moins d'autorité au travail. La recherche nous indique aussi qu'on accorde moins de valeur aux opinions des femmes, qu'elles ont une probabilité réduite d'occuper des postes de direction au sein de la société et qu'elles ont une probabilité accrue d'être perçues comme étant irrationnelles, émotives et inaptes aux postes de grande responsabilité. Même si les femmes ont pénétré la population active en nombre croissant, elles demeurent responsables de la plupart des corvées domestiques. La dépendance économique des femmes face aux hommes est signalée par le changement dramatique qui s'opère dans leur vie après le divorce ou la séparation. Il n'est pas surprenant que les femmes souffrent aussi d'un plus faible estime de soi et qu'elles soient davantage portées à se préoccuper de leur image du corps (voir le chapitre *Poids corporel et image du corps* et *Forme physique*).

La vie des femmes est aussi façonnée par la race et l'ethnicité, par leur orientation sexuelle et par l'âge et le stade de vie. Ces éléments représentent diverses structures d'inégalité qui, de concert avec la dimension sociale du sexe, peuvent exacerber le défavorisement et la discrimination auxquelles continuent à se heurter les femmes. Parmi les plus vulnérables sont les femmes âgées et les parents célibataires (ces deux groupes affichent la plus forte probabilité de vivre en-dessous du seuil de la pauvreté) de même que les femmes ayant des emplois mal rémunérés et les victimes de discrimination raciale. Toutes les femmes sont à risque de violence, notamment aux mains de leurs conjoints masculins, et c'est une des manifestations plus extrêmes du déséquilibre de pouvoir qui marque les rapports entre les sexes.

À bien des égards, le vécu quotidien des femmes passait presque inaperçu et était souvent pris pour acquis. Le mouvement et la recherche féministes ont beaucoup contribué à souligner ce que font les femmes et les façons dont les rapports entre les sexes aident à perpétuer le défavorisement des femmes. Parmi les contributions clés citons la reconnaissance des responsabilités à domicile comme travail domestique ou travail non rémunéré qui consomme énormément de temps pour les femmes et constitue une contribution économique importante. [2] C'est plus qu'un travail fait avec plaisir. Pourtant, nous n'avons pas encore développé les moyens d'identifier les éléments et la nature de ce travail. [3,4] Même si les études des budgets-temps évoluent dans cette direction, il demeure rare que les enquêtes gouvernementales mesurent le contenu, la charge ou la contribution de ce travail. De la même manière, l'immense ensemble d'ouvrages qui se sont penchés sur l'organisation sociale du travail rémunéré a rarement étudié la conceptualisation du travail domestique.

Un autre aspect important des ouvrages est celui qui documente la nature des rôles dans le travail rémunéré des femmes. De la recherche cherchant à comprendre si l'emploi des femmes nuisait à la santé des enfants et au bien-être de la famille (en réponse au nombre croissant de femmes qui entraient dans la population active), nous sommes passés à étudier les femmes en tant que travailleuses, l'organisation sociale du travail qu'elles font et les risques physiques et psychosociaux auxquelles elles font face au travail. [5,6] De son côté, cette nouvelle orientation a créé la possibilité de comparer l'effet des rôles de travail tant sur les femmes que les hommes, quoique cela continue à soulever un défi méthodologique, entre autres en raison de la séparation des sexes sur le marché du travail. [7] Un thème plus récent dans cette documentation porte sur les effets de la restructuration. [8,9] Étant donné que de nombreuses femmes travaillent dans le secteur public, elles sont touchées par les réductions et les changements organisationnels des secteurs de la santé, de l'éducation et du gouvernement municipal; d'ailleurs, les charges de travail accrues et les réductions des services répercutent sur les femmes tant comme travailleuses que comme consommatrices de services publics.

Ce rapport présente de l'information provenant de données nationales sur le sexe et la santé. Comme les chapitres suivants le révéleront, les données existantes sont souvent incomplètes, ne sont pas disponibles, ou ne sont pas présentées sous la forme la plus utile. Dans la plupart des cas, les statistiques officielles comprennent une ventilation par sexe mais ne fournissent pas de mesures suffisantes pour

permettre l'exploration de l'incidence du sexe. Comme le suggère cette section, la dimension sociale du sexe est une toile complexe de rôles et de relations de nature changeante, et l'emploi du sexe en guise d'approximation de la dimension sociale du sexe n'offrira qu'une compréhension très limitée des liens qui existent entre le sexe et la santé. Il faut mettre au point d'autres mesures qui tiennent compte d'une compréhension beaucoup plus subtile de la façon dont les vies des femmes et des hommes sont façonnées par la dimension sociale du sexe. Ces mesures pourront éventuellement être reflétées dans la surveillance de la santé des femmes et d'autres initiatives de politique.

La santé de la population : les déterminants sociaux de la santé

On sait depuis longtemps que les conditions de travail et de vie répercutent sur la santé des gens. [10] Cette notion sous-tend la croissance de la santé publique, et au cours du 19^{ème} siècle de telles idées se sont confrontées à une bio-médecine émergente. [11] Il existe depuis au-delà d'un siècle de nombreux ouvrages établissant des liens solides entre la mortalité et le développement économique, le revenu et les niveaux de vie. Les initiatives de santé publique ont beaucoup amélioré les taux de mortalité infantile et d'espérance de vie avant que la bio-médecine n'eût un impact sur la santé des populations. [12] Au cours des dernières décennies, les mêmes liens ont été établis par rapport à la morbidité. Par exemple, Marmot et Wilkinson et leurs collègues ont publié de nombreuses études démontrant les effets de santé tout au long d'une vie de pauvreté; l'exclusion sociale et le statut minoritaire; le chômage et le manque de sécurité d'emploi; l'organisation sociale du travail; le soutien social et la cohésion sociale; le transport; les aliments et le tabac. [13] Certaines des recherches les plus récentes ont insisté sur l'importance de l'inégalité du revenu plutôt que les niveaux de revenu en soi. [14]

Pourtant, malgré cet accent sur les aspects sociaux de la santé, il est étonnant de constater le peu d'attention accordé au rôle que joue la dimension sociale du sexe dans cette documentation. [15,16] Macintyre [17] illustre les façons dont le sexe a souvent été absent dans les études et démontre que cela nuit non seulement aux femmes mais aussi aux hommes. Elle soutient que si nous intégrions le sexe aux analyses, nous aurions une meilleure compréhension des différences socio-économiques en matière de santé. La pente socio-économique dans diverses mesures de santé est moins marquée chez les femmes (à l'exception des maladies de coeur et la forme du corps) et, plutôt qu'être un phénomène secondaire, cela pourrait indiquer des différences entre les sexes en matière d'exposition ou de vulnérabilité. Une analyse récente de données britanniques s'est singularisée parce qu'elle mise tant sur le sexe que l'ethnicité par rapport à la situation socio-économique et à la santé. Elle révèle des différences considérables dans les états de santé des femmes et des hommes au sein des groupes [18] ethniques majoritaires et minoritaires.

La documentation sur les déterminants sociaux de la santé a beaucoup contribué à souligner les causes sociales de la maladie. En faisant ressortir les incidences du modèle, McKinlay [19] a soutenu qu'il est important d'étudier tout d'abord les causes « en amont » de la maladie, plutôt que de simplement soigner les organismes malades que l'on arrache de la rivière. Une telle approche offre la possibilité d'une surveillance plus probante des facteurs sociaux qui contribuent à la mauvaise santé chez les femmes et les hommes, de sorte à mieux contrôler et cibler les interventions « en amont ».

Ces constats mènent à une discussion de vastes thèmes de recherche sur le sexe et la santé — les déterminants sociaux de la santé des femmes et des hommes et la mesure dans laquelle il existe des différences entre les problèmes de santé des femmes et des hommes.



Les liens entre la dimension sociale du sexe et la santé

1. *Que savons-nous au sujet des déterminants sociaux de la santé des femmes et des hommes? Dans quelle mesure peut-on expliquer leur état de santé par des influences comportementales et quelle sera l'importance des influences sociales structurelles?*

Ces questions sont importantes puisqu'elles peuvent aider à développer les stratégies de changement et les activités de surveillance de la santé. La *British Health and Lifestyles Survey* (Enquête britannique sur la santé et les modes de vie), effectuée au cours des années 1980, a évalué la preuve sur les déterminants clés de la santé et a soutenu que les circonstances des femmes et des hommes semblaient avoir un effet plus profond sur leur santé que leur comportement. [20] L'analyse des données de l'Enquête nationale sur la santé des populations (ENPS) dans les chapitres de ce rapport confirme que les facteurs sociaux structurels comme le revenu, le niveau scolaire, l'emploi, la structure familiale et le soutien social sont particulièrement importants pour comprendre la santé des femmes et des hommes (voir, par exemple <Rôles multiples et Santé mentale des femmes au Canada>). Ces facteurs influent directement sur la santé ainsi que sur les comportements individuels tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, le poids et l'activité physique. [21,22] Les autres chapitres décrivant les façons dont les comportements sont influencés par le contexte social font remarquer que les femmes vulnérables, comme les mères célibataires et les femmes autochtones, sont particulièrement à risque de souffrir de stress personnel et chronique, et d'obtenir de mauvais résultats cliniques (voir <Rôles multiples et Santé mentale des femmes au Canada>, <Dépression> et <Violence contre les femmes>).

Graham soutient que la prévalence du tabagisme est la plus élevée parmi les populations les plus défavorisées. [23,24] Sa recherche a démontré que, chez les femmes, l'usage du tabac est plus fréquent parmi celles qui vivent beaucoup de stress — les jeunes mères et, en particulier, celles qui sont chef de famille monoparentales. Parmi les hommes, la consommation d'alcool semble être la méthode souvent empruntée pour venir à bout du stress et des circonstances défavorables. Les femmes et les hommes ont des mécanismes d'adaptation plutôt différents, tous susceptibles de nuire à leur santé sans atténuer moindrement les conditions sociales et économiques qui donnent naissance à ces comportements. Ces modes de vie « malsains » sont des réponses culturellement appropriées par rapport au contexte social qui provoque la dépression et le désespoir.

Si nous souhaitons prévenir les problèmes de santé, il faut nous pencher sur les conditions sociales et économiques des vies des femmes et des hommes. McKeown [12] et, plus récemment, Townsend, [25] dans son projet de réforme des services de santé au Pays de Galle, ont soutenu que l'incidence la plus importante sur les inéquités en matière de santé dépendra d'une approche qui aborde les déterminants socio-économiques sous-jacents de la mauvaise santé. Cela signifie qu'il est important de développer des indicateurs de soutien social et de cohésion sociale de même qu'assurer le suivi des questions clés comme :

- le chômage
- la pauvreté
- les niveaux des prestations
- les conditions de logement
- la sécurité alimentaire
- les conditions de travail
- les disparités régionales
- les populations qui peuvent être particulièrement à risque de difficulté matérielle et d'exclusion sociale (les femmes, les personnes âgées, les peuples indigènes, les minorités raciales et ethniques, les familles monoparentales).

Selon la preuve provenant de nombreux pays depuis plus d'un siècle, ces facteurs substantiels sont essentiels pour comprendre les niveaux de santé de la population et pourquoi certaines femmes et certains hommes ont un risque accru de maladie, d'invalidité et de décès. Mais il ne s'agit pas de réduire les investissements dans le secteur des soins de santé. Même si la plupart des stratégies de prévention repose ailleurs que dans le secteur de santé, les soins de santé peuvent tout de même soulager les symptômes et réduire la gravité de la maladie. [25] Comme McKeown [26] l'affirme :

La conclusion que l'intervention médicale est souvent moins efficace que prévu ne doit aucunement réduire la fonction clinique. Les malades souhaitent bénéficier de tous les soins possibles et même les petites prestations sont les bienvenues faute de disponibilité de mesures plus importantes.

Il est essentiel que ceux dont le risque de mauvaise santé est le plus élevé soient identifiés et encouragés à avoir recours à tous les services de dépistage, de prévention, de diagnostic et de traitement qui se sont avérés efficaces. D'ailleurs, dans la mesure où les services de santé peuvent forger des alliances avec d'autres secteurs pour s'attaquer aux causes sociales de la maladie, ils seront tous mieux placés pour influencer les niveaux de santé. Les liens structurels parmi les cadres supérieurs du réseau de santé et des autres secteurs peuvent fournir un élan aux stratégies conjointes et encourager la collaboration à l'échelle communautaire entre ceux qui doivent aborder les questions telles que la santé, la pauvreté, le logement et le développement communautaire.

Les politiques et services qui visent à promouvoir la santé au palier individuel en cherchant à provoquer des changements au niveau du comportement sont tout aussi importants. Les efforts d'amélioration de la santé doivent être axés tant sur l'individu que sur la société. Nous soulignons ici la société parce que les déterminants sociaux structurels de la santé sont si peu souvent soulevés dans les débats sur la santé. Le défi que nous avons à relever concerne une meilleure compréhension afin de repérer les pistes d'influence, du palier sociétal jusqu'aux individus et leur expérience de la maladie, et la documentation sur la façon dont l'influence circule dans les deux sens — les façons dont l'expérience biologique de maladie comporte des coûts sociaux.

2. Y a-t-il des différences entre les problèmes de santé des femmes et des hommes et, si oui, comment les expliquer?

La conviction courante a été que « les femmes sont malades plus souvent mais les hommes meurent plus vite » : que les femmes sont plus portées à déclarer des problèmes de santé tandis que les hommes ont une espérance de vie plus courte. Or, le chapitre du présent rapport qui porte sur la mortalité et les attentes relatives à la santé suggère que la différence n'est pas si nette. La contribution des « décès externes » (p. ex., décès liés au tabagisme, blessures, VIH/CIDA) aux taux de mortalité et à l'espérance de vie est beaucoup plus élevée chez les hommes que les femmes. D'autres recherches récentes démontrent que les différences entre les sexes en matière de santé sont moins évidentes que l'on suppose. [4,27,28] Les mesures générales de l'état de santé de même que les mesures spécifiques de la santé mentale et des problèmes de santé physiques employés dans l'ENSP indiquent différentes tendances entre les sexes : dans certains cas, aucune différence ne se manifeste entre les femmes et les hommes, dans d'autres, de petites différences ou contradictions sont constatées. Pourtant les femmes sont plus portées à signaler des incapacités à court terme, la détresse, la dépression, la migraine, la douleur, l'arthrite ou les rhumatismes et les allergies non-alimentaires. [4]

En raison de tels constats dans plusieurs pays, certains commencent à réclamer que l'on souligne davantage la dimension sociale du sexe et la nature changeante des rôles féminin et masculin. On affirme que vu les changements qui s'opèrent dans les rôles de sexe et la reconnaissance de la diversité tant chez les hommes que les femmes, certains hommes peuvent avoir plus en commun avec certaines femmes. [28] Mais il n'en existe pas moins *certaines* différences entre les sexes qui sont passablement uniformes, et il faudrait une meilleure documentation de celles-ci, de même que les façons dont la santé des hommes et des femmes se ressemblent. Pour comprendre ces données et jeter les bases d'une analyse probante de la dimension sociale du sexe et la santé, il serait important de faire le suivi des relations entre les sexes au fil des ans.



Nous n'en savons pas assez sur la façon dont les relations entre les sexes ont changé au cours des quelques décennies passées, et cela complique la tâche d'identifier les liens entre la santé et le sexe. [1] Les femmes sont entrées dans le marché du travail en plus grand nombre, quoiqu'elles soient typiquement employées dans des travaux à temps partiel et dans « des emplois féminins » moins bien rémunérés, qui accordent souvent moins d'autonomie aux travailleurs et de contrôle dans leur travail. Alors que les femmes peuvent atteindre un plus grand degré d'indépendance économique, leur relation avec le marché du travail demeure défavorisée par rapport à celle des hommes. Par contre, les hommes, qui autrefois pouvaient s'attendre à un travail quasi-permanent jusqu'à la retraite à l'âge de 65 ans, se heurtent maintenant à la perspective d'une main-d'oeuvre excédentaire et du chômage à long terme suite aux restructurations et aux changements dans le marché du travail. Selon Charles, ces changements parmi d'autres au sein des relations entre les sexes signifient que « les vieux paramètres de la masculinité ne s'appliquent plus ». [29] Les taux de divorce sont à la hausse et cela touche profondément de nombreuses femmes, qui sont immédiatement confrontées à une chute considérable du revenu familial et de leur contrôle d'autres ressources. À titre de mères célibataires, elles sont à risque élevé de vivre dans la pauvreté.

Pour les femmes et les hommes qui travaillent, il existe des preuves qu'en raison des restructurations, les charges de travail ont augmenté; cela risque d'avoir des effets critiques sur la santé. Les femmes travaillant dans le secteur public sont doublement atteintes. En tant qu'employées elles auront à gérer une charge de travail plus lourde et une sécurité d'emploi plus précaire, et compte tenu des réductions dans la prestation de services publics, il y aura moins de services pour les soutenir dans leurs rôles domestiques et leur rôle de soignante. La restructuration au nom de l'efficacité a créé un déficit de soins à domicile. Un rapport récent sur les progrès des femmes du monde a suggéré l'adoption de définitions plus holistiques de « l'efficacité » qui tiennent compte de facteurs autres que les coûts financiers et qui reconnaissent la valeur du travail [30] des femmes. La disponibilité de services de garderie abordables est loin d'être adéquate, ce qui répercute également sur les femmes qui continuent à être définies comme étant les principales fournisseuses de soins.

Ces changements dans la sécurité d'emploi, la structure familiale, les niveaux de revenu, la dépendance à l'égard des prestations et la disponibilité des services publics sont tous des aspects importants des relations entre les sexes. Ils forment les attentes par rapport aux rôles des femmes et des hommes et des ressources dont ils disposent pour rencontrer ces attentes. Lorsque le sexe est incorporé à l'analyse des données sur la santé il englobe aussi la dimension sociale du sexe, et il s'agit là de certains aspects non formulés et flous des rapports entre les sexes. Le problème qui nous confronte est qu'une seule mesure ne peut pas recueillir de données sur la complexité du sexe ou les façons dont les relations entre les sexes évoluent au fil du temps et provoquent, voire exacerbent, les problèmes de santé. [31]

Une étape pour le suivi des relations changeantes entre les sexes serait de documenter les grands mouvements dans la position des femmes au sein de la société canadienne. Un point de départ serait l'approche adoptée par les Nations Unies dans le cadre d'une surveillance mondiale de la condition féminine. [30] Cela montre le Canada dans le contexte d'autres pays à différents stades de développement économique. Les indicateurs utilisés comprennent les suivants :

- l'inscription des femmes aux programmes d'études postsecondaires
- la participation des femmes au marché du travail par secteur d'activités
- la part féminine de postes administratifs et de direction
- la part féminine des sièges au parlement national
- les salaires de femmes en tant que pourcentage des salaires d'hommes par secteur
- le rapport sexe-pauvreté
- la prévalence de violence contre les femmes
- la prévalence du VIH/SIDA.

On pourrait rajouter à cette liste d'autres indicateurs qui documentent la disponibilité des services de garderie et la répartition du travail à domicile selon le sexe. Toutefois, ces indices ne peuvent fournir une compréhension suffisante de la nature des relations entre les sexes, et les chercheurs ont donc réclamé des recherches plus qualitatives, qui puissent mieux saisir les nuances de la dimension sociale du sexe et mener au développement de meilleurs indices. [4,7,28,32]

Afin de nous pencher ainsi sur la dimension sociale du sexe, il faut redéfinir notre démarche pour comprendre la santé. Jusqu'ici, l'accent a surtout été mis sur les interventions bio-médicales par rapport à l'individu, et celles-ci étaient fondées sur un modèle axé sur la maladie. Mais si les cibles d'intervention sont socio-économiques, nous devons commencer par les caractéristiques de la vie sociale. Nous devons mettre l'accent principal sur la lutte contre la pauvreté, l'exclusion sociale, le chômage, les conditions de travail médiocres et les inégalités entre les sexes, car chacun de ces facteurs peut influencer les modes de vie et susciter ou exacerber une variété de problèmes de santé. Doyal [15] nous indique la piste à suivre :

...il faut renverser les méthodes épidémiologiques conventionnelles. Au lieu d'identifier les maladies puis de rechercher une cause, il faut commencer par identifier les grands secteurs d'activité qui composent la vie des femmes. C'est alors que nous pourrons continuer à analyser l'impact de ces activités sur leur santé et leur bien-être.

Il ne s'agit pas d'éliminer le rôle de la médecine et des sciences biologiques, car nous devons comprendre comment le social est concrétisé, et nous devons soigner les maladies chroniques et aiguës. Par contre, nous devons profondément transformer notre façon de percevoir la santé, ce qui offre aux communautés l'opportunité de définir des problèmes et de générer des solutions.

Repenser notre approche en matière de santé et de maladie : incidences sur la recherche et le processus décisionnel

D'abord et avant tout, nous devons souligner l'importance de viser les sources sociales et économiques du problème de santé à l'échelle nationale, provinciale et communautaire, car elles préviendront plus de décès et de maladies chroniques que toute autre intervention en soins de santé. La pauvreté, l'exclusion sociale, le chômage, les piètres conditions de travail et les inégalités entre les sexes ont une influence profonde sur les tendances de la santé et de la maladie. La politique de santé est importante, certes, mais il s'agit d'un seul élément de la réponse nécessaire en matière de politique publique. Pourtant, les recherches portant sur la structure sociale de la santé des femmes peuvent contribuer à une connaissance pertinente de cette gamme d'envergure de domaines des politiques. L'élaboration des politiques exigera une collaboration beaucoup plus poussée entre les services gouvernementaux et d'autres parties intéressées à l'exclusion sociale et l'inégalité.

En même temps, nous avons besoin d'approfondir notre compréhension des relations changeantes entre les sexes, des différences de pouvoir et d'accès aux ressources des femmes et des hommes, et des attentes changeantes face aux rôles et aux comportements appropriés des deux sexes. Ce chapitre a proposé que quelques marqueurs importants du changement, quoiqu'accompagnés d'une meilleure compréhension de la façon dont le sexe façonne la vie quotidienne des gens, pourraient être améliorés et élargis. Ce faisant, il est préférable d'utiliser des recherches quantitatives et qualitatives, puisque chaque genre de données captera différents aspects du sexe.

Dans le contexte d'élaboration de stratégies visant à réduire les inégalités les plus évidentes et inacceptables, c'est la liaison avec les communautés qui revêt l'aspect clé. Dans la mesure où les problèmes de pauvreté, l'exclusion sociale et les inégalités entre les sexes peuvent être abordés au palier local, cela doit se faire de concert avec les groupes locaux. Si la santé est principalement le produit du milieu social, c'est donc dire que ce contexte social doit être le premier axe d'intervention pour prévenir les problèmes. Les services de santé peuvent jouer un rôle important en identifiant les personnes le plus à risque dans les communautés et en s'assurant qu'elles reçoivent des services de dépistage, de diagnostic ou de traitements efficaces.



En repérant les façons dont les expériences des femmes et des hommes sont reflétées sur leur constitution biologique — la façon dont le social se concrétise — les sciences sociales et biologiques doivent collaborer étroitement pour montrer comment la vie des femmes et des hommes aide à créer ou à exacerber les problèmes de santé. Ce processus donnerait en retour des politiques qui prennent en considération les différences entre les sexes et les inégalités socio-économiques et contribuerait à d'autres intervention curatives ou d'adaptation.

Ce rapport met l'accent sur l'importance de la surveillance de la santé des femmes et indique certaines façons dont la santé des femmes et la vie des femmes peuvent être documentées dans le but d'améliorer les interventions. Les chapitres suivants documentent l'état de santé général des femmes et servent de prélude à la discussion des déterminants de la santé et de l'utilisation des soins de santé.

Références

1. Charles N. *Gender in modern Britain*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
2. Waring M. *If women counted: a new feminist economics*. New York: HarperCollins, 1990.
3. Doyal L. Women and domestic labour: setting a research agenda. In: Daykin N, Doyal L (eds). *Health and work: critical perspectives*. London: Macmillan, 1999:21-34.
4. Walters V, McDonough P, Strohschein L. The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender differences in health: an analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med* 2002;54:677-92.
5. Messing K. *One-eyed science: occupational health and working women*. Philadelphia: Temple University Press, 1998.
6. Messing K, Neis B, Dumais L. *Invisible: issues in women's occupational health*. Charlottetown: Gynergy Books, 1995.
7. Emslie C, Hunt K, Macintyre S. Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Soc Sci Med* 1999;48:33-48.
8. Armstrong P, Armstrong H. *Wasting away: the undermining of Canadian health care*. Toronto: Oxford University Press, 1996.
9. Aronson J, Neysmith SM. The retreat of the state and long-term care provision: implications for frail elderly people, unpaid family careers and paid home care workers. *Studies in Political Economy* 1997;53(summer):37-66.
10. Frank JW, Mustard JF. The determinants of health from a historical perspective. *Daedalus J Am Acad Arts Sci*. 1995; 123:1-17.
11. Brown RE. *Rockefeller medicine man*. Berkeley CA: University of California Press, 1979.
12. McKeown T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* Princeton: Princeton University Press, 1979.
13. Marmot M, Wilkinson RG. *The social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
14. Kawachi I, Kennedy BP, Wilkinson RG (eds). *The society and population health reader: volume I, income inequality and health*. New York: The New Press, 1999.
15. Doyal L. *What makes women sick? Gender and the political economy of health*. London: Macmillan, 1995.
16. Clarke JN. Sexism, feminism and medicalism: a decade review of the literature on gender and illness. *Sociol Health & Illness* 1983;5:62-82.
17. Macintyre S. Inequalities in health: Is research gender blind? In: Leon D, Walt G (eds). *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2001: 283-93.
18. Cooper H. Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Soc Sci Med* 2002;54:693-706.
19. McKinlay J. A case for refocussing upstream: the political economy of illness. In: Conrad P, Kern R (eds). *The sociology of health and illness*. New York: St Martin's Press, 1994.
20. Blaxter M. *Health and lifestyles*. London: Routledge, 1990.
21. Denton M, Walters V. Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Soc Sci Med* 1999;48:1221-35.



22. Walters V, Lenton R, McKeary M. *Women's health in the context of women's lives*. Ottawa: Health Canada, 1995.
23. Graham H. Surviving by smoking. In: Wilkinson S, Kitzinger C. *Women and health: feminist perspectives*. London: Taylor and Francis, 1994.
24. Graham H. *When life's a drag: women, smoking and disadvantage*. London: HMSO, 1993.
25. Townsend P. *NHS resource allocation review: targeting poor health*. Vol I. Cardiff: National Assembly for Wales, 2001: 13.
26. McKeown T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* Princeton: Princeton University Press, 1979: viii.
27. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med* 1996;42:617-24.
28. Annandale E, Hunt K. Gender inequalities in health: research at the cross roads. In: Annandale E, Hunt K (eds). *Gender inequalities in health*. Buckingham: Open University Press, 2000.
29. Charles N. *Gender in modern Britain*. Oxford: Oxford University Press, 2002: 13.
30. UNIFEM. *Progress of the world's women*. UNIFEM Biennial Report, United Nations Development Fund for Women, 2000.
31. Townsend P, Phillimore P, Beattie A. *Health and deprivation*. London: Croom Helm, 1988.
32. Popay J, Groves K. "Narrative" in research on gender inequalities in health. In: Annandale E, Hunt K (eds). *Gender inequalities in health*. Buckingham: Open University Press, 2000.