

# L'ETAT DE SANTE DECLARE SELON LE GENRE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : le paradoxe d'une longévité des femmes

*Jean Colbert AWOMO NDONGO*

*Université de Yaoundé II*

*CEREG-REMA*

*E-mail: [awomo\\_nd@yahoo.fr](mailto:awomo_nd@yahoo.fr)*

*Tel: +237 679 41 98 49 / 243 24 67 91*

*B.P. 14442 Yaoundé-Cameroun*

*Corresponding author*

## **Résumé**

Le genre est un construit social du masculin et du féminin qui naturalise et légitime les positions et des pratiques différentes et hiérarchisées de chaque sexe dans l'organisation sociale, selon le principe de la domination masculine (Pfefferkorn, 2012). D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le mot « genre » sert à évoquer les rôles qui sont déterminés socialement : les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes (OMS, 2012). Par contre, le mot « sexe » se réfère davantage aux caractéristiques biologiques et physiologiques, qui différencient les hommes et les femmes<sup>1</sup>. La santé des femmes est devenue une priorité de l'OMS. Alors que les femmes et les hommes sont confrontés à des problèmes presque similaires dans le domaine de la santé, les différences entre eux sont telles qu'il faut accorder une attention toute particulière à la santé des femmes (OMS, 2009). Car la santé revêt une importance centrale pour les femmes mais aussi pour les enfants qu'elles seront amenées à porter. Ce qui représente un investissement non seulement pour le présent, mais aussi pour les générations futures. Cela implique de s'intéresser aux déterminants sociaux et économiques de la santé selon le genre.

Ainsi, certaines études se sont penchées à la santé déclarée selon le genre dans les pays. Il ressort de ces études que dans la plupart des cas, la santé déclarée des femmes est plus mauvaise que celle des hommes et pourtant les différentes données statistiques montrent que l'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes au fil des années (OMS, 2013). Cette différence d'espérance de vie est d'autant plus marquée selon les régions du monde (pays riches vs pays pauvres). Par exemple, les populations africaines disposent d'une espérance de vie à la naissance en deçà de la moyenne mondiale et très inférieure à celle des pays développés qui est désormais de l'ordre de 80 ans. En Afrique, où la santé des populations est beaucoup plus précaire. Des pays comme le Burkina Faso, le Niger, le Libéria et la Sierra Leone subissent des pertes d'années de vie en bonne santé pouvant aller jusqu'à 25% de l'espérance de vie totale (OMS, 2013). La forte mortalité infantile explique en grande partie l'écart d'espérance de vie à la naissance entre l'Afrique subsaharienne et le reste du

---

<sup>1</sup> Les mots « hommes » et « femmes », sont deux catégories de sexes, tandis que les concepts, de « masculin » et « féminin », correspondent à des catégories de « genre ». Toutefois, en pratique on emploie indistinctement l'un ou l'autre terme pour parler du groupe biologique (Connolly, 2009).

monde. La mortalité infantile à un an n'est d'ailleurs pas dissociable de la santé des femmes. Une des premières, et sans doute même la première cause de mortalité des femmes dans les pays pauvres est la grossesse (Milliez, 2009).

Partout ou presque dans le monde, notamment dans les pays industrialisés, l'espérance de vie des hommes est inférieure à celle des femmes, 72,4 ans pour les hommes contre 79,7 ans pour les femmes (Milliez, 2012). Par exemple, Bouffartigue (2012) et Connolly (2009) montrent que les femmes bénéficient en effet d'une longévité supérieure de 6 à 7 années en France. Selon Grand et Kopel (2009), la corrélation entre la consommation et la morbidité, montre que les femmes déclarent significativement plus de maladies que les hommes, sans qu'elles soient toutefois plus en incapacité fonctionnelle (indice d'invalidité équivalent à celui des hommes) ou plus exposées à des affections sévères (indice de risque vital inférieur à celui des hommes). Guignon (2008) montre que les femmes sont majoritaires parmi les salariés atteints de troubles musculo-squelettiques, qui, aujourd'hui, constituent la principale cause de maladies professionnelles. Par ailleurs, Lang et Delpierre (2007) avaient trouvé que les femmes déclaraient plus souvent une mauvaise santé perçue, une moins bonne qualité de vie mentale, avoir au moins une limitation fonctionnelle, souffrir de migraine et de maladies chroniques que les hommes au Canada. Les hommes, tous âges confondus, atteignent le score de 74,1 sur 100 pour l'indice de santé générale qui correspond à la fusion des scores de santé physique, mentale et sociale, contre 68,5 sur 100 pour les femmes ( $p < 0,001$ ). Les différences les plus marquées se rapportent à la santé physique où le score moyen des hommes approche 77 sur 100, soit 9 points de plus que les femmes. Enfin, mais de façon moins nette, les femmes perçoivent leur niveau d'anxiété, de dépression et de douleur plus négativement que les hommes.

En Afrique, Awomo et al. (2014) montrent qu'au Cameroun, les mutualistes de sexe féminin s'estiment plus en mauvaise santé (soit 23,2%) que les mutualistes de sexe masculin (soit 13,3%). Ceci est également observable pour les non-mutualistes (soit 30,4% pour les femmes et 24% pour les hommes). Rejoignant les résultats de l'EDS-MICS (INS, 2011) qui révèlent que la prévalence des maladies/blessures est légèrement plus élevée chez les femmes (12%) que chez les hommes (10%). Ainsi, la dépense totale moyenne de santé est un peu plus élevée pour les femmes (23 972 FCFA) que pour les hommes (22 353 FCFA). Au Burundi, le taux de morbidité en fonction du sexe est de 41,6 % avec 21,9% pour les femmes et 19,6% pour les hommes, alors que les estimations de 2009 et 2010 donnent une espérance de vie à la naissance des femmes supérieure à celle des hommes, soit 51 ans pour les femmes et 49 pour les hommes (BAD, 2011).

L'étude de Milliez (2012) montre des résultats contraires des différences d'espérance de vie des femmes et celle des hommes dans certains pays d'Afrique. D'après cette étude, dans les pays en développement l'espérance de vie des femmes peut être paradoxalement inférieure à celle des hommes : au Kenya par exemple l'espérance de vie est de 47,7 ans pour les femmes contre 49,7 ans pour les hommes, au Malawi, en Zambie, elle est de 40 ans pour les femmes contre 40,8 ans pour les hommes, au Zimbabwe elle est de 35,8 ans pour les femmes contre 37,5 ans pour les hommes, dans le Sud de l'Afrique, au Botswana elle est de 32,8 ans pour les femmes contre 34,3 ans pour les hommes, en Namibie de 45,6 pour les femmes contre 46,3 pour les hommes. Au Swaziland enfin, l'espérance de vie des femmes n'atteint même pas l'âge de 30 ans, elle est de 29,4 ans. Seuls les hommes atteignent, mais dépassent à peine, l'âge de 30 ans, avec une espérance de vie de 30,5 ans.

L'objectif de cet article est de porter un regard sur les données de santé des femmes et des hommes et d'en faire une analyse en fonction de leurs différences d'état de santé déclaré et de

longévité. Ainsi, l'on parlera d'inégalités sociales de santé et non simplement de différences. Pour ces inégalités sociales de santé, seules certaines disparités structurelles peuvent être prises en compte, tels l'espérance de vie, les ressources, la qualité de vie et les recours aux soins, les comportements (consultations, analyses et examens de santé, les hospitalisations, la consommation de tabac et d'alcool, etc.) et les données de mortalité. Les processus socio-économiques qui interagissent pour créer et laisser perdurer les écarts de santé au sein d'une population demeurent encore mal connus (Connolly, 2009). Une amélioration de la santé des femmes est toujours un moyen d'amélioration de la santé de l'ensemble d'une population. Peu de recherches se sont centrées sur le paradoxe selon lequel la santé déclarée des femmes est plus mauvaise que celle des hommes et pourtant elles bénéficient d'une longévité supérieure à ces derniers, qui reste en partie inexpliqué.

Les données utilisées dans cet article seront issues des bases de données de l'OMS et concerneront des variables telles que : l'espérance de vie, la mortalité, la consommation du tabac et de l'alcool, la fécondité, la qualité de vie et le recours aux soins. En effet, publiées chaque année depuis 2005 par l'OMS, les Statistiques sanitaires mondiales constituent une source d'informations fiables sur la santé des peuples dans le monde. Elles contiennent des données émanant de 194 pays sur une série d'indicateurs relatifs à la mortalité, à la morbidité et aux systèmes de santé, dont l'espérance de vie, la morbidité et la mortalité dues à des maladies importantes, des informations sur les services de santé, les traitements et les investissements financiers dans le domaine sanitaire, ainsi que des facteurs de risque et des comportements influant sur la santé. Le Chi-carré de Pearson permettra de comparer les différences entre la santé des hommes et des femmes.

## Références

- Awomo-Ndong, J.C., Mahieu, P-A. et Tsafack-Nanfoso, R.** (2014), « Mutuelles de Santé et Etat de santé des populations au Cameroun : une enquête conduite dans la région du Centre pour estimer l'effet de l'adhésion à une mutuelle sur l'état de santé déclaré », *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, vol. 32, n°4, pp.263-279
- BAD (2011)**, *Profil genre au Burundi*, Rapport d'étude. Groupe Banque Africaine de Développement. Tunis, Novembre 2011.
- Bouffartigue P.** (2012), « Genre, travail et santé ». Présentation lors de la Conférence dans le cadre du « Réseau Egalité femmes-hommes dans l'emploi » Marseille-ORM-22.11.2012.
- Connelly C.** (2009), « Genre et santé », Observatoire National de la santé Nord.
- Cousens S et al.** (2011), National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *Lancet*, Apr 16, 377 (9774) : 1319 – 1330. Les valeurs agrégées par groupe de revenu sont établies d'après la liste des économies de la Banque mondiale 2010.
- Guignon N.** (2008), « Risques professionnels : les femmes sont-elles à l'abri ? », *Femmes et hommes-Regards sur la parité*, Paris, Insee, pp. 51-63.
- Milliez J.** (2009), "Rights to safe motherhood and newborn health". *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 2009, 106, 110-11.
- Milliez J.** (2012), « Santé des femmes dans les pays en voie de développement », *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2012, 196, no 8, 1509-1520, séance du 6 novembre 2012.
- Pfefferkorn R.** (2012), *Genre et rapports sociaux de sexe*, Ed. Page deux.
- Land, et Delpierre, (2007)** « Santé auto-évaluée, santé « objectivable » et catégories sociales *Analyses secondaires de l'enquête décennale INSEE* ». Rapport final de recherche

**OMS (2012)**, *Mortality Data*. Geneve, Organisation mondiale de la Santé, 2012 ([http://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/life\\_tables/en/index.html](http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en/index.html)).

**OMS (2013)**, *Statistiques sanitaires mondiales*. Genève.