



Rapport de surveillance de la
Santé des femmes



Santé
Canada

Health
Canada

CPHI  SPC
Canadian Population | Initiative sur la santé de la
Health Initiative | population canadienne

Part of the Canadian Institute for Health Information
Partie intégrale de l'Institut canadien d'information sur la santé



Rapport de surveillance de la
Santé des femmes

Une vue multidirectionnelle
sur la santé des femmes canadiennes

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

Le rapport est disponible en français et en anglais en tant que résumé (le présent document), incluant les résultats clés et les recommandations de chaque chapitre, et en tant que document technique complet. Il se trouve sur les sites Web de l'ISPC (www.icis.ca) et de Santé Canada (www.hc-sc.gc.ca).

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1N 9N8

Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120
www.icis.ca

ISBN 1-55392-252-2

© 2003 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is available in English under the title:
Women's Health Surveillance Report ISBN 1-55392-251-4

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	i
Introduction	iii
Déterminants de la santé	
Contexte social de la santé des femmes	1
Rôles multiples et santé mentale des femmes au Canada	3
Pratiques personnelles de santé	5
Poids corporel et image du corps	7
L'exercice physique et l'obésité	9
Différences entre les sexes dans le tabagisme et les indicateurs auto-déclarés de la santé	11
Les femmes et les problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues	13
État de santé des femmes canadiennes	
Mortalité, espérance de vie et de santé des femmes canadiennes	17
Morbidité et invalidité chez les femmes canadiennes	19
Conséquences de la réduction du taux de fécondité sur la santé des femmes	21
Conditions liées à la santé	
Cancer du sein chez les Canadiennes	25
Cancer du col de l'utérus	27
Autres cancers gynécologiques	29
Maladies cardiovasculaires	31
Diabète sucré chez les Canadiennes	33
Douleur chronique : Fardeau supplémentaire sur les Canadiennes	35
Conséquences de l'arthrite sur les Canadiennes	37
Dépression	39
Démence et maladie d'Alzheimer	41
Troubles de l'alimentation	43
Violence envers les femmes canadiennes	45
La santé avant et après la ménopause	47
Santé sexuelle	49
Contraception	51
Différences entre les sexes dans les maladies transmissibles sexuellement	
d'origine bactérienne au Canada	53
Les femmes et le VIH	55

Utilisation des soins de santé

Les soins périnataux au Canada 59
Facteurs associés à la consommation de médicaments chez les femmes 61

Conclusions

Résumé : Mise en commun 65
La surveillance de la santé des femmes : répercussions sur les politiques 73

Annexes

Annexe A A-1
Annexe B A-1

REMERCIEMENTS

Réviseurs

L'équipe principale de la recherche et de la révision du Rapport de surveillance de la santé des femmes est composée des chercheurs principaux et des co-chercheurs suivants :

Chercheurs principaux

Marie DesMeules

Donna Stewart

Co-chercheurs

Arminée Kazanjian

Heather McLean

Jennifer Payne

Bilkis Vissandjée

Le Rapport de surveillance de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes est le fruit d'efforts de nombreux participants et organismes qui y ont contribué de bien des façons. L'équipe principale de la recherche remercie toutes les personnes qui ont généreusement partagé leurs pensées, leurs idées et leur temps. L'équipe croit que la vaste gamme de suggestions reçue ajoute à la richesse du produit final.

Comité directeur

Le Comité directeur a apporté son aide dans la création de la vision élargie du rapport et a fourni des commentaires généraux ainsi qu'une rétroaction tout au long du projet. Le Comité de direction est composé de Marie Beudet, Sandra Bentley, Marie DesMeules, Arminée Kazanjian, Mireille Kantiebo, Susan Kirkland, Kira Leeb, Heather Maclean, Jennifer Payne, Donna Stewart, Linda Turner, Helen Verhovsek, Bilkis Vissandjée et Cathy Winter.

Auteurs des chapitres

Farah Ahmad, Lori Anderson, Donna Ansara, Chris Archibald, Elizabeth M. Badley, Mike Barrett, Gillian L. Booth, Shirley Bryan, Heather Bryant, Zhenyuan Cao, Nalan Celasun, Beverley Chalmers, Ruhee Chaudhry, Angela Cheung, Robert Cho, Marsha M. Cohen, Renee A. Cormier, Colleen Anne Dell, Marie DesMeules, Eliane Duarte-Franco, Eduardo L. Franco, Rick Fry, Marene Gatali, Keva Glynn, Sherry L. Grace, Lorraine Greaves, Enza Gucciardi, Lisa Hansen, Cynthia Jackevicius, Kammermayer, J., Kantiebo, M. Moira Kapral, Naomi M. Kasman, Catherine Kelly, Susan Kirkland, Joan Lindsay, Heather Maclean, Janice Mann, Douglas Manuel, Mavrak, M., Traci McFarlane, Sharon McMahon, Marta Meana, Ineke Neutel, Marion P. Olmsted, Jennifer Payne, Nancy Poole, Marlene Roache, Gail Robinson, Cathy Sevigny, Ameeta Singh, Donna E. Stewart, Tudiver, S. Linda Turner, Peter Walsh, Vivienne Walters, Shi Wu Wen et Tom Wong.

[Télécharger le chapitre](#)

Vérificateurs

Les trois vérificateurs externes, John Frank, Wanda Jones et Marie Beaudet, ont révisé le document entier.

Suzanne Abraham, Jane Aronson, Christina Bancej, Ken Bassett, Virginia Carver, Margaret de Groh, Steven Edworthy, Lawrence Elliott, Mary Gordon, Olena Hankivsky, Paula Harvey, Hugh Hendrie, James Henry, K. Joseph, Patricia Kaufert, Peter Katzmarzyk, Shiliang Liu, Harriet MacMillan, Loraine Marrett, Randi McCabe, Howard Morrison, Heather Nichol, Ann Pederson, Julie Pentrick, Jerilynn Prior, Robert Spasoff et Jack Williams ont révisé le contenu des chapitres du rapport en particulier.

Atelier de consultation externe

Finalement, l'équipe principale de la recherche veut remercier tous les experts en santé des femmes qui ont participé à la consultation externe d'octobre 2002. Plus particulièrement, le comité veut remercier Miriam Stewart et les Instituts de recherche en santé du Canada - Institut de la santé des femmes et des hommes qui ont financé la consultation externe, ainsi que Nancy Krieger, pour ces précieuses suggestions.



INTRODUCTION

Marie DesMeules (Santé Canada), Arminée Kazanjian (Université de la Colombie-Britannique), Health McLean (Centre for Research in Women's Health), Jennifer Payne (Santé Canada), Donna Stewart (Université de Toronto), Bilkis Vissandjée (Université de Montréal)

Objectif du Rapport de surveillance de la santé des femmes

Le présent rapport sur la santé des femmes canadiennes vise à i) déterminer dans quelle mesure l'information disponible actuellement peut être utilisée pour donner des aperçus pertinents de la santé des femmes; ii) fournir l'information pour appuyer l'élaboration de politiques de la santé, de programmes de santé publique et d'interventions destinées à améliorer la santé des Canadiennes; iii) servir de base pour le développement d'indicateurs.

Le rapport fournit de l'information et des statistiques descriptives sur les déterminants de la santé, l'état de santé et les résultats cliniques chez les femmes canadiennes. Chaque chapitre présente, dans la mesure du possible, une nouvelle information selon le sexe sur un état ou un problème de santé des femmes estimé important au cours des consultations nationales qui ont eu lieu en 1999 entre experts et intervenants. On documente les données ou les données appropriées manquantes. On formule les recommandations de modification à la fin de chaque chapitre, accompagnées d'un examen des lacunes et des incidences politiques des résultats.

Historique du Rapport de surveillance de la santé des femmes

L'idée de produire un rapport exhaustif sur la santé des femmes au Canada provient du processus consultatif lancé en 1998 par ce qui s'appelait le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) de Santé Canada. À ce moment, le LLCM a établi un Comité consultatif pour la surveillance de la santé des femmes, présidé par l'honorable Monique Bégin, afin de combler les lacunes dans ses activités de surveillance* de la santé des femmes, particulièrement les groupes de femmes vulnérables. Le Comité devait donner des conseils sur les questions, les priorités, les méthodologies et les partenariats potentiels liés à la surveillance de la santé des femmes. Il a organisé une série d'ateliers de consultation à l'échelle nationale incluant des experts en santé des femmes, des activistes communautaires, des participants d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, des instituts de recherche et du secteur privé. Le rapport final du Comité *La surveillance de la santé des femmes: Un plan d'action pour Santé Canada* a recommandé au LLCM d'améliorer les systèmes de surveillance existants, d'en développer des nouveaux et d'élargir son utilisation de l'analyse comparative entre les sexes. Les conditions de santé abordées dans les recommandations ont servi de guide sur le choix des thèmes inclus dans le présent rapport.

Plusieurs secteurs de compétence ont reconnu le besoin en information sur le sexe et la santé. À l'instar du centre juridique national des femmes (*National Women's Law Center*) aux États-Unis, la Colombie-Britannique, l'Ontario et les provinces de l'Atlantique ont produit des rapports sur la santé des femmes. À l'automne 2000, un comité directeur a vu le jour pour entreprendre la production d'un rapport pancanadien au moyen d'une approche multidimensionnelle qui intégrerait l'information de diverses disciplines. Ce rapport ferait le suivi des progrès dans la santé et les soins de santé des femmes et fournirait la base de connaissances nécessaires pour établir des politiques efficaces visant à promouvoir la santé et à prévenir et contrôler les maladies.

* On entend par surveillance, la collecte systématique au fil des ans de l'information sur la santé, sa classification, son analyse et interprétation et sa diffusion. La surveillance vise à contrôler les tendances de la santé et les questions qui importent à la population afin d'entreprendre les démarches nécessaires et de préparer un pilier solide pour des politiques efficaces de la santé, des décisions avisées concernant les programmes et des interventions ciblées.



Déterminants de la santé

On reconnaît, en règle générale, que les différences dans l'état de santé et les résultats cliniques entre les individus, et entre les femmes et les hommes, dépassent les facteurs biologiques. Les influences globales incluant les changements culturels, politiques et écologiques ont un effet puissant sur la santé. Ce changement de fond global amène une série complexe de facteurs, tels que les cas socio-culturels et de transition, la scolarité, le revenu, le statut social, le logement, l'emploi, les services de santé, les pratiques personnelles en matière de santé et l'environnement physique. Par exemple, dans les pays développés, des changements culturels et économiques dans l'attitude envers la participation des femmes au marché du travail et aux décisions de procréation ont retardé les grossesses à un âge plus avancé. Quelles en sont les éventuelles conséquences sur la santé?

Approche de ce rapport

Le *Rapport de surveillance de la santé des femmes* adopte la définition générale de la santé des femmes qui a fourni le cadre aux discussions sur les femmes et la santé au cours de la quatrième conférence internationale sur les femmes, tenue à Beijing en septembre 1995 :

La santé des femmes inclut leur bien-être émotif, social, culturel, spirituel et physique, et dépend du contexte social, politique et économique dans lequel elles vivent, ainsi que leur biologie. Cette définition générale reconnaît la validité des expériences de la vie et les croyances et expériences des femmes en matière de santé. Chaque femme devrait avoir la possibilité d'atteindre et de maintenir une bonne santé selon sa propre définition et pour son propre épanouissement.

De plus, ce rapport tente d'adopter une approche à l'information sur la santé qui tient compte de la spécificité des sexes (le cas échéant), tout en tenant compte du contexte de la vie de l'individu (c.-à-d. les responsabilités et les rôles sociaux et culturels qui différencient les femmes des hommes et les sous-groupes de femmes d'autres sous-groupes). On espère que ce rapport contribuera à des analyses futures fondées sur l'égalité homme-femme.

Les auteurs des divers chapitres ont eu recours aux données démographiques provenant de grandes enquêtes et bases de données administratives canadiennes. Les données choisies pour l'analyse dépendaient beaucoup des bases de données disponibles au moment du développement des chapitres. Bien que de telles sources de données puissent donner des aperçus intéressants, elles sont limitées. Par exemple, elles se contentent bien souvent d'inclure une répartition des données selon le sexe seulement sans fournir assez de mesures pour explorer l'influence du sexe tel qu'il est déterminé par le contexte de vie des femmes. Par exemple, la dépression est une cause importante de l'invalidité dans le monde. À l'instar des pays développés, le Canada commence par afficher une répartition égale dans la prévalence de la dépression entre garçons et filles, mais après la puberté, finit par un taux où les femmes sont environ deux fois plus susceptibles d'avoir une dépression que les hommes. La surveillance traditionnelle, telle que les données sur l'hospitalisation ou les consultations pour la dépression, fournit les données sur ces différences entre les sexes mais n'explique pas comment la dépression chez les femmes varie selon le revenu, l'horizon ethnique, le niveau scolaire et la carrière, ni comment le rôle changeant de la femme façonnera sa susceptibilité à la dépression (p. ex. une femme qui travaille dehors et à la maison et subit un harcèlement ou un abus au bureau ou à la maison).

Les questions de santé des femmes sont différentes de celles des hommes à maints égards. D'ailleurs, le passé nous a montré que l'ignorance de ces différences a porté préjudice au système de santé. La Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada (1999) a classé ces préjugés comme suit :

- Étroitesse de vue : accent sur les questions touchant l'appareil reproducteur (ce qui a provoqué dans quelques cas une prescription excessive pour des processus normaux).
- Traiter les femmes de la même façon que les hommes : l'hypothèse selon laquelle le cours de la maladie et les conséquences du traitement sont identiques dans les deux sexes, p. ex. les essais de médicaments et les études épidémiologiques qui utilisent les hommes seulement.
- Exclusion : exclusion des femmes du processus décisionnel, de la recherche, des spécialités médicales et en conséquence, des postes de décisions.

Quelques préjugés sont soulevés maintenant. Les gouvernements Canadiens ont un mandat clair qui consiste à recueillir, intégrer, analyser et interpréter les données sur la santé des femmes et les différences dans la santé entre les sexes pour élaborer les politiques et les interventions afin d'améliorer les résultats cliniques et de réduire les inégalités en santé (voir le chapitre Surveillance de la santé des femmes : Incidences politiques).

Élaboration du Rapport de surveillance de la santé des femmes : le processus

En juillet 2000, l'Initiative sur la santé de la population canadienne a lancé une demande de propositions (DP) pour subventionner la recherche qui produira de nouvelles connaissances sur les déterminants de la santé, en fonction de cinq thèmes et questions stratégiques :

1. Pourquoi certaines collectivités sont-elles en bonne santé et d'autres non?
2. Dans quelle mesure les principales politiques et les programmes majeurs au Canada améliorent-ils la santé de la population?
3. Comment les rôles sociaux au travail, dans la famille et dans la collectivité influent-ils sur l'état de santé au cours d'une vie?
4. Quels sont les effets des facteurs généraux dans l'organisation sociale sur la santé de la population au Canada et dans d'autres pays riches?
5. D'une perspective mondiale, quelle est la relation du Canada et la santé de la population?

Plusieurs thèmes ont couvert les questions destinées à aborder les déterminants de la santé de plusieurs perspectives, incluant le sexe.

En juin 2001, le Conseil de l'ISPC a approuvé le financement du *Rapport de surveillance de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes*, qui aborde les thèmes et questions stratégiques. La recherche était financée par l'ISPC (125 000 \$) et Santé Canada (105 000 \$).

On a formé un comité directeur qui comprenait des partenaires canadiens de divers secteurs représentant l'Université de la Colombie-Britannique, l'Université de Toronto, l'Université de Montréal, l'Université Dalhousie, Santé Canada, Statistique Canada, le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé des femmes et l'Institut canadien d'information sur la santé.

Conformément au but et à l'étendue du rapport, on a choisi des auteurs expérimentés provenant de divers établissements d'enseignements et de différentes disciplines pour faire la recherche et rédiger les nombreux chapitres. On a encouragé les auteurs à se concentrer sur les aspects qui étaient intéressants du point de vue tenant compte des différences entre les sexes. Les chapitres ont été examinés par des réviseurs externes (voir Remerciements pour des détails sur le processus de révision), après quoi on a acheminé les observations et les suggestions aux auteurs et on leur a demandé de les inclure dans la mesure du possible. Les auteurs n'étaient pas appelés à inclure toutes les observations des réviseurs, mais ils devaient donner une justification de leurs décisions.

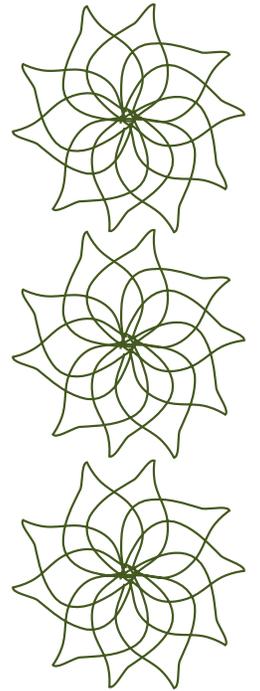
Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de l'Institut canadien d'information sur la santé ou de Santé Canada.

Le rapport est disponible en français et en anglais en tant que résumé (le présent document), incluant les résultats clés et les recommandations de chaque chapitre, et en tant que document technique complet. Il se trouve sur les sites Web de l'ISPC (www.icis.ca) et de Santé Canada (www.hc-sc.gc.ca).



Références

1. Advisory Committee on Women's Health Surveillance. *Women's Health Surveillance: A Plan of Action for Health Canada*. Ottawa: Health Canada, 1999.
2. Women's Health Bureau. *Provincial profile of women's health: a statistical overview of health indicators for women in British Columbia*. Ottawa: Health Canada, 2000..
3. Stewart D.E., Cheung A.M., Ferris L.E., Hyman I., Cohen M.M., and Williams J.I. Ontario Women's Health Status Report. Prepared for the Ontario Women's Health Council by The University Health Network Women's Health Program, The Centre for Research in Women's Health and The Institute for Clinical Evaluative Sciences. February 2002.
4. Colman R. *Women's health in Atlantic Canada: a statistical portrait*. Halifax: Maritime Centre of Excellence for Women's Health. Atlantic Region Fora on Women's Health and Wellbeing, 2000.
5. National Women's Law Centre, FOCUS on Health & Leadership for Women, Center for Clinical Epidemiology and Biostatistics, UoPSoM, the Lewin Group. *Making the grade on women's health: a national and state-by-state report card*. Washington D.C.: National Women's Law Center, 2000.
6. Phillips S. The social context of women's health: goals and objectives for medical education. *Can Med Assoc J* 1995;154(4):507-11.
7. Stewart DE, Rondon M, Damiani G, Honikman J. International psychosocial and systemic issues in women's mental health. *Arch Women's Mental Health* 2001;4:13-7.
8. Health Canada. *Health Canada's women's health strategy*. 1999. Cat: H21-138/1997. URL: <<http://www.hc-sc.gc.ca/pcb/whb>>.



Déterminants de la santé



CONTEXTE SOCIAL de la santé des femmes

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

Le présent chapitre établit un contexte pour le rapport en soulignant l'importance du sexe et les liens entre le sexe et la santé. Les façons dont nous comprenons la relation entre le sexe et la santé ont des incidences pour les stratégies de changement et l'élaboration des politiques, et servent 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.

Le chapitre commence en tenant compte de certaines 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 bien que le sexe puisse servir à dénoter la différence biologique entre les femmes et les hommes, il est une mesure imparfaite de la dimension sociale du sexe. Problématiquement, une telle mesure unique ne peut pas espérer enregistrer la complexité du sexe ou les façons dans lesquelles les relations entre les deux sexes changent au fil des ans et provoquent, voire exacerbent, des problèmes de santé.

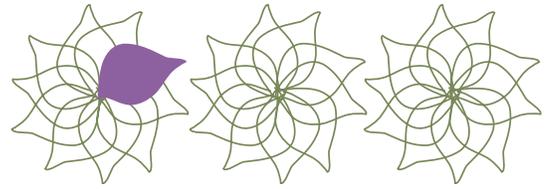
La discussion sur la santé met l'accent sur l'importance des analyses des déterminants sociaux de la santé. Ces derniers permettent de cibler les politiques vers les facteurs sociaux qui compromettent ou améliorent la santé. Dans ce contexte, ils peuvent orienter la surveillance de la santé, même si plusieurs des causes de la mauvaise santé résident en dehors du secteur des soins de santé et de la sphère de la médecine. Cette discussion mène à la prise en considération de deux questions globales : i) Que savons-nous des déterminants sociaux de la santé des femmes et des hommes? 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?

Les ouvrages sur les déterminants sociaux de la santé montrent l'importance d'aborder les sources sociales et économiques de la mauvaise santé à l'échelle nationale, provinciale, territoriale et communautaire; Ce point de mire pourrait prévenir plus de décès et de maladies chroniques que n'importe quelle autre intervention en soins de santé. La pauvreté, l'exclusion sociale, le chômage, les conditions d'emploi médiocres et les inégalités entre les deux sexes ont une profonde influence sur les caractéristiques de la santé et des maladies. Les politiques en soins de santé sont très importantes, mais elles ne constituent qu'un seul élément de la réponse politique publique nécessaire. D'autant plus que la recherche qui prête attention à la structuration sociale de la santé des femmes peut contribuer aux connaissances pertinentes à ce vaste réseau des secteurs politiques.

Les études sur les différences dans la santé entre les deux sexes suggèrent le besoin de comprendre les relations changeantes entre les deux sexes, les différences dans le pouvoir et l'accès aux ressources et le changement des attentes face aux rôles et aux comportements appropriés des deux sexes. Certains marqueurs matériels de changement peuvent servir dans la surveillance de la santé. En comprenant parfaitement comment le sexe façonne la vie quotidienne des gens, on peut améliorer et élargir ces mesures.

En conclusion, on met l'accent sur les incidences politiques de ces discussions, et on suggère des directives pour la recherche à venir. En repérant les façons dont les expériences des femmes et des hommes sont reflétées sur leur constitution biologique, les sciences sociales et biologiques doivent collaborer pour montrer comment la vie des femmes et des hommes aide à créer ou à exacerber les problèmes de santé. Cette collaboration donnerait en retour des politiques concernant les différences entre les sexes et les inégalités socio-économiques et contribuerait à d'autres interventions curatives ou d'adaptation.

[Télécharger le chapitre](#)



RÔLES MULTIPLES

et santé mentale des femmes au Canada

Heather Maclean, Ed.D., Keva Glynn, M.Sc.S., Donna Ansara, M.Sc., aspirante au doctorat
(Centre for Research in Women's Health)

Question relative à la santé

Ce chapitre pousse plus loin les analyses précédentes sur les effets modérateurs des différentes combinaisons de rôles sur la santé mentale des femmes et situe cette analyse dans un contexte social. On évalue la relation entre les facteurs socio-économiques et la santé mentale des femmes par rapport à différentes combinaisons de rôles des femmes : (i) mères seules, avec et sans emploi; (ii) mères vivant en couple, avec et sans emploi; (iii) femmes sans enfants, seules et vivant en couple; (iv) femmes sans enfants, avec et sans emploi. Une nouvelle analyse qui utilise les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994–1995 et 1998–1999 examine l'association entre les différentes combinaisons de rôles et le statut socio-économique, et les différences dans les niveaux de stress, de détresse et de stress chronique chez les femmes selon les diverses combinaisons de rôles.

Résultats clés

- Si l'on ne tient pas compte de l'emploi des femmes, les mères seules sont nettement plus susceptibles que les mères vivant en couple d'être pauvres et de connaître des difficultés financières et une insécurité alimentaire. De plus, qu'elles soient avec ou sans emploi, elles sont considérablement plus susceptibles de déclarer un niveau élevé de stress personnel et chronique. Bien que l'emploi ait un effet considérable sur les niveaux de stress et de détresse chez les mères seules, il ne semble pas avoir un grand effet sur les niveaux de détresse et de stress chronique chez les femmes vivant en couple.
- Les femmes célibataires sans emploi étaient deux fois plus susceptibles que tous les autres groupes de femmes de déclarer souffrir de détresse profonde. Parmi tous les groupes, les mères célibataires, peu importe leur statut d'emploi, étaient les plus susceptibles de souffrir de détresse personnelle intense et d'avoir l'impression d'être accablées, comparativement aux mères en couple.
- Enfin, les femmes célibataires ou vivant en couple avec des enfants couraient plus de risques de stress personnel que les femmes sans enfants. Cet effet est plus prononcé dans la comparaison des femmes célibataires avec et sans enfants que les femmes vivant en couple avec ou sans enfants.

Les résultats montrent clairement que les niveaux de détresse, de stress et de stress chronique des mères, sans égard à l'emploi ni à la situation familiale, sont élevés, particulièrement chez les mères seules sans emploi. En incluant le contexte de la vie (stress chronique) dans l'évaluation du stress personnel, on obtient des déclarations de stress plus élevées chez les quatre groupes. L'influence négative évidente du contexte social plus large sur la santé mentale des femmes montre le besoin de faire plus d'études sur les conditions sociales et environnementales qui influencent les expériences des femmes avec divers rôles. Particulièrement, en raison des résultats perturbateurs concernant la santé mentale des mères seules qui n'ont pas d'emploi, il faut porter plus d'attention aux facteurs législatifs, sociaux et environnementaux qui contribuent à leur mauvais état de santé mentale.



Lacunes et recommandations

Collecte des données

Les auteures ont identifié les lacunes suivantes :

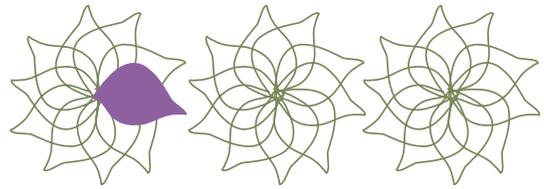
- Il faut recueillir des données plus détaillées sur les caractéristiques des environnements de travail des femmes et leurs responsabilités en matière de prestation de soins.
- Les prochaines enquêtes pancanadiennes devraient étendre les questions relatives à la composition des ménages pour inclure les ménages intergénérationnels, les ménages dirigés par des couples du même sexe et les arrangements entre plusieurs familles.
- On a besoin de plus de données sur la qualité des rôles ménagers des femmes.
- On a besoin de plus de données dissociées sur les antécédents ethniques et raciaux des femmes.

Recommandations politiques

Les auteures ont fait les recommandations suivantes :

- Il faut élaborer des politiques en matière de population active et des politiques qui soutiennent la vie de famille. Ces politiques devraient reconnaître la participation des femmes à la population active et leur travail à la maison en tant que gardiennes non rémunérées.
- Il faut augmenter les subventions pour les gardes d'enfants et les subventions économiques mises à la disposition des mères seules.
- Il faut mettre au point des stratégies d'emploi pour les mères seules.
- Il faut mettre au point des programmes éducatifs pour améliorer la vision qu'ont les professionnels de la santé mentale des conséquences des multiples rôles des femmes sur leur santé mentale.

Télécharger le chapitre



PRATIQUES PERSONNELLES DE SANTÉ

Heather Maclean, Ed.D., Keva Glynn, M.Sc.S. (Centre for Research in Women's Health), Zhenyuan Cao, M.Sc. (Santé Canada), Donna Ansara, M.Sc. (Centre for Research in Women's Health)

Question relative à la santé

Ce chapitre présente une interprétation détaillée du contexte social des pratiques personnelles de santé des femmes et de la santé auto-évaluée. Il commence par une étude des ouvrages et fournit une nouvelle analyse des tendances dans la relation entre les facteurs socio-démographiques, les pratiques de santé et les auto-évaluations de la santé des femmes au Canada, selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000–2001.

Résultats clés

Les femmes dans l'Ouest canadien, comparativement à celles en Ontario, sont plus susceptibles de s'adonner à plusieurs pratiques de promotion pour la santé (p. ex. activité physique; consultation d'un autre dispensateur de soins de santé; entreprise des démarches pour améliorer la santé; consommation de plus de cinq portions de fruits et de légumes par jour), alors que les femmes au Québec sont les moins susceptibles de le faire. À l'opposé, les femmes en Ontario sont plus susceptibles que celles de toutes les autres régions de s'adonner à des pratiques de santé risquées (p. ex. inactivité physique; tabagisme; utilisation d'analgésiques; consommation occasionnelle excessive d'alcool; consommation de moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour).

Les femmes au revenu élevé sont plus susceptibles que celles au revenu inférieur de s'adonner à des pratiques de promotion de la santé et moins susceptibles de s'adonner à des pratiques de santé risquées. De plus, Les femmes plus aisées sont presque deux fois plus susceptibles que celles au faible revenu de déclarer une très bonne ou une excellente santé. Conformément à la documentation, les femmes au niveau d'études élevé sont plus susceptibles que les femmes au niveau d'études moins élevé de s'adonner à des pratiques de promotion pour la santé et moins susceptibles de prendre part à des pratiques risquées. De plus, les femmes au niveau d'études élevé sont presque deux fois plus susceptibles que les femmes au niveau d'études moins élevé de déclarer une très bonne ou une excellente santé.

Les femmes entre 20 et 44 ans déclarent les pires pratiques de santé, malgré les résultats selon lesquels elles sont plus susceptibles que les femmes plus âgées de déclarer une très bonne ou une excellente santé. Les femmes mariées sont moins susceptibles que les femmes célibataires de déclarer de multiples pratiques à risque, mais il n'existe pas de différence dans la déclaration de multiples pratiques de promotion pour la santé entre ces deux groupes de femmes. Les femmes mariées sont également légèrement plus susceptibles que les femmes célibataires de déclarer un très bonne ou une excellente santé. Les immigrantes sont également moins susceptibles que les femmes nées au Canada de s'adonner à de multiples pratiques de promotion pour la santé et à des pratiques à risque pour la santé. Ce résultat apparemment contradictoire est attribué, selon toute vraisemblance, aux types de variables compris dans les indices des multiples pratiques de promotion et de risques pour la santé.



Lacunes et recommandations

Cette étude souligne les sous-groupes de femmes qui affichent particulièrement de mauvaises pratiques de santé, notamment les femmes plus jeunes (entre 20 et 44 ans), au faible revenu, au niveau d'études inférieur, vivant dans le Nord et dans les Maritimes et, d'une façon moins considérable, les femmes célibataires. Elle souligne également les écarts entre les pratiques de santé des femmes et leur auto-évaluation de la santé, particulièrement les femmes plus jeunes entre 20 et 44 ans.

Ci-dessous, les auteures ont fait les recommandations à prendre en considération pour les politiques et la programmation à venir :

- Il faut mettre au point des indicateurs plus sensibles afin d'enregistrer d'autres influences potentielles sur la santé des femmes. En mettant au point des indices pour mesurer les effets des influences plus globales sur la santé, telles que la participation des femmes à la politique, l'autonomie économique, l'emploi et les gains et les droits de procréation, on fournira une importante information sur la santé des femmes.
- Il faut développer les outils et les ressources pour rassembler plus de données sur les facteurs qui vont au-delà des caractéristiques socio-démographiques conventionnelles qui peuvent influencer sur les pratiques de santé des femmes et les perceptions de celle-ci. Il faut prêter plus d'attention aux différences dans les pratiques de santé et la santé auto-évaluée par rapport au lieu géographique, à l'âge, au niveau d'études et au statut familial.
- Il faut soulever le manque d'information sur les pratiques de santé des femmes vivant en milieu rural, particulièrement au Nunavut, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. En raison des résultats de cette étude qui montrent la forte association entre le revenu, le niveau d'études et l'emploi d'un côté, et les pires pratiques de santé et la santé auto-évaluée de l'autre, il y a besoin urgent d'avoir plus de données sur les femmes vivant en milieu rural au Canada, particulièrement dans le Nord du pays.

Télécharger le chapitre



POIDS CORPOREL ET IMAGE DU CORPS

Marion P. Olmsted, Ph.D., Traci McFarlane, Ph.D. (Toronto General Hospital)

Question relative à la santé

Le poids corporel est d'une importance physique et psychologique pour les femmes canadiennes. Il est associé à l'état de santé, l'activité physique, l'image du corps et l'auto-évaluation. Bien que les problèmes associés au surpoids et à l'obésité soient sérieux, l'insuffisance pondérale comporte également ses propres risques. On a caractérisé graphiquement la relation entre l'indice de masse corporelle (IMC) et le risque de décès en une fonction en forme de « U » pour les femmes et les hommes, avec un risque de décès qui augmente lorsque l'IMC est inférieur à 23 ou supérieur à 28. Le préjudice à l'égard du poids, l'industrie diététique et la pression pour avoir un corps au poids acceptable amplifient les préoccupations des femmes canadiennes à l'égard de l'image du corps et ont des répercussions négatives majeures sur leur estime de soi.

Résultats clés

L'analyse des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) montre qu'en moyenne, les femmes ont un IMC inférieur à celui des hommes, une incidence inférieure du surpoids et une incidence supérieure de l'insuffisance pondérale. Pourtant, ce sont les femmes qui ne sont pas satisfaites de leur corps, quel que soit leur poids. Par exemple, les femmes aux IMC entre 20 et 22 (au-dessous de la moyenne mais acceptable) ont déclaré que leur poids serait idéal si elles pesaient trois kilos de moins en moyenne, alors que les hommes au même IMC ont estimé que leur poids serait idéal s'ils pesaient presque sept kilos de plus que leur poids réel.

Selon l'indice de l'activité physique de l'ENSP, 59,5 % des femmes sont inactives, par rapport à 57,6 % des hommes; 17,0 % des femmes et 20,0 % des hommes sont classés dans la catégorie des personnes actives. Les femmes avec un IMC de 27 ou plus sont plus susceptibles d'être inactives que les femmes aux IMC inférieurs. Les données montrent que les femmes semblent conscientes des avantages de l'exercice sur la santé, qu'elles considèrent comme étant la priorité une pour améliorer la santé dans toutes les catégories de l'IMC. Hélas, il y a une lacune entre les connaissances et la pratique. Lorsqu'on leur demande ce qui les empêche d'avoir une meilleure santé, 39,7 % des femmes ont blâmé le manque de temps et 39,2 % le manque de volonté. La dernière raison est problématique : la déclaration du manque de temps en tant qu'obstacle à la bonne santé implique la reproche de soi ainsi que la défaite de soi et ne fournit pas un moyen clair pour changer la situation. On a suggéré le surpoids, le fait d'avoir un enfant et la prise en charge des soins à domicile comme étant des obstacles à la bonne forme des femmes.



Lacunes et recommandations

Les auteures ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous:

- Le préjudice à l'égard du poids doit être inacceptable.
- Il faudrait encourager l'image positive de son corps et valoriser la diversité, tout comme l'approche entreprise pour promouvoir le multiculturalisme.
- Il faut reconnaître que le dénigrement de l'image du corps, le régime alimentaire chronique et l'exercice pour améliorer la silhouette sont des formes d'oppression des femmes. Les politiques devraient encourager tous les Canadiens à être fiers de développer un mode de vie sain tout en visant une alimentation et une activité saines tous les jours.
- Il faudrait encourager les activités physiques qui impliquent les mères avec leurs familles en tant qu'une méthode pour aborder les demandes concurrentielles et le délai limité.
- Il faudrait subventionner la recherche qui élucidera les méthodes les plus efficaces pour pousser les femmes à devenir actives et à le rester sans viser le contrôle du poids ou l'apparence.

Télécharger le chapitre



L'EXERCICE PHYSIQUE ET L'OBÉSITÉ

Shirley Bryan, M.Kin., Peter Walsh, M.Sc. (Santé Canada)

Question relative à la santé

On a reconnu le surpoids et l'obésité comme étant un problème majeur de santé publique, non seulement au Canada mais partout dans le monde. Le manque d'exercice physique, à cause de son incidence sur le bilan énergétique, s'est avéré un important facteur de risque modifiable de l'obésité. L'exercice physique et l'obésité sont également d'importants facteurs de risque indépendants pour le développement de plusieurs maladies chroniques qui touchent les femmes et mettent un fardeau substantiel sur le système de soins de santé. Malgré ces connaissances, la prévalence de l'obésité ne cesse d'augmenter chez les femmes dont seulement une petite portion est assez active pour profiter des avantages d'une bonne santé.

Ce chapitre vise à donner un aperçu de l'état actuel de l'exercice physique et du surpoids/obésité chez les femmes canadiennes, et examine brièvement les avantages de l'exercice physique régulier sur la santé. On prête attention aux facteurs individuels et systémiques qui déterminent l'adoption des femmes de l'exercice physique régulier au cours de leur vie. Le chapitre fournit également un résumé des recommandations canadiennes actuelles en matière d'exercice physique ainsi que les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé pour prévenir l'obésité au moyen de l'exercice physique régulier. Une interprétation détaillée de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000–2001 donne les taux de prévalence de l'inactivité physique, du surpoids et de l'obésité en fonction du sexe, du statut socio-économique, du niveau d'études et de la race. On présente une analyse des tendances en fonction de la disponibilité des données.

Résultats clés

- En combinant tous les groupes d'âges, plus de femmes (57 %) que d'hommes (50 %) ne font pas d'exercice physique (dépensant < 1,5 kilocalorie par kg par jour). L'écart entre les deux sexes est plus grand chez les groupes d'âges les plus jeunes et les plus âgés.
- L'inactivité physique augmente avec le faible revenu et niveau d'études, une association qui est plus forte chez les femmes que chez les hommes.
- L'inactivité physique varie selon l'origine ethnique. Les femmes de race noire et de l'Asie du Sud sont les moins actives (76 % et 73 % respectivement).
- Entre 1985 et 2000–2001, la prévalence du surpoids (IMC 25,0–29,9 kg/m²) a augmenté de 19 % à 26 % chez les femmes. Elle a aussi augmenté chez les hommes pendant cette période, quoiqu'elle ait affiché une légère baisse au cours des cinq dernières années (de 44 % en 1994–1995 à 40 % en 2000–2001).



- Entre 1985 et 2000–2001, la prévalence de l'obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) a augmenté de façon constante chez les femmes (de 7 % à 14 %) et les hommes (de 6 % à 16 %).
- La prévalence de l'obésité chez les femmes augmente avec l'âge, atteint un niveau maximum entre 55 et 59 ans, puis baisse après de façon constante. Ce même phénomène caractérise les hommes, qui atteignent un niveau maximum de l'obésité dans le groupe d'âge 50 à 54 ans.
- L'obésité est plus prévalente chez les femmes au revenu faible ou moyen-inférieur, l'inverse des hommes.
- L'obésité est plus prévalente chez les femmes (28 %) et les hommes autochtones (22 %).

Lacunes et recommandations

Les auteurs ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous:

- Des lacunes en information entourent les déterminants socio-culturels et écologiques de l'activité physique chez les filles et les femmes de divers milieux culturels au cours de leur vie.
- Les connaissances actuelles sur la relation entre l'activité physique, l'obésité et les maladies chroniques proviennent d'études réalisées sur des hommes principalement de race blanche. On a besoin de plus de recherches pour comprendre ces relations chez les femmes et les populations minoritaires.
- On manque de données et de connaissances sur les coûts indirects des soins de santé engendrés par l'inactivité physique et l'obésité.
- Nous avons besoin d'interventions politiques multisectorielles (p. ex. santé, études, aménagement urbain, loisirs, industrie, transports) pour agir dans le but de réduire les grands obstacles systémiques à l'activité physique et au poids-santé chez les femmes.
- Nous avons besoin d'approches intégrées qui utilisent le changement du comportement comme modèle des changements dans le mode de vie, lorsque nous abordons les questions relatives aux environnements auxiliaires pour les femmes dans diverses phases de la vie.
- Il faudrait mettre au point des interventions ciblées pour diminuer les obstacles uniques aux Canadiens marginalisés (p. ex. les femmes, les groupes à faible revenu, les Autochtones, les aînés et d'autres populations particulières).
- Il faut reconnaître l'importance des déterminants psychologiques de l'inactivité physique et du surpoids ou de l'obésité, et mettre au point des stratégies pour aider les femmes à les surmonter.

[Télécharger le chapitre](#)



DIFFÉRENCES ENTRE LES SEXES DANS LE TABAGISME

et les indicateurs auto-déclarés de la santé

Susan Kirkland, Ph.D. (Dalhousie University), Lorraine Greaves, Ph.D. (Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique), Pratima Devichand, M.Sc. (Dalhousie University)

Question relative à la santé

Le tabagisme chez les femmes canadiennes est un sérieux problème de santé publique. Bien qu'historiquement les hommes aient fumé plus que les femmes, le déclin dans la prévalence du tabagisme chez les hommes a été beaucoup plus prononcé au cours des quelques dernières décennies : de 61 % à 25 % chez les hommes de 1965 à 2001, par rapport à une réduction de 38 % à 21 % chez les femmes au cours de la même période. Les variations marquées dans les taux et les tendances du tabagisme sont évidentes chez des sous-populations particulières de femmes au Canada. Les Francophones et les Autochtones affichent le taux de tabagisme le plus élevé au Canada. Pour la première fois, le taux d'usage du tabac chez les adolescentes a dépassé le taux d'usage du tabac chez les adolescents. Le cancer, les cardiopathies et les maladies cérébrovasculaires sont des risques pour la santé associés au tabagisme, et on estime à 21 % la proportion de décès à la suite de ces conditions attribuées à l'usage du tabac. D'autres effets indésirables comprennent les maladies du système respiratoire et de l'appareil reproducteur, le cancer du col de l'utérus et du sein et l'ostéoporose. On a rarement mis l'accent sur les indicateurs de la santé qui reflètent des résultats cliniques intermédiaires à la suite du tabagisme, tels que la restriction des activités ou l'utilisation des services de santé. Une analyse de l'usage du tabac et ses conséquences dans le contexte des facteurs sociaux, politiques et économiques peut illuminer ses conséquences différentielles sur la vie des sous-groupes de femmes et d'hommes.



Résultats clés

Une analyse des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998–1999 a révélé que 26,4 % des Canadiennes et 29,2 % des Canadiens étaient dans la catégorie des fumeurs actuels. Chez les groupes au plus faible revenu, 33,7 % des femmes et 44,5 % des hommes étaient des fumeurs actuels, alors que chez le groupe au revenu le plus élevé, 21,2 % des femmes et 22,1 % des hommes étaient des fumeurs. L'âge, la situation familiale, l'origine ethnique, le niveau scolaire et le revenu ont contribué indépendamment à une association avec le tabagisme actuel chez les femmes et les hommes. De façon intéressante, le type de ménage et le soutien social fonctionnel ont contribué à l'association avec l'usage actuel du tabac chez les femmes, mais pas chez les hommes. Les différences entre les femmes et les hommes dans ces facteurs peuvent refléter les différences dans les situations vécues et les systèmes de valeurs entre les sexes en matière de rôles sociaux et familiaux, d'emploi, et de prestation des soins. Toutefois, les associations indépendantes entre les facteurs socio-économiques et le tabagisme enregistrées chez les femmes et les hommes montrent bien leurs conséquences universelles. Les fumeuses, par rapport aux fumeurs, ont déclaré une plus grande restriction des activités, une moins bonne santé mentale et plus de problèmes chroniques pour la santé. En les comparant aux personnes qui n'ont jamais fumé, on a constaté des associations indépendantes entre le tabagisme actuel et une santé auto-évaluée mauvaise, une mauvaise santé mentale et une plus grande restriction des activités chez les femmes et les hommes.

Lacunes et recommandations

Les auteures ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous:

- Les questions clés concernant les femmes canadiennes comprennent une prévalence accrue du tabagisme parmi les jeunes filles et la forte association entre le tabagisme et le désavantage social et économique. La grande prévalence des résultats cliniques intermédiaires défavorables observés chez les fumeuses mérite une recherche plus poussée.
- Il faut réaliser des travaux complémentaires sur l'élaboration d'indicateurs socio-démographiques et socio-économiques de la santé bien construits, qui peuvent être automatiquement recueillis et analysés dans les enquêtes fondées sur la population. Par exemple, les données qui recueillent de façon adéquate la complexité des problèmes rencontrés par les femmes en matière de profession et d'emploi, telles que l'équilibre entre le travail rémunéré et non rémunéré et les rôles de soignante, sont susceptibles de contribuer à faire comprendre le tabagisme et les résultats cliniques y associés. Il est particulièrement important d'élaborer des programmes et des politiques qui ne servent pas à renforcer les inégalités existantes, mais à contribuer à leur diminution.

[Télécharger le chapitre](#)



LES FEMMES ET LES PROBLÈMES DE CONSOMMATION D'ALCOOL ET D'AUTRES DROGUES

Renee A. Cormier, Ph.D. (Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique), Colleen Anne Dell, Ph.D. (Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies), Nancy Poole, diplôme en sciences informatiques (Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique)

Question relative à la santé

Il existe des différences entre les femmes et les hommes dans la prévalence et les conséquences relatives à la consommation d'alcool et d'autres drogues sur la santé physique et mentale, les traumatismes, les obstacles au traitement et les services de réduction des préjudices et les conséquences de la consommation d'alcool et d'autres drogues sur la grossesse et le parentage. Les décideurs restent confrontés au défi de mettre au point et d'appliquer les réponses très larges, de collaboration et systémiques nécessaires pour aborder le problème de consommation d'alcool et d'autres drogues d'une façon qui lie la prévention, l'exécution, la réduction des préjudices et les stratégies de traitement. Malgré les défis globaux, les politiques et la programmation spécifiques au sexe peuvent avoir un avantage énorme sur la santé des femmes et leur famille. Pour explorer la question plus profondément, on a eu recours aux données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000–2001 et de l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et autres drogues (ECCAAD) de 1994.

Résultats clés

- Parmi les Canadiens de 12 ans et plus qui ont consommé de l'alcool au moins une fois au cours de l'année dernière, les hommes ont affiché une plus forte prévalence par rapport aux femmes, soit 80,5 % et 73,1 % respectivement.
- Selon les données de l'ECCAAD de 1994, les femmes ont rapporté une faible consommation de drogues illicites (p. ex. cannabis 5,1 %; LSD, métamphétamine ou héroïne 0,7 %; cocaïne 0,5 %).
- Bien que la consommation d'alcool et d'autres drogues soit inférieure chez les femmes, les conséquences sur la santé physique et mentale sont substantielles, et plus grandes dans quelques cas à celles enregistrées chez les hommes.
- Au cours de la dernière décennie, on a mis plus d'accent sur la consommation d'alcool et d'autres drogues durant la grossesse d'une femme et le risque du syndrome d'alcoolisme foetal. Toutefois, on ne connaît pas le seuil de la quantité d'alcool qu'on peut consommer sans danger au cours de la grossesse, ni l'incidence du syndrome d'alcoolisme foetal, des anomalies congénitales associées et des troubles développementaux, des renseignements qui peuvent orienter les initiatives de prévention. Quatorze pour cent de toutes les femmes qui ont indiqué avoir consommé de l'alcool au cours de leur vie ont également déclaré en avoir consommé au cours de leur dernière grossesse, dont 75,4 % ont bu moins de une fois par mois.



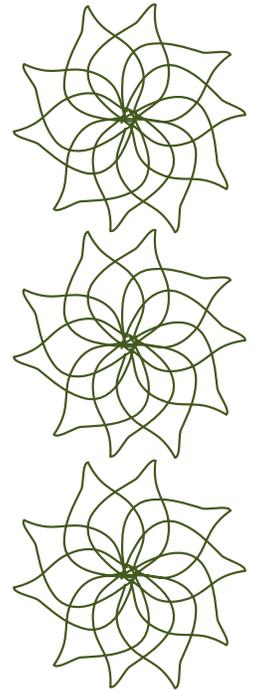
- Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'utiliser des médicaments psychotropes prescrits de toutes catégories (p. ex. analgésiques, 24 % par rapport à 20 %; somnifères, 1,7 % par rapport à 1,2 %; tranquillisants, 1,1 % par rapport à 0,8 %), et la plupart de ces catégories de médicaments ont un potentiel accoutumant et des conséquences négatives à long terme sur la santé.
- La recherche et les données recueillies des centres canadiens de traitement montrent des taux élevés de victimisation chez les femmes qui consomment de l'alcool ou d'autres drogues, une situation liée à leur santé mentale et à la consommation de l'alcool et d'autres drogues.

Lacunes et recommandations

Les auteures ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous:

- Les données sur les taux de prévalence, de morbidité et de mortalité sur la consommation d'alcool et d'autres drogues licites et illicites chez les femmes ne sont pas adéquates.
- On a besoin de plus de renseignements sur la quantité d'alcool et d'autres drogues consommée au cours de la grossesse et l'incidence du syndrome d'alcoolisme fœtal, des anomalies congénitales connexes et des troubles développementaux afin d'orienter les initiatives de prévention. On a besoin de mettre au point un mécanisme de saisie des données qui évalue les interventions en matière de consommation d'alcool et d'autres drogues (incluant les interventions spécifiques aux femmes à divers niveaux de soins).
- Il faut soulever les lacunes en connaissances sur le niveau, le type et les conséquences de la consommation d'alcool et d'autres drogues et la pertinence des programmes pour atteindre les sous-groupes de femmes vulnérables (p. ex. les femmes autochtones, défavorisées, sans-abri, lesbiennes et vivant en milieu rural).
- On a un besoin crucial de données sur les différences entre les sexes dans la consommation de drogues illicites et sur le besoin potentiel en politiques et programmation orientées vers la réduction des préjudices et leur incidence.
- On a besoin de données sur les conséquences des obstacles au traitement. Il faut que les femmes au Canada aient davantage accès à la programmation thérapeutique qui aborde les différences entre les sexes en matière de toxicomanie, particulièrement la programmation accessible et utile aux mères.
- Il faut procéder à une surveillance régulière sous forme d'une enquête nationale d'incidence et de prévalence. Il faut appuyer les systèmes de surveillance de la consommation d'alcool et d'autres drogues, entre autres le Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies.
- Il est nécessaire que les chercheurs aient accès aux systèmes nationaux pour recueillir et déclarer l'information sur les hospitalisations; il faut soulever tous les aspects de la normalisation de la collecte des données sur la consommation d'alcool et d'autres drogues, comme il faudrait inclure les rapports sur l'hépatite C en plus du VIH/SIDA.
- On a besoin de méthodes viables et sensibles pour appliquer un dépistage qui peut être réalisé par un grand éventail de professionnels en mesure de diriger les femmes toxicomanes vers les traitements et d'autres ressources.
- On recommande l'amélioration des liaisons (et dans quelques cas l'intégration des programmes) entre le traitement de la santé mentale, le traitement de l'abus d'alcool et d'autres drogues et la programmation pour les femmes victimes d'un traumatisme ou de violence, afin de soulever les fortes connexions entre ces trois sérieux problèmes de santé qui touchent les femmes.

[Télécharger le chapitre](#)



État de santé des femmes canadiennes



MORTALITÉ

espérance de vie et de santé des femmes canadiennes

Marie DesMeules, M.Sc. (Santé Canada), Douglas Manuel (University of Toronto), Robert Cho (Santé Canada)

Question relative à la santé

La mortalité et l'espérance de vie sont des indicateurs bien établis et communément utilisés pour la santé de la population, dans lesquels on a observé d'importantes caractéristiques selon le sexe et au fil des ans. Pendant plusieurs décennies, l'espérance de vie des Canadiens à la naissance, estimé à 76 ans pour les hommes et 81 ans pour les femmes, a constamment classé le Canada parmi les 10 premiers pays de l'OCDE. On sait indéniablement que dans l'ensemble, la mortalité a diminué globalement au cours du dernier siècle chez les deux sexes et les différences entre eux se sont rétrécies au cours des quelques dernières décennies. On sait également que les femmes ont un avantage, bien que moins prononcé, dans l'espérance de vie ajustée selon l'état de santé. Cet indicateur de la santé de la population a gagné sa place au cours des dernières années. Bien que ces indicateurs aient été bien décrits chez la population canadienne, il manque de l'information sur les facteurs qui contribuent à cet écart entre les deux sexes et sur la manière avec laquelle les déterminants pertinents au sexe influent sur l'espérance de vie des sous-groupes de Canadiennes. Ce chapitre explore de telles questions et examine les décès évitables et les différences biologiques entre les deux sexes dans la mortalité, l'espérance de vie ainsi que l'espérance de vie ajustée selon l'état de santé (au moyen de la Base de données canadienne sur la mortalité, 1959–1999 et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001).

Résultats clés

- Les principales causes de décès chez les femmes et les hommes sont similaires et comprennent la coronaropathie, le cancer et les maladies pulmonaires chroniques. Toutefois, la répartition des années potentielles de vies perdues (APVP) selon la cause varie selon le sexe. Chez les femmes, un plus grand nombre d'APVP est attribué au cancer alors que chez les hommes, un plus grand nombre d'APVP est attribué aux accidents.
- En 1997–1999, les taux de mortalité rajustés selon l'âge et les espérances de vie, calculés en incluant et en excluant les causes de décès évitables par la prévention primaire (« décès externes », p.ex. à la suite du tabagisme, de blessures, du VIH/SIDA) ou l'intervention médicale (p. ex. asthme, hypertension) ont révélé que dans l'ensemble, les causes de décès externes représentaient environ 19 % des décès chez les femmes et 35 % chez les hommes. La mortalité à la suite de conditions pouvant faire l'objet d'une intervention médicale représentait 25 % et 23 % de tous les décès parmi les femmes et les hommes.



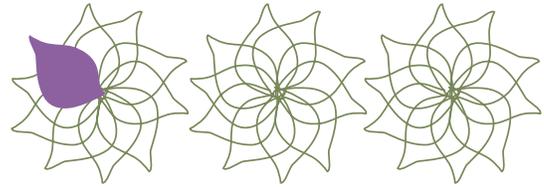
- Les décès associés au tabagisme contribuent majoritairement à l'écart entre les espérances de vie entre les hommes et les femmes. Si tous les Canadiens étaient des non-fumeurs, l'espérance de vie à la naissance serait d'environ 83,3 ans chez les femmes et 79,9 ans chez les hommes. En éliminant toutes les causes externes, l'écart entre les sexes dans l'espérance de vie est considérablement réduit à un âge estimé à 84,9 ans chez les femmes et 82,7 ans chez les hommes, ce qui indique que les femmes ne semblent pas bénéficier d'un grand avantage biologique, toutefois elles courent moins de risques de décéder à la suite de causes évitables.
- L'espérance de vie ajustée selon l'état de santé (EVAES) était de 70,0 ans chez les femmes et 66,7 ans chez les hommes. On a observé une réduction similaire dans la différence entre les deux sexes lorsqu'on a exclu les mêmes causes extérieures de l'EVAES. En raison de la prévalence plus élevée de plusieurs conditions causant l'invalidité chez les femmes, comme l'arthrite, ces résultats soulignent les vulnérabilités uniques des femmes en matière de santé.
- On a examiné l'importance relative des causes des décès selon le sexe (p. ex. le cancer de la prostate et des testicules, la grossesse et ses complications, le cancer du sein). C'est chez les femmes qu'on a observé un plus grand fardeau de décès en raison de ces causes selon le sexe (en 1997–1999, les taux de mortalité annuels rajustés selon l'âge étaient de 40,55 par 100 000 chez les femmes et 29,15 par 100 000 par année chez les hommes).
- L'analyse de l'information sur la province et le secteur rural ou urbain de résidence a montré des taux de mortalité nettement plus élevés chez les femmes vivant en milieu rural que les femmes vivant en milieu urbain (au cours de la dernière décennie, au moins 20 % de plus de femmes entre 20 et 64 ans vivant en milieu rural). Les décès à la suite d'accidents et les maladies chroniques ont contribué de façon considérable à ce gradient rural et urbain.

Lacunes et recommandations

Les auteurs ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous :

- L'information sur la mortalité et l'espérance de vie selon des variables telles que le statut socio-économique et les rôles des femmes est actuellement limitée au Canada. De nouvelles études sur ces variables seront facilitées de façon considérable grâce à des liaisons nationales des données sur le recensement et la mortalité, et donneront de meilleures occasions pour faire des analyses entre les deux sexes dans ce secteur.
- On améliorera les connaissances des caractéristiques uniques de la mortalité par sous-groupe de femmes au moyen d'un nombre d'initiatives nationales en cours dans le secteur de la santé des immigrants et en milieu rural.
- Avec les profils changeants des décès évitables (p. ex. associés au tabagisme), les prévisions des taux d'espérance de vie et de mortalité seraient très utiles pour planifier les interventions selon le sexe et réduire les écarts entre les hommes et les femmes.
- Une analyse plus exhaustive du fardeau total des causes de décès évitables (p. ex. cancer du sein, maladie cardiaque, tabagisme) chez les femmes et les hommes ainsi que les sous-groupes donnerait un aperçu pour élaborer des politiques visant les populations plus vulnérables.

Télécharger le chapitre



MORBIDITÉ

et invalidité chez les femmes canadiennes

Marie DesMeules, M.Sc. (Santé Canada), Linda Turner, Ph.D. (ICIS), Robert Cho (Santé Canada)

Question relative à la santé

La morbidité globale est communément définie comme « état de santé global au départ ». Bien que ce concept soit relativement étroit dans le contexte d'un vaste cadre d'évaluation de la santé de la population, il constitue néanmoins une composante essentielle à étudier lorsque l'on décrit la santé d'une population.

Les femmes ont une espérance de vie plus longue que celle des hommes (tel décrit dans le chapitre Mortalité est espérance de vie des femmes canadiennes), mais elles ne semblent pas avoir un avantage similaire lorsque la morbidité est définie de diverses façons (p. ex. les taux d'hospitalisation, la prévalence des conditions chroniques ou l'invalidité). Les données canadiennes tirées des enquêtes sur la santé et des bases de données sur la morbidité hospitalière appuient ces résultats. Il n'y a pas une seule explication qui justifie pleinement ces divergences entre les deux sexes qui devraient plutôt être examinées dans le contexte des déterminants biologiques et médicaux, sociaux, économiques et environnementaux.

Ce chapitre vise à donner un plus ample aperçu des cas de morbidité globale des femmes canadiennes. La Base de données sur la morbidité hospitalière (2000–2001) et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000) ont servi à examiner la morbidité hospitalière, la prévalence des conditions chroniques et l'invalidité. On compare les femmes et les hommes, ainsi que les sous-groupes de femmes et on identifie les déterminants clés de la morbidité.

Résultats clés

- Bien que l'ensemble des taux d'hospitalisation ajustés selon la cause et l'âge aient diminué au cours des dernières années, ils ont été constamment plus élevés chez les femmes que chez les hommes d'environ 20 %. La durée moyenne du séjour dans les établissements de soins de courte durée était comparable chez les femmes et les hommes.
- Les causes d'hospitalisation les plus communes des femmes sont la grossesse et les accouchements (plus de 50 % de toutes les hospitalisations des femmes entre 20 et 44 ans), les maladies du système circulatoire et les troubles digestifs. Les femmes sont plus souvent hospitalisées à la suite d'un cancer, de troubles mentaux et de maladies musculo-squelettiques, alors que les hommes sont plus souvent hospitalisés à la suite de maladies des systèmes circulatoire et respiratoire et de blessures ou d'intoxication.
- Lorsqu'on a exclu les grossesses et les accouchements de toutes les hospitalisations, les taux de morbidité hospitalière chez les femmes étaient inférieurs à ceux des hommes. Lorsqu'on n'a exclu que les accouchements normaux (sans complications), les taux de morbidité hospitalière restaient plus élevés chez les femmes.



- Les femmes, comparativement aux hommes, ont enregistré des taux d'hospitalisation légèrement inférieurs (354 par rapport à 391 par 100 000 respectivement) pour des conditions propices aux soins ambulatoires (incluant l'asthme et d'autres conditions où la morbidité hospitalière peut être évitée au moyen de soins ambulatoires appropriés et d'une souscription aux soins autonomes), ce qui indique un taux d'utilisation éventuellement plus élevé des services de soins ambulatoires chez les femmes dans le cadre de ces conditions.
- L'invalidité à long terme déclarée est plus fréquente chez les femmes (22,6 %) que chez les hommes (19,6 %), soit un ratio femmes-hommes d'environ 1,15. Toutefois, ce taux était comparable chez celles et ceux qui se trouvaient dans des établissements de soins de longue durée. L'invalidité grave est plus répandue chez les femmes.
- La prévalence d'au moins une condition chronique déclarée est supérieure chez les femmes. Chose intéressante, cette prévalence élevée a été observée principalement dans la comorbidité (deux conditions ou plus); la prévalence d'une seule condition était comparable entre les femmes et les hommes.
- En ajustant selon l'âge, les conditions chroniques déclarées, le niveau d'études, le revenu du ménage et le tabagisme, la régression logistique multiple a montré que les femmes, comparativement aux hommes, ont un rapport de cotes de 1,07 (intervalle de confiance 1,03; 1,12) dans le cas de l'invalidité. Ces facteurs expliquent une grande partie des différences observées entre les deux sexes dans la prévalence de l'invalidité.
- Les femmes invalides sont moins susceptibles que les hommes de vivre en couple, ont un faible revenu, affichent de faibles taux d'emploi et bénéficient de moins de soutien social tangible (tous ces facteurs représentent des vulnérabilités en plus).

Lacunes et recommandations

Les auteurs ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous :

- Le taux globalement inférieur de la morbidité hospitalière chez les femmes indique que leur morbidité peut être moins aiguë, comme il se peut qu'elles fassent un plus grand usage des soins ambulatoires. Ce type d'analyse serait amélioré au moyen de plus d'examen du niveau « d'urgence » des soins et de la proportion de femmes hospitalisées pour des interventions non urgentes. L'information telle que la gravité de la maladie à la référence serait essentielle pour examiner les différences entre les deux sexes dans la morbidité. Il faudrait examiner de façon plus exhaustive les déterminants de la morbidité hospitalière plus élevée chez les femmes entre 20 et 44 ans.
- La capacité des comparaisons dans la morbidité entre les femmes et les hommes serait améliorée au fur et à mesure que des bases de données nationales plus exhaustives sont élaborées (entre autres, les données sur les soins aux malades chroniques et les soins de longue durée, ainsi que les registres sur les traumatismes).
- Les conséquences de l'invalidité sur la santé des femmes canadiennes sont substantielles. On a besoin d'études plus exhaustives des caractéristiques sociales et économiques des femmes atteintes d'invalidité (selon une comparaison entre les deux sexes) afin de mettre au point des interventions améliorées dans ce domaine. On facilitera également ces études grâce à la récente Enquête sur la participation et les limitations d'activités (2001). On a besoin de plus de recherches sur le rôle des facteurs modifiables (p. ex. l'accès à temps aux soins appropriés, les facteurs socio-économiques) et non modifiables (p. ex. le facteur biologique, la gravité de la maladie) dans le risque d'invalidité chez les femmes par rapport aux hommes.
- Les mesures d'invalidité disponibles actuellement (telles que l'indice de l'état de santé) s'appuient principalement sur le fonctionnement physique et sensoriel (tel que la marche, l'ouïe) et peuvent avoir des restrictions d'utilisation dans les analyses comparatives entre les deux sexes. On devrait explorer d'autres facteurs qui peuvent contribuer considérablement à l'invalidité des femmes (p. ex. la dépression, la fatigue intense et le stress chronique).

Télécharger le chapitre



CONSÉQUENCES DE LA RÉDUCTION DU TAUX DE FÉCONDITÉ

sur la santé des femmes

Jennifer Payne, M.Sc. (Santé Canada)

Question relative à la santé

Au cours des quatre dernières décennies, l'indice synthétique de fécondité (ISF ou le nombre d'enfants qu'une femme porte en moyenne) a diminué à l'échelle mondiale, particulièrement dans les pays développés comme le Canada. L'indice synthétique de fécondité a baissé au Canada d'environ 60 %, de 3,90 par femme en 1960 à 1,49 en 2000, au-dessous du seuil de renouvellement des générations de 2,1 enfants par femme. Il est clair que cette réduction a contribué à quelques améliorations remarquables dans la santé maternelle et de fécondité des femmes, entre autres les baisses considérables dans le taux de mortalité maternelle et d'autres complications de la grossesse.

Toutefois, il n'existe pas beaucoup de données sur les conséquences de la réduction des taux de fécondité, de la fécondité retardée et des naissances plus nombreuses données par des célibataires sur la santé des femmes. Ce chapitre présente de l'information sur les tendances de la fécondité à l'échelle nationale et internationale. On a utilisé les données de l'Enquête sociale générale, cycle 10 : La famille (1995) afin d'examiner i) la relation entre la taille de la famille et les déterminants spécifiques de la santé; ii) la répartition de la famille et des attitudes devant le travail selon l'âge et le niveau d'études; iii) la relation entre l'attitude et l'intention d'avoir un enfant ou plus à l'avenir. On a eu recours à la régression logistique selon le sexe pour étudier les relations multidimensionnelles dans i et iii.



Résultats clés

- Tandis que l'ISF a diminué au cours des 40 dernières années, le taux varie nettement selon le lieu géographique et le sous-groupe socio-démographique. Certaines de ces variations s'expliquent par les différences dans la répartition de la population.
- Les associations entre la taille de la famille et des déterminants choisis de la santé (situation familiale, niveau d'études, emploi, accession à la propriété et santé auto-évaluée) varient entre les deux sexes. Les femmes et les hommes qui ont des enfants sont plus susceptibles que ceux qui n'en ont pas de vivre une relation à long terme (mariage ou famille de fait). Une femme qui a un enfant est presque quatre fois plus susceptible qu'une femme sans enfant de vivre en couple, et une femme avec deux enfants est aussi susceptible de vivre en couple. Toutefois, un homme avec un enfant ou plus est plus de cinq fois plus susceptible qu'un homme sans enfants d'être marié sans égard à la taille de la famille.
- Les femmes avec deux enfants ou plus étaient considérablement plus susceptibles que les femmes sans enfants d'avoir un niveau d'études inférieur au secondaire, une association qui est similaire mais moins prononcée chez les hommes.
- On a observé une nette association entre les naissances et le chômage des femmes, qui se renforçait selon la taille de la famille. En ce qui concerne les hommes, on n'a observé une forte association avec le chômage que chez les familles nombreuses de cinq enfants et plus.
- L'accession à la propriété était directement associée au fait d'avoir des enfants (familles de toutes tailles) chez les hommes et seulement au fait d'avoir deux enfants ou plus chez les femmes. Il n'y avait pas de forte corrélation ni de lien logique entre le nombre d'enfants et l'état de santé ni chez les femmes ni chez les hommes.
- Les attitudes à l'égard de questions choisies relatives à la famille ou au travail étaient similaires chez les femmes et les hommes mais variaient selon le groupe d'âge et le niveau d'études. Chez les femmes, l'intention d'avoir un enfant ou plus à l'avenir s'associait avec l'âge, le niveau d'études, l'emploi, la croyance qu'un enfant est important pour être heureux et que ce qu'une femme veut réellement est un foyer avec des enfants. Chez les hommes, l'intention d'avoir un enfant s'associait avec l'âge, un niveau de scolarité supérieur au secondaire, le fait de ne pas travailler à temps plein, la croyance qu'un enfant est important pour être heureux et que ce qu'une femme veut réellement est un foyer avec des enfants.

Lacunes et recommandations

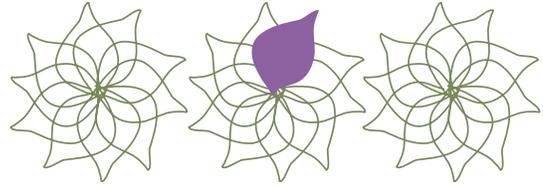
L'auteure a repéré les lacunes suivantes et a formulé les recommandations ci-dessous :

- On n'a pas de données sur les conséquences de la réduction des taux de fécondité sur la santé des femmes en général et sur la manière avec laquelle les rôles des femmes (parent, dispensatrice de soins, employée, etc.) se situent par rapport à leur décision d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants.
- On ne dispose pas de données qui nous seraient utiles pour examiner les résultats cliniques à long terme selon la parité et l'âge du premier enfant, ainsi que les variables socio-économiques et relatives au rôle.
- On recommande la collecte de plus de données sur les rôles individuels tels que la qualité des relations conjugales et les conditions de travail, afin de faciliter la recherche sur les deux sexes.
- La liaison longitudinale des données des enquêtes avec celles des résultats de la morbidité aiderait à comprendre davantage la parité et les résultats cliniques connexes.
- En raison des différents profils des femmes et des hommes avec enfants, on a besoin d'une recherche plus poussée afin de déterminer les politiques en santé qui peuvent mieux soutenir les femmes avec des enfants, particulièrement celles qui sont les plus vulnérables.

[Télécharger le chapitre](#)



Conditions liées à la santé



CANCER DU SEIN

chez les Canadiennes

Heather Bryant, M.D., Ph.D., FRCPC (University of Calgary)

Question relative à la santé

Bien que le cancer du poumon soit la cause principale de mortalité chez les femmes canadiennes, le cancer du sein est le cancer le plus envahissant chez les Canadiennes. On estime d'ailleurs qu'environ 5 400 femmes en sont mortes en 2003. Entre 1973 et 1998, le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer du sein a augmenté de 25 %, principalement au début de cette période; en 1998, le risque à vie d'un cancer du sein était d'environ un sur neuf. La raison de la hausse dans les taux n'est pas claire, bien qu'elle puisse être liée aux caractéristiques de reproduction. L'introduction de la mammographie à la fin des années 1980 et au début des années 1990 a probablement amélioré le processus de détection du cancer et ainsi, peut avoir contribué à l'augmentation de l'incidence. Toutefois, les taux d'incidence ont eu tendance à atteindre un palier depuis 1993, au cours d'une période où les programmes de dépistage devenaient établis.

Résultats clés

Les facteurs de risque pour le cancer du sein comprennent ce qui suit :

- Âge plus avancé;
- Pays de naissance en Amérique du Nord ou en Europe du Nord;
- Facteurs hormonaux : apparition précoce des premières règles et ménopause tardive, âge avancé au premier accouchement à terme;
- Risques familiaux : les femmes dont une proche n'a pas d'antécédents de cancer du sein ont une probabilité de 7,8 % de développer un cancer à 80 ans. Les femmes qui ont une proche avec des antécédents ont une probabilité de 13,3 %. Les femmes dont deux proches ont des antécédents de cancer du sein ont une probabilité de 21,1 %;
- Mutation des gènes BRCA-1 et BRCA-2 : environ 35 % des femmes avec un BRCA-1 défectueux et 50 % avec un BRCA-2 défectueux développeraient le cancer du sein à l'âge de 70 ans;
- Régime et obésité : l'obésité postménopausique augmente le risque dans une certaine mesure et l'alcool est suggéré comme étant un facteur de risque (selon les études cohortes, le risque augmente de 30 % chez les consommatrices d'alcool);
- Radiation : l'exposition à de hauts niveaux de radiation ionisante est un facteur de risque assez rare.



Les interventions comprennent ce qui suit :

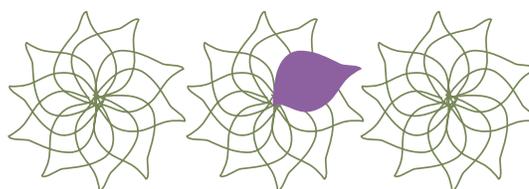
- Les femmes qui ont d'importants antécédents familiaux de cancers du sein (c'est-à-dire plus d'une proche atteinte) peuvent bénéficier de conseils génétiques et éventuellement d'un test génétique familial.
- Œstrogènes de confection (SERMs) : le tamoxifène s'est avéré un œstrogène qui réduit le taux de cancer du sein chez les femmes aux facteurs de risque importants, mais il augmente le risque du cancer de l'endomètre et la thrombose; des tests prometteurs sont en cours sur un autre SERM, le raloxifène.
- Mastectomie : la mastectomie prophylactique réduit d'environ 90 % le cancer du sein, mais les femmes doivent mesurer cet avantage potentiel avec les répercussions que peut avoir cette intervention sur elles.
- Dépistage : en général, les éléments de preuve font cas des avantages de la mammographie de routine chez les femmes de 50 ans et plus.

Lacunes et recommandations

L'auteure a repéré les lacunes suivantes et a formulé les recommandations ci-dessous:

- Les directives sont ambiguës dans plusieurs secteurs, notamment le dépistage. On doit mettre au point des moyens pour faire participer les femmes à un processus décisionnel avisé, et soulever plusieurs questions politiques pour prévenir les écarts d'accès à des services de grande qualité.
- Éclaircir les questions de brevets concernant les tests génétiques (et donc leur disponibilité).
- Assurer que le dépistage est effectué dans le cadre de programmes coordonnés de grande qualité.
- Mettre en place les composantes clés pour des programmes de dépistage organisés.
- Une fois les directives cliniques disponibles, faire de la recherche sur les services de santé ou la surveillance permanente (par les organismes provinciaux et territoriaux du cancer) pour évaluer la conformité aux directives et s'assurer de l'équité d'accès à l'échelle des provinces et territoires.

Télécharger le chapitre



CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Eliane Duarte-Franco, M.D., maîtrise en hygiène publique, Eduardo L. Franco, maîtrise en hygiène publique, doctorat en santé publique (McGill University)

Question relative à la santé

Le cancer du col de l'utérus est l'une des maladies malignes les plus communes au monde qui affecte chaque année environ un demi-million de femmes dont la moitié en meurt. Bien que le Canada ait été parmi les pays pionniers à réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus grâce au test de Pap, la maladie reste un important problème pour le système canadien de prestation des soins de santé. Cela s'explique par le nombre de cas de cancer envahissant qui échappent au contrôle et par le coût élevé de l'entretien et de la couverture des programmes de dépistage. Cette maladie est un problème particulièrement important pour les immigrantes et les Autochtones. Il existe deux formes histologiques générales du cancer du col de l'utérus : les carcinomes squameux et les adénocarcinomes. Bien que la prévalence des premiers ait chuté grâce au dépistage, la proportion des derniers a augmenté parmi toutes les formes du cancer du col de l'utérus, car la cytologie de Pap est généralement incapable de détecter ces adénocarcinomes et leurs lésions précurseurs.

Résultats clés

Au Canada, on a estimé qu'il y a eu 1 450 nouveaux cas et 420 décès en 2002. Au cours des 50 dernières années, l'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité ont baissé en raison de la plus grande disponibilité mondiale des programmes de tests de Pap et, probablement, de la chute des taux de fertilité au cours de la dernière moitié du siècle dans plusieurs pays. Le Canada a été l'un des premiers pays à adopter un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, mais la plupart des provinces ne suivent toujours pas les directives nationales qui recommandent l'application du dépistage par cytologie. Dans la plupart des provinces, la détection précoce dépend toujours du dépistage disponible qui s'appuie sur la cytologie faite à la discrétion du médecin de famille.

Une femme avec un diagnostic de cancer du col de l'utérus est, en moyenne, plus jeune d'au moins deux décennies des femmes avec d'autres formes de cancer génital. En moyenne, une patiente mourant d'un cancer du col de l'utérus perd 26 années de sa vie. On estime que chaque année au Canada, le cancer du col de l'utérus cause 11 000 années de vie perdues.



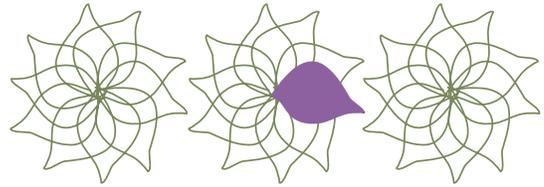
Contrairement à la plupart des autres cancers, celui du col de l'utérus a un facteur central causal : l'infection à papillomavirus; même qu'il se peut qu'il soit une cause nécessaire de cette maladie et de ses lésions précurseurs. D'autres facteurs de risque sont des comportements sexuels spécifiques, l'usage du tabac, la parité, l'utilisation de contraceptifs oraux, le régime alimentaire et l'infection à VIH. La prévention primaire est possible grâce à l'éducation en matière de santé (modification des comportements sexuels) et au vaccin pour prévenir l'infection à papillomavirus. Actuellement, deux types de vaccin contre le papillomavirus sont en voie de développement : (i) les vaccins prophylactiques pour prévenir l'infection à papillomavirus; (ii) les vaccins thérapeutiques pour faire régresser les lésions précancéreuses ou réduire le cancer avancé du col de l'utérus. De tels vaccins sont en phase d'évaluation sur différentes populations. Il semble que les premiers résultats soient très prometteurs, mais il reste encore plus d'une décennie avant que l'utilisation généralisée de ces vaccins à titre de prévention ne soit possible.

Lacunes et recommandations

Les auteurs ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous :

- La plupart des cas progressifs de cancer du col de l'utérus surviennent en raison d'un faux négatif du test de Pap, car les femmes n'ont pas subi ce test du tout ou ne l'ont pas subi assez fréquemment. Il existe des recommandations et des directives bien élaborées dans le cadre d'une succession de rapports nationaux du consensus sur l'application et l'entretien de programmes de dépistage qui s'appuient sur la cytologie. Toutefois, la plupart des Canadiennes n'ont pas encore accès à un dépistage organisé et centralisé du cancer en question.
- Malgré la disponibilité de quelques excellentes études sur l'utilisation du test de Pap par les femmes qui ont développé la forme envahissante de la maladie, les études de vérification ne disposent pas d'une information critique concernant la prise en charge appropriée des lésions précurseurs. Actuellement, divers systèmes automatisés sont en phase d'essai pour améliorer la performance du test de cytologie. On a encore besoin d'études prospectives à grande envergure pour évaluer ces systèmes.
- Plusieurs études ont évalué l'utilité relative du test de dépistage du papillomavirus en plus ou comparativement au test de Pap en tant qu'outil de dépistage du cancer du col de l'utérus. Elles étaient transversales ou constituaient un suivi à court terme. De plus, on n'a publié jusqu'à maintenant aucune étude sur échantillon aléatoire et contrôlé. Le test de dépistage du papillomavirus semble une approche prometteuse, mais on a encore besoin d'éléments formels pour prouver son efficacité à partir des études longitudinales de suivi sur le cancer envahissant en tant que résultat et des études sur échantillon aléatoire et contrôlé.
- Le triage secondaire des tests de Pap représente une autre forme de dépistage pour le test de dépistage du papillomavirus. Les résultats d'études d'envergure ont indiqué que le test de dépistage du papillomavirus a une plus grande réactivité qu'un test de Pap répétitif en matière de détection des lésions précurseurs ou du cancer chez les femmes envoyées en raison d'un test de Pap équivoque; un test pareil réduit également les coûts des orientations en colposcopie. Toutefois, si l'on tient compte de la totalité des éléments de preuve, nous aurons toujours un manque de données pour justifier la hausse ou la modification des programmes actuels de dépistage.

Télécharger le chapitre



AUTRES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

Eliane Duarte-Franco, M.D., maîtrise en hygiène publique, Eduardo L. Franco, maîtrise en hygiène publique, Ph.D. en santé publique (McGill University)

Question relative à la santé

En 2000, on a enregistré plus de 4,7 millions de femmes cancéreuses dans le monde. Les tumeurs gynécologiques, incluant les cancers de l'endomètre, des ovaires, de la vulve, du vagin, du placenta et des annexes représentaient 8 % de toutes les tumeurs féminines primaires dans le monde et 45 % de tous les cancers génitaux (le cancer du col de l'utérus est examiné dans un autre chapitre). Au Canada, ces maladies représentent 11 % de toutes les tumeurs malignes (à l'exception des cancers non mélaniques de la peau) chez les femmes et 81 % de tous les cancers génitaux. Bien que l'incidence et la mortalité à la suite de cancers de la vulve et du vagin soient très faibles, les cancers de l'endomètre et des ovaires constituent d'importants problèmes de santé publique.

Résultats clés

Le cancer de l'endomètre représente 43 % de tous les cancers génitaux féminins au Canada. Le pronostic de cette maladie est habituellement bon pour la plupart des patientes avec ce cancer en raison du diagnostic précoce. Toutefois, au cours des 30 dernières années, on n'a pas connu d'améliorations notables dans le taux de survie des femmes en phase avancée.

Au Canada, le cancer des ovaires a affiché des taux d'incidence et de mortalité qui ont peu varié dans les 15 dernières années. Il était similaire au cancer de l'endomètre dans son incidence, sa répartition selon l'âge et ses différences géographiques. Contrairement au dernier, cependant, la survie des femmes atteintes du cancer des ovaires est faible : plus de 70 % des cas sont diagnostiqués aux phases finales et moins de 40 % vivent cinq ans ou plus. Jusqu'à 10 % des cancers des ovaires ont un rapport avec l'agrégation familiale.

Les cancers du vagin et de la vulve sont très rares. Les femmes atteintes du premier cancer sont moins susceptibles de survivre que celles atteintes du deuxième. Ces deux cancers partagent plusieurs facteurs de risque avec le cancer du col de l'utérus, et les récents développements dans l'étude de l'infection à papillomavirus devraient s'appliquer à ces maladies également. Il sera particulièrement intéressant de voir se concrétiser des vaccins pour la prévention primaire de l'infection à papillomavirus.



Lacunes et recommandations

Les auteurs ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous :

- Les facteurs de risque modifiables, tels que l'exposition à des œstrogènes non compensés, l'obésité et le régime alimentaire, jouent un rôle important dans la croissance du risque du cancer de l'endomètre. Par conséquent, il faudrait encourager et améliorer l'éducation du public et des professionnels pour prévenir ces maladies. Quant aux facteurs de risque, il y a de bons éléments de preuve qui soutiennent le rôle de protection des contraceptifs oraux. Il faudrait donc que les praticiens tiennent compte de cet élément lorsqu'ils jugent les risques du cancer familial des ovaires.
- Bien que diverses méthodes de dépistage aient été étudiées, incluant plusieurs marqueurs de tumeurs, aucune ne s'est avérée particulièrement utile pour réduire l'incidence de la maladie à état avancé ou la mortalité à la suite du cancer des ovaires. Ainsi, on a besoin de plus de recherches pour développer des méthodes capables de diagnostiquer la maladie en début de phase. Actuellement, les meilleurs moyens disponibles pour diagnostiquer les tumeurs gynécologiques malignes sont les examens de routine, à condition que le médecin tienne compte de tous les renseignements sur les facteurs de risque potentiels et prouvés, tels que l'âge, la santé génésique, les pratiques sexuelles, l'usage du tabac et le groupement familial de certains de ces cancers.
- Il est possible que des facteurs modifiables liés à la reproduction, tels que l'usage de contraceptifs oraux et la ligature des trompes, soient responsables d'une protection considérable contre le cancer des ovaires; il est donc important d'informer la communauté médicale de même que les femmes en général au sujet de ces options.
- Il faut conseiller aux femmes qui fument d'arrêter de fumer, car le tabagisme augmente le risque de contracter un premier ou un deuxième cancer de la vulve ou du vagin.

Télécharger le chapitre



MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Sherry L. Grace, Ph.D. (University Health Network), Rick Fry, M.Sc. (Santé Canada),
Angela Cheung, M.D., Ph.D., Donna E. Stewart, M.D., FRCPC (University Health Network)

Question relative à la santé

Les maladies cardiovasculaires constituent la principale cause de décès au Canada. En général, les femmes aux nombreux symptômes sont plus susceptibles que les hommes de retarder le recours aux soins médicaux et moins susceptibles de subir un examen et un traitement avec des médicaments factuels, une angioplastie ou un pontage aortocoronarien. On a également observé des différences entre les deux sexes dans les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, incluant le tabagisme, la dépression, le faible revenu, les niveaux élevés du lipide sérique, l'hypertension, l'obésité et le manque d'exercice physique. Les sous-populations vulnérables comprennent les femmes autochtones, les femmes de l'Asie du Sud ainsi que les femmes atteintes du diabète sucré. Les résultats proviennent des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000–2001, de l'Enquête sur la santé de la population canadienne de 1998–1999, de l'Enquête canadienne sur la santé cardiovasculaire et les bases de données de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Résultats clés

- En 1998, la maladie cardiovasculaire a fait 78 964 victimes au Canada, un chiffre réparti généralement à part égale entre les hommes (39 767) et les femmes (39 197). L'infarctus aigu du myocarde était la première cause de décès des femmes. Cette condition augmente de façon considérable après la ménopause et continue sa montée avec l'âge.
- En 1999, les maladies cardiovasculaires représentaient 21 % de toutes les hospitalisations des Canadiennes de plus de 50 ans, des taux qui sont plus élevés parmi les femmes plus âgées. Les hospitalisations à la suite d'une cardiopathie ischémique étaient plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, mais la durée moyenne du séjour des femmes était plus longue.
- La pression artérielle augmente avec l'âge chez les femmes et les hommes. Cependant, après 65 ans, cette condition est plus commune chez les femmes que chez les hommes. Plus du tiers des femmes en post-ménopause font de l'hypertension.
- Le diabète augmente la mortalité et la morbidité associées aux maladies cardiovasculaires chez les femmes plus que chez les hommes, et élimine l'avantage qu'ont les femmes dans tous les résultats des maladies athéroscléreuses à l'exception de l'accident vasculaire cérébral.



- La dépression contribue également à l'incidence et la récupération d'une maladie cardiovasculaire, particulièrement chez les femmes qui sont deux fois plus susceptibles que les hommes d'avoir une dépression.
- On a utilisé les données de l'ESCC concernant les facteurs de risque et les sous-groupes vulnérables afin de prédire les maladies cardiaques déclarées par les femmes et les hommes. Pour les deux sexes, le vieillissement, le faible revenu du ménage, l'ancienne consommation quotidienne de tabac et l'indice de masse corporelle supérieur à 27 sont tous des facteurs de risque positifs pour les maladies cardiaques; l'exercice physique et le niveau scolaire élevé jouent des rôles de protecteurs. Bien que le mariage soit protecteur pour la femme, il ne constitue ni un facteur de risque ni un facteur de protection pour l'homme.
- Les données sur la population de l'Amérique du Nord montrent d'importants écarts entre les deux sexes dans la référence et de la participation à des programmes de prévention secondaire tels que la réadaptation cardiaque. En général, les femmes inscrites à ces programmes sont 20 % moins nombreuses que les hommes.

Lacunes et recommandations

Les auteurs ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous :

Surveillance du diagnostic et détection des maladies cardiovasculaires

- Les données récentes ne font pas cas des mesures physiques (à savoir les mesures de l'hypertension, du profil lipidique) dont les auto-déclarations sont extrêmement modestes. Nous avons besoin de données récentes sur les personnes qui suivent un traitement contre l'hypertension, l'hyperlipidémie et la dépression, et sur l'efficacité de ces traitements.
- Nous ne sommes pas en mesure d'obtenir le nombre de femmes et d'hommes qui font des tests de stress, d'angiographie, d'échocardiographie ou de surveillance Holter.
- On n'a pas de données sur la surveillance concernant l'évaluation des services de santé.

Recommandations politiques

- Il faut reconnaître les maladies cardiovasculaires en tant que problème de santé important des femmes en raison des prévisions canadiennes de mortalité, du taux croissant des fumeuses, du vieillissement et des inégalités rampantes dans l'accès et la prestation des soins de santé.
- Il faudrait former les professionnels de la santé afin qu'ils dépistent et soulèvent les facteurs de risque chez les femmes, tels que l'hypertension, les niveaux lipides élevés, le tabagisme, l'inactivité physique, la dépression, le diabète sucré et le faible statut socio-économique.
- Il faut poursuivre les efforts pour encourager des habitudes alimentaires saines et l'exercice physique par une multitude d'approches.
- Nous devons continuer à élaborer et à évaluer les ressources éducatives mises à la disposition des femmes tout au long de leur vie en ce qui concerne les risques de souffrir de maladies cardiovasculaires et l'apparition de symptômes.
- Il faut porter attention aux obstacles à l'activité physique chez les femmes de diverses communautés ethnoculturelles et classes sociales.

Télécharger le chapitre



DIABÈTE SUCRÉ

chez les Canadiennes

Catherine Kelly, M.Sc., M.D., FRCPC, Gillian L. Booth, M.D., MS.c., FRCPC
(University of Toronto)

Question relative à la santé

Le diabète sucré est une condition chronique qui touche environ 4,8 % des adultes canadiens âgés de 20 ans et plus, et dont la prévalence augmente de façon remarquable avec l'âge. Selon le Système national de surveillance du diabète (SNSD) de 1998–1999, environ 12 % des Canadiens entre 60 et 74 ans sont touchés par cette maladie, sans compter qu'un tiers des cas diabétiques peuvent rester sans diagnostic. On prévoit que le nombre de personnes atteintes de diabète sucré augmentera considérablement au cours des 20 prochaines années, essentiellement en raison des hausses dans les taux d'obésité et d'inactivité et du vieillissement de la population. Ce chapitre examine les données du SNSD, de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000, du Ontario Diabetes Database (1998–1999) et de l'Enquête II sur la santé en Ontario, et ce, pour étudier le diabète sucré et les facteurs y associés.

Résultats clés

Il est toujours difficile de déterminer la prévalence réelle du diabète sucré. Les bases de données administratives fournissent d'importantes données, mais les gens qui ne tentent pas d'obtenir des soins médicaux ou ceux dont on n'a pas diagnostiqué la condition ne figureront pas dans ces statistiques. L'auto-évaluation dans les enquêtes de la population est également connue pour sa sous-estimation des taux réels de la maladie. Au Canada, le diabète sucré semble plus répandu chez les hommes que chez les femmes, dans presque tous les groupes d'âge, à l'exception des femmes entre 20 et 34 ans qui affichent des taux élevés de la maladie. Il s'agit des années de procréation durant lesquelles les femmes se rendent plus souvent chez le médecin et sont plus susceptibles d'être diagnostiquées si elles ont le diabète.

Le diabète sucré est plus fréquent chez les femmes autochtones que chez les hommes autochtones, puisque celles-ci représentent les deux tiers des personnes atteintes. Il est également plus prévalent dans d'autres groupes ethniques incluant les Asiatiques du Sud ou de l'Ouest, les Canadiennes Africaines et les populations hispaniques. L'obésité et l'inactivité sont des facteurs de risque bien connus. Bien que la prévalence de l'obésité soit plus élevée chez les Canadiens que chez les Canadiennes (35 % par rapport à 27 %), le risque du diabète sucré associé à l'excédent de poids est relativement plus élevé chez les femmes. Le statut socio-économique semble lié de façon réciproque à la prévalence du diabète sucré. Les femmes de 20 à 65 ans au revenu familial inférieur à 20 000 \$ sont deux fois plus susceptibles d'avoir le diabète sucré que celles au revenu supérieur. Les écarts liés au revenu dans la prévalence de la maladie sont plus importants chez les femmes. Le syndrome des ovaires polykystiques, un trouble endocrinien, qui touche 5 % à 7 % des femmes en âge de procréation est associé à un double risque d'avoir le diabète sucré. Dans le même ordre d'idées, la prévalence de la dépression parmi les femmes atteintes du diabète sucré est le double de celle enregistrée chez les femmes sans diabète sucré, et elle est associée au faible contrôle métabolique et à l'utilisation de plus de ressources en soins de santé.



Lacunes et recommandations

Les auteures ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous :

- À part les Autochtones et les Canadiens d'origine européenne, l'information est inadéquate sur les groupes ethniques et les complications chroniques du diabète sucré selon le sexe chez la population en général et chez les femmes de ces autres groupes ethniques.
- On ne connaît toujours pas clairement la raison des grandes différences liées au revenu dans la prévalence de la maladie chez les femmes, et la plus grande prévalence de ces différences chez les femmes plus que chez les hommes. On a besoin d'une recherche qualitative et quantitative sur les femmes diabétiques au faible revenu afin d'évaluer les différences ethniques, les soutiens sociaux, la situation familiale, l'information sur le logement, la structure de la famille, le nombre d'enfants à charge, l'emploi, le mode de vie et les profils des activités, les habitudes alimentaires, les croyances en matière de santé et la dépression. La collecte de plus de données détaillées sur ces femmes pourrait aider à élucider les facteurs modifiables, et ainsi à améliorer potentiellement les résultats cliniques. La dépression est environ deux fois plus prévalente chez les femmes avec le diabète sucré que chez les femmes non diabétiques, et elle influence la capacité d'une femme à atteindre un bon contrôle métabolique. La recherche pour déterminer si un traitement plus agressif de la dépression ou des troubles de l'humeur améliorerait le contrôle métabolique du diabète sucré pourrait avoir d'importantes conséquences sur les résultats cliniques.
- Le taux croissant de l'obésité chez les enfants canadiens, tous groupes ethniques confondus, suggère une hausse imminente du diabète sucré de type 2. Des politiques doivent être mises en place en urgence afin de promouvoir un mode de vie sain chez les Canadiens de tous âges.
- Les systèmes scolaires partout au pays doivent examiner la durée de temps accordée à l'exercice physique et à la promotion de la santé, à commencer par le préscolaire jusqu'au secondaire. Plusieurs écoles secondaires ont supprimé les cours obligatoires en exercice physique (ou une activité alternative), d'où des modes de vie moins actifs chez les étudiants. Il faudrait encourager le gouvernement et le public à faire pression sur les écoles et les restaurants-minutes afin de servir des repas plus sains et en plus petites portions.
- Il faudrait étudier les programmes de promotion du mode de vie chez les adultes, particulièrement dans le lieu de travail. Les heures de travail au Canada sont plus longues qu'il y a 15 ans, il est donc plus difficile de trouver du temps en dehors des heures de travail pour faire du sport ou d'autres activités.
- Nous devons nous pencher sur les écarts en matière d'accès aux produits et aux services des personnes atteintes de diabète sucré et à faible revenu à l'échelle du pays.
- Les femmes autochtones courent le risque particulier de devenir obèses et d'avoir le diabète sucré de type 2. Il faut planifier, appliquer et évaluer les programmes communautaires qui tiennent compte des différences culturelles de cette population.
- On sait que les femmes atteintes du diabète gestationnel courent un risque considérable de développer le diabète sucré de type 2. Il semble prudent de cibler ces jeunes femmes dans les programmes de prévention du diabète dans leur collectivité et de surveiller les résultats de ceux-ci. De vastes études prospectives ont démontré que les interventions dans le mode de vie sont très efficaces pour prévenir la progression du diabète sucré chez les populations à grand risque.
- Les professionnels canadiens de la santé ont besoin de plus de formation dans l'utilisation des compétences efficaces en counseling afin d'aider les personnes atteintes du diabète sucré à faire et maintenir certaines modifications difficiles dans le comportement.

[Télécharger le chapitre](#)



DOULEUR CHRONIQUE

fardeau supplémentaire sur les Canadiennes

Marta Meana, Ph.D. (University of Nevada), Robert Cho, Marie DesMeules, M.Sc. (Santé Canada)

Question relative à la santé

La douleur chronique affecte les femmes comme les hommes, toutes races et tous âges confondus. Elle constitue un problème majeur de santé publique associé à des déficits dans la qualité de vie, des difficultés d'ajustement psychologique, la dépression, l'invalidité et la réduction potentielle dans le revenu. La douleur chronique coûte très cher à la société, incluant l'utilisation des soins de santé, l'absentéisme au travail, l'invalidité, la haute dépendance des médicaments et l'échec de diverses interventions médicales souvent coûteuses. Les études épidémiologiques, cliniques et expérimentales ont constamment révélé que le fardeau de la douleur est plus grand chez les femmes que chez les hommes.

Résultats clés

- Selon les données auto-déclarées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000), 16 % de la population de 12 ans et plus ont souffert de douleurs chroniques (14 % d'hommes par rapport à 18 % de femmes).
- La prévalence de la douleur chronique augmente avec l'âge chez les deux sexes, mais son intensité était similaire.
- Il y avait une association entre la douleur chronique et le revenu : sa prévalence était moindre dans les catégories aux revenus élevés.
- Lorsqu'on neutralise l'âge, le revenu et le niveau scolaire, les femmes n'étaient pas plus à risque que les hommes d'avoir des douleurs chroniques.
- La prévalence de la dépression était deux fois plus élevée chez les personnes qui ont déclaré une douleur chronique que chez celles qui ne l'ont pas fait, et parmi le premier groupe de personnes, la dépression était deux fois plus commune chez les personnes de moins de 65 ans que chez les personnes de plus de 65 ans.
- La douleur chronique limite directement au moins quelques activités chez la majorité des personnes souffrantes; la proportion était plus élevée chez les femmes (77,7 %) que chez les hommes (70,7 %).
- Parmi les personnes de 65 ans et plus, les Asiatiques du Sud ont déclaré souffrir de douleurs chroniques plus que n'importe quel autre groupe ethnique; parmi les personnes de moins de 65 ans, ce sont les Autochtones qui ont affiché la plus grande proportion de douleurs chroniques.

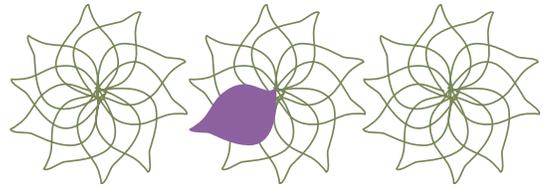


Lacunes et recommandations

Les auteurs ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous :

- Il y a un manque de données détaillées sur les types de douleur chronique que les femmes éprouvent (p. ex. la douleur pelvienne chronique et d'autres douleurs liées à la fonction reproductive).
- On a besoin de données provenant d'autres sources que les enquêtes d'auto-évaluation, telles que les bases de données provinciales sur les réclamations de facturation ou les données des régimes d'assurance-maladie. Celles-ci donneraient une image plus claire de l'utilisation des soins de santé et des caractéristiques d'utilisation des analgésiques.
- Il y a eu peu d'études sur l'effet de la douleur chronique sur les obligations familiales et le rôle parental, des secteurs qui tendent à être ignorés dans les évaluations des conséquences des conditions de la santé chez les femmes.
- La surveillance et l'identification précoce des douleurs sont cruciales pour réduire leurs conséquences, puisqu'un traitement précoce est susceptible de donner de meilleurs résultats.
- Il faudrait intégrer et répéter régulièrement l'évaluation de la douleur dans la première consultation médicale avec soit les dispensateurs de soins primaires, soit les obstétriciens et gynécologues.
- L'éducation du patient et les approches de prise en charge de soi doivent faire partie de la stratégie qui vise à combattre la douleur chronique et ses effets sur les services de soins de santé, particulièrement en raison de la grande hausse prévue dans le nombre de personnes de plus de 65 ans au cours des 30 années à venir.

Télécharger le chapitre



CONSÉQUENCES DE L'ARTHRITE

sur les Canadiennes

Naomi M. Kasman, M.Sc. (University Health Network), Elizabeth M. Badley, Ph.D.
(University of Toronto)

Question relative à la santé

Actuellement, l'arthrite est l'une des conditions chroniques les plus prévalentes au Canada, qui représente une principale cause de l'invalidité à long terme, des douleurs et du recours croissant aux soins de santé. Elle est également beaucoup plus prévalente chez les femmes que chez les hommes. Ce chapitre du *Rapport de surveillance de la santé des femmes* présente de l'information sur l'état et les conséquences de l'arthrite sur les Canadiennes. On a mesuré les conséquences de l'arthrite selon l'état de santé auto-évalué, la douleur, l'invalidité à long terme, la dépendance et l'utilisation des services de santé. Pour établir des données sur l'arthrite chez les femmes canadiennes dans un plus grand contexte de la santé de la population, on a également présenté des données sur les hommes atteints d'arthrite, les femmes avec d'autres maladies chroniques et enfin, les femmes qui n'ont pas de maladies chroniques. L'information contenue dans ce rapport provient essentiellement de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1998–1999 et du Registre canadien des remplacements articulaires.

Résultats clés

Au Canada, la prévalence globale en 1998–1999 de l'arthrite ou du rhumatisme auto-déclaré chez les femmes était de 20,0 %, un taux qui a augmenté avec l'âge pour atteindre un maximum de 55,6 % chez les femmes de plus de 75 ans. Au Canada, les femmes atteintes d'arthrite sont plus âgées, ont un faible revenu, sont moins scolarisées et plus susceptibles de ne pas faire partie de la population active, bien qu'elles aient entre 16 et 64 ans. En ce qui concerne les conséquences sur la santé, les femmes atteintes d'arthrite sont beaucoup plus susceptibles que les femmes souffrant d'autres conditions chroniques d'être invalides à long terme, d'enregistrer une pire santé, d'avoir plus de douleurs et de dépendre d'autres personnes. Les femmes qui souffrent d'arthrite consultent également des médecins généraux, des spécialistes et des physiothérapeutes plus souvent que tous les autres membres de n'importe quel groupe de comparaison.

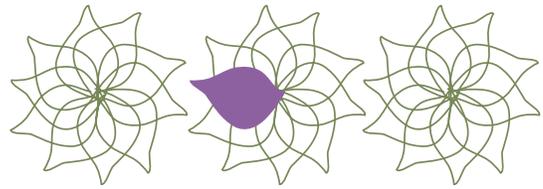


Lacunes et recommandations

Les auteures ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous:

- Le Canada affiche plusieurs lacunes dans les données disponibles actuellement sur l'arthrite et le sexe.
- Le manque considérable de données détaillées sur l'utilisation des services de soins de santé par les femmes atteintes d'arthrite. Les seules sources de données exhaustives basées sur la population proviennent des enquêtes nationales et provinciales sur la santé qui s'appuient sur l'information déclarée par l'intéressé.
- Le manque de données systématiques sur les médicaments prescrits, l'accès aux services tels que les appareils et accessoires fonctionnels ou les programmes d'exercice, ou l'utilisation du soutien communautaire, des stratégies de prise en charge ou des services de réadaptation.
- On prévoit que le fardeau de l'arthrite sur les femmes et la société augmentera avec le vieillissement de la population. Ainsi, on a besoin d'une stratégie de santé exhaustive pour réduire les conséquences de l'arthrite afin de s'assurer que les services de santé et de soutien sont disponibles à temps et répondent aux besoins des Canadiennes.

[Télécharger le chapitre](#)



DÉPRESSION

Donna E. Stewart, M.D., FRCPC (University of Toronto), Enza Gucciardi, M.Sc.S., Sherry L. Grace, Ph.D. (University Health Network)

Question relative à la santé

La dépression est un désordre dont les symptômes causent une détresse ou une déficience clinique significative dans des zones fonctionnelles clés physiques, sociales, professionnelles et autres. Les femmes sont susceptibles environ deux fois plus que les hommes d'avoir une dépression. L'épisode dépressif majeur dure en moyenne neuf mois environ en l'absence de traitements. De plus, environ 50 % des personnes qui ont un épisode connaîtront une récurrence. Il est probable que les facteurs psychosociaux modifient les risques de dépression attribués aux facteurs biologiques. Les effets du stress, de la violence, de la pauvreté, de l'inégalité et de la sous-estimation de soi ont tendance à accroître la vulnérabilité des femmes à avoir une dépression.

Résultats clés

Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) montrent que la dépression est commune chez les Canadiennes, avec une incidence auto-déclarée de 5,7 % par année, par rapport à 2,9 % chez les hommes en 1999. Géographiquement, les taux de dépression les plus élevés chez les femmes sont observés en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, alors que les femmes à l'Île-du-Prince-Édouard affichent les taux d'hospitalisation les plus élevés à la suite d'une dépression. On observe également que ce sont les femmes d'âge de procréation qui affichent les taux les plus élevés de dépression. Les facteurs prédictifs de la dépression comprennent la dépression antérieure (rapport de cotes = 2,97), une sensation d'être désemparé ou dépassé (rapport de cotes = 1,80), des problèmes chroniques en matière de santé (rapport de cotes = 1,77), des traumatismes au cours de l'enfance ou au début de l'âge adulte (rapport de cotes = 1,69), un manque de soutien émotif (rapport de cotes = 1,47) et un manque de maîtrise de la situation (rapport de cotes = 1,32). Les femmes monoparentales sont plus susceptibles (15 %) d'avoir une dépression que les femmes en général (7 %). Une plus grande sévérité de la douleur chronique augmente la prévalence de la dépression chez les femmes plus que les hommes. Le surpoids (c.-à-d. un indice de masse corporelle de 25 à 27) et l'usage quotidien du tabac sont également associés à la dépression chez les Canadiennes. Bien que cette condition soit traitable, en 1998–1999, 67,6 % des Canadiennes dépressives ne prenaient pas d'anti-dépressifs. Seulement 43 % de celles qui ont déclaré un épisode majeur de dépression ont consulté un professionnel de la santé à ce sujet. Les personnes au faible niveau scolaire, au revenu inadéquat et qui consultent moins un professionnel de la santé sont moins susceptibles de se faire traiter pour une dépression.



Lacunes et recommandations

Les auteures ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous :

- Commander des recherches pour comprendre davantage les facteurs qui augmentent ou réduisent la vulnérabilité et la résilience à la dépression et entamer une surveillance de ces facteurs.
- Étant donné que 8 % des filles entre 12 et 13 ans déclarent avoir pensé au suicide au cours de l'année précédente (ENSP), il faut recueillir et analyser les données pour comprendre les facteurs contributifs à cette situation et comment améliorer l'estime de soi chez les jeunes adolescentes.
- Recueillir et analyser les données nationales sur la prévalence de la dépression et de l'anxiété cliniques.
- Recueillir et analyser les données sur les traitements actuels de la dépression et leur efficacité sur les femmes dépressives à différentes étapes de leur vie pour déterminer lesquels des traitements et des services sont optimaux.
- Mener une recherche plus poussée pour comprendre davantage les variations interprovinciales dans les taux de dépression et d'hospitalisation chez les femmes, afin d'élaborer les meilleures pratiques pour des stratégies de prévention et de traitement.
- Recueillir les données sur les conséquences de la dépression sur le travail et la vie de famille et les coûts encourus par l'individu, la famille et la société.
- Recueillir et analyser les données sur la dépression 6 à 12 mois après un accouchement pour déterminer sa prévalence et les facteurs qui augmentent ou réduisent la vulnérabilité à la dépression.

[Télécharger le chapitre](#)



DÉMENCE

et maladie d'Alzheimer

Joan Lindsay, Ph.D. (Santé Canada), Lori Anderson, B.A.

Question relative à la santé

La démence, incluant la maladie d'Alzheimer (le type de démence le plus commun) est un problème qui augmente après 65 ans. Au cours des trois prochaines décennies, le nombre de cas atteints de démence augmentera probablement de façon considérable avec le vieillissement des baby boomers. Bien que les taux de prévalence et d'incidence ne varient pas de façon marquée entre les femmes et les hommes, le nombre de femmes atteintes de cette maladie est plus grand puisqu'en moyenne, elles vivent plus longtemps que les hommes. De plus, les femmes sont plus souvent des soignantes auprès de personnes atteintes de démence. Ainsi, la démence est un important problème de santé qui touche les femmes.

Résultats clés

Les résultats s'appuient sur les données de l'Étude sur la santé et le vieillissement au Canada (ÉSV), une étude nationale qui fournit de nombreuses données détaillées sur la démence au Canada. La prévalence de la démence augmente nettement avec le vieillissement chez les femmes et les hommes, doublant toutes les cinq années environ à partir de 65 à 84 ans, avec un taux de hausse moins élevé à un âge plus avancé. Les taux de la maladie d'Alzheimer sont plus élevés chez les femmes, tandis que les taux de la démence vasculaire sont plus élevés chez les hommes. L'analyse complémentaire des facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer montre que le risque de cette maladie augmente avec l'âge, le faible niveau scolaire et l'apolipoprotéine Ee4. L'activité physique régulière est clairement protectrice pour les femmes, tandis que cette association est moins évidente chez les hommes. La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, la consommation de vin et de café et l'exposition antérieure aux vaccins sont associées à une diminution du risque de la maladie d'Alzheimer. Bien que quelques études aient vanté les vertus protectrices de l'oestrogénothérapie, plusieurs autres études, incluant l'ÉSV, n'ont pas pu appuyer cette association.

L'ÉSV a démontré le grand rôle des femmes à dispenser les soins. Soixante-quinze pour cent de tous les soignants de personnes atteintes de démence sont des femmes, tout comme les 71 % de soignants de personnes atteintes de démence placées en établissement. Les filles des personnes atteintes de démence placées en établissement représentaient 45 % des soignants.



Lacunes et recommandations

Les auteures ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous :

- On a besoin d'une étude plus poussée afin de confirmer certains facteurs de protection contre la démence (tels que le café et les vaccins) avant de formuler des recommandations politiques.
- L'effet protecteur qu'a l'activité physique régulière sur la maladie d'Alzheimer fournit une autre raison pour promouvoir l'exercice physique régulier à tous les âges.
- Bien que l'ÉSVIC couvre les années 1991 à 2001, on a besoin d'une surveillance continue de l'incidence et de la prévalence de la démence afin de contrôler les conséquences des traitements et le vieillissement de la population. Un tel processus n'est pas faisable au moyen des sources de données conventionnelles (hospitalisations, mortalité, visites médicale) puisque la démence serait diagnostiquée chez une assez petite fraction de cas de démence.

Télécharger le chapitre



TROUBLES DE L'ALIMENTATION

E. Gucciardi, M.Sc.S., N. Celasun, maîtrise en hygiène publique, Ph.D., F. Ahmad, MBBS, maîtrise en hygiène publique (University Health Network), D.E. Stewart, M.D., FRCPC (University of Toronto)

Question relative à la santé

Les troubles de l'alimentation se caractérisent par une perception anormale de son propre corps/poids, forme ou les deux. Cette perception s'exprime par une préoccupation obsessionnelle à l'égard de la nourriture et du poids, qui peut provoquer des comportements à risque pour la santé. Les troubles cliniques de l'alimentation comprennent l'anorexie mentale, la boulimie et les troubles de l'alimentation non spécifiés ailleurs. Les facteurs personnels, de comportement et socio-environnementaux, tels que la perception négative de son propre corps, la sous-estimation de soi, la peur de grossir, le régime chronique et les pressions sociales pour être mince, sont des facteurs de risque.

Résultats clés

Les troubles de l'alimentation, la préoccupation par le poids et l'image du corps ainsi que les troubles du moi psychologique sont plus prévalents chez les femmes que chez les hommes. Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996–1997 portent à croire que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à souhaiter peser moins que leur poids réel. Bien que les troubles de l'alimentation soient observés chez tous les groupes d'âges, le désir d'avoir un corps « idéal » mince au cours d'une étape vulnérable de la maturité physique et émotionnelle soumet les adolescentes à un très grand risque. Les jeunes filles et les femmes se voient sous la pression de suivre les modèles des femmes minces représentées dans les médias et la culture populaire, sans égard à leur constitution physique naturelle. Chose alarmante, on identifie de plus en plus de troubles de l'alimentation chez les jeunes en période prépubertaire.

En 1995, 95 % des cas hospitalisés déclarés à la suite d'une anorexie et plus de 90 % des cas hospitalisés à la suite d'une boulimie en Ontario étaient des femmes. Entre 1994 et 1999, à l'échelle du Canada, le taux brut de sorties des hôpitaux des patientes atteintes d'anorexie, de boulimie ou d'une autre forme de troubles de l'alimentation a augmenté quelque peu (de 4,7 %), de 10,2 à 10,7 par 100 000 femmes. Bien que les taux soient nettement inférieurs chez les hommes, ils ont également connu une légère hausse (de 4,8 %) au cours de la même période, de 0,6 à 0,7 par 100 000 hommes. Ces légères hausses peuvent être attribuées à une meilleure sensibilisation aux troubles de l'alimentation et leur détection et à de meilleurs programmes thérapeutiques spécialisés à l'intention des patients hospitalisés. À l'échelle du Canada, le taux de sorties standardisé selon l'âge à la suite de troubles de l'alimentation était le plus élevé chez les femmes en Colombie-Britannique (15,9 par 100 000) et au Nouveau-Brunswick (15,1 par 100 000), et le plus bas chez les femmes en Saskatchewan et en Alberta (8,6 par 100 000).

De plus, en 2000, l'ENSP de 1998–1999 a révélé que la prévalence de la dépression chez les femmes hospitalisées avec un diagnostic d'anorexie (11,54 %) ou de boulimie (15,36 %) était plus de deux fois supérieure à la dépression chez les femmes en général (5,7 %). Dans le cas de l'anorexie comme de la boulimie, la prévalence la plus élevée de la dépression était enregistrée chez les femmes entre 25 et 39 ans.



Lacunes et recommandations

Les auteures ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous :

- Les données sur les hospitalisations ne tiennent compte que des cas graves de troubles de l'alimentation. En conséquence, cette base de données n'inclut pas les personnes avec des troubles de l'alimentation qui se rendent à des cliniques, consultent des médecins de famille, utilisent les services aux patients en consultation externe ou n'utilisent aucun service. Actuellement, on ne dispose pas d'un processus systématique à l'échelle nationale pour recueillir les données sur la prévalence des troubles de l'alimentation en dehors des hôpitaux.
- Il y avait plusieurs restrictions au cours de la collecte de données : manque de données longitudinales, de groupes de comparaison appropriés, de grands échantillons et d'analyse des groupes ethniques. Comme la plupart des études s'appuyaient sur des échantillons cliniques, il était difficile de généraliser les résultats à la population générale. De plus, un bon nombre de ces études étaient transversales et limitées dans leur capacité d'établir des liens causals.
- Il faudrait recueillir les données sur les troubles de l'alimentation chez les Canadiennes, incluant la prévalence et les facteurs de risque au sein des sous-groupes tels que les femmes handicapées, les immigrantes et les femmes des minorités visibles.
- Il faudrait réaliser des évaluations transculturelles et longitudinales des attitudes et des comportements vis-à-vis des troubles de l'alimentation, et ce, en grands échantillons de la collectivité, pour surveiller les tendances, examiner les facteurs de protection et de non-protection, et assister dans l'élaboration et la planification de programmes préventifs et thérapeutiques.

[Télécharger le chapitre](#)



VIOLENCE

envers les femmes canadiennes

Marsha M Cohen, M.D., Heather Maclean, diplôme en éducation (Centre de recherche sur la santé des femmes)

Question relative à la santé

Les femmes victimes de violence, que ce soit à l'enfance ou à l'âge adulte, courent un plus grand risque d'avoir de mauvais résultats cliniques physiques et psychologiques. Les femmes exploitées utilisent plus de services de soins de santé et affichent un fonctionnement social plus pauvre que les femmes qui n'ont pas été exploitées. En connaissant la prévalence de la violence et quelles sont les personnes à risque, on serait en mesure de planifier les services pour prévenir l'abus et traiter ses conséquences sur la santé. On présente les données de 1999 de l'Enquête sociale générale sur la victimisation afin d'explorer les aspects de la violence.

Résultats clés

- Dans l'ensemble, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont enregistré le taux de violence conjugale (quelle que soit sa nature) le plus élevé, soit 25,5 % et 23 % respectivement. L'Ontario a enregistré le taux le plus faible, soit 18,8 %. Comparativement aux plus âgées, les femmes de 15 à 24 ans ont affiché les taux les plus élevés dans toutes les régions du Canada. Les femmes autochtones au Manitoba/en Saskatchewan et en Alberta ont enregistré des taux de violence plus élevés (57,2 % et 56,6 % respectivement), par rapport aux femmes non-autochtones (20,6%).
- Dans l'ensemble, les femmes qui ne sont pas nées au Canada ont affiché des taux de violence conjugale plus faibles (18,4 %), par rapport aux femmes nées au Canada (21,7 %). Les femmes de la minorité visible ont déclaré de plus faibles taux d'agression sexuelle au cours de leur vie (5,7 %), par rapport aux femmes qui ne font pas partie de la minorité visible (12,3 %). La violence peut avoir différentes perceptions selon l'origine ethnique.
- Les femmes aux activités limitées ont affiché un taux de violence conjugale (quelle que soit sa nature) de 35,6 % en Colombie-Britannique, alors que les femmes dont les activités ne sont pas limitées ont affiché un taux de 20,6 %. En Colombie-Britannique, le taux des agressions sexuelles au cours de la vie sur des femmes aux activités limitées était de 25,2 %, par rapport à 14,5 % chez les femmes dont les activités ne sont pas limitées. Les femmes de moins de 25 ans avec un époux et des enfants étaient moins susceptibles que les femmes monoparentales avec des enfants de subir la violence conjugale (16,5 % par rapport à 68,3 % ont vécu la violence respectivement).



Lacunes et recommandations

Les auteures ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous :

- Nous avons besoin de plus de renseignements sur la prévalence de la violence chez les femmes autochtones, les immigrantes et les réfugiées, les handicapées, les lesbiennes et les femmes enceintes. Il est également nécessaire d'être en mesure de mettre l'information sur la violence envers les femmes en corrélation avec les données sur l'état de santé.
- Les enquêtes nationales axées sur la population doivent inclure des thèmes sur la violence et la santé. Les enquêtes à venir devraient poser de meilleures questions pour déterminer les conséquences de la violence et de l'utilisation des ressources connexes sur la santé.
- On a besoin de plus de recherche afin d'identifier le rôle du système de santé dans la prévention, la prise en charge et la réadaptation concernant la violence envers les femmes. Les programmes et politiques à venir doivent s'appuyer sur des données empiriques valides, crédibles et exhaustives.
- On a besoin d'une coordination pancanadienne en termes d'études et de programmes concernant la violence. La diffusion de programmes réussis (s'appuyant sur l'expérience clinique) à d'autres secteurs de compétence aiderait à réduire les doubles efforts et permettrait d'utiliser les ressources directement pour l'application des programmes et la recherche.
- On a besoin de plus de recherches pour savoir si l'identification de la violence et du traitement réduirait le recours aux soins de santé et améliorerait les résultats cliniques.
- Nous avons beaucoup à apprendre sur les effets de la violence sur la santé, les coûts du système de soins de santé et le rôle de ce dernier dans la réduction de la violence envers les femmes.

Télécharger le chapitre



LA SANTÉ AVANT ET APRÈS LA MÉNOPAUSE

Angela M. Cheung, M.D., Ph.D., FRCPC, Ruhee Chaudhry, M.Sc., Moira Kapral, M.D., M.Sc., FRCPC, Cynthia Jackevicius, DPharm (University Health Network), Gail Robinson, M.D., FRCPC (University of Toronto)

Question relative à la santé

La phase de la périménopause d'une femme peut s'étendre sur plusieurs années. Les changements qui se produisent au cours de cette période de transition influenceront sur les femmes à des degrés variés. Les symptômes peuvent être sévères et perturbateurs pour certaines, tandis que pour d'autres, la transition est la bienvenue. Les données cliniques et épidémiologiques sur les femmes en période de périménopause sont limitées et couvrent principalement les populations de race blanche. On a plutôt accordé une plus grande attention à la santé des femmes en période de post-ménopause dont les données sont souvent extrapolées aux femmes en période de périménopause. On estime à 51 ans l'âge moyen de la ménopause naturelle dans les sociétés occidentales, donc les Canadiennes peuvent s'attendre à passer, en moyenne, un tiers de leur vie en période de post-ménopause. Au cours de ces années, les femmes courent un plus grand risque de développer des maladies chroniques telles que l'ostéoporose et les maladies cardiovasculaires.

Afin de mieux explorer ces conditions, on a analysé les données sur la morbidité provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), de la Base de données canadienne sur la mortalité de Statistique Canada et de la base de données FASTRAK II (hospitalisations à la suite de maladies cardiaques aiguës partout au Canada).

Résultats clés

- Les données cliniques et épidémiologiques sur les femmes en période de périménopause sont limitées. Il n'existe pas de données canadiennes adéquates sur la sévérité et la prévalence des symptômes parmi les femmes en période de périménopause et de post-ménopause. Les données existantes sur l'âge à la ménopause et le cas de la transition de la ménopause couvrent principalement les populations de race blanche.
- Les femmes en période de périménopause et de post-ménopause diffèrent du point de vue hormonal et expérimentiel. Les thérapies testées sur les unes ne devraient pas être nécessairement extrapolées aux autres.
- Les troubles psychiatriques n'augmentent pas considérablement chez les femmes en période de ménopause, bien qu'il puisse y avoir quelques hausses dans les symptômes psychiatriques au cours de la période de la périménopause.



- On manque de preuves scientifiques pour appuyer ou réfuter les déclarations selon lesquelles les produits végétaux communément utilisés peuvent soulager les symptômes de la ménopause. Il existe des données inadéquates sur l'efficacité, les effets secondaires et les pharmacocinétiques de ces produits. Toutefois, les dernières études ont démontré leur activité œstrogénique, d'où un potentiel pour les utiliser et un mécanisme d'action exploitable.
- Conformément aux études précédentes, les dernières données de l'Initiative sur la santé des femmes portent à croire que l'hormonothérapie augmente le risque de l'accident vasculaire cérébral, de la coronaropathie et du cancer du sein. L'étude a révélé une baisse dans le risque du cancer du côlon et la fracture de la hanche. L'hormonothérapie n'est plus recommandée pour prévenir les maladies chroniques chez les femmes asymptomatiques.
- L'accident vasculaire cérébral est un sérieux problème qui touche les femmes, particulièrement celles dans la phase avant et après la ménopause. Il peut y avoir des différences entre les sexes dans la prévention secondaire de l'accident vasculaire cérébral. Les femmes peuvent être moins susceptibles que les hommes de recevoir des anti-agrégants plaquettaires et de l'endartériectomie de la carotide pour prévenir une deuxième crise, bien qu'on ait besoin de plus de recherches pour savoir si cela est attribuable à la différence selon le sexe seul ou à l'âge ou à d'autres facteurs cliniques.
- On estime que l'ostéoporose touche une femme sur six et un homme sur 16 âgés de plus de 50 ans. Les femmes courent plus de risque que les hommes d'avoir l'ostéoporose et les fractures ostéoporotiques. Toutefois, les femmes affichent des taux de mortalité à l'hôpital inférieurs à la suite de fractures de la hanche.

Lacunes et recommandations

Les auteures ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous :

- Faire de la recherche clinique et épidémiologique pour faire comprendre davantage la transition de la ménopause et définir ses phases cliniques. Afin de recueillir les données sur les femmes en période de périménopause, nous devons être en mesure de les identifier. L'âge servant souvent d'élément auxiliaire à l'état de ménopause, il est donc difficile de différencier les conditions qui peuvent être attribuées aux changements biologiques de celles qui peuvent être attribuées à d'autres facteurs.
- À la lumière des risques et des avantages connus, étudier d'autres combinaisons et doses de l'hormonothérapie en ce qui concerne le traitement des symptômes de la ménopause et les résultats à long terme.
- Étudier les possibilités non pharmacologiques (risques et avantages) pour traiter les symptômes de la ménopause, particulièrement celles qui sont déjà en usage commun.
- Éduquer les professionnels de la santé et les femmes sur les risques et les traitements efficaces des maladies cardiovasculaires pour qu'elles se présentent plus rapidement et reçoivent les thérapies les plus efficaces.
- Étudier l'utilisation des hormones ovariennes pour augmenter l'effet des antidépresseurs chez les femmes en ménopause.

Télécharger le chapitre



SANTÉ SEXUELLE

Lisa Hansen, M.Sc., M.Sc.S., Janice Mann, MD, Mike Barrett, Ph.D., Sharon McMahon, M.A., Tom Wong, M.D., maîtrise en hygiène publique, FRCPC (Santé Canada)

Question relative à la santé

Le rapport de Santé Canada de 1999, « Compte rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique », a formulé un principe directeur selon lequel tous les individus sont des êtres sexuels au cours de leur vie. Il s'agit de l'approche globale que nous avons entreprise pour étudier les questions relatives à la santé sexuelle des femmes canadiennes. Du point de vue biologique et de comportement, les femmes canadiennes vivent d'importantes variations dans leur santé sexuelle au cours de leur vie, avant la puberté jusqu'après la ménopause. Nous prêtons une attention particulière aux étapes embryonnaires et adultes souvent méconnues de la vie sexuelle d'une femme, incluant le développement d'une sexualité sans risque avant la puberté et son maintien après les années de procréation. Nous avons analysé les données transversales du module du comportement sexuel de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000–2001, et nous avons étudié la documentation et d'autres indicateurs disponibles de la santé sexuelle des Canadiennes.

Résultats clés

- Les adolescentes canadiennes d'aujourd'hui deviennent actives sexuellement à un plus jeune âge, par rapport aux générations précédentes.
- L'écart d'âge entre les deux sexes aux premiers rapports sexuels a pratiquement disparu. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, l'âge moyen des premiers rapports était de 16,7 ans chez les hommes et 16,8 chez les femmes.
- Les femmes et les hommes nés au Canada sont nettement plus jeunes à leurs premiers rapports sexuels que celles et ceux qui ne sont pas nés au Canada.
- Dans la recherche ciblée, les adolescentes et les adolescents démontrent des connaissances limitées en santé sexuelle et de reproduction. Malgré une sensibilisation raisonnable au VIH et au SIDA, peu d'adolescents connaissent les comportements et les infections qui menacent le plus leur santé sexuelle. Dans ce contexte, les jeunes canadiens sont similaires à leurs pairs dans le monde.
- Parmi tous les répondants à l'ESCC qui ont eu un ou plusieurs rapports sexuels durant moins de douze mois l'année dernière, environ la moitié seulement ont déclaré toujours porter un préservatif.
- Parmi les adultes plus âgés, le modèle médical de la sexualité omet souvent de reconnaître que le vieillissement normal ne compromet pas nécessairement l'expression sexuelle. Les Canadiens dans la quarantaine et plus sont actifs sexuellement et trouvent une satisfaction émotionnelle et physique dans leurs rapports sexuels. Une sexualité saine est un aspect essentiel de la qualité de vie des personnes plus âgées.



Lacunes et recommandations

Les auteurs ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous :

- À l'échelle nationale, nous nous appuyons sur des enquêtes régulières sur la santé de la population pour obtenir une série limitée de mesures de la santé sexuelle. Les enquêtes et la recherche thématique doivent employer une vision plus large de la sexualité, afin d'englober les mesures psychologiques, de comportement et biologiques. On a besoin d'indicateurs progressifs pour mesurer les importants changements dans la santé sexuelle chez les Canadiens au cours de leur vie et de meilleures mesures des déterminants en amont de la santé sexuelle.
- Bien que les grossesses imprévues, l'utilisation des contraceptifs et les infections transmissibles sexuellement chez les adolescentes aient été étudiées de façon poussée, le comportement sexuel et les connaissances sur la sexualité n'ont pas bénéficié de la même attention. Il existe une hésitation à adresser des questions sur la sexualité aux plus jeunes Canadiens, même si de meilleures connaissances en santé sexuelle s'associent à un début retardé des rapports sexuels.
- Parmi les adultes, les ressources destinées à la santé sexuelle sont nécessaires pour aborder les aspects psychologiques du vieillissement et de la sexualité, plutôt que de viser la dysfonction sexuelle physiologique.
- L'éducation, les connaissances et les soins de santé sexuelle appropriés selon l'âge et le sexe ne sont pas importants pour les femmes d'âge de procréation seulement, mais pour tous les Canadiens à toutes les étapes de la vie.

[Télécharger le chapitre](#)



CONTRACEPTION

Sharon McMahon, M.A., Lisa Hansen, M.Sc., M.Sc.S., Janice Mann, M.D., Cathy Sevigny, I.A., Tom Wong, M.D., maîtrise en hygiène publique, FRCPC, Marlene Roache, M.A. (Santé Canada)

Question relative à la santé

Les choix de la contraception influent sur la santé sexuelle à long terme et la procréation des femmes et des hommes. En étant en mesure de contrôler la procréation, les femmes contrôlent mieux leur vie, d'où une plus grande importance de la contraception dans les relations. Le contexte dans lequel les hommes et les femmes prennent les décisions relatives à la contraception a changé avec l'introduction de la contraception orale il y a 40 ans et, plus récemment, avec le risque accru du VIH et d'autres maladies transmissibles sexuellement (MTS). Le choix de la méthode de contraception s'appuyait auparavant sur l'efficacité de la méthode, sa facilité d'utilisation, son coût et sa disponibilité. Au cours des années 1990, les femmes et les hommes estimaient la prévention des MTS aussi importante que la prévention de la grossesse, sinon plus. Ce chapitre a recours aux données de l'Étude canadienne sur la contraception de 1998 et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000–2001 pour examiner les dernières tendances de l'utilisation des moyens de contraception chez les Canadiennes et leur connaissance des diverses méthodes, incluant le contraceptif d'urgence. Il tient compte également des facteurs qui influencent le choix de la méthode de contraception au cours des étapes de la vie et des différentes perceptions de la contraception entre les femmes et les hommes.

Résultats clés

- La contraception orale est la méthode dominante que les femmes canadiennes utilisent : plus de 43 % des femmes actives sexuellement y ont recours.
- Les femmes semblent mieux informées qu'avant sur la manière de se protéger du VIH et des MTS.
- Les Canadiennes sont très conscientes de l'importance du préservatif qui offre une méthode de contraception efficace en plus d'être actuellement la méthode de protection la plus prouvée contre le VIH et les MTS.
- Soixante-quinze pour cent des Canadiennes n'ont pas entendu parler du préservatif pour femmes et seulement 3 % de celles qui en connaissent l'existence en ont une opinion positive.
- L'utilisation d'un moyen contraceptif est assez élevée chez les femmes entre 15 et 17 ans qui sont actives sexuellement (80 % ont déclaré y avoir eu recours au cours de leurs premiers rapports sexuels). Toutefois, cette utilisation n'est pas constante, puisque 60 % seulement des femmes célibataires entre 15 et 17 ans déclarent avoir toujours utilisé un moyen contraceptif au cours des six derniers mois.



- L'utilisation des préservatifs et d'une contraception orale est faible chez les adolescents. Des études canadiennes et américaines montrent que l'utilisation des préservatifs chez les jeunes chute avec la hausse du recours à la contraception orale, particulièrement dans les rapports sexuels avec un partenaire principal.
- Les adolescentes actives sexuellement connaissent bien le contraceptif d'urgence, mais en savent très peu sur les délais de son efficacité.
- Les femmes entre 35 et 44 ans déclarent une plus grande connaissance de la stérilisation que les femmes plus jeunes et indiquent une moins bonne connaissance qu'avant des méthodes réversibles de stérilisation. On a enregistré un important virement vers les pratiques de stérilisation, d'où un éloignement de la ligature des trompes et une augmentation de la vasectomie. Vingt-trois pour cent des femmes mariées âgées entre 35 et 44 ans déclarent utiliser un moyen de stérilisation, que ce soit elles (10 %) ou leurs partenaires (14 %).

Lacunes et recommandations

Les auteurs ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous :

- Malgré deux excellentes sources, les Études canadiennes sur la contraception et les Études canadiennes sur la fertilité, les données nationales sont limitées en matière d'orientation de l'élaboration des politiques et des programmes. On a besoin de données sur les hommes et l'utilisation des contraceptifs, et les facteurs qui influent sur l'accessibilité, l'observation et la négociation du choix.
- On a besoin de déployer plus d'efforts pour promouvoir la santé sexuelle et la sensibilisation des Canadiennes.
- Il faut sensibiliser davantage les jeunes femmes et les jeunes hommes, ainsi que les médecins, les dispensateurs de soins de santé et les éducateurs, à l'importance de la double protection.
- Il faudrait promouvoir l'observation de la méthode contraceptive choisie.
- Il faut sensibiliser davantage les femmes aux méthodes de contraception d'urgence.
- Mener des recherches et des essais associés aux nouvelles méthodes contraceptives réversibles chez les hommes et au développement de microbicides efficaces et sans risques.

[Télécharger le chapitre](#)



DIFFÉRENCES ENTRE LES SEXES DANS LES MALADIES TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT D'ORIGINE BACTÉRIENNE AU CANADA

Tom Wong, M.D., maîtrise en hygiène publique, FRCPC (Santé Canada), Ameeta Singh, BMBS (Alberta Health and Wellness), Janice Mann, M.D., Lisa Hansen, M.Sc., M.Sc.S., Sharon McMahon, M.A. (Santé Canada)

Question relative à la santé

Au Canada, l'incidence des maladies transmissibles sexuellement (MTS) d'origine bactérienne est en hausse, entraînant de sérieuses conséquences sur la santé et l'économie. En 1990, les coûts estimés directs et indirects de la chlamydia se sont élevés à 115 millions de dollars canadiens chez les femmes canadiennes et jusqu'à 8 millions de dollars chez les hommes. Au cours de la même année, la gonorrhée a coûté jusqu'à 63 millions de dollars chez les femmes et 12 millions de dollars chez les hommes. Pourtant, on aurait économisé énormément d'argent si ces maladies facilement curables étaient prévenues et traitées de façon adéquate.

Les femmes courent plus de risque que les hommes d'avoir des MTS pour de multiples raisons, incluant leur susceptibilité accrue aux infections et la sévérité des séquelles y associées. Une autre différence entre les femmes et les hommes réside dans les difficultés concernant le dépistage et le diagnostic. Ce chapitre analyse ces différences au moyen des données conjoncturelles nationales sur la surveillance des MTS de 1991 à 2000.

Résultats clés

Les taux d'incidence déclarés de la chlamydia, de la gonorrhée et de la syphilis infectieuse ont affiché des baisses jusqu'en 1997, date après laquelle la tendance de ces maladies a commencé à s'inverser. Bien que l'incidence des MTS ait augmenté chez les femmes et les hommes, ces derniers connaissent une plus grande hausse : entre 1991 et 2000, la chlamydia a affiché une hausse de 53 % chez les hommes et de 27 % chez les femmes; la gonorrhée a affiché une hausse de 43 % chez les hommes et de 32 % chez les femmes; la syphilis a affiché une hausse de 62 % chez les hommes et de 22 % chez les femmes. Contrairement à la gonorrhée et la syphilis infectieuse, le taux déclaré de la chlamydia est beaucoup plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

L'écart de force entre les femmes et les hommes et le potentiel de la violence domestique plus élevé chez les femmes créent des obstacles qui empêchent les femmes de se protéger contre les MTS. On a commencé à observer des hausses dans le comportement sexuel à grand risque chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et ce, après l'introduction en 1996 de la thérapie suppressive antivirale du VIH, mais les changements de comportement chez les femmes nécessitent plus de recherches.



Lacunes et recommandations

Les auteurs ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous :

- Nous devons améliorer le système de surveillance des MTS au Canada. Par exemple :
 - Le taux déclaré peut sous-estimer la réelle incidence lorsqu'une absence de symptômes fait que les gens ne se présentent pas pour le diagnostic — il faut estimer la taille de « l'épidémie cachée ».
 - Nous devons évaluer et surveiller les changements de comportement selon le sexe dans cette ère de la thérapie antirétrovirale du VIH.
 - Il faut soulever les écarts, les lacunes et les besoins géographiques et ethniques.
- Nous devons mettre au point des méthodes de prévention des MTS qui soient plus sûres, acceptables et contrôlées par les femmes, telles que les microbicides topiques, qui n'augmentent pas le risque de la transmission du VIH.
- On a besoin de plus de recherches sur les stratégies selon le sexe pour promouvoir des pratiques sexuelles sans risque et des changements positifs dans le comportement (p. ex. l'utilisation d'Internet pour la prévention cybernétique des MTS et du VIH).
- Il faut accroître la disponibilité du dépistage urinaire de la chlamydia.
- Nous devons accroître les possibilités de dépistage en profitant de la grande tendance des femmes à passer un examen médical (p. ex. le test de Pap).
- Nous devons améliorer le dépistage des hommes à grand risque afin de prévenir les réinfections chez leurs partenaires.

Télécharger le chapitre



LES FEMMES ET LE VIH

Marene Gatali, M.Sc.S., B.Sc.A., Chris Archibald, MDCM, M.Sc.C, FRCPC (Santé Canada)

Question relative à la santé

L'épidémie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA) dans les pays développés a changé au fil des ans. En effet, d'une épidémie qui s'attaquait principalement à la population masculine homosexuelle à l'épidémie actuelle qui se répand de plus en plus au sein d'autres groupes, tels que les utilisateurs de drogues injectables et les hétérosexuels. En conséquence, le nombre et le pourcentage de femmes atteintes du VIH et du SIDA augmentent, tout comme le potentiel de transmission du VIH des mères à leurs enfants.

Le VIH se manifeste de façon différente selon le sexe, surtout en ce qui a trait aux symptômes précoces et aux infections opportunistes ultérieures. La récurrence et la persistance d'infections gynécologiques peuvent être la première manifestation clinique du VIH chez une femme infectée, et il peut se produire au début de l'infection.

Les femmes adultes sont atteintes du VIH de deux façons, soit par l'utilisation de drogues injectables, soit par une relation hétérosexuelle avec un partenaire atteint du VIH ou qui court le risque de le développer. Aujourd'hui, la relation hétérosexuelle est le principal facteur de risque du VIH chez les femmes au Canada et dans le monde. Les femmes qui font commerce de leur corps, celles qui s'injectent les drogues et les partenaires d'utilisateurs de drogues injectables courent un plus grand risque d'avoir le VIH.

Résultats clés

Le nombre de femmes au Canada atteintes du VIH et du SIDA a augmenté au fil des ans. Les récentes estimations indiquent qu'à la fin de 1999, 6 800 femmes vivaient avec le VIH, une hausse de 48,0 % par rapport à 4 600 en 1996. Sur une base annuelle, les femmes représentent une proportion croissante de rapports de tests VIH positifs, à l'âge et au sexe connu parmi les adultes au Canada. Cette proportion a augmenté de 10,7 % au cours de la période 1985–1995 à 25 % en 2001, en raison d'une hausse dans le nombre de tests VIH positifs chez les femmes et d'une réduction dans leur nombre chez les hommes. Nous avons également constaté une croissance de la proportion de femmes dans le groupe d'âge de 15 à 29 ans chez lesquelles nous avons diagnostiqué le VIH et le SIDA au Canada. De plus, le VIH semble constituer un problème particulier pour certains sous-groupes de femmes : les femmes en prison, les femmes autochtones et les femmes de race noire. Enfin, la proportion croissante des rapports de tests VIH positifs chez les femmes au Canada est attribuée à l'exposition hétérosexuelle (64 % en 2001). Toutefois, l'utilisation de drogues injectables continue à constituer un important risque (32 % en 2001).

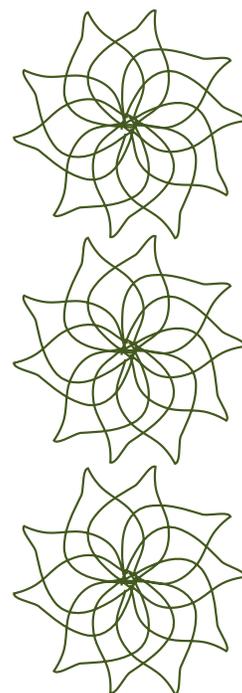


Lacunes et recommandations

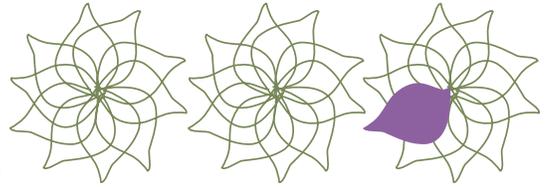
Les auteurs ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous :

- On a besoin de meilleures et de plus de recherches pour aborder les lacunes de données sur les comportements à risque, les modèles de test et l'incidence ainsi que la prévalence du VIH chez les femmes, particulièrement les sous-groupes tels que les femmes en prison, les jeunes femmes, les femmes autochtones, et les femmes de pays endémiques.
- La recherche à venir devrait inclure l'examen de l'influence des facteurs contextuels plus globaux sur la vie des femmes et leur risque d'avoir le VIH. Ces données aideront les individus à recevoir le counselling et le traitement appropriés, et assistera les autorités en matière de santé publique à mieux interpréter les données sur la surveillance.
- Le VIH couvre plusieurs facettes de la vie et des comportements des femmes. Les auteurs ont remarqué qu'il faudra combattre sur plusieurs fronts pour réduire l'épidémie du VIH chez les femmes :
 - Adapter des programmes et des messages de prévention aux contextes sociaux, culturels et économiques spécifiques, qui peuvent rendre les femmes plus vulnérables au VIH que les hommes.
 - Les efforts de prévention doivent être selon le sexe et l'âge. Ils ne devraient pas cibler les comportements individuels seulement, mais aussi le contexte social et culturel dans lequel ces comportements ont lieu (p. ex. motiver plus les individus pour porter un préservatif et réduire les obstacles contextuels à leur utilisation).
 - On a besoin d'interventions spécifiques pour soulever l'intersection de l'utilisation de drogues injectables et la transmission du VIH, incluant les femmes qui s'injectent et celles qui ne le font pas mais leurs partenaires sexuels le font.
 - Il faut mettre plus d'accent sur la prévention appropriée du VIH, le counselling et les tests, ainsi que les services thérapeutiques pour les jeunes femmes.

[Télécharger le chapitre](#)



Utilisation des soins de santé



LES SOINS PÉRINATALS au Canada

Beverley Chalmers, D.Sc. (médecine, University of Toronto), Ph.D., Shi Wu Wen, M.B., Ph.D. (Santé Canada)

Question relative à la santé

La norme canadienne en matière de soins périnatals est l'une des meilleures au monde, mais il y a encore matière à amélioration en termes de différences régionales dans les soins partout au pays et de comparaisons globales des approches aux soins au Canada et ailleurs. Ce chapitre utilise les données du Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) pour examiner la morbidité et la mortalité chez les mères et les enfants en bas âge ainsi que les répercussions de la proportion croissante de femmes plus âgées qui accouchent et de l'utilisation des traitements de la stérilité sur les soins périnatals.

Résultats clés

En 1993–1997, les taux de mortalité maternelle au Canada ont chuté à 4,4 par 100 000 naissances vivantes, parmi les plus faibles au monde. Les causes de décès les plus communes au cours de la grossesse sont l'hypertension, l'embolie pulmonaire, l'hémorragie et la grossesse ectopique. Les conditions qui menacent la vie au cours de la grossesse comprennent l'embolie du liquide amniotique, l'embolie pulmonaire obstétrique, l'éclampsie, le choc septique, les complications de l'anesthésie, les troubles vasculaires cérébraux et l'hémorragie. Les données nationales sur l'embolisme amniotique indiquent que cette condition est rare (5,6 par 100 000 accouchements), mais comporte un taux de fatalité élevé, environ 80 % des cas en décèdent. Le taux de réadmission maternelle après une césarienne a augmenté de 3,2 par 100 césariennes en 1990 à 3,9 en 1997, comparativement à un taux stable de 2,5 par 100 dans le cas des réadmissions après un accouchement normal par voie basse. Cette situation peut être le signe d'une préoccupation potentielle à l'avenir puisque le taux des césariennes augmente (de 15,3 par 100 accouchements à l'hôpital en 1994 à 19,1 en 1997). Les taux de réadmission après une césarienne sont exacerbés, car les séjours post-partum à l'hôpital deviennent plus courts.

Le taux brut de natalité chez les adolescentes entre 10 et 14 ans et 15 et 19 ans a baissé, de 0,29 par 1 000 en 1981 à 0,22 en 1997, et de 25,8 par 1 000 en 1981 à 19,9 en 1997 respectivement. En 1997, le taux d'interruptions volontaires des grossesses était de 16,8 par 1 000 femmes, une hausse par rapport à 14,6 en 1990. Toutefois, il faut interpréter ces chiffres avec prudence, car ils semblent considérablement sous-déclarés. Les deux dernières décennies ont également affiché une croissance soutenue dans la proportion de naissances données par des femmes plus âgées qui courent plus de risques de développer des complications de grossesse ou d'accoucher avant terme (en 2000, 8,8 naissances prématurées par 1 000 naissances étaient données par des femmes de plus de 34 ans, le taux le plus élevé de tous les groupes d'âges).



Bien que le taux de mortalité infantile au Canada soit parmi les plus faibles au monde (5,3 à 8,8 par 1 000 naissances vivantes entre 1990 et 2000), il existe des écarts inacceptables entre les sous-populations. Les groupes à faible revenu courent 1,6 fois plus de risque de décès infantiles, par rapport aux groupes à revenu élevé. Les taux de mortinaissances et de mortalité périnatale sont le double chez les populations autochtones (parmi les Indiennes inscrites), et deux fois et demie la moyenne canadienne (parmi les groupes d'Inuits). Entre 1981 et 2000, le taux des naissances prématurées a augmenté au Canada (6,4 à 7,5 par 100 accouchements), éventuellement en raison de la croissance des naissances multiples et des interventions obstétriques.

La croissance du taux de naissances multiples, liée en partie à l'utilisation accrue des traitements de la stérilité, a accéléré récemment et représente une préoccupation. Ces naissances portent un plus grand risque de complications et sont associées à un plus grand risque de naissances prématurées : en 2000, 51,5 % des grossesses gémellaires et 97,7 % des grossesses de triplets ou plus ont conduit à des naissances prématurées. Les coûts engendrés par les soins intensifs néo-natals, les séjours prolongés à l'hôpital et la consommation de médicaments sont susceptibles de coûter cher au système de soins de santé.

Lacunes et recommandations

Les auteures ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous :

- Il faut recueillir les données qui contribuent à la surveillance du SCSP de manière plus actuelle et uniforme à l'échelle des provinces et territoires; de plus, on ne saisit pas nécessairement les interventions qui ont lieu à l'extérieur des hôpitaux.
- Les indicateurs économiques devraient faire partie de la surveillance par le SCSP de la santé périnatale, afin d'évaluer l'utilisation inutile ou excessive de certaines pratiques (éventuellement dispendieuses).
- Le SCSP devrait évaluer la réussite du Canada par rapport aux normes internationales des soins périnatals.

Télécharger le chapitre



FACTEURS ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS CHEZ LES FEMMES

Jennifer Payne, M.Sc., Robert Cho, Marie Desmeules, M.Sc. (Santé Canada), Ineke Neutel, Ph.D. (SCO Health Services Inc.) Les auteurs souhaitent souligner la participation de Rose Odili (B.Pharm.) qui a séparé les groupes de médicaments choisis utilisés dans l'analyse des catégories sur ordonnance et en vente libre.

Question relative à la santé

La recherche au Canada et dans le monde a constamment montré qu'en général, les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais déclarent plus de maladies et ont plus recours aux services de soins de santé (incluant les médicaments) que les hommes au cours de leur vie d'adulte. Selon la documentation, on ne connaît pas clairement les raisons de la consommation élevée des médicaments chez les femmes. Ce chapitre utilise les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994–1995, 1996–1997 et 1998–1999 pour étudier les associations entre la consommation de médicaments prescrits et de produits grand public et des variables sociales et démographiques choisies chez les femmes et les hommes. On a utilisé l'analyse multivariable (régression logistique) pour déterminer l'association entre la consommation de médicaments prescrits (c.-à-d. la prise de certains médicaments prescrits au cours des deux derniers jours) et le rôle social (étant un parent, un partenaire ou un employé), en tenant compte des variables confusionnelles potentielles telles que l'âge, le niveau d'études, le revenu, les maladies chroniques, les visites médicales et l'expérience de la douleur.

Résultats clés

Tandis qu'une plus grande proportion (environ 50 %) de femmes que d'hommes de 20 ans et plus ont consommé des médicaments au cours de la période 1994–1995 à 1998–1999, la proportion de consommateurs n'a pas augmenté. La consommation de médicaments prescrits et de produits grand public a augmenté avec le nombre de consultations médicales des femmes et des hommes, mais le ratio entre femmes et hommes a baissé dans la consommation de médicaments prescrits avec le nombre croissant de visites médicales. La relation était moins consistante dans les produits grand public.



Les caractéristiques de consommation des médicaments étaient différentes entre les femmes et les hommes, selon leur niveau scolaire (niveau élevé, c.-à-d. supérieur au secondaire; niveau inférieur, c.-à-d. secondaire ou moins). Dans tous ces groupes, la consommation de médicaments a augmenté avec l'âge, les maladies chroniques et le nombre de consultations médicales, et a baissé avec la perception d'une bonne santé à excellente. Toutefois, la relation avec d'autres facteurs était variable. Les rôles sociaux de la femme (mariée, était mariée, travaille ou parente) n'ont pas augmenté sa susceptibilité de consommer des médicaments. En fait, la consommation de médicaments était inférieure chez les femmes parentes au niveau d'études plus élevé et chez les femmes qui étaient mariées et avaient un niveau d'études inférieur à celui des groupes de comparaison. La suffisance du revenu déclarée n'est pas liée à la possibilité de consommer des médicaments (sur ordonnance et en vente libre) chez les femmes qui ont un niveau de scolarité élevé. Par contre, chez les femmes qui ont un faible niveau de scolarité, la consommation de médicaments s'accroît en relation avec la diminution du revenu. De plus, il semble que le fait de posséder une assurance-médicaments réduise considérablement les chances de consommer des médicaments à la fois chez les hommes et les femmes qui ont un niveau de scolarité élevé.

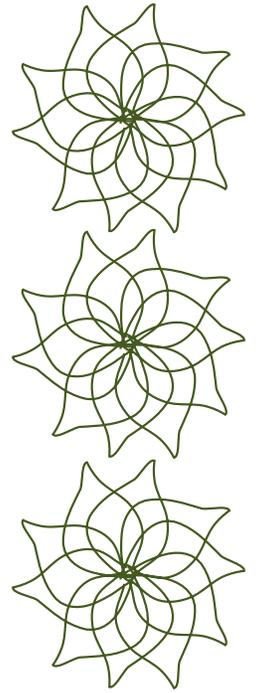
Une comparaison des facteurs liés à la consommation de médicaments des hommes se trouve dans le long chapitre.

Lacunes et recommandations

Les auteurs ont repéré les lacunes suivantes et ont formulé les recommandations ci-dessous :

- On a besoin de données plus exhaustives sur les rôles sociaux, particulièrement leur qualité, afin de comprendre davantage la relation entre les rôles et la consommation de médicaments. Bien qu'il y ait de l'information sur la situation familiale, on n'avait pas de données disponibles sur la perception qu'avaient les femmes de la qualité de la relation, la durée de la relation ou les relations du même sexe. Il existe une lacune similaire dans l'information contextuelle sur le parentage : bien que la question de l'enquête ait demandé « le nombre d'enfants de moins de six ans qui vivent dans la maison », on ne connaissait pas la durée de temps consacrée à la garde d'enfants ou aux activités ménagères. En comprenant davantage le contexte des rôles sociaux de la femme, il nous sera facile d'interpréter les résultats de façon plus précise.
- On a besoin de recueillir les données qui n'étaient pas disponibles pour permettre une évaluation de l'à propos de la consommation de médicaments prescrits et de produits grand public ou des raisons d'une telle consommation.
- On a besoin de plus de recherches pour comprendre davantage la répartition et les déterminants de la consommation de médicaments spécifiques.

[Télécharger le chapitre](#)



Conclusions



RÉSUMÉ

Mise en commun

Marie DesMeules (Santé Canada), Arminée Kazanjian (Université de la Colombie-Britannique), Health McLean (Centre for Research in Women's Health), Jennifer Payne (Santé Canada), Donna Stewart (Université de Toronto), Bilkis Vissandjée (Université de Montréal)

Le but du Rapport de surveillance de la santé des femmes

Le présent *Rapport de surveillance de la santé des femmes* fait une analyse comparative entre les sexes et constitue la première étape de l'élaboration d'un système efficace et durable en matière de surveillance de la santé des femmes au Canada. Il identifie les lacunes essentielles dans les enquêtes nationales existantes, qui doivent être soulevées pour avoir un système efficace de surveillance de la santé des femmes. Le rapport utilise également l'information de diverses bases de données nationales administratives et sur les enquêtes afin d'explorer les différences entre les sexes dans d'importants secteurs de la santé des femmes. Bien qu'on ait souvent considéré ces données comme étant « stériles » (elles ont été recueillies à d'autres fins et elles omettent en général une grande partie du contexte nécessaire pour l'analyse comparative entre les sexes), les auteurs du rapport y ont eu recours pour donner quelques aperçus des anomalies dans la répartition des déterminants de la santé, des comportements liés à la santé, des résultats cliniques et de l'utilisation des soins de santé chez les femmes canadiennes, et pour identifier les sous-groupes de femmes vulnérables.

Le présent rapport fournit un plan préliminaire pour surveiller les résultats cliniques, les comportements liés à la santé et d'autres questions sociales et économiques qui touchent la vie des femmes. Il vise une série de questions relatives à la santé qui ont vu le jour au cours des consultations nationales avec des experts en santé des femmes.

Plusieurs experts en santé des femmes, aux perspectives variées, se sont réunis pour rédiger le *Rapport de surveillance de la santé des femmes*. Les équipes d'experts ont préparé les ébauches des chapitres et ont consulté le Comité directeur de façon régulière. Une consultation externe « experte » plus large a eu lieu en octobre 2002. Cette collaboration continuera le long des étapes de diffusion et d'évaluation, tandis que les intervenants compétents travaillent ensemble pour créer un système de surveillance canadien global et efficace sur la santé des femmes.

Quelques messages clés : une perspective de portée générale

Plutôt que d'adopter une perspective de portée générale, le *Rapport de surveillance de la santé des femmes* présente de l'information sur une série de questions relatives à la santé. Ci-dessous, quelques messages clés du rapport concernant la qualité de vie, la santé des femmes canadiennes au cours de la vie et la santé des femmes plus vulnérables.



Qualité de vie

Les indicateurs utilisés dans ce rapport concernant la qualité de vie liée à la santé comprennent la santé auto-évaluée, les conditions chroniques auto-déclarées et l'espérance de vie ajustée selon l'état de santé (EVAS). Ce rapport appuie les associations bien connues entre le revenu, le niveau d'études, l'âge et la santé auto-évaluée. Au fur et à mesure que le revenu et le niveau d'études augmentent, les femmes deviennent plus susceptibles d'évaluer leur santé comme étant très bonne ou excellente. Le fait d'avoir un partenaire semble être également lié contribuer à une perception positive de la santé. Par ailleurs, les femmes de 65 ans et plus, celles qui ne sont pas nées au Canada et celles qui adoptent plusieurs comportements à risque sont moins susceptibles de déclarer une très bonne ou une excellente santé.

Chez tous les groupes d'âges, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de déclarer des conditions chroniques, une comorbidité, et une invalidité sévère et modérée. Le revenu, le niveau d'études, le tabagisme et l'âge ne sont associés que de façon minime à la prévalence de l'invalidité déclarée. Toutefois, les femmes invalides sont plus susceptibles que les hommes invalides d'être célibataires avec des enfants à leur charge, d'avoir un faible revenu, d'être au chômage et d'avoir moins de soutien social tangible et encore moins d'interactions sociales positives. Dans le même ordre d'idées, les femmes invalides de plus de 45 ans étaient moins susceptibles que les hommes invalides d'être mariées.

Comparativement aux hommes, les femmes ont un revenu et un niveau d'études plus faibles et affichent deux fois plus de prévalence de la dépression. Toutes ces conditions sont étroitement associées aux déclarations de douleurs chroniques. De plus, les femmes et les hommes avec moins de soutien social déclarent plus souvent souffrir de douleurs.

Le chapitre sur la mortalité et l'espérance de vie des femmes canadiennes indique que les femmes affichent une plus grande espérance de vie ajustée selon la santé (EVAS) par rapport aux hommes (70,0 ans par rapport à 66,7 ans). Toutefois, la différence est réduite, lorsqu'on exclut les décès évitables (tels que ceux causés par le tabagisme) de l'analyse. Si les décès à la suite du tabagisme et l'invalidité ne cessent d'augmenter chez les femmes et de diminuer chez les hommes, l'écart entre les sexes pourrait encore diminuer.

Cycle de vie

Jeunes femmes

Les jeunes femmes représentent le sous-groupe le plus exposé aux risques pour la santé. La recherche montre que le taux de tabagisme est désormais plus élevé chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes, même qu'il ne cesse d'augmenter. Les jeunes femmes font partie des plus grandes consommatrices d'alcool, particulièrement celles dont l'âge se situe entre 20 et 24 ans. De plus, les adolescentes entre 15 et 19 ans courent le plus grand risque d'être anorexiques ou boulimiques, et sont plus susceptibles que les femmes de 45 ans plus de déclarer avoir été victimes de violence. La plus jeune cohorte de femmes affiche les taux les plus élevés en matière de violence non sévère et de violence psychologique.

Les adolescentes courent un risque biologique accrue de contracter la chlamydia et la gonorrhée, car leurs cellules vaginales sont encore en phase de développement et leur mucus cervical est plus facilement envahi par les bactéries responsables des maladies. En 2000, les femmes entre 15 et 19 ans ont affiché la plus grande incidence déclarée de la chlamydia et de la gonorrhée, comparativement aux cohortes de femmes plus âgées. De plus, le groupe d'âge le plus jeune (15 à 29 ans) a affiché les plus grandes hausses dans les tests VIH/SIDA positifs. Parmi les femmes et les hommes qui ont obtenu un résultat positif au test du VIH en 2001, près de la moitié étaient âgées entre 15 et 29 ans. La proportion de tests VIH positifs chez ce groupe de femmes a augmenté de façon constante, de 14,6 % en 1985–1995 à 44,5 % en 2001.

Enfin, les données portent à croire que la santé mentale des jeunes femmes est préoccupante. L'incidence de la dépression est plus élevée chez les jeunes femmes de 18 à 24 ans que les femmes plus âgées, et le taux de suicide augmente à l'adolescence.

Les femmes dans la quarantaine

En les comparant aux plus jeunes, les femmes dans la quarantaine et plus commencent à courir un risque élevé de développer le cancer du sein et d'autres tumeurs gynécologiques malignes, telles que le cancer envahissant de l'endomètre et des ovaires. Les femmes de 50 ans et plus courent un plus grand risque de développer des maladies cardiovasculaires à la suite des changements hormonaux attribués à la ménopause et des mauvais comportements liés à la santé. Les femmes en quarantaine enregistrent deux changements considérables dans leur mode de vie, soit une diminution de l'activité physique et une plus grande susceptibilité d'avoir un surpoids.

Souvent, les femmes dans la quarantaine commencent à connaître des changements dans leur image sexuelle de soi, quelquefois accompagnés par une diminution de la libido et une baisse de la réceptivité sexuelle. On pense que ces changements sont principalement attribués à la baisse du niveau de testostérone, bien qu'on pense que les rôles sociaux évolutifs des femmes dans la quarantaine puissent être également un facteur.

Dans l'ensemble, les femmes de 45 ans et plus sont moins susceptibles que les femmes plus jeunes d'avoir une dépression.

Les femmes plus âgées

Comme le montre le présent rapport, au fur et à mesure que les femmes vieillissent, elles courent un plus grand risque de développer le cancer du sein, les maladies cardiovasculaires, les cancers gynécologiques, l'ostéoporose et l'arthrite. De plus, les femmes plus âgées sont moins susceptibles que les femmes plus jeunes d'adopter des comportements positifs liés à la santé, tels que l'exercice physique et un régime alimentaire sain. En conséquence, il n'est peut-être pas surprenant de voir les femmes de 65 ans et plus afficher les taux les plus élevés en matière d'utilisation des soins de santé. Particulièrement, l'âge s'est avéré un meilleur corrélat de l'utilisation des soins de santé primaires que le sexe ou le lieu géographique. Également, la proportion de la population qui consomme les médicaments et le nombre de médicaments consommés augmentent avec l'âge.

Comparativement à la quantité de données sur la santé physique et le fonctionnement des femmes âgées, il existe peu de données pour appuyer une analyse des déterminants non-médicaux de la santé, entre autres le soutien social. Il s'agit d'une lacune substantielle, étant donné que les femmes âgées constituent l'un des segments les plus démunis et les plus vulnérables de la société canadienne.

Dans l'ensemble, la susceptibilité d'avoir une dépression tend à baisser avec l'âge. Bien que les symptômes psychiatriques, incluant la dépression mineure et l'anxiété, augmentent dans les années qui précèdent directement la ménopause, ils baissent de façon substantielle à la phase de postménopause.

Les populations vulnérables

Femmes autochtones

Les femmes autochtones font face à plusieurs fardeaux sur la santé, incluant le mauvais état de santé, la pauvreté, la violence et l'abus d'alcool ou d'autres drogues. Une certaine entente porte à croire que le profil sanitaire de la population autochtone ressemble à celui d'un pays en voie de développement. Pourtant, la santé des Autochtones, particulièrement les femmes, reste moins comprise.

L'espérance de vie des femmes des Premières nations est inférieure de cinq années à la moyenne nationale chez les femmes canadiennes. L'appartenance à une communauté autochtone s'associe également avec un plus grand risque de déclarer une santé mauvaise ou passable. Les pratiques des femmes des Premières nations en matière de santé varient de façon substantielle de celles des femmes canadiennes en général. Par exemple, leur taux de tabagisme est le double de la moyenne nationale, et l'alcoolisme est deux fois plus commun chez elles que chez les femmes non autochtones. De plus, les femmes autochtones qui consomment l'alcool sont plus susceptibles d'avoir une dépression. Par ailleurs, les femmes Autochtones sont plus susceptibles que les femmes non autochtones d'être actives physiquement.



Les femmes autochtones semblent courir plus de risque que les femmes en général d'avoir des maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'arthrite, le rhumatisme et le cancer du col de l'utérus. De plus, elles affichent des taux de décès plus élevés que la population générale à la suite d'une cardiopathie ischémique et d'un accident cérébral vasculaire. Malgré une tendance vers la hausse dans le cancer du sein chez les femmes inuites (1969 à 1973 et 1984 à 1988), il semble que les taux de cette tumeur soient inférieurs chez les femmes inuites que chez le reste des Canadiennes.

Environ 50 % de tous les tests VIH positifs enregistrés chez la population autochtone touche les femmes, par rapport à 16 % chez les femmes non autochtones. On a besoin d'une recherche plus poussée dans ce domaine afin de déterminer les facteurs associés à cette tendance.

Les taux de tous les types de violence, incluant l'agression sexuelle, sont beaucoup plus élevés chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones. Les femmes autochtones affichent également un taux de suicide disproportionné. Par exemple, les adolescentes indiennes inscrites sont 7,5 fois plus susceptibles que les autres adolescentes canadiennes de commettre un suicide, et les Indiennes inscrites âgées entre 20 et 29 ans affichent un taux de suicide 3,6 fois plus élevé que chez les autres femmes canadiennes du même âge. Malheureusement, on ne dispose pas de données nationales sur la prévalence de la dépression chez les femmes autochtones, tant sur la réserve qu'à l'extérieur.

Mères seules

Les mères seules sont considérablement plus susceptibles que les femmes vivant en couple d'être pauvres et de connaître des difficultés financières et une insécurité alimentaire. Ces facteurs peuvent contribuer aux taux nettement plus élevés de la détresse (p. ex. symptômes de dépression), du stress personnel (se sentir surchargée) et du stress chronique chez les mères seules. Une autre découverte préoccupante révèle que les mères seules vivant avec de jeunes enfants enregistrent des taux plus élevés en matière de violence sévère, de violence non sévère et de violence psychologique.

Les femmes incarcérées

Les femmes en prison sont plus exposées au VIH/SIDA que les femmes non-incarcérées, en raison de l'utilisation des drogues injectables, de l'échange d'aiguilles et des rapports sexuels à risque. D'autres questions relatives à la santé des femmes incarcérées qui ne figurent pas dans ce rapport méritent d'être étudiées à l'avenir, entre autres la tuberculose résistante aux antibiotiques, l'hépatite C et les maladies transmissibles sexuellement.

Les femmes en milieu rural et urbain

Les résultats que le présent rapport a révélés sur la santé des femmes en milieu rural et urbain sont contrastés. D'un côté, les femmes en milieu rural affichent un taux de mortalité nettement plus élevé par rapport aux femmes en milieu urbain. Par exemple, le taux de mortalité chez les jeunes femmes entre 15 et 19 ans en milieu rural est 2,5 fois celui des jeunes filles en milieu urbain. Il existe également d'importantes différences géographiques dans la mortalité : en outre, les femmes qui vivent dans les Territoires du Nord-Ouest affichent un taux de mortalité, toutes causes confondues, 60 % plus élevé que celui des femmes qui vivent en Colombie-Britannique, et un taux de mortalité 30 % plus élevé que celui des femmes à Terre-Neuve et Labrador.

De l'autre côté, les femmes en milieu urbain déclarent un plus grand risque de subir une violence physique et sont plus susceptibles que les femmes en milieu rural de déclarer avoir été agressées sexuellement.

Diversité ethnique et migration

En matière d'origine ethnique, on manque de données nationales agrégées selon le sexe. Lorsque l'origine ethnique est disponible en tant que variable, elle est souvent présentée en tant que catégories générales qui tendent à créer l'homogénéité au sein de divers sous-groupes. L'analyse qui figure dans le présent rapport s'appuie sur un échantillon limité de femmes et d'hommes qui ont déclaré être nés ailleurs mais vivent actuellement au Canada ou qui se sont identifiés par rapport un groupe ethnique particulier. Notre analyse suggère que les femmes qui ont récemment immigré au Canada déclarent une meilleure santé et sont moins susceptibles que les femmes nées au Canada d'adopter la majorité des comportements à risque pour la santé, tels que le tabagisme ou la consommation régulière d'alcool. Au fur et à mesure que la durée de leur établissement au Canada augmente, ces femmes étaient plus susceptibles que les femmes nées au Canada de déclarer une mauvaise santé. La morbidité déclarée était également plus élevée chez les femmes et les hommes qui ont passé plus de temps au Canada, un résultat qui est similaire à celui d'autres études.

De quoi avons-nous encore besoin pour établir un système de surveillance durable en matière de santé des femmes?

Autres rapports sur la santé des femmes

Les États-Unis et plusieurs provinces canadiennes ont préparé des rapports spécifiques qui évaluent l'état de santé des femmes et donnent de l'information qui peut servir aux décideurs pour élaborer des politiques et des programmes connexes [1–4]. Le présent *Rapport de surveillance de la santé des femmes* est unique, car (i) il utilise une perspective canadienne; (ii) il s'efforce à clarifier l'utilité des données nationales secondaires (administratives et d'enquêtes) dans la fourniture d'une information sur les deux sexes pour le processus décisionnel en matière de politiques et de programmes sur la santé des femmes. Il s'agit d'une importante information de base nécessaire pour mettre au point un système de surveillance de la santé des femmes.

Le rapport que le centre national juridique des femmes « *National Women's Law Center* » des États-Unis [1] a préparé sous le titre « *Making the Grade on Women's Health: National and State by State Report Card* », a examiné 32 mesures de l'état de santé des femmes et 32 mesures de la politique sur la santé des femmes. Tandis que quelques-unes des questions relatives à la santé traitées dans le rapport américain étaient les mêmes que celles du *Rapport de surveillance de la santé des femmes*, les inégalités d'accès aux soins de santé, un problème moins applicable au Canada, ont pris la part du lion dans le rapport américain.

Au Canada, diverses provinces et régions, incluant le Canada Atlantique (1999 mis à jour en 2003), la Colombie-Britannique (2000) et l'Ontario (2002), ont établi des rapports sur la santé des femmes [2–4]. À l'instar du *Rapport de surveillance de la santé des femmes*, ces publications ont présenté une perspective selon les deux sexes sur la santé des femmes. Cette approche reconnaît que la santé et ses déterminants ne sont pas répartis de façon égale entre les femmes et les hommes ou même entre les femmes d'ailleurs, et vise à identifier les groupes particulièrement vulnérables. Bien que ces rapports adoptent différentes approches, ils contiennent des similarités quant aux questions traitées et aux résultats obtenus.

Le rapport du Canada Atlantique a montré, au moyen d'exemples illustratifs, l'utilité d'une approche « déterminants de la santé » pour évaluer l'état de santé des femmes dans la région [2]. Il a soulevé des questions incluant les déterminants socio-économiques de la santé, le mode de vie et les facteurs de prévention, et les maladies. Le rapport a remarqué la nature très interactive des déterminants de la santé et a identifié quelques importantes lacunes et limites dans les données. Le rapport de la Colombie-Britannique a utilisé les six objectifs provinciaux en matière de santé et leurs buts et indicateurs correspondants comme cadre de travail [3]. À l'instar du rapport du Canada Atlantique, il visait à démontrer une approche alternative aux déclarations des femmes. Le rapport de l'Ontario a décrit de façon globale l'état actuel de la santé des femmes dans la province. Il s'est penché sur la santé et ses déterminants, et s'est appuyé sur cinq thèmes : le facteur démographique, les indicateurs de la morbidité, la santé génésique, les comportements liés à la santé et les sous-populations [4].

Ces rapports, et les équipes de recherche qui ont travaillé dessus, offrent l'occasion d'étudier de façon approfondie et de travailler en collaboration pour renforcer la surveillance de la santé des femmes au Canada.



Au-delà du rapport

Au cours du processus de consultation et de la rédaction subséquente du *Rapport de surveillance de la santé des femmes*, plusieurs intervenants et experts en santé des femmes ont suggéré l'inclusion d'autres ou de différentes questions relatives à la santé des femmes. Le rapport ne traite pas tous les thèmes pour plusieurs raisons. On dispose, par exemple, de données sur les maladies de l'appareil respiratoire chez les femmes, qui devraient être soulevées dans les rapports à venir. Dans certains cas, tels que l'avortement et l'hystérectomie, les données ne sont pas assez complètes pour faire une analyse exhaustive. Il existe également d'autres importantes questions telles que l'anxiété chez les femmes et la douleur pelvienne dont on ne dispose pas de données appropriées. Il est clair qu'on doit poursuivre le processus d'établissement d'un consensus, et élaborer et valider les indicateurs de la santé des femmes. L'entente sur un cadre de travail et une série de base d'indicateurs de la santé des femmes constitueront une importante étape pour établir une étendue exhaustive et valide pour les rapports à venir.

Un tel cadre de travail et de tels indicateurs faciliteraient la collecte de données appropriées et utiles. Bien qu'il fut possible de fournir quelques analyses de données selon les deux sexes dans toutes les questions couvertes dans ce rapport, presque tous les auteurs des chapitres ont fait part des limites des données secondaires disponibles pour construire les variables les plus appropriées selon les deux sexes. Les auteurs de plusieurs chapitres ont exprimé le besoin d'avoir des données plus appropriées pour une analyse comparative entre les sexes, particulièrement :

- Des données plus contextuelles sur les circonstances des femmes, telles que leurs rôles (p.ex. employée, épouse, mère, dispensatrice de soins) et utilisation des ressources en soins de la santé. Les recherches qualitative et quantitative devraient se compléter et s'entraider pour déterminer les variables contextuelles les plus utiles.
- Des données longitudinales qui permettraient de comprendre davantage les liens entre les comportements liés à la santé et les résultats connexes.
- Des échantillons représentatifs dans les systèmes de surveillance de la santé pour refléter la diversité de la population canadienne par rapport à l'origine ethnique et à la durée de résidence au Canada, particulièrement pour évaluer les besoins des immigrants récemment établis.
- Des données longitudinales qui fourniraient l'information sur l'influence des environnements socio-économiques changeants, la transition et son interaction avec les rôles selon le sexe, l'origine ethnique, la migration et la santé.
- Plus de données contextuelles sur les Autochtones.

On a tenu compte de la normalisation des concepts sociaux globaux (p. ex. l'âge, le niveau d'études, l'emploi, le logement, l'origine ethnique, les groupes d'immigrantes) utilisés pour examiner les deux sexes dans ce rapport. Toutefois, en raison de la diversité des questions soulevées, il a semblé inadéquat de catégoriser ces variables de façon arbitraire. On a plutôt décidé d'utiliser les résultats du rapport en tant que base pour recommander les catégories les plus appropriées pour l'analyse comparative entre les sexes. En conséquence, un « dictionnaire concept » pourrait être élaboré pour proposer des catégorisations qui seront utilisées dans les futures analyses comparatives entre les sexes.

Les analyses et ce rapport ont mis l'accent principalement sur l'individu. Toutefois, il faut reconnaître l'importance de déterminants politiques, sociaux, culturels et économiques de la santé plus « en amont ». Il faut également intégrer les indicateurs qui mesurent, surveillent et dressent un rapport sur ces déterminants et sur les facteurs de risque, les expositions, les interventions et les résultats cliniques dans tout système de surveillance durable en matière de santé des femmes.

Bien qu'une approche systématique au cours de la vie n'ait pas été entreprise, les auteurs de divers chapitres ont choisi de mettre l'accent sur les femmes dans des groupes d'âges particuliers. Toutefois, une recherche systématique sur les risques pour la santé chez les femmes à différentes étapes de la vie (début de vie, enfance, adolescence, du début à l'âge avancé de la vie d'adulte), peut donner des aperçus de la manière avec laquelle les facteurs biologiques, psychosociaux et sociaux interagissent pour influencer la santé des femmes. Nous comprendrons davantage la santé des femmes grâce à des connaissances accrues dans ce domaine. De plus, les rapports à venir devraient mettre plus d'accent sur la santé à toutes les étapes de la vie.

Afin d'avoir un cycle durable en matière d'élaboration de politiques pour la surveillance de la santé des femmes, comme l'a visionné le Comité consultatif sur la surveillance de la santé des femmes [5], on a besoin des suggestions de diverses sources (chercheurs, professionnels de la santé, responsables de la collecte de données, analystes et interprètes, responsables de l'élaboration des politiques et des programmes, et responsables des communications) à tous les niveaux. Les suggestions des responsables de l'élaboration des politiques et d'autres décisionnaires peuvent aider à orienter la collecte et l'analyse des données. Dans le même ordre d'idées, une compréhension des besoins des équipes de l'élaboration des politiques et des communications peut cibler l'analyse des données et la déclaration des résultats. Aussi, les tendances et les importantes caractéristiques de la santé relevées par les experts en surveillance peuvent aider à informer et à cibler le processus décisionnel en matière de politiques et de programmes. Plus le système de surveillance est inclusif et plus les perspectives et les approches représentent de nombreuses facettes, plus il sera durable et pertinent aux politiques.

Prochaines étapes

L'équipe principale de recherche a identifié les étapes à suivre pour le processus d'élaboration d'un système de surveillance national durable au Canada sur la santé des femmes :

- Évaluer ce rapport afin de déterminer s'il a répondu aux objectifs de fournir un outil pratique et utile pour l'élaboration de politiques et de programmes sur la santé des femmes;
- Compiler les recommandations à plus long terme provenant des intervenants et des experts dans un format qui peut contribuer aux prochains rapports sur la santé des femmes. Il serait utile ici d'inclure une évaluation systématique de l'éventuelle efficacité des recommandations;
- Travailler avec divers partenaires afin de mettre au point et de valider un cadre de travail selon les deux sexes et des indicateurs de la santé des femmes, qui peuvent servir à la préparation des prochains rapports. Ces outils faciliteraient la normalisation des données et leur comparaison entre les groupes qui les utilisent. De plus, ils aideraient à établir les priorités;
- Continuer à faire participer les experts dans le domaine de la santé des femmes et d'autres intervenants dans le processus de perfectionnement d'un modèle de surveillance selon le sexe, qui soit en mesure de former la base des preuves scientifiques pour les politiques et les programmes sur la santé des femmes.

Le *Rapport de surveillance de la santé des femmes* vise à fournir un outil utile pour examiner la santé des femmes, un outil qui peut aider les responsables de l'élaboration des politiques à établir des buts précis en matière de santé pour améliorer la santé des femmes canadiennes et contribuer au développement des objectifs nationaux en matière de santé.



Références

1. National Women's Law Centre; FOCUS on Health & Leadership for Women, Center for Clinical Epidemiology and Biostatistics, University of Pennsylvania School of Medicine; the Lewin Group. *Making the grade on women's health: a national and state-by-state report card*. Washington DC: National Women's Law Center, 2000.
2. Colman R. *Women's health in Atlantic Canada: a statistical portrait*. Halifax: Maritime Centre of Excellence for Women's Health. Atlantic Region Fora on Women's Health and Wellbeing, 2000.
3. Women's Health Bureau. *Provincial profile of women's health: a statistical overview of health indicators for women in British Columbia*. Ottawa: Health Canada, 2000.
4. Stewart DE, Cheung AM, Ferris LE, Hyman I, Cohen MM, Williams JI. *Ontario women's health status report*. Prepared for the Ontario Women's Health Council by the University Health Network Women's Health Program, the Centre for Research in Women's Health, and the Institute for Clinical Evaluative Sciences. 2002.
5. Advisory Committee on Women's Health Surveillance. *Women's health surveillance: a plan of action for Health Canada*. Ottawa: Health Canada, 1999.



LA SURVEILLANCE DE LA SANTÉ DES FEMMES

répercussions sur les politiques

Sari Tudiver Ph.D., Mireille Kantiebo MSc, Ph.D. (cand.), Jean Kammermayer B.Sc.N., MPA, et Monica Mavrak B.Soc.Sci. (Bureau pour la santé des femmes, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada)

Remerciements :

Nous remercions spécialement Janet Currie, Focus Consultants de Victoria (C. B.) qui a appuyé la recherche de base nécessaire à ce chapitre, ainsi que Lissa Donner, consultante de Winnipeg, et Madeline Boscoe, directrice exécutive, Réseau canadien pour la santé des femmes, qui ont formulé de nombreux commentaires utiles au début du projet. Nous remercions aussi nos collègues de Santé Canada qui nous ont fourni suggestions et information.

Introduction

Les chapitres précédents de ce rapport présentent des données et des aperçus précieux sur la santé des femmes au Canada, mais ils dégagent aussi des lacunes importantes au niveau de la collecte d'information sur la santé des femmes et sur les différences entre les sexes dans le domaine de la santé. Ces lacunes se manifestent dans les activités de surveillance de la santé, ainsi qu'en recherche biomédicale et sociale. En outre, on tient rarement compte de façon systématique et uniforme des répercussions sexospécifiques des politiques sociales et économiques. Cette situation qui perdure depuis longtemps découle d'hypothèses et de valeurs qui sous-tendent les stratégies théoriques et pratiques de collecte de données, de recherche, d'analyse et d'élaboration de politiques, qui ont eu tendance à renforcer le caractère central des rôles des femmes sur les plans de la reproduction et des soins, et à oublier ou sous-évaluer leurs expériences dans d'autres sphères de la vie de la société [1–4].

La définition et la correction des « lacunes reliées au sexe ou au genre » en surveillance de la santé contribueraient à renforcer le système de surveillance de la santé au Canada et à le rendre plus précis, ce qui en retour renforcerait la base factuelle sur laquelle reposent l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques sociales efficaces qui visent à améliorer l'évolution de l'état de santé de la population et à aplanir les inégalités dans le domaine de la santé. Des politiques plus efficaces pourraient permettre de définir de nouveaux domaines et de nouvelles façons d'améliorer la surveillance. À cette fin, on pourrait notamment intégrer systématiquement l'analyse sexospécifique aux pratiques de surveillance, surtout en concentrant l'attention sur le contexte et la diversité de la vie des gens, en élaborant et mettant en oeuvre des indicateurs sexospécifiques de la santé et en utilisant des concepts théoriques et des outils d'analyse innovateurs pour tracer la voie et décrire les liens d'interdépendance entre les déterminants de la santé de la population et l'évolution de son état de santé. Ce chapitre met en évidence le besoin d'un cas stratégique de surveillance de la santé des femmes au Canada et en dégage certains éléments constituants possibles.



La surveillance et le cycle des politiques

Les données de surveillance contribuent de nombreuses façons à l'élaboration de politiques. La surveillance sert à repérer des événements « sentinelles » comme des éclosions de maladie qui peuvent obliger à prendre sur-le-champ des décisions stratégiques sur la santé publique. Les systèmes de surveillance suivent l'incidence, au fil du temps, de certaines maladies en particulier comme le diabète, le cancer du sein et les infections transmises sexuellement, de même que les taux et les tendances de comportements sur le plan de la santé comme le tabagisme que visent des politiques et des programmes. Les données peuvent démontrer que des sous-groupes en particulier présentent un risque accru ou réduit face à ces maladies et à d'autres problèmes de santé — ces renseignements sont importants pour les programmes de promotion de la santé, de recherche et de traitement clinique [1, 5]. Il est possible d'analyser plus à fond les tendances sociales dégagées par la surveillance — par exemple, la montée de l'âge des femmes au premier accouchement [6] — afin d'en dégager des corrélats comme le niveau de scolarité, le revenu et l'emploi, le recours accru aux technologies d'assistance à la procréation, les attitudes à l'égard de l'éducation des enfants et les causes possibles de la tendance. Cette analyse est essentielle à l'élaboration de politiques publiques saines [7].

On appelle souvent « cycle des politiques » ou processus d'élaboration des politiques les divers stades que doit franchir une politique pour être approuvée et mise en oeuvre [8, 9]. Ces stades consistent habituellement à définir l'enjeu, recueillir les données de recherche disponibles et d'autres données factuelles, évaluer les risques, consulter des intervenants, élaborer et préciser des politiques possibles, prendre des décisions aux paliers appropriés de gouvernement, mettre en oeuvre la politique et en évaluer les répercussions au fil du temps [10]. Ceux qui interviennent à tous les stades du cycle des politiques ont idéalement accès à des données factuelles et à des analyses de grande qualité. Les données de surveillance de la santé sont particulièrement pertinentes pour la définition et l'analyse détaillées systématiques d'un enjeu, y compris l'évaluation des risques. Les lacunes des données de surveillance peuvent démontrer le besoin de recherches supplémentaires avant ou pendant l'élaboration de politiques possibles. Lorsque des décisions stratégiques s'imposent de toute urgence, il se peut que les phases du cycle des politiques soient exécutées simultanément, dans un contexte qui change rapidement.

La surveillance est aussi pertinente à la mise en oeuvre et à l'évaluation des politiques. Par l'utilisation d'indicateurs de la santé appropriés (voir « Élaboration d'indicateurs de la santé des femmes » ci dessous), la surveillance peut faire partie d'un système de contrôle qui vise à suivre l'efficacité de certaines interventions en particulier, comme les programmes d'éducation sur la santé ou de dépistage, ainsi que de politiques générales comme la restructuration du système de santé pour améliorer l'évolution de l'état de santé de la population et aplanir les inégalités dans le domaine de la santé.

De nombreux facteurs limitent l'utilité des données de surveillance actuelles pour le processus d'élaboration des politiques. On en a décrit un grand nombre dans les chapitres précédents. En résumé, il n'y a pas de programme intégré de surveillance et d'information sur la santé des femmes. Lorsque l'on recueille des données, elles révèlent des contraintes méthodologiques : l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et d'autres enquêtes comptent sur la mémoire par l'autodéclaration (voir le chapitre intitulé « Poids corporel et image du corps »); il y a incohérence des données entre les années d'enquête, sans oublier que les enquêtes transversales n'expliquent pas les causes. Les méthodes utilisées peuvent produire une information lacunaire, ce qui mine la solidité des données lorsqu'il s'agit de comprendre la situation de sous-groupes en particulier. C'est le cas des enquêtes sur la violence qui n'incluent pas les personnes sans téléphone, les sans-abri ou les personnes institutionnalisées, ou les habitants du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut dont beaucoup présentent un risque élevé de mauvais traitements (voir le chapitre intitulé « La violence faite aux femmes au Canada »). L'information détaillée tirée d'activités de surveillance de la santé et portant sur les collectivités autochtones et d'autres groupes ethnoculturels, les personnes handicapées et les populations rurales et éloignées est rare aussi, ce qui limite la compréhension de différences fondées sur le sexe et le genre dans ces populations (voir le chapitre intitulé « Mortalité, espérance de vie et espérance de la santé des femmes Canadiennes »). L'infrastructure nécessaire à la production d'information normalisée sur de nombreux enjeux de la santé publique manque et la collecte de ces données doit tenir compte d'aspects culturels et sociaux délicats. La collaboration normalisée et la surveillance entre les niveaux de compétence manquent aussi (voir le chapitre intitulé « Différences entre les sexes dans les maladies transmissibles sexuellement d'origine bactérienne au Canada »). Les ressources limitées sont à l'origine de certains de ces problèmes [11].

Élargir la portée de la surveillance et l'analyse

La conception des systèmes de surveillance peut être limitée lorsque les politiques en vigueur reposent sur une orientation trop étroite qui fait que l'on rate des conséquences ou des aspects importants d'interventions stratégiques. Pour être pertinente aux politiques, la surveillance doit saisir un éventail de données au sujet du contexte des comportements reliés à la santé et de l'interdépendance entre les déterminants sociaux et biologiques de la santé, y compris les différences fondées sur le sexe et le genre. L'analyse sexospécifique constitue un outil systématique qu'il est possible d'utiliser pour examiner la diversité à l'intérieur de populations et de sous-groupes et entre ceux-ci (selon l'âge, la situation socio-économique, l'orientation sexuelle, la race, l'origine ethnique, l'éducation, les aptitudes, l'endroit, etc.) et dans tout le cycle de vie [12, 13]. Le sexe et le genre sont bien plus que des variables dépendantes puisque l'analyse de ces différences remet souvent en question les hypothèses qui sous-tendent les cadres d'analyse, y compris l'interprétation des résultats, et démontre que la collecte de données, l'analyse et l'intervention doivent se produire à des niveaux différents [14].

La réforme du système de santé démontre comment le cadre de collecte des données doit pouvoir explorer des enchaînements de causalité complexes et prévoir les effets futurs possibles de politiques. On a utilisé, par exemple, des données sur la durée réduite des séjours à l'hôpital pour suivre les réductions des coûts et l'évolution de l'état de santé des patients. L'impact des congés précoces sur les soignants familiaux ou non rémunérés, dont la majorité sont des femmes, n'a toutefois pas attiré l'attention comme enjeu important sur le plan de la surveillance et des politiques [15, 16]. De plus en plus de données probantes démontrent que le travail de soignant augmente les risques de morbidité et de mortalité [17, 18], ce qui est particulièrement pertinent pour les femmes d'âge mûr et les femmes plus âgées qui peuvent avoir des problèmes chroniques comme l'arthrite ou le diabète. Une recherche sur les effets économiques, sociaux, physiques et psychologiques de l'alourdissement de la tâche des soignants pourrait servir de base à l'élaboration d'indicateurs de la santé permettant de mesurer les répercussions des changements du système de santé sur la santé et le mieux-être des soignants des deux sexes.



L'élaboration d'indicateurs de la santé des femmes

Les systèmes de surveillance de la santé produisent de l'information sur les indicateurs de la santé, c'est à dire des statistiques ou des paramètres qui produisent au fil du temps de l'information sur les tendances et l'évolution de la condition physique et de l'état de santé de populations [19]. Les indicateurs de la santé sont des outils importants qui aident à décrire et à mesurer les déterminants de la santé, y compris les services de santé, ainsi que l'état de santé de populations et son évolution. Ils aident à élaborer des politiques, des programmes et des mesures législatives, et servent à contrôler les progrès réalisés vers des buts et des objectifs sanitaires et à produire de l'information en la matière. Les indicateurs peuvent éclairer les évaluations d'impact sur la santé, ainsi que l'établissement des coûts sociaux et financiers. Ils permettent aussi d'établir des comparaisons entre des niveaux de compétence en fonction de normes établies.

Fondés exclusivement sur des données désagrégées selon le sexe, les indicateurs classiques de la santé ne reflètent pas fidèlement les interdépendances entre les processus biologiques, les rôles sociaux, le contexte socio-économique, le système de soins de santé et l'évolution de l'état de santé de la population. Divers types d'analyses statistiques, comme l'analyse à variables multiples, tiennent compte jusqu'à un certain point des rôles sociaux et d'autres aspects sexospécifiques, mais le défi consiste à élaborer des indicateurs qui reflètent les interdépendances complexes entre les déterminants de la santé et l'évolution de la santé, y compris des différences clés au niveau de la santé et du mieux-être entre femmes et hommes, garçons et filles [20–22].

Le chapitre du présent rapport intitulé « Rôles multiples et santé mentale des femmes au Canada » démontre, par exemple, les taux élevés de stress personnel et chronique chez les mères célibataires qui travaillent et chez celles qui sont sans emploi. Ce qui sous-entend qu'il faut déterminer comment les niveaux de stress cumulatifs contribuent aux maladies chroniques ou à d'autres problèmes de santé chez les femmes et les hommes. Afin de suivre les différences selon le sexe et le genre au niveau des maladies chroniques ou d'autres problèmes de santé, les indicateurs devraient saisir l'interaction entre les facteurs biologiques, socio-économiques et comportementaux, les expositions cumulatives à différents types de stress (p. ex., professionnel, familial) et les tendances des problèmes de santé comme les cardiopathies, chez les femmes et les hommes. Des recherches qui montrent l'existence d'un lien entre les facteurs de risque chez le nourrisson et l'enfant et des problèmes chroniques chez l'adulte, y compris les cardiopathies, démontrent en outre le besoin d'indicateurs reflétant la multiplicité des interactions pendant toute la vie [23, 24]. Des théories émergentes en épidémiologie sociale offrent des hypothèses importantes pour explorer « l'interaction cumulative entre l'exposition, la vulnérabilité et la résistance » [25]. De telles théories reposent en partie sur une meilleure compréhension des liens entre le psychologique et le somatique, et en particulier des répercussions que des facteurs de stress comme la discrimination et la privation précoce ont sur la santé humaine.

Si les politiques sociales doivent promouvoir la santé et aussi prévenir les maladies, il faut concevoir des indicateurs pour définir un vaste éventail de comportements humains, ainsi que la conjoncture et le contexte qui les façonnent. Des chercheurs des collectivités autochtones indiquent qu'il faudrait créer des indicateurs de la santé des Autochtones qui, sans compter qu'ils viseraient avant tout les tendances de la maladie et les conséquences de la victimisation, saisiraient les comportements de recherche de la santé qui reflètent des stratégies d'adaptation positives et la résilience de la personne et de la collectivité [26–28]. Des chercheurs de groupes d'immigrants et de réfugiés, ainsi que d'organismes des droits des personnes handicapées, notamment, ont énoncé des points de vue semblables [29–31]. Plus tôt dans ce rapport, Wong et al. démontrent que les indicateurs normalisés de la santé sexuelle des adolescents du Canada sont conçus de façon à dégager des maladies (p. ex., infections transmises sexuellement) et des résultats négatifs (p. ex., grossesses non planifiées) et accordent peu d'attention aux indicateurs de comportements et de la sexualité saine. Ils signalent que les indicateurs doivent représenter une approche comportementale, biologique et cognitive générale de la santé sexuelle des adolescents (voir le chapitre « Santé sexuelle »).

Les outils de surveillance structurés, y compris les indicateurs bien définis, ont leurs limites. Il faut appuyer les enquêtes et les indicateurs et les éclairer par des recherches qualitatives afin de dégager le contexte qui sous-tend les réponses limitées produites par les indicateurs traditionnels. Il faut exploiter de façon critique d'autres ressources pour en tirer des données probantes sur le sexe, le genre et la diversité afin de répondre à des questions pertinentes aux politiques : « Pourquoi cette tendance s'est-elle manifestée? » « Quelles sont les répercussions à court terme et à long terme pour la santé des femmes et des hommes et pour celle de sous-groupes en particulier? » « Quelles politiques et interventions en particulier sont susceptibles d'être les plus efficaces pour améliorer l'évolution de l'état de santé des populations et aplanir les inégalités sur le plan de la santé? » Pour comprendre plus complètement un enjeu et améliorer encore davantage les indicateurs de surveillance de la santé des femmes, on peut analyser à la loupe de la sexospécificité les examens historiques de tendances et de politiques, d'autres travaux théoriques et analytiques, des résultats de recherche biomédicale et sociale, la recherche et l'évaluation de politiques, l'évaluation des risques, l'analyse contextuelle et l'évaluation de technologies de la santé.

Élaboration de politiques égalitaires

Les chapitres précédents présentent de nombreuses recommandations sur d'autres domaines de surveillance, de recherche et d'analyse portant sur la santé des femmes. On y indique aussi que les paliers compétents de gouvernement, les professions de la santé et d'autres organisations non gouvernementales doivent élaborer des politiques et des programmes sociaux particuliers pour améliorer l'évolution de l'état de santé des populations et aplanir les inégalités dans le domaine de la santé. On a associé à certains enjeux comme la santé sexuelle et génésique, le tabagisme, les maladies cardiovasculaires et la violence familiale tout un éventail de données de surveillance, de recherches et de politiques sur lesquelles pourraient s'appuyer des initiatives qui déboucheraient sur des politiques sociales intégrées et qui tiennent compte des différences entre les sexes. Nous aborderons ici deux de ces enjeux, soit la santé sexuelle et génésique et le tabagisme, pour illustrer brièvement comment de telles politiques pourraient faire leur apparition.



Santé sexuelle et génésique

Une grande initiative de politique sociale s'impose sur la santé sexuelle et génésique des femmes et des hommes pendant tout le cycle de vie. Les enjeux en cause comprennent la prévalence des infections transmises sexuellement (chlamydia, papillomavirus et VIH) chez les femmes jeunes et plus âgées, les facteurs socio-économiques qui limitent la capacité des femmes de négocier des pratiques sexuelles plus sécuritaires et le manque d'information sur la planification des naissances ou l'accès à celle-ci [32]. Les hommes du Canada ont des problèmes semblables au sujet des ITS et de la dysfonction sexuelle. Les causes d'infertilité reliées à l'homme ont aussi attiré l'attention parce qu'il y a de plus en plus de preuves de liens possibles entre la baisse de la fécondité masculine et l'exposition à des pesticides ou à d'autres matières toxiques. L'application des techniques d'assistance à la procréation a toutefois tendance à être concentrée sur les femmes.

Comme le montrent les chapitres pertinents du présent rapport, il existe des données de surveillance désagrégées selon le sexe et d'autres sources de données probantes pertinentes à la santé sexuelle et génésique au Canada, mais l'intégration des données entre les niveaux de compétence présente des lacunes. Il existe aussi une somme considérable de recherches biomédicales et en marketing social portant sur les méthodes de contraception et la promotion d'une sexualité saine et de l'éducation sexuelle : ces activités sont en grande partie concentrées sur les adolescents et les adolescentes et les jeunes adultes et visent moins les autres groupes d'âge.

Des documents cadres créés à la suite de consultations avec les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux, ainsi qu'avec la population canadienne, clarifient des valeurs et énoncent des lignes directrices sur la façon respectueuse de l'éthique d'aborder ces questions qui soulèvent parfois la controverse [33]. Le Canada a en outre signé de nombreux accords internationaux comportant des engagements d'améliorer la santé maternelle, de promouvoir la santé et les droits de la sexualité et de la reproduction, d'assurer la disponibilité et l'universalité de l'accès aux services de santé génésique et de promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes [34–36].

Le lancement d'une initiative stratégique sexospécifique et intégrée sur la santé de la sexualité et de la reproduction s'inscrirait idéalement dans un cadre intersectoriel général fondé sur des données probantes démontrant les avantages que présentent pour l'évolution de la santé de la sexualité et de la reproduction la sécurité économique, une bonne alimentation, la vie familiale, l'éducation, les services de qualité reliés à la santé de la reproduction et l'autonomisation. Le cadre reconnaîtrait que les femmes et les hommes d'âges, de situations socio-économiques, d'emplacements géographiques, d'antécédents ethnoculturels, de capacités et d'orientations sexuelles différents ont des préoccupations et des besoins différents et qu'ils diffèrent quant à l'accès aux ressources, ce qui comprend les services de santé. Une politique intégrée reposerait sur l'efficacité de stratégies visant à améliorer la santé de la sexualité et de la reproduction. Des politiques et des programmes pourraient appuyer l'accès à des moyens efficaces de contraception pour les deux partenaires, ainsi que des programmes visant à encourager l'estime de soi et les techniques nécessaires pour négocier des pratiques sexuelles plus sécuritaires et réagir efficacement aux situations de sévices/violence et de différences au niveau des pouvoirs.

Les politiques et les programmes pourraient porter sur les besoins de groupes divers, y compris les populations vulnérables de femmes et d'hommes, à des stades particuliers du cycle de vie. Les jeunes gais et lesbiennes, par exemple, présentent un risque accru de problèmes de santé mentale et bénéficieraient de programmes d'entraide de pairs ou autres. Les personnes handicapées ont besoin de programmes d'éducation et autres qui portent sur la santé et les choix en matière de sexualité et de reproduction. On établit un lien entre des résultats plus fructueux et la mobilisation des personnes touchées le plus directement aux divers stades du cycle des politiques, y compris la conception des politiques et des programmes.

Pour mettre en oeuvre une politique intégrée sur la santé de la sexualité et de la reproduction, il faut harmoniser les politiques et les programmes pertinents qui existent déjà, élaborer et appliquer des indicateurs de la santé qui incluent les aspects positifs de la sexualité pour les hommes et les femmes depuis la petite enfance jusqu'à la vieillesse, améliorer l'intégration des systèmes de surveillance qui réunissent des données pertinentes provenant de divers paliers de gouvernement, définir les lacunes et coordonner la recherche qui s'impose, y compris la recherche stratégique, et évaluer les services, les programmes et les politiques. Les bases de données sur les pratiques exemplaires et des évaluations d'interventions au Canada et sur la scène internationale constitueraient une ressource très utile pour la population, les professionnels, les travailleurs des premières lignes et les stratèges dans l'élaboration de la politique efficace et la définition du « bon éventail » d'interventions [7].

Tabagisme

Le tabagisme est un facteur de risque modifiable dans le cas de beaucoup de maladies et dans celui de la mortalité prématurée. Comme on l'indique dans le chapitre du présent volume intitulé « Différences entre les sexes dans le tabagisme et les indicateurs sous-déclarés de la santé », une masse importante de données probantes documente les effets nombreux et graves du tabagisme sur la santé des femmes et des hommes, y compris le risque accru de cancer du poumon et de maladies cardiovasculaires. Le tabac a certains effets particuliers à la physiologie des femmes et à leur cycle de vie. Les fumeuses, par exemple, présentent des taux plus élevés de cancer du col ou davantage de problèmes menstruels et ont tendance à être ménopausées jusqu'à deux ans plus tôt que les non-fumeuses. On établit un lien entre le tabagisme au cours de la grossesse et un poids plus faible à la naissance et d'autres complications.

Les enquêtes existantes comme l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) et l'ENSP montrent que les taux et les tendances du tabagisme varient entre les hommes et les femmes et à l'intérieur de sous-populations particulières de femmes au Canada. Les taux de tabagisme dans tous les groupes d'âge, y compris les adolescentes et les jeunes femmes, sont en général à la baisse depuis 1985 [37–40]. Le tabagisme chez les jeunes femmes préoccupe toutefois particulièrement. On a observé que les jeunes filles commençaient à fumer plus tôt que les garçons, ce qui suit leur tendance à la maturation plus précoce. Les diverses enquêtes sur le comportement de fumeur démontrent en outre que le pourcentage des 15 à 17 ans qui déclarent fumer est plus élevé chez les adolescentes que chez les adolescents (même si, à 18 et 19 ans, les adolescents les rattrapent en général ou les dépassent). Le tabagisme chez les jeunes entraîne des risques particuliers pour la santé des femmes [41]. Les adolescents qui fument actuellement et continuent de fumer à l'âge adulte ont des répercussions à long terme sur la santé de la population et les coûts pour le système de santé.

Le tabagisme est un indicateur d'inégalité sociale et sanitaire et révèle un gradient socio-économique clair. Il est plus prévalent chez les femmes de ménages à faible revenu, les femmes qui ont un emploi peu prestigieux, sont mères célibataires ou divorcées, ainsi que chez celles qui sont peu instruites (voir « Différences entre les sexes dans le tabagisme et les indicateurs auto-déclarés de la santé »). Les femmes ont tendance à fumer pour des raisons un peu différentes de celles des hommes : comme moyen de faire face à des sentiments de stress et au manque de contrôle de leur vie, dans le contexte d'une routine quotidienne afin de prendre une pause pendant les activités de soin et les tâches ménagères, comme période d'intimité partagée avec un partenaire ou un ami, pour « prendre du recul et désamorcer des relations » et pour contrôler leurs émotions négatives. Les images du tabagisme comme comportement « cool » et moyen d'éviter de prendre du poids ont influencé beaucoup d'adolescentes et de jeunes filles qui fument [42]. Beaucoup de femmes plus âgées ont des obstacles à surmonter pour écraser, y compris la crainte de prendre du poids, le manque de confiance en soi et le manque d'aide pour surmonter cette toxicomanie.



La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) conjugue tout un éventail de moyens pour atteindre des buts quantifiables en réduisant la prévalence du tabagisme au Canada : campagne dans les médias de masse; mesures de protection, de prévention, d'abandon et de réduction des méfaits; taxe sur le tabac, notamment [43]. On est en train de compiler et de diffuser des études de pratiques exemplaires relatives aux stratégies d'abandon du tabac chez les jeunes, les mères avant et après la naissance et d'autres groupes cibles. Il existe des programmes d'autothérapie et d'autres ressources en ligne.

L'élaboration d'une politique de réduction du tabagisme qui tient davantage compte des différences entre les sexes au Canada repose sur l'application d'une analyse sexospécifique aux problèmes de tabagisme et la compréhension des déterminants socio-économiques du tabagisme. Cette démarche a été décrite dans *Une politique filtrée : les femmes et le tabagisme au Canada (2000)*, où l'on suggère de recourir à des mesures stratégiques générales portant sur les déterminants de la santé, y compris la suffisance du revenu, les services de garderie et d'autres aspects du travail des femmes, pour réduire le tabagisme chez les femmes et éviter d'alourdir les inégalités sociales [44]. L'adoption de la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac au cours de l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2003, qui préconise des mesures afin de tenir compte des risques spécifiques aux sexes dans l'élaboration de stratégies anti-tabac, a aussi renforcé les initiatives stratégiques sur les femmes et le tabac [45].

Toxicomanie grave, le tabagisme peut être influencé par une convergence de politiques sociales et économiques qui tiennent compte des différences entre les sexes et par des programmes ciblés qui visent la diversité des obstacles individuels et collectifs qu'il faut surmonter pour réduire le tabagisme ou cesser de fumer. La surveillance et diverses formes de recherche, y compris la recherche sur les politiques, font partie intégrante de l'élaboration de politiques et de programmes anti-tabac et du contrôle de leur efficacité afin d'améliorer l'évolution de l'état de santé des hommes et des femmes, des adolescentes et des adolescents.

De la surveillance à l'action stratégique — et vice versa

Dans le présent rapport, on propose un changement important de paradigme au niveau de la collecte de données de surveillance de la santé afin d'aider à comprendre plus profondément et avec plus de précision les déterminants de la santé des femmes et de leurs comportements reliés à la santé. Un tel virage s'inscrit dans un processus interactif dans le contexte duquel la surveillance éclaire les stades de l'élaboration, de la mise en oeuvre et de l'évaluation des politiques, sans oublier que les divers stades du cycle des politiques produisent de nouvelles questions et de nouvelles stratégies de surveillance. Le Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes [46], la Politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes [12] et la Stratégie pour la santé des femmes [13] de Santé Canada établissent le mandat et les lignes directrices stratégiques pour l'application uniforme de l'analyse comparative entre les sexes à tous les programmes, les politiques, les mesures législatives, les activités de recherche et de surveillance pertinents. D'autres stratégies visant à maintenir un processus dynamique suivent.

Collaboration

Les systèmes de surveillance coûtent cher et mettent à contribution tout un éventail d'intervenants à l'intérieur des niveaux de compétence et entre ceux-ci. Il s'ensuit que des priorités divergentes peuvent lever des obstacles à la collecte de nouvelles données. Il est crucial d'améliorer la collaboration entre les ministères fédéraux et entre les niveaux de compétence et les secteurs si l'on veut assurer que les intervenants comprennent la raison d'être des changements proposés et la valeur ajoutée au travail de ceux qui utiliseront les données et les analyses proposées. Le travail interdisciplinaire pose des défis, en particulier parce que chaque expert a ses hypothèses particulières et un discours que les autres peuvent ne pas bien connaître. Les paradigmes peuvent être difficiles à expliquer, mais la collaboration des spécialistes en démographie, statistique, épidémiologie sociale, analyse des politiques, recherche qualitative et analyse comparative entre les sexes dans le contexte de projets communs peuvent donner naissance à une synergie créatrice et à la conception innovatrice de systèmes de surveillance.

Utilisation des données probantes et de la théorie

On a besoin de cadres théoriques cohérents qui aident à expliquer l'interrelation dynamique entre les déterminants sociaux et biologiques de la santé, y compris les phénomènes de la résilience et des vulnérabilités humaines, les enchaînements de causalité et les effets cumulatifs des circonstances et des risques pendant le cycle de vie. Il doit en outre exister une capacité d'analyse et il faut s'engager à utiliser et à améliorer les connaissances ainsi acquises. Même si l'on a besoin de données probantes solides dans le processus d'élaboration des politiques et en pratique clinique, la recherche démontre que les meilleures données probantes disponibles ne sont pas toujours diffusées, prises en considération ou appliquées [47].

On sait en général, par exemple, que pour améliorer l'évolution de l'état de santé de la population et aplanir les inégalités dans le domaine de la santé, les gouvernements doivent concentrer leurs politiques sociales et économiques générales sur la lutte contre la pauvreté, l'amélioration des conditions de vie et de travail, ainsi que de la sécurité des environnements physiques, renforcer les collectivités et les réseaux sociaux (« capital social »), améliorer les réponses du système de santé et agir sur les facteurs de risque modifiables tout en demeurant à l'écoute des circonstances particulières de la vie des gens, y compris les endroits différents où ils vivent. Or, la recherche, les politiques sur la santé et les thérapies mettent souvent l'accent sur les comportements sanitaires individuels et sur une préoccupation à l'égard des déterminants génétiques et accordent moins d'importance aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé [48].



Évaluations des politiques

On a sérieusement besoin de données d'évaluation sur les impacts de politiques sociales en vigueur ou antérieures afin d'élaborer des politiques sociales efficaces et de planifier en vue de l'avenir. Il y a toutefois peu de pays qui effectuent des évaluations systématiques des politiques sanitaires et sociales. Dans le rapport Acheson publié en 1998 au Royaume-Uni, par exemple, on a décrit l'écart en train de se creuser au niveau des inégalités dans le domaine de la santé, tout comme on l'a fait dans le rapport Black de 1980, mais on n'a pas évalué les effets qu'ont pu avoir les politiques sociales et économiques des années 80 et 90 [49].

Les Pays-Bas constituent un modèle sans pareil, car ils ont réalisé, au cours de la dernière décennie, une recherche systématique afin de décrire la nature et les déterminants des inégalités socio-économiques dans le domaine de la santé et lancé ensuite un programme d'études interventionnelles afin de comparer l'évolution de l'état de santé de la population ou des mesures de processus dans des groupes expérimentaux et des groupes témoins. On a élaboré une stratégie pour aplanir les inégalités socio-économiques dans le domaine de la santé, formulé des recommandations précises et fixé des objectifs stratégiques quantitatifs [50].

Il serait possible d'adapter ce modèle à la recherche stratégique dans d'autres pays, y compris le Canada. L'application de l'analyse comparative entre les sexes à tous les stades du cycle des politiques l'améliorerait.

Participation du public

Un processus solide dans le contexte duquel la surveillance éclaire l'élaboration des politiques et les politiques guident la surveillance doit comporter des mécanismes réels de participation du public. Les groupes et les organisations de femmes du Canada ont de longs antécédents dynamiques de représentation et d'intervention auprès des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux afin d'améliorer la santé des femmes [51–53]. Des femmes d'antécédents ethnoculturels, d'endroits géographiques et d'orientations sexuelles divers qui avaient des compétences spécialisées, une éducation, des aptitudes et des incapacités différentes ont défini des grandes questions qui les préoccupaient comme la violence et la pauvreté et exercé des pressions pour les faire inscrire au programme des politiques sociales.

Des groupes de santé des femmes ont attiré l'attention sur des enjeux internationaux émergents comme l'évolution rapide des techniques de reproduction et de génétique [54]. Réseau constitué de prestataires, de consommateurs et de chercheurs du secteur de la santé, Action pour la protection de la santé des femmes, s'occupe de recherche et de surveillance non structurée portant sur l'impact des médicaments et des appareils sur la santé des femmes et formule au gouvernement des commentaires sur les politiques pertinentes à la protection de la santé [55]. D'autres intervenants ont repéré des lacunes dans la planification des services de santé, encouragé l'intégration de l'analyse comparative entre les sexes aux processus gouvernementaux et attiré l'attention sur le besoin de développer plus à fond des indicateurs afin d'évaluer les progrès réalisés vers l'égalité entre les sexes [56]. Le Comité coordonnateur national des femmes et la réforme en santé surveille l'impact que les réformes du système de santé du Canada ont sur les femmes, particulièrement dans le domaine des soins à domicile [57].

Ces groupes présentent des points de vue divers, souvent « marginalisés », injectent synergie et équilibre dans les discussions et les débats, contestent les hypothèses et les concepts et suggèrent au gouvernement des options dans les domaines de la surveillance, de la recherche et des politiques. Un vaste éventail de voix de femmes peuvent se faire entendre dans le contexte de consultations, de groupes spéciaux, de comités consultatifs et des groupes de travail. Cette contribution est vitale à la transparence du processus d'élaboration des politiques. La mise en oeuvre réussie de politiques sociales et de surveillance de la santé efficaces est tributaire d'une assise étendue de dialogue et d'appui du public.

Conclusions

Les données de surveillance comportent de nombreuses limites, y compris le manque d'infrastructure de production d'information normalisée. La surveillance a aussi ses limites conceptuelles, particulièrement lorsqu'il est possible de désagréger des données selon le sexe mais qu'elles ne produisent pas d'autres données probantes sur les différences entre les sexes.

Les politiques sociales créatives peuvent guider la surveillance au delà de ses limites conceptuelles. Pour le rendre pertinent à l'élaboration des politiques, il faudrait intégrer une compréhension des déterminants de la santé au cadre des systèmes de surveillance, afin de saisir les contextes divers de la vie des gens pendant tout le cycle de vie. Les systèmes de surveillance devraient aussi être conçus de façon à prévoir les tendances et les besoins futurs en information sur la santé, par exemple en surveillant les répercussions à court et à long termes que peuvent avoir sur la santé physique et mentale les tests génétiques et les techniques de reproduction et leurs différences possibles entre les femmes et les hommes, les garçons et les filles.

Il est aussi possible de concevoir des systèmes de surveillance de façon à suivre les enjeux transversaux pertinents à beaucoup d'aspects de la santé de la population. C'est pourquoi les données de surveillance jouent un rôle crucial en santé du travail parce que les conditions de travail contribuent à des maladies chroniques et autres et à des traumatismes subis par des femmes et des hommes, ou en sont une cause importante. Les conditions de travail et les expositions jouent un rôle dans les infections pulmonaires, les maladies cardiovasculaires, la santé génésique, la santé mentale et les maladies musculo-squelettiques, notamment. Sans données détaillées et sexospécifiques sur les conditions de travail et la structure du travail au fil du temps, ainsi que sur la santé des travailleurs, il est impossible de documenter ces relations ou d'en tenir compte par des politiques sur les milieux de travail et d'autres politiques sociales [2, 58, 59]. De même, les données de surveillance sur la violence familiale aident à mieux comprendre un vaste éventail de problèmes de santé variant des toxicomanies aux traumatismes, en passant par diverses plaintes d'ordre somatique (voir le chapitre sur « La violence faite aux femmes au Canada »).

Les systèmes de surveillance en santé devraient pouvoir prévenir les gouvernements et le public des échecs des politiques et des programmes sociaux et contribuer à l'analyse des leçons apprises. Une surveillance conçue avec soin peut constituer un « système sentinelle » face à l'éventail des initiatives et des politiques innovatrices qui amélioreront l'évolution de l'état de santé de la population, réduiront les inégalités économiques et sociales et amélioreront la qualité de vie des membres les plus vulnérables de la société canadienne.



Références

1. Health Canada. *Women's health surveillance: a plan of action for Health Canada*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 1999.
2. Messing K. *One-eyed science: occupational health and women workers*. Philadelphia: Temple University Press, 1998.
3. Eichler M. *Non-sexist research methods: a practical guide*. Boston: Allen & Unwin, 1987.
4. Grant KR. *Why women's health? Issues and challenges for women's health research in Canada in the 21st century*. A Position Paper. Prepared for the Women's Health Bureau, Health Canada, 2002.
5. Stratton E, Gosselin P. Surveillance: What is it? *Health Policy Research Bulletin* 2002;4:35–40.
6. Lochhead C. The trend toward delayed first childbirth: health and social implications. *Isuma* 2000;1(2):41–4.
7. Colvin P. Creating the right mix. *Health Policy Research Bulletin* 2002;1(3):24–5.
8. Milne G. *Making policy: a guide to the federal government's policy process*. Ottawa: Glen Milne, 2001.
9. Pal LA. *Beyond policy analysis-public issue management in turbulent times*. Toronto: ITP Nelson Canada, 1997.
10. Health Canada. *Health Canada decision-making framework for identifying, assessing and managing health risks*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2000.
11. Office of the Auditor General of Canada. *National health surveillance: 2002 report of the Auditor General of Canada*. 2002 Status Report, chapter 2. Ottawa: Health Canada, 2002.
12. Health Canada. *Health Canada's gender-based analysis policy*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2000.
13. Health Canada. *Women's Health Strategy*. Ottawa, 1999.
14. Tudiver S. Gender matters: evaluating the effectiveness of health promotion. *Health Policy Research Bulletin* 2002;11(3):22–3.
15. Armstrong P, Amaratunga C, Bernier J, Grant K, Pederson A, Willson, K. *Exposing privatization: women and health care reform in Canada*. Aurora ON: Garamond Press, 2002.
16. National Coordinating Group on Health Care Reform and Women. *Reading Romanow: the implications of the final report of the Commission on the Future of Health Care in Canada for women*. National Coordinating Group on Health Care Reform and Women, 2003.
17. Lee S, Colditz GA, Berkman LF, Kawachi I. Caregiving and risk of coronary heart disease in U.S. women. *Am J Prev Med* 24(2):113–9.
18. Kiecolt-Glaser JK, Preacher KJ, MacCallum RC, Atkinson C, Malarkey WB, Glaser R. *Chronic stress and age-related increases in the proinflammatory cytokine IL-6*. URL: <www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1531903100>.
19. Health Canada. *Perinatal health indicators for Canada: a resource manual*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2000.
20. Abdool SN, Vissandjée B, Desmeules M, Payne J, Centre d'excellence pour la santé des femmes—Consortium Université de Montréal and Centre for Chronic Disease Prevention and Control, Population and Public Health Branch, Health Canada. *Towards gender-sensitive health indicators*. *Centres of Excellence for Women's Health Research Bulletin* 2003;2(3):6–8.
21. Kantiebo M. *Shaping a vision for women's health indicators*. Unpublished document. Ottawa: Women's Health Bureau, Health Canada, 2003.
22. Maiese D. Healthy people 2010-leading health indicators for women. *Women's Health Issues* 2002;12(4):155–64.
23. Osmani S, Sen A. The hidden penalties of gender inequality: fetal origins of ill health. *Economics and Human Biology* 2003;1(1):105–21.

24. Harrell JS, Frauman AC. Cardiovascular health promotion in children: program and policy implications. *Public Health Nursing* 1994;11(4):236–41.
25. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol* 2001;30: 668–77.
26. Stout MD, Kipling GD, Stout R. *Aboriginal women's Health Research Synthesis Project, final report*. Ottawa: Health Canada, 2001.
27. Elias B, Leader A, O'Neil J, Sanderson D. *Living in balance: gender, structural inequalities, and health promoting behaviours in Manitoba First Nations communities*. Winnipeg: Prairie Centre of Excellence for Women's Health, 2000.
28. Anderson K, Lawrence B (eds). *Strong women stories: native vision and community survival*. Toronto: Sumach Press, 2003.
29. Bowen S. *Health and resilience: Salvadoran refugee women in Manitoba*. Prairie Centre of Excellence for Women's Health, 1999.
30. Immigrant, Refugee and Visible Minority Women of Saskatchewan Inc. *Post traumatic stress: the lived experiences of immigrant, refugee and visible minority women of Saskatchewan*. Prairie Centre of Excellence for Women's Health, 2002.
31. Masuda S. *Women with disabilities: We know what we need to be healthy*. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 1999.
32. Health Canada. *Canadian sexually transmitted diseases surveillance report*. URL: <<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26s6/index.html>>.
33. Health Canada. *Report from consultations on a framework for sexual and reproductive health*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 1999.
34. International Conference of Population and Development (ICPD). URL: <http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm>.
35. Millenium Development Goals. URL: <<http://www.developmentgoals.org/index.html>>.
36. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW). URL: <http://www.canadianheritage.gc.ca/progs/pdp-hrp/docs/cedaw/cn_e.cfm>.
37. Statistics Canada. *General Social Surveys, 1985–1991*.
38. Health Canada. *National Population Health Survey, 1994–1995; 1996–1997; 1998–1999*.
39. Health Canada. *Survey on Smoking in Canada, 1994*.
40. Health Canada. *Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, 1999, 2000, 2001, 2002 (first half)*.
41. Band PR. Carcinogenic and endocrine disrupting effects of cigarette smoke and risk of breast cancer. *Lancet* 2002;360:1044–9.
42. Greaves L. *Smoke screen: women's smoking and social control*. Halifax: Fernwood, 1996.
43. Health Canada. *The Federal Tobacco Control Strategy*. URL: <<http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/legislation/rip/06.html>>.
44. Greaves L, Barr VJ. *Filtered policy: women and tobacco in Canada*. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2000.
45. Framework Convention for Tobacco, World Health Assembly, May 2003. URL: <http://www.who_int/gb/fctc/PDF/inb6/einb65.pdf>.
46. Status of Women Canada. *The federal plan for gender equality*. Ottawa: Status of Women Canada, 1995.
47. Dobbins M, Ciliska D, Cockerill R, Barnsley J, DiCenso A. A framework for the dissemination and utilization of research for health-care policy and practice. *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing* 2002;9(7).
48. Raphael D. Addressing the social determinants of health in Canada: bridging the gap between research findings and public policy. *Policy Options* 2003;24(3):35–40.



49. Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. Better benefits for health: plan to implement the central recommendation of the Acheson report. *BMJ* 1999;318:724–7.
50. Mackenbach JP, Stronks K. A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *BMJ* 2002;325:1029–32.
51. Ford AR. *Working together for women's health: a framework for the development of policies and programs*. Prepared by the Federal/Provincial/Territorial Working Group on Women's Health. 1990.
52. Canadian Advisory Council on the Status of Women. *What women prescribe: report and recommendations from the National Symposium "Women in Partnership: Working Towards Inclusive, Gender-Sensitive Health Policies."* CACSW, 1995.
53. Winnipeg Consultation Organizing Committee. *The strength of links: building the Canadian Women's Health Network*. Winnipeg, 1994.
54. Working Group on Women, Health and the New Genetics. *The gender of genetic futures: the Canadian biotechnology strategy, women and health*. Toronto: York University, 2000.
55. Women and Health Protection Group. URL: <<http://www.whp-apsf.ca/en/index.html>>.
56. Horne T, Donner L, Thurston WE. *Invisible women: gender and health planning in Manitoba and Saskatchewan and models for progress*. Winnipeg: Prairie Women's Health Centre of Excellence, 1999.
57. National Coordinating Group on Health Care Reform. URL: <<http://www.cewh-cesf.ca/healthreform/index.html>>.
58. Messing K. *Integrating gender in ergonomic analysis*. Brussels: Trades Union Technical Bureau, European Economic Community, 1999.
59. Messing K. Ergonomic studies provide information about occupational exposure differences between women and men. *J Am Med Wom Assoc* 55(2):72–5.



Annexes



ANNEXES

Annexe A

L'annexe A fournit un aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

[Télécharger l'annexe A](#)

Annexe B

L'annexe B fournit certaines recommandations initiales de l'équipe de recherche principale sur les indicateurs de surveillance potentiels de la santé des femmes et de leurs maladies, y compris les indicateurs probables pour évaluer la santé des femmes.

[Télécharger l'annexe B](#)