

GENDER EQUITY AND SOCIOECONOMIC INEQUALITY: A FRAMEWORK FOR THE PATTERNING OF WOMEN'S HEALTH*

Nancy E. MOSS

Center for AIDS Prevention Studies, University of California, San Francisco, U.S.A.

Abstract

This paper explores the interrelationship of gender equity and socioeconomic inequality and how they affect women's health at the macro- (country) and micro- (household and individual) levels. An integrated framework draws theoretical perspectives from both approaches and from public health. Determinants of women's health in the geopolitical environment include country-specific history and geography, policies and services, legal rights, organizations and institutions, and structures that shape gender and economic inequality. Culture, norms and sanctions at the country and community level, and sociodemographic characteristics at the individual level, influence women's productive and reproductive roles in the household and workplace. Social capital, roles, psychosocial stresses and resources, health services, and behaviors mediate social, economic and cultural effects on health outcomes. Inequality between and within households contributes to the patterning of women's health. Within the framework, relationships may vary depending upon women's lifestage and cohort experience. Examples of other relevant theoretical frameworks are discussed. The conclusion suggests strategies to improve data, influence policy, and extend research to better understand the effect of gender and socioeconomic inequality on women's health.

Résumé

L'auteur examine les interrelations entre l'égalité des sexes et les inégalités socio-économiques, ainsi que la manière dont elles affectent la santé des femmes, aux niveaux macro (pays) et micro (ménage, individu). Au moyen d'un cadre intégré d'analyse, elle tire des perspectives théoriques de ces deux approches et du champ de la santé publique. Dans la sphère géopolitique, les déterminants de la santé des femmes sont l'histoire et la géographie particulières du pays, ses politiques, ses services, son droit, ses organisations, ses institutions et les structures qui engendrent les inégalités sexuelles et économiques. Les normes et sanctions culturelles, au niveau des pays et des communautés, et les caractéristiques socio-démographiques, au niveau individuel, influencent les rôles productif et reproductif des femmes dans le ménage et sur le lieu de travail. Les influences sociales, économiques et culturelles sur la santé passent par le capital social, les rôles, les ressources et contraintes psychosociales, les services de santé et les comportements. Les inégalités entre ménages et au sein du ménage jouent un rôle dans la détermination de la santé féminine. Dans le cadre d'analyse retenu, les relations peuvent varier en fonction du vécu des générations et du cycle de vie des femmes. L'auteur examine quelques exemples de cadres théoriques alternatifs. En conclusion, elle suggère différentes stratégies d'amélioration des données, d'infléchissement des politiques et d'élargissement de la recherche, afin que l'on comprenne mieux l'impact des inégalités sexuelles et socio-économiques sur la santé des femmes.

* This paper has already been published in *Social Science and Medicine*, special issue, vol. 54, no. 5, March 2002, p. 649-661.

A GENERATION APART? GENDER-RELATED EXPERIENCES AND HEALTH IN WOMEN IN EARLY AND LATE MID-LIFE*

Kate HUNT

*MRC Medical Social Sociology Unit
Glasgow, Scotland, UK*

Abstract

There have been a number of critiques in the last few years of the prevailing paradigm of research on gender and health which dominated in the latter part of the twentieth century. One such criticism has centred on the ahistoric and decontextualised way in which much evidence for gender differences has been used. In this paper we aim to show that, even within a relatively confined geographical locale over a relatively short period of time, there have been substantial changes in gender relations which are likely to have affected the experience, opportunities, and attitudes of women born in the early 1930s and early 1950s. We illustrate this using data from a study of inequalities in health in Scotland, which includes unusually rich longitudinal data on gender, including occupancy and experience of gender-related roles, attitudinal data on gender equality, and measures of gender role orientation (GRO). These are related to various dimensions of health and health behaviour. The data show substantial differences in the experiences of two generations of women, who are just 20 years apart in age, and a lack of consistency between measures of GRO and health. Whilst on the one hand these data suggest the importance of taking more account of the broader (social, historical or political) context, the analysis also highlights the methodological problems posed.

Résumé

Ces dernières années, on a beaucoup critiqué le paradigme qui prévalait dans les recherches sur le genre et la santé à la fin du XX^e siècle. L'une de ces critiques portait sur l'usage a-historique et décontextualisé qui a été fait de la plupart des données sur les différences entre sexes. L'auteur de cette communication veut montrer que, même dans un cadre géographique relativement restreint et sur un intervalle de temps relativement court, on a observé des évolutions importantes dans les rapports sociaux entre les sexes, qui peuvent avoir influencé le vécu, les perspectives et les attitudes des femmes nées au début des années 1930 et au début des années 1950. Elle illustre son propos en utilisant les données d'une étude écossaise sur les inégalités en matière de santé, comprenant des données longitudinales exceptionnellement riches sur la problématique du genre : attribution et exercice des rôles masculins et féminins, attitudes en matière d'égalité des sexes et mesures de la position individuelle à l'égard de la répartition sexuelle des rôles (indice GRO – gender role orientation). Ces facteurs sont liés à divers aspects de la santé et des comportements en matière de santé. Les données révèlent de grandes différences dans le vécu des deux générations féminines à vingt ans de distance et un manque de concordance entre les indices GRO et la santé. D'un côté, ces données montrent qu'il est important de mieux tenir compte du contexte le plus large (social, historique ou politique), de l'autre, l'analyse met aussi en évidence les problèmes méthodologiques qui se posent.

* This paper has already been published in *Social Science and Medicine*, special issue, vol. 54, no. 5, March 2002, p. 663-676.

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*

Vivienne WALTERS¹, Peggy McDONOUGH²
and Lisa STROHSCHHEIN¹

¹ Department of Sociology, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

² Department of Sociology, York University, North York, Ontario, Canada

Abstract

Data from the 1994 Canadian National Population Health Survey (NPHS) do not confirm the widespread assumption that women experience considerably more ill health than men. The patterns vary by condition and age and at many ages, the health of women and men is more similar than is often assumed. However, we should not minimize the gender differences that do exist and in this paper we focus on three health problems which are more common among women: distress, migraine and arthritis/rheumatism. We consider to what extent work, household structure and social, personal and material resources explain these gender differences in health. Analysis of the distributions of paid work conditions, household circumstances and resources reveal mostly minor differences by gender and differences in exposure to these circumstances contribute little to understanding gender differences in health. There is also little evidence that greater vulnerability is a generalized health response of women to paid and household circumstances. We find limited evidence that social, personal and material resources are involved in pathways linking work and home circumstances to health in ways that differ between the sexes. In conclusion, we consider some reasons for the lack of support for our explanatory model: the measures available in the NPHS data set which contains little information on the household itself; the difficulty of separating 'gender' from the social and material conditions of men's and women's lives; and changes in women's and men's roles which may have led to a narrowing of differences in health.

Résumé

Les données de l'Enquête Nationale sur la Santé de la Population (ENSP) menée au Canada en 1994 ne corroborent pas l'idée largement répandue que la santé des femmes est nettement moins bonne que celle des hommes. La situation varie selon l'âge et la condition sociale, et, dans de nombreux groupes d'âge, la santé des femmes et celle des hommes se différencient moins qu'on ne le pense souvent. Mais il ne faut pas pour autant minimiser les différences existantes, et les auteurs de cette communication se penchent sur trois problèmes de santé qui touchent plus fréquemment les femmes que les hommes : l'anxiété, la migraine et l'arthritisme/rhumatisme. Il s'agit d'examiner dans quelle mesure le travail, la structure du ménage et les ressources sociales, personnelles et matérielles expliquent ces différences de santé entre hommes et femmes. L'analyse des conditions de travail et de la situation et des ressources du ménage ne révèle que des différences généralement mineures entre sexes, et les différences d'exposition à ces divers contextes n'apportent pas grand-chose à l'explication des différences de santé. Les données ne permettent guère d'affirmer qu'une plus grande vulnérabilité serait la réponse généralisée des femmes à leurs conditions de vie à la maison et au travail. Elles n'indiquent pas davantage que les ressources sociales, personnelles et matérielles seraient impliquées d'une manière différente pour chaque sexe dans les mécanismes qui relient les

* This paper has already been published in *Social Science and Medicine*, special issue, vol. 54, no. 5, March 2002, p. 677-692.

conditions de vie professionnelle et familiale à la santé. En conclusion, les auteurs examinent quelques-unes des raisons pour lesquelles leur modèle explicatif rencontre si peu de confirmation dans la réalité : les variables présentes dans l'ENSP qui donnent peu d'information sur le ménage lui-même, la difficulté de faire la distinction entre le « genre » et les conditions sociales et matérielles de vie des hommes et des femmes, et l'évolution des rôles respectifs des deux sexes qui peut avoir entraîné un rétrécissement des écarts en matière de santé.

WOMEN'S HEALTH STATUS IN POLAND IN THE TRANSITION TO A MARKET ECONOMY*

Wiktoria WRÓBLEWSKA

*Institute of Statistics and Demography
Warsaw School of Economics, Warsaw, Poland*

Abstract

Since 1989 Poland has been experiencing large-scale social and economic changes as a result of the reforms associated with the transition to a market economy. This study uses a 1996 Health Survey of over 20,000 women to examine the impact of the new socio-economic situation and of women's multiple roles on their health at the early stage of transition. We investigated the importance of selected economic, socio-demographic and cultural determinants in explaining differences in women's health status in Poland, focusing on education level, (un)employment, living conditions, marital status, smoking and life style.

There are health inequalities between men and women in Poland based on life expectancy, chronic diseases and health self-assessment. Some of these, especially the large differences between life expectancy at the working ages, may be attributed to the difficult socio-economic situation.

The multivariate analysis of women's self-assessed health and morbidity from selected chronic diseases indicated substantial inequalities in health. Together with the behavioural and cultural risk factors recognized by medicine, such as obesity, lack of physical exercise and smoking, the paper shows the crucial role of economic factors in influencing Polish women's health. Women, whose financial position is poor, are more likely to assess their health as less than good, to suffer from respiratory and circulatory systems' diseases and report neurotic problems. Other factors, strongly connected with the transformation process in Poland, which contribute to health problems are lack of employment and low educational level, particularly for younger women. Women's marital and parental status are also important predictors of some categories of health problems, however, their influence varies for women of different ages. Our survey also supports the thesis that loneliness in old age, defined on the basis of living in a one-person household, may be negatively correlated with health status.

Résumé

Depuis 1989, la Pologne vit une transformation sociale et économique de grande envergure qui résulte des réformes liées à la transition vers l'économie de marché. Cette communication exploite les données d'une enquête sur la santé menée en 1996 auprès de plus de 20 000 femmes, pour étudier l'impact de la nouvelle situation socio-économique et des multiples rôles assumés par les femmes sur leur santé dans la première phase de la transition. L'auteur examine la place de certains déterminants économiques, socio-démographiques et culturels dans l'explication des différences de santé chez les femmes en Pologne ; elle concentre son analyse sur le niveau d'instruction, l'emploi et l'inactivité, les conditions de vie, la situation matrimoniale, le tabagisme et le style de vie.

On constate des différences de santé entre hommes et femmes en Pologne, en termes d'espérance de vie, de maladies chroniques et d'auto-évaluation de l'état de santé. Certaines de ces inégalités, en particulier le grand écart d'espérance de vie aux âges actifs, peuvent être imputées à la situation socio-économique difficile.

L'analyse multivariée de l'auto-évaluation de la santé des femmes et de la morbidité due à certaines maladies chroniques révèle de grandes inégalités. En plus des facteurs de risque comportementaux et culturels reconnus par la médecine, tels que l'obésité, le manque d'exercice physique et le tabagisme, l'étude montre que les facteurs économiques ont une influence décisive sur la santé des Polonaises. Les femmes qui vivent dans une situation financière difficile ont davantage tendance que les autres à estimer qu'elles ne sont pas en bonne santé, à souffrir de maladies du système respiratoire ou du système cardio-vasculaire, et à se plaindre de troubles névrotiques. Les autres facteurs, étroitement associés au processus de transformation socio-économique, qui contribuent à l'apparition

des problèmes de santé sont le manque d'offre d'emploi et la faiblesse du niveau d'instruction, particulièrement chez les jeunes femmes. La situation matrimoniale et familiale des femmes est aussi un important prédicteur de certains types de problèmes de santé, mais son influence varie selon l'âge. L'enquête corrobore la thèse selon laquelle, chez les personnes âgées, l'isolement (le fait de vivre dans un ménage composé d'une seule personne) peut être négativement associé avec l'état de santé.

INEGALITES SOCIALES DE MORBIDITE PERINATALE. DONNEES NATIONALES EN FRANCE

**Marie-Josèphe SAUREL-CUBIZOLLES,
Béatrice BLONDEL et Monique KAMINSKI**

Inserm, Unité 149, Villejuif, France

Résumé

Dans le contexte français de fortes disparités sociales d'état de santé, mises en évidence surtout autour de la mortalité, cette étude a pour objectif de montrer les différences sociales de morbidité périnatale, et plus particulièrement de prématurité et de retard de croissance intra-utérin. Les données utilisées proviennent d'un échantillon national de naissances constitué en 1995. Les résultats établissent le constat d'une persistance des différences sociales de morbidité périnatale en France à la fin du 20^e siècle. Ils soulignent l'intérêt d'utiliser un indicateur de position sociale, qui prend en compte simultanément la situation socioprofessionnelle des deux membres du ménage. Compte tenu des réalités sociologiques contemporaines, relatives à la place des femmes sur le marché du travail et aux nouvelles formes familiales, un tel indicateur est plus pertinent que la mesure de la situation socioprofessionnelle d'un seul membre du ménage. Cette étude montre que les différences sociales de prématurité et de retard de croissance intra-utérin ne sont pas totalement expliquées par les facteurs biologiques, médicaux ou comportementaux actuellement identifiés comme les principaux facteurs de risque. Ces résultats invitent à explorer d'autres pistes pour mieux comprendre comment se constituent ces inégalités sociales.

Abstract

Against the background of France's wide health inequalities by social class, particularly the glaring mortality gaps, this study aims to shed light on how social differentials affect perinatal morbidity, particularly the incidence of premature births and intra-uterine growth retardation. Data are used from a national sample of births compiled in 1995. The findings show that differences in perinatal morbidity by social class still exist in late 20th century France and emphasize the value of a social position indicator which allows for the social and work status of both partners in the union. Facts of contemporary life relative to women in the labour force and new family patterns make such an indicator more relevant than measuring the social and work status of one partner alone. This study shows that the social differentials in premature births and intra-uterine growth retardation are not fully explained by the biological, medical and behavioural variables currently identified as the main risk factors. The findings suggest that other lines of inquiry should be explored to improve our understanding of the origins of these social inequalities.

MULTIPLE ROLES AND HEALTH AMONG BRITISH AND FINNISH WOMEN: THE INFLUENCE OF SOCIOECONOMIC CIRCUMSTANCES*

Eero LAHELMA¹, Sara ARBER², Katariina KIVELÄ¹
and Eva ROOS¹

¹ Department of Public Health, University of Helsinki, Finland

² Department of Sociology, University of Surrey, UK

Abstract

Objectives. Two contrasting hypotheses have been presented to predict women's health variations. The multiple burden hypothesis predicts that combining a paid job, being married, and having children is likely to be detrimental to women's health. The multiple attachment hypothesis predicts that multiple roles provide attachment to the community, which is likely to be beneficial to women's health. These hypotheses are examined in Britain and Finland, which have different patterns of women's employment participation. Lone mothers form a critical case, since they have fewer attachments and greater burdens, and therefore are expected to have poorer health. The socioeconomic position of lone mothers differs in Britain and Finland, but in both societies they are likely to have fewer attachments. We assess the extent to which health variations between women with different family and parental role combinations are because of differences in their socioeconomic status and material circumstances.

Data and methods. Comparable surveys from Britain and Finland from 1994 were used. Perceived general health and limiting long-standing illness were analysed for working age women (20-49 years) by family type and employment status, as well as other socioeconomic variables.

Results. In both countries, women living in two parent families and having children had better health than women living in other family types or on their own. Lone mothers form a disadvantaged group and showed overall worse health in both countries. Adjusting for employment status, education and household income weakened the association between family type and poor health.

Conclusion. The findings are broadly in accordance with the multiple attachment hypothesis. Despite the more generous welfare state and high full-time employment among Finnish women, single lone mothers report poorer health than other women in Finland as well as in Britain. However, in Britain the disadvantaged social position of lone mothers accounts for a greater proportion of their poor health than in Finland.

Résumé

Objectifs. Deux hypothèses de sens opposé sont avancées pour expliquer les variations de la santé des femmes. Selon l'hypothèse de la multiplicité des tâches, avoir à la fois un mari, des enfants et un emploi rémunéré peut être néfaste pour la santé de la femme. Selon l'hypothèse de la multiplicité des appartenances, avoir plusieurs rôles procure à la femme une intégration dans la collectivité qui peut être bénéfique pour sa santé. Les auteurs testent ces deux hypothèses sur les cas de la Grande-Bretagne et de la Finlande, deux pays qui diffèrent l'un de l'autre en ce qui concerne la participation des femmes à l'activité économique. Les mères isolées constituent un cas critique, car elles ont moins d'appartenances et plus de charges que les autres, et par conséquent, leur santé doit être moins bonne. Les mères isolées n'ont pas la même situation socio-économique en Grande-Bretagne qu'en Finlande, mais dans les deux sociétés elles ont tendance à avoir un éventail d'appartenances plus restreint. Les auteurs examinent dans quelle mesure les différences de santé entre femmes qui vivent des combinaisons diverses de rôles familiaux et parentaux sont dues au fait qu'elles sont dans des situations socio-économiques et matérielles différentes.

* This paper has already been published in *Social Science and Medicine*, special issue, vol. 54, no. 5, March 2002, p. 727-740.

Données et méthodes. Les auteurs exploitent des données d'enquêtes comparables réalisées en 1994 en Grande-Bretagne et en Finlande. L'analyse porte sur la perception de l'état de santé général et les maladies invalidantes de longue durée chez les femmes d'âge actif (20-49 ans), en fonction de la forme d'organisation familiale, du degré d'activité et d'autres variables socio-économiques.

Résultats. Dans les deux pays, les femmes qui vivent avec leurs enfants dans une famille à deux parents sont en meilleure santé que celles qui vivent seules ou dans d'autres types de familles. Les mères isolées constituent un groupe défavorisé et leur santé est généralement moins bonne. Quand on contrôle l'activité économique, le niveau d'instruction et le revenu du ménage, l'association entre le type d'organisation familiale et l'état de santé se relâche.

Conclusion. En gros, les résultats concordent avec l'hypothèse de la multiplicité des appartenances. En Finlande, malgré un État-providence plus généreux et un taux d'activité féminine à temps plein plus élevé, les mères célibataires isolées se déclarent en moins bonne santé que les autres femmes, tout comme en Grande-Bretagne. Mais en Grande-Bretagne, la mauvaise santé des mères isolées tient beaucoup plus qu'en Finlande à leur situation sociale défavorisée.

COMBINING A JOB AND CHILDREN: CONTRASTING THE HEALTH OF MARRIED AND DIVORCED WOMEN IN THE NETHERLANDS*

Tineke FOKKEMA

NETHERLANDS INTERDISCIPLINARY DEMOGRAPHIC INSTITUTE (NIDI)
THE HAGUE, THE NETHERLANDS

Abstract

The research question of this paper is whether the combination of paid employment and taking care of children promotes or damages the health of married and divorced women in the Netherlands. To answer this question, data are used from 936 women aged 30 to 54 years who were either living with a partner (N = 431) or divorced and living alone (N = 505). The findings show that combining a job outside the home and childcare does not harm women's health, irrespective of the length of the working week and the age of the children. In fact, some work-childcare combinations are associated with better health. This is true for both married and divorced women and especially holds true in the case of a part-time job and having older children. Two effects are responsible for the findings: enjoying good health enables mothers to work outside the home (selection effect) and working outside the home promotes mothers' health (health effect).

Résumé

Cette communication soulève la question de savoir si la combinaison d'un emploi rémunéré avec la responsabilité d'une famille est bénéfique ou néfaste pour la santé des femmes mariées et des divorcées aux Pays-Bas. Pour y répondre, l'auteur utilise des données recueillies auprès de 936 femmes âgées de 30 à 54 ans, vivant en couple (431) ou divorcées et vivant seules (505). Les résultats de l'étude montrent que la combinaison d'un emploi à l'extérieur du foyer avec les responsabilités familiales ne porte pas préjudice à la santé des femmes, quels que soient la durée hebdomadaire du travail et l'âge des enfants. Certaines combinaisons travail-famille sont même associées à une amélioration de la santé. C'est le cas pour les femmes mariées et les divorcées, tout particulièrement quand elles travaillent à temps partiel et ont de grands enfants. Ce résultat est le produit de deux effets : être en bonne santé permet aux mères de famille de travailler à l'extérieur (effet de sélection), et travailler au dehors est bénéfique pour leur santé (effet sur la santé).

* This paper has already been published in *Social Science and Medicine*, special issue, vol. 54, no. 5, March 2002, p. 741-752.

**VIOLENCES ENVERS LES FEMMES
ET EFFETS SUR LA SANTE.
PRESENTATION DE L'ENQUETE NATIONALE
SUR LES VIOLENCES ENVERS LES FEMMES
EN FRANCE (ENVEFF)**

**Maryse JASPARD¹, Marie-Josèphe SAUREL-CUBIZOLLES²
et l'équipe Enveff***

¹ Institut de démographie de l'université Paris I (Idup), Paris, France

² Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), unité 149,
Paris, France

Résumé

Ce n'est que récemment que les revues médicales soulignent l'importance de la violence envers les femmes et s'efforcent d'en mesurer les conséquences en termes de santé pour la population féminine. En France, peu de travaux quantitatifs ont été réalisés sur les violences envers les femmes et aucune estimation de la fréquence de ces violences n'a pu être calculée au niveau national, mais des enquêtes nationales effectuées dans d'autres pays ont montré l'ampleur de ce phénomène.

À l'heure actuelle, les statistiques françaises disponibles portent sur les seules violences déclarées à la suite d'une démarche des femmes vers une institution. Chaque administration ou structure sociale d'aide aux victimes compile les statistiques de son activité, mais l'ensemble du phénomène reste méconnu. C'est pourquoi une équipe pluridisciplinaire est en train de réaliser, à la demande du Service des Droits des Femmes, une enquête nationale quantitative sur les violences envers les femmes auprès d'un échantillon aléatoire de 7 000 femmes résidant en France métropolitaine. La collecte des données est prévue pour le début de l'année 2000, elle se fera par téléphone selon la méthode Cati. Après un bref aperçu de l'état de la question dans le contexte international, cette communication décrit comment les effets des violences sur la santé des femmes seront étudiés dans cette enquête.

Abstract

Only recently has the medical literature begun to focus on the extent and measurable health impacts of violence against women. There has been little quantitative study of violence against women in France, and while the nationwide incidence cannot be estimated, national investigations in other countries have brought to light the extent of the problem.

Current statistical evidence in France is based only on violence reported by women to an official agency. All government and victim support agencies compile figures on their activities, but the problem is still poorly understood as a whole. This led the Women's Rights Department to commission a multidisciplinary national quantitative survey of violence against women, now under way, in a random sample of 7,000 women living in mainland France. Data will be collected by telephone interviews using the CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing) method in early 2000. Following a short review of the international background, this paper focuses more particularly on how the impacts of violence on women's health will be studied in this survey.

* L'équipe Enveff est composée de Maryse Jaspard, démographe, responsable de l'enquête, Elizabeth Brown, démographe, Institut de démographie de l'Université Paris I (Idup), Stéphanie Condon, socio-géographe, Jean-Marie Firdion, statisticien, Institut national d'études démographiques (Ined), Dominique Fougeyrollas-Schwebel, sociologue, Centre national de la recherche scientifique (Cnrs), Annik Houel, psychologue, Université Lumière-Lyon II, Brigitte Lhomond, sociologue, Marie-Ange Schiltz, socio-statisticienne, Cnrs, Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, épidémiologiste, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

CHRONIC STRESS AND THE SOCIAL PATTERNING OF WOMEN'S HEALTH IN CANADA*

Peggy McDONOUGH¹, Vivienne WALTERS²,
and Lisa STROHSCHIEIN³

¹ Department of Public Health Sciences, University of Toronto, Canada

² University of Swansea, UK

³ Institute of Human Development, Life Course and Aging, University of Toronto,
Canada

Abstract

Existing research on the social patterning of women's health draws attention to the significance of social roles and socioeconomic position. Although we know a great deal about health differences according to the occupancy of these positions, we know a lot less about why such patterns exist. This paper addresses this gap by examining the pathways through which social structure is linked to health using data from a 1994 Canadian national probability sample of women, aged 25-64 years. We begin by charting differences in women's self-rated ill-health, distress, and reports of long-standing health conditions by socioeconomic position and social role occupation. We then assess the extent to which these patterns can be understood in relation to the chronic stress arising from these social locations. Socioeconomic position, assessed by housing tenure, education, and household income, was positively related to health. Employment enhanced women's health, as did being currently married and a mother living with children. The ongoing stressors that distinguish the experiences of various structural locations accounted for some of the health effects of social structure, particularly for socioeconomic position. However, chronic stress was largely irrelevant to the pathways linking social roles to health. In fact, employed women and parents living with children enjoyed better health despite their greater stress.

Résumé

Les travaux sur les facteurs sociaux de la santé des femmes attirent l'attention sur l'importance des rôles sociaux et de la situation socio-économique. Si nous connaissons bien les différences de santé en fonction de ces divers statuts, on connaît beaucoup moins le pourquoi de ces différences. Les auteurs tentent de combler cette lacune en examinant les mécanismes par lesquels la structure sociale est reliée à la santé, grâce à des données canadiennes recueillies en 1994 auprès d'un échantillon aléatoire national représentatif des femmes de 25 à 64 ans. Les auteurs commencent par une visualisation des différences d'auto-évaluation de la mauvaise santé, de l'anxiété et de la morbidité de longue durée, en fonction du statut socio-économique des femmes et de leurs rôles sociaux. Elles évaluent ensuite dans quelle mesure ces différences peuvent être interprétées en lien avec le stress chronique engendré par de tels environnements sociaux. Le statut socio-économique, représenté par le mode d'occupation du logement, le niveau d'instruction et le revenu du ménage, entretient une relation positive avec la santé. L'activité économique améliore la santé des femmes, de même que le fait d'être mariée et mère de famille vivant avec ses enfants. Les facteurs de stress permanent qui différencient le vécu des diverses strates expliquent certains effets de la structure sociale sur la santé, en particulier le statut socio-économique. Néanmoins, le stress chronique est bien incapable d'expliquer les mécanismes qui relient les rôles sociaux à la santé. En réalité, les femmes qui travaillent et les parents qui vivent avec des enfants sont en meilleure santé malgré un stress plus intense.

* This paper has already been published in *Social Science and Medicine*, special issue, vol. 54, no. 5, March 2002, p. 767-782.

THE IMPORTANCE OF LOW CONTROL AT WORK AND HOME ON DEPRESSION AND ANXIETY: DO THESE EFFECTS VARY BY GENDER AND SOCIAL CLASS?*

Joan M. GRIFFIN¹, Rebecca FUHRER¹,
Stephen A. STANSFELD², and Michael MARMOT¹

¹ Department of Epidemiology and Public Health,
University College London, London, UK

² Basic Medical Sciences Building,
Queen Mary and Westfield College, London, UK

Abstract

In this study we consider both a gender model, a model that focuses on the stress associated with social roles and conditions in the home environment, and a job model, which addresses the stressful characteristics of the work environment, to investigate patterns of women's and men's psychological morbidity across different social positions. Using data from the Whitehall II Study, a longitudinal study of British civil servants, we hypothesise that a lack of control in the home and work environments affects depression and anxiety differently for women and men and across three social class groups. Both women and men with low control either at work or at home had an increased risk of developing depression and anxiety. We did not find an interaction between low control at home and work. We did, however, find that the risks associated with low control either at home or work were not evenly distributed across different social positions, measured by employment grade. Women in the lowest or middle employment grades who also reported low control at work or home were at most risk for depression and anxiety. Men in the middle grade with low work control were at risk for depression while those in the lowest grade were at risk for anxiety. Men in the middle and highest grades, however, were at greatest risk for both outcomes if they reported low control at home. We conclude that, in addition to social roles and characteristics of the work environment, future investigations of gender inequalities in health incorporate variables associated with control at home and social position.

Résumé

Dans cette étude, les auteurs examinent à la fois un « modèle du genre », axé sur le stress associé aux rôles sociaux et aux maladies dans l'environnement domestique, et un « modèle de l'emploi », qui porte sur les caractéristiques stressantes de l'environnement professionnel, afin d'analyser la morbidité psychologique respective des hommes et des femmes dans diverses situations sociales. Exploitant les données de l'enquête « Whitehall II », une étude longitudinale sur les fonctionnaires britanniques, ils font l'hypothèse qu'un manque de maîtrise sur l'environnement domestique et professionnel influe sur la dépression et l'angoisse de manière différente selon le sexe et la classe sociale. Les personnes des deux sexes qui manquent d'autonomie, soit au travail soit à la maison, ont un risque accru de dépression et d'angoisse. Les auteurs n'ont pas constaté d'effet d'interaction entre le manque d'autonomie à la maison et le manque d'autonomie au travail. Mais ils ont observé que les risques associés au manque de maîtrise sur son environnement, domestique ou professionnel, ne sont pas équitablement répartis entre les classes sociales (représentées par la position hiérarchique au travail). Les femmes des échelons professionnels inférieurs ou intermédiaires qui se plaignent de manquer d'autonomie, au travail ou à la maison, sont les plus

* This paper has already been published in *Social Science and Medicine*, special issue, vol. 54, no. 5, March 2002, p. 783-798.

exposées au risque de dépression et d'angoisse. Les hommes des échelons professionnels intermédiaires qui ont peu d'autonomie au travail sont sujets à la dépression, alors que ceux des échelons inférieurs sont plutôt sujets à l'anxiété. Cependant, les hommes qui occupent une position professionnelle médiane ou supérieure sont davantage exposés à ces deux risques s'ils se plaignent de manquer d'autonomie à la maison. Les auteurs concluent qu'en plus des rôles sociaux et des caractéristiques de l'environnement professionnel, les futures recherches sur les inégalités de genre en matière de santé doivent prendre en compte des variables associées à la maîtrise sur l'environnement domestique et à la position sociale.

SOCIOECONOMIC GRADIENTS IN PSYCHOLOGICAL DISTRESS: A FOCUS ON WOMEN, SOCIAL ROLES AND WORK-HOME CHARACTERISTICS*

Sharon MATTHEWS and Chris POWER

Department of Paediatric Epidemiology and Biostatistics
Institute of Child Health, London, UK

Abstract

A focus in the literature on determinants of women's health is the cost and benefit of occupying multiple roles as employee, spouse, and mother, yet little attention has been given to the work and home characteristics of different roles for women in paid and unpaid work. The impact of work-home factors on socioeconomic gradients in health has also tended to be overlooked. This paper assesses the contribution of work-home factors on socio-economic differences in psychological distress among women, using data from the 1958 British birth cohort. Outcome measures include psychological distress and social class at age 33. Work-home measures include: (1) roles: employment, marital status, domestic responsibility and parental status; (2) work characteristics: psychosocial job strain, insecurity, unsocial working hours; and (3) home characteristics: youngest child's age, total number of children, childcare responsibilities and having an older adult in the household (over 70). A social gradient in psychological distress exists: the odds ratio (OR) for classes IV and V vs. I and II was 3.02, adjusting for prior psychological distress reduces this to 2.36. Whilst, work and home factors were associated separately with distress and social class, the combined effect of work and home factors did not account for the class gradient in distress. This surprising result therefore implicates factors beyond adult social roles examined here in the development of socio-economic gradients.

Résumé

La littérature sur les déterminants de la santé féminine met l'accent sur les coûts et bénéfices de l'exercice de rôles multiples – employée, épouse et mère –, mais elle fait peu de place aux caractéristiques professionnelles et domestiques des divers rôles des femmes dans leurs activités rémunérées et non rémunérées. L'impact de ces facteurs sur les gradients socioéconomiques de la santé a aussi été largement ignoré. En exploitant des données relatives à la génération britannique 1958, cette communication évalue la contribution des caractéristiques domestiques et professionnelles aux différences socioéconomiques de morbidité psychologique chez les femmes. Les paramètres du phénomène dépendant sont les troubles psychologiques et la classe sociale à l'âge de 33 ans. Les caractéristiques professionnelles et domestiques sont : (1) les rôles : emploi, situation matrimoniale, responsabilités domestiques et situation parentale ; (2) les caractéristiques de l'emploi : pression psychologique au travail, insécurité, horaires de travail anormaux ; et (3) les caractéristiques du foyer : nombre d'enfants, âge du plus jeune, responsabilités maternelles, présence d'un adulte âgé de plus de 70 ans. Il y a bien un gradient social de morbidité psychologique : le rapport des risques des classes IV et V à ceux des classes I et II vaut 3,02 (odds ratio) ; il est ramené à 2,36 quand on contrôle les troubles psychologiques antérieurs. Alors que les facteurs domestiques et professionnels sont séparément associés à la morbidité psychologique et à la classe sociale, leur effet combiné n'explique pas le gradient social de la morbidité psychologique. Ce résultat surprenant montre donc que des facteurs autres que les rôles sociaux des adultes examinés ici sont impliqués dans le développement des gradients socioéconomiques.

* This paper has already been published in *Social Science and Medicine*, special issue, vol. 54, no. 5, March 2002, p. 799-810.

CONFLICT, GENDER RELATIONS AND THE HEALTH OF WOMEN IN TWO LOW INCOME COMMUNITIES IN JAMAICA

**Aldrie HENRY-LEE¹, Wilma BAILEY²
and Clement BRANCHE³**

¹ Sir Arthur Lewis Institute of Social and Economic Studies
Mona Campus, University of the West Indies, Kingston 7, Jamaica

² Dept. of Geography
Mona Campus, University of the West Indies, Kingston 7, Jamaica

³ Dept. of Sociology
Mona Campus, University of the West Indies, Kingston 7, Jamaica

Abstract

This paper examined the conflict, gender relations and health of women in two low income communities in Jamaica. To provide a contextual framework, crime and domestic violence were examined at the macro-level. The national data showed that although most types of crime were on the decrease, violence against women did not reflect the same pattern. Primary data were also collected from 96 individuals in the two lower inner cities. The respondents were chosen by "change agents" who were taught conflict resolution skills and were to transmit these skills to the respondents. Approximately 75 per cent of these 96 individuals were involved in conflict during the past three months. Women were more likely to be the recipients of physical abuse. The reasons for this abuse were discussed in five case studies involving domestic violence. This abuse however, has to be understood in relation to gender identities and relationships, and the struggles of status-deprived males who are trying to contend with the exigencies and limits of inner-city conditions. Whenever there is evidence of gender inequality and male marginalization, the health of women is likely to be negatively affected. Both national and community data indicate there are serious problems related to violence in Jamaica and the physical abuse of women.

Résumé

Cette étude traite des rapports entre les situations conflictuelles, les relations entre les sexes et la santé des femmes dans deux localités défavorisées de la Jamaïque. Pour construire un cadre contextuel, le crime et la violence domestiques sont examinés à un niveau agrégé. Les données nationales montrent que, si la plupart des types de crimes sont en recul, la violence contre les femmes ne suit pas cette tendance. Les auteurs ont recueilli des données de première main auprès de 96 habitants de deux quartiers urbains défavorisés. Les sujets de l'enquête ont été choisis par des « agents de changement » formés à la résolution des conflits et chargés de transmettre ce savoir-faire à leurs interlocuteurs. Environ 75 % des 96 personnes interrogées ont été impliquées dans un conflit au cours des trois mois écoulés. Les femmes sont plus fréquemment victimes de violences physiques que les hommes. Les motifs de ces agressions sont examinés dans cinq études de cas de violence domestique. Ce phénomène doit être interprété en faisant référence aux questions d'identité masculine et féminine et aux rapports entre les sexes, et en lien avec les combats que mènent les hommes dépossédés de leur statut pour essayer de faire face aux exigences et aux contraintes de leur cadre de vie dans les quartiers défavorisés. Chaque fois que l'on observe une inégalité entre les sexes et une marginalisation des hommes, c'est sur la santé des femmes que risquent d'en retomber les conséquences négatives. En Jamaïque, toutes les données, nationales et locales, révèlent l'existence de graves problèmes liés à la violence et à la maltraitance contre les femmes.

HOW GENDER AFFECTS PATTERNS OF SOCIAL RELATIONS AND THEIR IMPACT ON HEALTH: A COMPARISON OF ONE OR MULTIPLE SOURCES OF SUPPORT FROM 'CLOSE PERSONS'

Rebecca FUHRER¹ and S. A. STANSFELD²

¹ Department of Epidemiology and Public Health, University College London, U.K.

² Department of Psychiatry, Queen Mary and Westfield College, St Bartholomew's
and the Royal London School of Medicine and Dentistry, London, U.K.

Abstract

Numerous studies have reported gender differences in the effects of social relations on morbidity and mortality. When studying health and associated factors, one cannot ignore that sex differences exist and methods that are not "gender-fair" may lead to erroneous conclusions. This paper presents a critical analysis of the health/ social relations association from a measurement perspective, including the definitions of people's networks and how they differ by gender. Findings from the Whitehall II Study of Civil Servants illustrate that women report more close persons in their primary networks, and are less likely to nominate their spouse as the closest person, but both men and women report the same proportion of women among their four closest persons. Women have a wider range of sources of emotional support. To date, most epidemiological studies have habitually analysed support provided by the closest person or confidant(e). We compared the health effects of social support when measured for the closest person only and when information from up to four close persons was incorporated into a weighted index. Information from up to four close persons offered a more accurate portrayal of support exchanged, and gender differences were attenuated, if not eliminated, when this support index was used to predict physical and psychological health.

Résumé

De nombreux travaux ont mis en évidence des différences de genre dans l'impact des relations sociales sur la morbidité et la mortalité. En étudiant la santé et les facteurs qui lui sont associés, on ne peut ignorer l'existence des différences de genre, et des méthodologies qui ne seraient pas « équitables quant au genre » pourraient conduire à des conclusions erronées. Cette communication présente une analyse critique de l'association entre santé et relations sociales sur le plan de la mesure du phénomène, y compris les définitions des réseaux de relations sociales des individus et leurs variations selon le genre. Les résultats de l'enquête « Whitehall II » sur les fonctionnaires britanniques montrent que les femmes déclarent un plus grand nombre de proches dans leurs réseaux primaires et sont moins enclines à désigner leur mari comme la personne qui leur est la plus proche ; mais hommes et femmes déclarent la même proportion de femmes parmi leurs quatre relations les plus intimes. Les femmes ont un plus large éventail de sources de soutien affectif. Jusqu'à présent, la plupart des études épidémiologiques ont analysé l'aide apportée par la personne la plus proche ou le confident. Cette communication compare les effets du soutien des proches sur la santé selon que l'on se limite à la personne la plus proche ou que l'on inclut jusqu'à quatre relations dans un indice pondéré. Prendre en considération plusieurs relations permet une description plus précise des flux d'entraide, et les différences de genre sont atténuées, sinon éliminées, quand on utilise cet indice pondéré pour prédire l'état de santé physique et psychologique.

* This paper has already been published in *Social Science and Medicine*, special issue, vol. 54, no. 5, March 2002, p. 811-825.

OFFRE DE SOINS, RECOURS AUX SOINS ET SANTE DES FEMMES EN TUNISIE

Bénédicte GASTINEAU

CERPOS D321, Université de Paris X, Nanterre, France

Résumé

En Tunisie, l'offre de soins de santé s'est considérablement enrichie ces 40 dernières années ; mais l'intérêt accordé à la santé des femmes est souvent limité aux risques liés à la procréation. Une meilleure prise en charge des femmes au moment des grossesses a permis des progrès sanitaires importants. L'espérance de vie à la naissance féminine est passée de 51,6 ans en 1966 à 70,2 en 1990. Dans le même temps, la mortalité infantile et la mortalité maternelle ont baissé.

Toutefois, toutes les femmes n'ont pas accès aux mêmes services de santé. Des disparités économiques et géographiques persistent jusqu'à aujourd'hui. Il serait néanmoins erroné d'affirmer que l'accès aux soins ne dépend que de l'offre. La demande de services sanitaires est, elle aussi, très variable, selon de nombreux facteurs socio-économiques. Il n'y a pas de relation parfaite entre l'offre et la demande : dans des régions bien équipées en structures et en personnel, des barrières sociales et culturelles restreignent l'accès aux soins pour les femmes. La demande de soins émanant des femmes peut varier indépendamment des soins proposés. La santé des femmes s'inscrit aussi dans des priorités sociales et familiales que l'on peut observer à un niveau micro-social et micro-local.

Abstract

Tunisia's health care provision has expanded considerably over the last 40 years; but the focus on women's health often stops short at the risks connected with reproduction. Better antenatal care has led to significant improvements in women's health. Female life expectancy at birth rose from 51.6 in 1966 to 70.2 in 1990, while both infant and maternal mortality fell over the same period.

Not all women have access to the same level of health services, however. Economic and geographical disparities persist even today. But it would be wrong to claim that access to care is purely supply-driven. Demand for health services also varies widely with a range of socioeconomic factors. There is no perfect relationship between supply and demand: in regions with sufficient, well-staffed provision, social and cultural barriers restrict women's access to care. Women's care demand may vary independently of care provision. Women's health is also an observable social and family priority at the micro-social and micro-local levels.

PLACE AND PERSONAL CIRCUMSTANCES IN A MULTILEVEL ACCOUNT OF WOMEN'S LONG-TERM ILLNESS*

R. D. WIGGINS¹, H. JOSHI, M. BARTLEY²,
S. GLEAVE, K. LYNCH, and A. CULLIS

Centre for Longitudinal Studies, The Institute of Education, London, U.K.

¹ Also of Department of Sociology, City University, London, U.K.

² Also of Department of Epidemiology and Public Health, University College,
London, U.K.

Abstract

This paper investigates geographical variations in women's reports of limiting long-term illness in terms of individual inequalities and the contribution of area characteristics among wards and county districts. We use multilevel modelling of linked census data from the Office for National Statistics Longitudinal Study for England and Wales. We follow a random sample of 76,374 women aged between 16 and 45 at the time of the 1971 Census for 20 years to observe their reported limiting long-term illness (LLTI) at the 1991 Census. Car and home ownership were useful markers of social and material advantage, apparently protecting against the risk of reporting LLTI. Migration into the South-East region appeared beneficial, but otherwise there was little difference between those who moved home and those who did not. Differences between county districts persist after adjustment for individual circumstances (education and ethnicity), but almost all of these differences are explained by the social profile of wards in these areas. Geographical differences in LLTI are not, therefore, entirely explained by the distribution of individual characteristics; a woman with the same history may face a different risk of illness in different kinds of area. For women, the social composition of the locality (using the ward as a proxy) is more relevant than the broader economic and industrial classification of the surrounding county district, which is more important for health inequalities among men.

Résumé

Les auteurs examinent les variations géographiques des déclarations de maladies invalidantes de longue durée (MILD) chez les femmes, en termes d'inégalités au niveau individuel et de caractéristiques locales au niveau des localités et des districts. Ils appliquent un modèle multi-niveaux aux données censitaires appariées de l'Étude longitudinale menée en Angleterre et au pays de Galles par l'Office for National Statistics. On a suivi pendant 20 ans un échantillon aléatoire de 76 374 femmes âgées de 16 à 45 ans au moment du recensement de 1971, afin d'observer leurs déclarations de MILD au recensement de 1991. Être propriétaire de son logement et posséder une voiture sont de bons indicateurs d'une situation sociale et matérielle confortable, qui semble protéger contre le risque de déclarer une MILD. Migrer vers le sud-est du pays paraît être un élément favorable, mais, à part cela, il y a peu de différence entre migrants et sédentaires. Les différences entre districts subsistent une fois que l'on a contrôlé les caractéristiques individuelles (niveau d'instruction et origine ethnique), mais elles sont presque toutes expliquées par le profil social des localités dans ces diverses zones. Les différences géographiques de déclaration des MILD ne sont donc pas entièrement imputables à la répartition des caractéristiques individuelles ; à partir de la même histoire personnelle, une femme peut faire face à des risques de maladie différents dans des zones géographiques différentes. Pour les femmes, la configuration sociale de la localité est plus déterminante que les grandes caractéristiques économiques et industrielles du district qui l'environne, tandis que le district joue un rôle plus important dans l'explication des différences de santé chez les hommes.

* This paper has already been published in *Social Science and Medicine*, special issue, vol. 54, no. 5, March 2002, p. 827-838.

WOMEN AND HEALTH INSURANCE: THE SITUATION OF WOMEN AS DEPENDANTS IN TURKEY

Gülfer DÝKBAYIR and Ayþe KARADUMAN TA^a

*Social Structure and Gender Statistics Division
State Institute of Statistics, Ankara, Turkey*

Abstract

Not only biological conditions and medical services but also gender, income, social support arrangements, education, employment, working conditions, culture have important influence on health status. Still another determinant of health status is gender blindness in carrying out research studies on health. Gender sensitive approach is needed to get unbiased knowledge. This helps to attain equity in health in the long run by implementing appropriate measures. In this study, the position of women regarding inequalities in access to health services is conceptualised. Health problems as well as social and cultural constraints which are specific for women are aimed to be investigated and means for inquiring these issues are proposed. The problems arising from the health insurance system are outlined and through questionnaire form of "Women and Health Module" the determination of the complete system regarding use of health insurance is suggested. The information obtained after the implementation of the module will be useful in the establishment of relationship between socio-economic characteristics of persons and use of health services. A specific reference of the study will be use of health services through health insurance system.

Résumé

Non seulement les facteurs biologiques et les services médicaux, mais aussi le sexe, le revenu, les systèmes de solidarité, l'éducation, l'emploi, les conditions de travail et la culture ont une grande influence sur la santé. Il y a un autre élément qui n'est pas sans effet, c'est l'absence de prise en compte de la problématique du genre dans les recherches en matière de santé. Une approche qui intègre les rapports sociaux entre les sexes est indispensable pour produire des connaissances non biaisées. À long terme, par la mise en œuvre de mesures appropriées, elle permet d'atteindre l'égalité des sexes dans le domaine de la santé. Dans cette étude, les auteurs conceptualisent la situation des femmes en matière d'inégalités d'accès aux services de santé. L'objectif est d'examiner les problèmes de santé et les contraintes sociales et culturelles qui touchent particulièrement les femmes, et de proposer des voies d'analyse. Les auteurs présentent les problèmes liés au système d'assurance maladie et, au moyen du questionnaire du « module femmes et santé », proposent une description d'ensemble du système et de la manière dont il est utilisé. L'information recueillie après la mise en œuvre du module « femmes et santé » servira à établir les relations entre les caractéristiques socio-économiques des personnes et le recours aux services de santé. Le thème central de cette étude est le recours aux soins de santé par le biais du système d'assurance maladie.

WOMEN'S HEALTH IN NORWAY: A CASE STUDY OF A POLICY DRIVEN AGENDA

Johanne SUNDBY

University of Oslo, Section for Medical Anthropology, Oslo, Norway

Abstract

In this paper we try to present some policy issues that relate to women's health from a public health perspective. The entry point is lessons we learned from working on a recent government report on women's health in Norway (Department of Health and Social Affairs, 1999), and policy issues developed in this process. Some of these issues are indeed of a general nature, pertaining to women all over the world. Most aspects of women's living conditions relate to their health and use of available health care. Women in general differ from men regarding access to and use of health care, disease patterns and use of welfare schemes. Both biomedical and social gender differences contribute to these differences. The main message is that even if a gender equity framework is assumed and applied in a country, there are still vast inequities between men and women. Aims and efforts to reduce gender inequities should be assessed and included in all future policy making regarding health. Women's health is not only a reproductive health concern, but has to meet the needs of very diverse women in different ages, ethnic subgroups, and social strata.

Résumé

L'auteur expose quelques problèmes d'ordre politique liés à la santé des femmes dans une perspective de santé publique. Elle prend pour point de départ les leçons qu'elle a tirées de sa contribution à un récent rapport gouvernemental sur la santé des femmes en Norvège (Ministère de la santé et des affaires sociales, 1999) et les questions de nature politique qui ont surgi à cette occasion. Il est vrai que certaines de ces questions sont très générales et concernent toutes les femmes à travers le monde. La plupart des composantes du cadre de vie des femmes sont liées à leur santé et à l'emploi qu'elles font des services de santé existants. En général, il y a des différences entre hommes et femmes en matière d'accès et de recours aux services de santé, de types de maladies, et d'utilisation des systèmes de sécurité sociale. Ces différences entre sexes sont à la fois d'origine biomédicale et sociale. Le message central est que, même si un système d'égalité des sexes est adopté et mis en œuvre dans un pays, de grandes inégalités entre hommes et femmes subsistent. Il faut configurer et introduire dans tout projet de politique touchant à la santé des objectifs et des mesures destinés à réduire les inégalités entre les sexes. La santé des femmes ne se limite pas à la santé de la reproduction ; il s'agit de satisfaire les besoins de femmes qui se trouvent dans des situations très diverses en termes d'âge, d'appartenance ethnique et de catégorie sociale.

CHARTING A COURSE FOR THE FUTURE OF WOMEN'S HEALTH IN THE UNITED STATES: CONCEPTS, FINDINGS AND RECOMMENDATIONS*

**Donna M. STROBINO, Holly GRASON,
and Cynthia MINKOVITZ**

*The Women's and Children's Health Policy Center
Department of Population and Family Health Sciences
The Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, Baltimore, MD, USA.*

Abstract

The JHU Women's and Children's Health Policy Center, with the federal Maternal and Child Health Bureau, undertook a review of the health of women in the United States and invited experts to develop recommendations on health policy, programs, practices and research. The review included published research, program reviews, and policy reports on women's physical health, mental health, and health behaviors, and on the effects of health services, systems and financing on their health. Based on trends in age, ethnic background, education, labor-force participation, marriage and childbearing among women, the results of the reviews, and the experts' consultation, several recommendations were made for a forward looking agenda. They included the need: 1) to focus broadly on women's health, not just during pregnancy; 2) for comprehensive, integrated programs and services addressing women's unique needs; 3) for integrated programs and services across the lifespan; 4) for better provider training about women's unique health needs, the differential effects of particular problems on them, and the consequences of chronic health problems heretofore considered primarily male problems; 5) to eliminate social policies that single out women, particularly pregnant women, for punitive actions; 6) to promote social policies that ensure economic security for women; and 7) for vigorous public health leadership to shape the women's health agenda, recognizing the social and economic context of their lives. The social and economic trends among women in the United States and the recommendations for a women's health agenda have relevance to other developed countries as well.

Résumé

Le JHU Women's and Children Health Policy Center et le Federal Maternal and Child Health Bureau ont procédé à un état des lieux de la santé des femmes aux États-Unis et ont invité des experts à formuler des recommandations sur la politique, les programmes d'action, les pratiques et la recherche en matière de santé. Cet inventaire couvre les recherches publiées, les évaluations de programmes et les rapports politiques sur la santé physique et mentale des femmes, sur leurs comportements à cet égard, et sur le rôle des services de santé et de l'organisation et du financement de ce secteur. À partir des tendances observées chez les femmes en fonction de l'âge, de l'origine ethnique, du niveau d'instruction, de l'activité économique, de la nuptialité et de la fécondité, fournies par l'inventaire et par les consultations d'experts, les auteurs présentent plusieurs recommandations sous la forme d'un programme d'action pour l'avenir. Elles portent sur : 1) la nécessité de s'intéresser à la santé féminine dans son entièreté, et non aux seules périodes de grossesse ; 2) la nécessité de mettre en œuvre des programmes et services polyvalents et intégrés pour faire face aux besoins spécifiques des femmes ; 3) la nécessité de prévoir des programmes et services intégrés pour tous les âges de la vie ; 4) la nécessité d'une meilleure formation des agents en ce qui

* This paper has already been published in *Social Science and Medicine*, special issue, vol. 54, no. 5, March 2002, p. 839-848.

concerne les spécificités de la santé féminine, les effets différentiels de certains problèmes particuliers et les conséquences de certaines maladies chroniques considérées jusqu'à présent comme des problèmes essentiellement masculins ; 5) la nécessité d'en finir avec les politiques sociales qui stigmatisent les femmes, en particulier les femmes enceintes, pour les pénaliser ; 6) la nécessité d'encourager les politiques sociales qui garantissent une bonne sécurité économique aux femmes ; 7) et la nécessité de fonder les programmes d'action en matière de santé féminine sur un ensemble de principes d'orientation énergiques, en tenant compte du contexte social et économique dans lequel vivent les femmes. L'évolution de la situation sociale et économique des femmes aux États-Unis et les recommandations pour un programme d'action en matière de santé féminine peuvent s'appliquer aussi à d'autres pays développés.