

**La situation actuelle :
Que savons-nous
des Ontariennes?**



Table des matières

1	Introduction	12	Facteurs individuels s'appliquant aux Ontariennes	26	Références
2	Caractéristiques démographiques de l'Ontario	15	Santé physique et mentale des Ontariennes		
5	Déterminants sociaux de la santé	25	Conclusion		

Liste des graphiques, figures et tableaux

Graphique 1 : Groupes autochtones de l'Ontario

Figure 1 : Cadre pour définir le rôle du genre comme déterminant social de la santé

Tableau 1 : Population immigrante selon le lieu de naissance, par province et territoire

Tableau 2 : Population autochtone de l'Ontario, par communauté et par sexe

Tableau 3 : Population selon les groupes d'âges en Ontario

Tableau 4 : Caractéristiques des populations des minorités visibles de l'Ontario et du Canada

Tableau 5 : Revenu annuel moyen des hommes et des femmes employés à temps plein toute l'année, par niveau de scolarité, 2003

Tableau 6 : Revenu moyen des hommes et des femmes, par province, 2003

Tableau 7 : Raisons du travail à temps partiel chez les femmes, selon l'âge

Tableau 8 : Prestation de soins non rémunérés selon l'âge, le sexe et le nombre d'heures.

Tableau 9 : Les taux de violence familiale sont plus élevés pour les filles que pour les garçons, peu importe le type de lien

Tableau 10 : Les taux quinquennaux de signalement de la violence conjugale par les victimes sont élevés chez les Autochtones, hommes et femmes, 1999 et 2004

Tableau 11 : Facteurs de risque de maladies chroniques pour les femmes, selon le niveau de scolarité

Tableau 12 : Facteurs de risque de maladies chroniques, selon le sexe et l'ethnicité

Tableau 13 : Type de médecin qui fournit des soins à l'hôpital aux adultes âgés de 45 et plus hospitalisés pour l'insuffisance cardiaque, par sexe, en Ontario, 2005 – 2006

Tableau 14 : Taux de cancer en Ontario, par sexe

Tableau 15 : Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes âgés de 25 ans et plus ayant déclaré avoir certaines maladies chroniques particulières, par sexe et par revenu annuel du ménage, en Ontario, 2005

Tableau 16 : Les femmes et les limitations des activités de la vie quotidienne causées par l'arthrite

Tableau 17 : RLISS offrant des soins de maternité et distance parcourue pour accoucher

Constatations clés

- Le vieillissement est une question de santé des femmes; en Ontario, les groupes démographiques qui connaissent la croissance la plus rapide sont les personnes à la mi-vie et les personnes âgées de plus de 85 ans, dont la majorité sont des femmes.
 - Le genre et d'autres facteurs sociaux comme la pauvreté, la race, l'ethnicité, le niveau de scolarité et le statut d'immigrant ont un impact sur notre santé et sur notre capacité à obtenir des services de santé en Ontario.
 - La population de l'Ontario est diversifiée : plus de la moitié des immigrants du Canada s'établissent en Ontario et l'Ontario a la plus forte population autochtone au Canada.
 - Les maladies cardiovasculaires sont la cause première de mortalité chez les Ontariennes;
- les femmes atteintes de maladies cardiovasculaires déclarent avoir plus d'invalidités et un fonctionnement physique moins bon que les hommes.
- Le fardeau des maladies chroniques est plus lourd chez les femmes. Celles-ci présentent une probabilité deux fois plus grande d'avoir de multiples comorbidités, et les taux ont tendance à être plus élevés chez les femmes ayant un faible revenu ou un bas niveau de scolarité, chez les femmes sans-abri et chez les femmes marginalisées.
 - Dans les communautés rurales et éloignées, les soins de maternité sont intermittents; dans ces communautés, le manque d'accès à des services pose un problème pour les femmes enceintes et les femmes en postpartum.

Afin de placer le cadre de travail pour la santé des Ontariennes dans son contexte, nous avons préparé le court document d'information que voici, dans lequel nous présentons des données sociodémographiques, sur les déterminants de la santé, sur les comportements liés au mode de vie et sur la santé physique et mentale des Ontariennes.

Caractéristiques démographiques de l'Ontario

La population de l'Ontario augmente, vieillit, se diversifie et se concentre de plus en plus dans les régions urbaines. Les Ontariennes ont une espérance de vie à la naissance de 82,4 ans, comparé aux Ontariens, dont l'espérance de vie est de 77,8 ans [1]; cet écart s'est toutefois resserré ces dernières années [2]. Les groupes démographiques de l'Ontario qui connaissent la croissance la plus rapide sont ceux des personnes âgées de 55 à 64 ans et des personnes âgées de plus de 85 ans, dont la majorité sont des femmes [3, 4]. Les personnes âgées de plus de 65 ans utilisent davantage les ressources de santé, d'où l'importante préoccupation suscitée par le vieillissement de la population et l'augmentation du coût des soins de santé. Au changement du profil de l'âge de la population s'ajoute celui de la diversité de la population, surtout qu'une grande partie de la récente croissance de la population est attribuable à la migration de gens de l'étranger. Plus de la moitié des immigrants du

Tableau 1 : Population immigrante selon le lieu de naissance, par province et territoire (Recensement de 2006)

	2006				
	Canada	Ont.	C.B.	Alta.	Qc
	nombre				
Total – Lieu de naissance	6 186 950	3 398 725	1 119 215	527 030	851 555
États-Unis	250 535	106 405	56 560	28 325	26 575
Amérique centrale et du Sud	381 165	216 640	32 455	31 160	78 010
Caraïbes et Bermudes	317 765	211 380	8 575	10 365	80 835
Europe	2 278 345	1 307 885	349 410	187 675	306 515
Royaume-Uni	579 625	321 650	137 460	60 215	16 035
Autres pays d'Europe du Nord et de l'Ouest	489 540	209 610	99 225	53 020	92 555
Europe de l'Est	511 095	304 495	59 320	46 610	72 765
Europe du Sud	698 080	472 130	53 400	27 830	125 165
Afrique	374 565	164 795	34 575	35 525	123 990
Asie et Moyen-Orient	2 525 160	1 376 595	606 730	225 410	233 000
Asie centrale, de l'Ouest et du Moyen-Orient	370 515	213 980	39 605	24 775	81 035
Asie de l'Est	874 370	417 985	313 415	72 330	52 655
Asie du Sud-Est	560 995	270 710	120 865	73 675	56 420
Asie du Sud	719 275	473 915	132 845	54 630	42 890
Océanie et autres pays	59 410	15 025	30 910	8 570	2 620

Source : Statistique Canada, Recensement de la population, 2006.
Dernières modifications apportées : 2007-12-11.

Tableau 2 : Population autochtone de l'Ontario, par communauté et par sexe

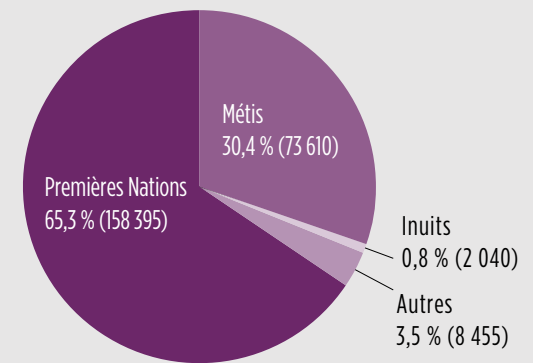
Région	Hommes	Femmes
Ontario	117 590	124 905
Algoma, Cochrane, Manitoulin, Sudbury	19 820	20 330
Champlain	10 400	11 025
Nord-Ouest	23 010	23 445
Quinte, Kingston, Rideau	1 540	1 345

Source : Statistique Canada, Recensement de la population, 2006

Canada s'établissent en Ontario, où leur nombre atteint maintenant 3 millions de personnes, ce qui représente le quart de la population totale de la province (voir le Tableau 1) [3]. La plupart des immigrants s'établissent dans les centres urbains comme Toronto, et 48,6 % d'entre eux sont des femmes âgées de plus de 18 ans [3]. Les immigrants viennent d'Asie (environ 65 %), d'Europe (15 %), d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud (10 %) et d'Afrique (7 %) [4]. L'Ontario a également la plus forte population autochtone au Canada, dont la majorité vit hors-réserve (80,4 %), et plus de 50 % des Autochtones vivant hors-réserve sont des femmes (voir le Graphique 1 et le

Tableau 2) [3]. La communauté francophone représente 4,6 % de la population de la province; la majorité de la population francophone vit dans l'Est et le Nord-Est de l'Ontario (voir le Tableau 3) [3]. Plus de 2,7 millions de personnes vivant en Ontario appartiennent à des minorités visibles, surtout aux minorités sud-asiatique, chinoise et noire [3]; 51,4 % de ces personnes sont des femmes (voir le Tableau 4). Ce changement du profil démographique de la province met le système de santé au défi d'éliminer les obstacles linguistiques et de résoudre plus efficacement la question du vieillissement.

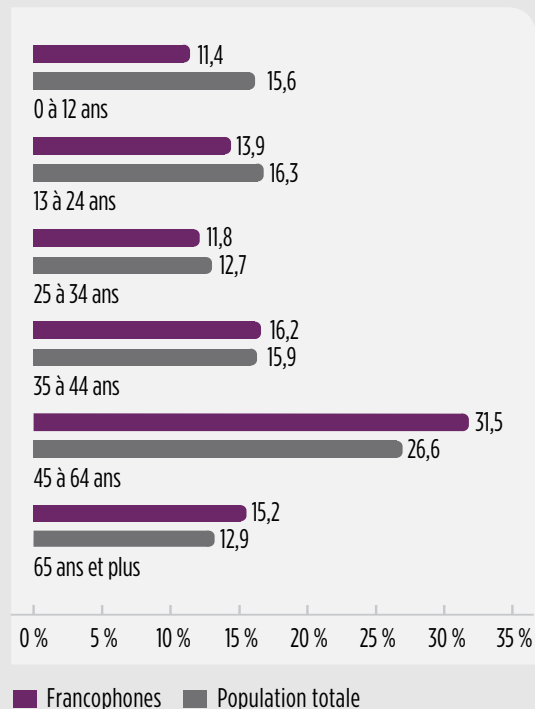
La diversité que l'on retrouve à l'échelle provinciale est tout aussi

Graphique 1 : Groupes autochtones de l'Ontario

Source : Statistique Canada, Recensement de la population, 2006

complexe à l'échelle communautaire, les différentes communautés se retrouvant face à des défis différents. Les plus anciennes communautés urbaines de la province sont celles de Peterborough, de St. Catharines-Niagara et de Thunder Bay; les communautés urbaines les plus jeunes sont celles de Kitchener, de Barrie et de Guelph [4]. Malgré l'urbanisation, le Recensement de 2006 indique que 15 % de la population de l'Ontario vit dans des régions rurales¹, une situation dans laquelle les distances présentent un obstacle et les services sont moins nombreux, ce qui donne lieu à des iniquités en matière de santé et de

¹ Population rurale s'entend de personnes qui vivent à l'extérieur des centres ayant une population de 1 000 habitants et des régions comptant 400 personnes par kilomètre carré [37].

Tableau 3 : Population selon les groupes d'âges en Ontario

Source : Statistique Canada, Recensement de la population, 2006.

soins de santé [5-7]. Par exemple, dans le Nord de l'Ontario, nous avons seulement 6 % de la population ontarienne, mais également 26 % de la population francophone et 40 % de la population autochtone de la province [8]. Ces données contrastent avec celles de la région de Waterloo, Wellington et Dufferin, l'une des

Tableau 4 : Caractéristiques des populations des minorités visibles de l'Ontario et du Canada

Caractéristiques de la population des minorités visibles	Ontario			Canada		
	Total	Sexe masculin	Sexe féminin	Total	Sexe masculin	Sexe féminin
Population totale	12 028 895	5 877 875	6 151 020	31 241 030	15 326 265	15 914 760
Total de la population des minorités visibles	2 745 200	1 332 995	1 412 205	5 068 095	2 464 025	2 604 065
Chinois	576 975	277 500	299 475	1 216 565	584 260	632 305
Sud-Asiatique	794 170	401 900	392 270	1 262 865	637 190	625 675
Noir	473 765	223 220	250 540	783 795	375 685	408 110
Philippin	203 215	87 025	116 190	410 695	175 640	235 055
Latino-Américain	147 140	71 370	75 765	304 245	147 900	156 345
Asiatique du Sud-Est	110 045	53 135	56 910	239 935	116 425	123 510
Arabe	111 405	58 625	52 785	265 550	142 580	122 970
Asiatique occidental	96 620	49 275	47 340	156 700	80 695	76 000
Coréen	69 540	33 720	35 820	141 890	68 595	73 300
Japonais	28 080	12 775	15 300	81 300	36 160	45 145
Minorité visible, n.i.a.	56 845	26 680	30 160	71 420	33 845	37 580
Minorités visibles multiples	77 400	37 755	39 645	133 210	65 055	68 065
Pas une minorité visible	9 283 695	4 544 875	4 738 815	26 172 935	12 862 245	13 310 695

Source de données : Statistique Canada, Recensement de la population, 2006

régions de la province qui connaît la croissance la plus rapide et où vivent également 6 % de la population ontarienne, mais seulement une faible proportion de francophones (1,5 %) et d'Autochtones (1 %) [8]. On a parfois tendance à penser que la diversité est

le propre des villes, mais chaque communauté de l'Ontario a des questions de diversité et d'équité à considérer et à résoudre, et chacune d'elles doit réfléchir attentivement aux besoins selon le genre.

Déterminants sociaux de la santé²

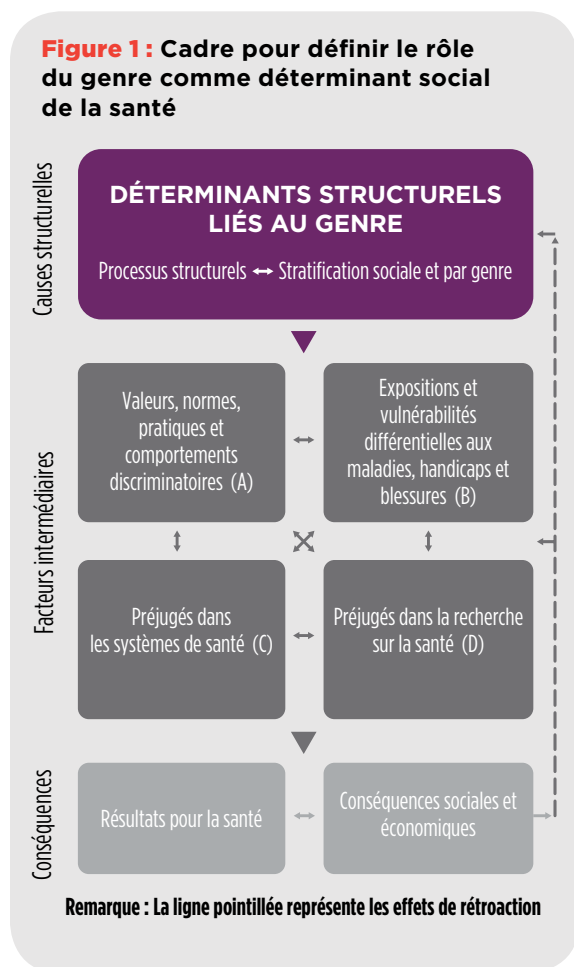
Les principales iniquités en matière de santé au Canada sont liées à des facteurs tels que le statut socioéconomique, le patrimoine autochtone, l'emplacement géographique et le genre [9,10]. Les chercheurs canadiens considèrent le logement, la sécurité alimentaire et l'emploi comme des déterminants sociaux de la santé [11]. Le genre est également reconnu comme l'un des déterminants sociaux de la santé fondamentaux [10-14]. Il influe sur la santé de bien des façons, y compris l'accès au système de santé, l'utilisation du système de santé et l'exposition différentielle aux facteurs de risque de maladies. Par exemple, on constate que les femmes utilisent le système de santé plus que les hommes, surtout pour obtenir des services de santé reproductive (services de planification familiale ou de maternité). Dans cet exemple, le sexe et le genre s'influencent mutuellement et influencent la santé puisque le sexe biologique (p. ex. il n'existe pas encore de contraceptifs oraux pour les hommes, les hommes ne peuvent pas avoir de grossesse et donner naissance à un enfant) et les attentes des rôles sociaux déterminés par le genre (les femmes sont responsables de la prévention de la grossesse) sont implicites.

Sen et ses collègues (2007) résument les liens complexes et multiples qui déterminent l'iniquité dans les résultats pour la santé [15]. Dans leur rapport, ils disent que les relations de

pouvoir selon le genre représentent les causes profondes des inégalités selon le genre et comptent parmi les déterminants sociaux de la santé qui ont le plus d'influence. Ils déterminent si les besoins de santé des gens sont reconnus, si les gens ont une voix ou un minimum de contrôle sur leur vie et leur santé, et s'ils peuvent exercer leurs droits [p. xii:15]. Les déterminants structurels selon le genre incluent la stratification selon le statut social et le genre, et les processus structurels. Ces processus structurels incluent les processus économiques et sociaux en dehors du secteur de la santé, tels que l'augmentation du niveau de littératie et d'éducation, la mondialisation et les changements démographiques dans les structures familiales. Parmi les facteurs intermédiaires, on retrouve l'exposition et la vulnérabilité différentielles à des maladies et d'autres problèmes de santé, les valeurs et les normes discriminatoires, et les préjugés dans les systèmes de santé et dans la recherche en santé. En retour, ces facteurs peuvent avoir de graves conséquences économiques et sociales pour les femmes et les hommes, leur famille, leur communauté et leur pays (voir la Figure 1) [15].

Les iniquités en matière de santé sont également liées au statut socioéconomique (mesuré selon le revenu, le niveau de scolarité et le métier ou la profession), le revenu élevé étant un solide facteur de prédiction d'une bonne santé.

²Pour obtenir plus de renseignements, lire les concepts clés présentés dans le cadre de travail pour la santé des Ontariennes à www.echo-ontario.ca.



Source : Sen, G., Ostlin, P., et George, A. (2007). Unequal, unfair, ineffective, and inefficient. Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. Rapport présenté à la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS.

Dans tous les groupes d'âge au Canada, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de vivre dans des foyers à faible revenu, et les plus grandes différences selon le genre se retrouvent dans le groupe des 65 ans et plus, dans lequel près de deux fois plus de femmes vivent dans la pauvreté [16]. L'intersection de divers facteurs sociaux tels que le revenu, l'emploi, l'emplacement géographique et l'ethnicité, en plus du sexe et du genre, fait que certaines femmes présentent plus de risques en matière de santé que d'autres. Les femmes dont le statut socioéconomique est bas sont plus nombreuses à fumer et à avoir un surplus de poids, à vivre dans des quartiers peu sûrs, à être les responsables primaires ou les responsables uniques du soin des enfants et/ou des personnes âgées, et à exécuter des quantités substantielles de travail ménager non rémunéré [10, 16-18]. La marginalisation économique que beaucoup de femmes autochtones connaissent les expose à un risque élevé de problèmes de santé graves comme le

diabète, les grossesses chez les adolescentes, la violence familiale et les maladies transmissibles sexuellement [10]. Lorsqu'il y a intersection de multiples formes de différences, on obtient ce que l'on comprend généralement comme étant un niveau encore plus élevé d'oppression [19] et de mauvaise santé [10, 15]. Les femmes des populations sexuellement diversifiées³ ont des besoins de santé uniques [20], présentent un risque plus élevé de certaines maladies (p. ex. dépression, dépendances, certains types de cancers) [20, 21] et disent avoir de la difficulté à obtenir des soins de santé, y compris les soins d'un médecin de famille [22], ce qui peut créer encore plus d'iniquités en matière de santé [20, 23].

L'iniquité salariale attribuable au genre demeure un facteur qui contribue à la pauvreté chez les femmes : d'après le Recensement de 2006, le revenu des femmes de l'Ontario qui ont travaillé à temps plein toute l'année représentait, cette année-là, 71 % des revenus des hommes travaillant à temps plein et

³Les populations diversifiées selon le genre et le sexe incluent les lesbiennes, les gais, les bisexuels, les transsexuels, les transgenres, les personnes bi-spirituelles, les personnes intersexuées, les queers et les personnes en questionnement.

Tableau 5 : Revenu annuel moyen des hommes et des femmes employés à temps plein toute l'année, par niveau de scolarité, 2003

Niveau de scolarité	Femmes	Hommes	Revenu des femmes exprimé en pourcentage de celui des hommes
	\$		%
Moins que la 9 ^e année	21 700	31 200	69,4
Certaines études secondaires	22 900	40 000	57,3
Diplôme d'études secondaires	30 500	43 000	71,0
Certaines études postsecondaires	31 500	41 600	75,6
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	34 200	49 800	68,6
Grade universitaire	53 400	77 500	68,9
TOTAL	36 500	51 700	70,5

Source : Statistique Canada, Enquête sur la dynamique du travail et du revenu.

Tableau 6 : Revenu moyen des hommes et des femmes, par province, 2003

	Femmes	Hommes	Revenu des femmes exprimé en pourcentage de celui des hommes
	\$		%
Terre-Neuve et Labrador	19 000	29 700	64,0
Île-du-Prince-Édouard	20 300	30 100	67,4
Nouvelle-Écosse	21 500	34 200	62,9
Nouveau-Brunswick	20 700	31 200	66,3
Quebec	23 600	35 500	66,4
Ontario	26 100	43 600	59,9
Manitoba	23 400	34 500	67,8
Saskatchewan	23 600	34 500	68,4
Alberta	24 100	43 200	55,8
Colombie-Britannique	23 500	37 400	62,8
CANADA	24 400	39 300	62,1

toute l'année. Selon Statistique Canada, 60 % des personnes qui gagnent le salaire minimum sont des femmes [3]. Ces chiffres sont particulièrement troublants si l'on considère que les femmes ont plus tendance que les hommes à avoir terminé des études secondaires et postsecondaires [8]. Les femmes handicapées sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté et moins susceptibles d'avoir un emploi que les femmes non handicapées [24 - 26]. Les femmes sont moins susceptibles d'être admissibles à l'assurance-emploi et aux programmes économiques et de formation qui s'y rapportent : en 2008, seulement 21 % des stagiaires des programmes d'assurance-emploi étaient des femmes et entre 1990 et 2004, la couverture d'assurance-chômage a diminué, passant de 69 % à 32 % [16]. Il est également moins probable que les femmes occupent des emplois occasionnels ou précaires, caractérisés par un nombre d'heures plus bas, un salaire plus bas, moins de sécurité d'emploi et peu ou pas d'assurance maladie complémentaire ou d'assurance dentaire [16, 27]. Enfin, les femmes font face à des risques

¹ Ces données ne comprennent que les personnes qui avaient un revenu en 2003.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la dynamique du travail et du revenu.

différents au travail qui n'ont pas été bien étudiés [28, 29] et qui peuvent entraîner des écarts au niveau de la rémunération et de la prévention des blessures (voir les Tableaux 5 et 6) [30].

Prestation de soins :

La prestation de soins est traditionnellement considérée comme un rôle de genre attribué aux femmes. La prestation de soins englobe le soin des enfants, des jeunes et des adultes à charge. La prestation des soins n'est généralement pas rémunérée et exige beaucoup de temps. Les aidantes accomplissent les tâches de soins personnels (p. ex. le brossage des dents, l'habillage, les soins personnels et l'alimentation d'autres personnes [31, 32]), sans compter qu'elles s'occupent d'emmener les personnes à leurs rendez-vous, d'accomplir les tâches ménagères (passer l'aspirateur, faire les courses, préparer les repas) et de donner un soutien social [32]. Les aidantes prennent soin des membres de la famille dans les situations aiguës (p. ex., après un accident ou une intervention chirurgicale) et elles donnent également un soutien pour répondre aux besoins de santé chroniques de la famille (dans le cas,

Tableau 7 : Raisons du travail à temps partiel chez les femmes, selon l'âge.

2009				
Femmes				
	Total	15 à 24 ans	25 à 44 ans	45 ans et plus
Maladie	3,5 %	0,5 %	2,9 %	6,5 %
Prendre soin des enfants	13,4 %	1,4 %	34,2 %	5,5 %
Autres obligations personnelles ou familiales	3,8 %	0,7 %	4,3 %	5,9 %
Études	25 %	71,9 %	7,6 %	0,9 %
Préférence personnelle	27,7 %	5,9 %	17,7 %	54,7 %
Autres raisons volontaires	0,6 %	0,4 %	0,8 %	0,6 %
Autres raisons ¹	25,9 %	19,2 %	32,4 %	26 %
Total – Personnes travaillant à temps partiel (en milliers)	2 174,20	673,9	694,6	805,6
% de femmes travaillant à temps partiel²	26,9	54,8	19,5	24,6

¹ Tient compte des conditions économiques et de l'impossibilité de trouver du travail à temps plein.

² En pourcentage de l'ensemble des personnes qui ont un emploi.

Source : Statistique Canada, CANSIM, tableau (payant) 282-0008 et 282-0001 et produit n° 89F0133XIE. Dernières modifications apportées : 2010-03-12.

par exemple, d'un enfant ou d'un adulte profondément handicapé). Si les femmes donnent ces soins tous les jours ou constamment, elles n'ont pas beaucoup de temps pour gérer leur vie personnelle, y compris leur travail, leur vie sociale et leurs loisirs [32, 33].

Au Canada, les femmes qui ont des enfants subissent, de ce fait, des conséquences économiques très lourdes. Elles gagnent en moyenne 12 % de moins que les femmes sans enfants, en raison des interruptions de travail plus fréquentes et de la plus

Tableau 8 : Prestation de soins non rémunérés selon l'âge, le sexe et le nombre d'heures.

	2006				
	Canada	Ont.	C.B.	Alta.	Qc
Population âgée de 15 ans et plus	25 664 220	9 819 420	3 394 905	2 625 140	6 184 490
Aucune heure	20 939 900	7 980 585	2 801 525	2 185 030	5 032 700
Moins de 5 heures	2 924 515	1 111 775	349 680	268 260	784 500
De 5 à 9 heures	1 019 890	412 940	132 435	97 375	218 415
De 10 à 19 heures	383 205	156 320	52 770	38 050	74 930
20 heures ou plus	396 715	157 800	58 495	36 425	73 940
Hommes âgés de 15 ans et plus	12 470 785	4 744 710	1 649 590	1 307 520	3 007 830
Aucune heure	10 508 745	3 971 290	1 405 040	1 124 965	2 533 725
Moins de 5 heures	1 307 425	505 305	155 605	120 660	344 075
De 5 à 9 heures	383 545	159 155	50 760	36 395	79 615
De 10 à 19 heures	134 695	55 610	18 315	13 100	25 950
20 heures ou plus	134 375	53 355	19 865	12 395	24 470
Femmes âgées de 15 ans et plus	13 193 440	5 074 710	1 745 320	1 317 625	3 176 660
Aucune heure	10 431 150	4 009 300	1 396 485	1 060 065	2 498 975
Moins de 5 heures	1 617 090	606 470	194 075	147 600	440 430
De 5 à 9 heures	634 345	253 785	81 670	60 980	138 805
De 10 à 19 heures	248 510	100 710	34 460	24 950	48 980
20 heures ou plus	262 335	104 445	38 630	24 025	49 475

Source : Statistique Canada, Recensement de la population, 2006.
Dernières modifications apportées : 2009-08-25.

grande quantité de temps qu'elles passent sans emploi rémunéré [33]. Cette discontinuité fait qu'elles ont également moins accès à des avantages sociaux, à l'assurance-emploi, à des programmes de recyclage et de formation et à des pensions (voir le Tableau 7) [16, 32, 33].

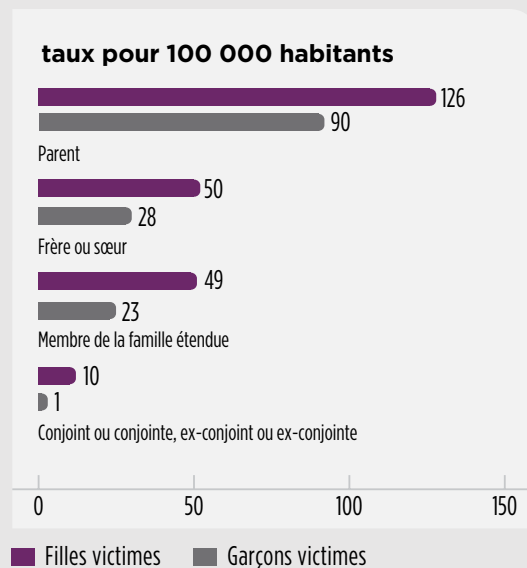
Le stress et l'épuisement des aidants sont bien documentés. Les aidants naturels disent se sentir isolés, épuisés, déprimés et anxieux [32, 34]. Les séjours à l'hôpital sont maintenant plus courts, les chirurgies de jour sont plus courantes et un plus grand nombre de services sont offerts en consultation externe et à domicile, ce qui fait qu'on s'attend maintenant à ce que les aidants naturels fournissent des soins plus compliqués pour lesquels ils n'ont pas toujours reçu la formation nécessaire [31, 35]. Les études ont démontré que les rôles d'aidants ont tendance à avoir un effet plus négatif sur la santé des femmes que sur celle des hommes [36, 37]. Le fardeau de la prestation de soins est également plus lourd pour les femmes des régions rurales parce qu'il y a moins de mécanismes de soutien en place pour elles, ce qui fait qu'elles consacrent un plus grand nombre d'heures au

travail non rémunéré que les femmes des villes ou que les hommes des régions rurales [38].

Violence :

Toutes les femmes sont à risque d'être victimes de violence, mais pour les femmes qui sont encore plus marginalisées en raison de leur âge, de leur orientation sexuelle, de leur ethnicité ou de leurs handicaps, le risque est encore plus grand. Selon Statistique Canada, plus de la moitié des Canadiennes ont été victimes d'au moins un acte de violence physique ou sexuelle depuis l'âge de 16 ans (voir les Tableaux 9 et 10) [39, 40]. Les données récentes indiquent que 20 % des agressions sexuelles déclarées avaient été facilitées par la drogue [41]. Nous savons que les données sur la violence infligée aux femmes sont sous-évaluées; les deux tiers des agressions sexuelles commises par un conjoint ne sont pas déclarées à la police et la majorité (63 %) des victimes de harcèlement criminel choisissent de ne pas faire de déclaration à la police [39]. Les femmes autochtones sont trois fois plus susceptibles d'être victimes de violence conjugale que les femmes

Tableau 9 : Les taux de violence familiale sont plus élevés pour les filles que pour les garçons, peu importe le type de lien.

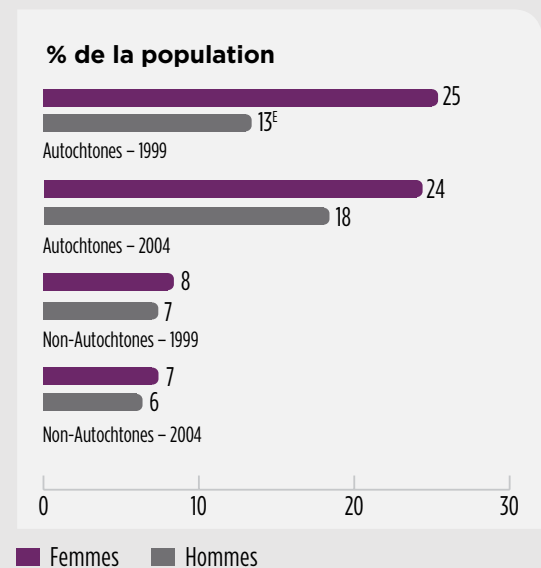


Notes : Les enfants et les jeunes comprennent les personnes de moins de 18 ans. Exclut les affaires pour lesquelles l'âge ou le sexe de la victime était inconnu. Exclut les affaires pour lesquelles le lien de l'auteur présumé avec la victime était inconnu. La catégorie « Parent » comprend les victimes de moins de 18 ans dont le lien de l'auteur présumé avec celles-ci a été classé par erreur sous « Enfant » plutôt que sous « Parent ». Comprend les victimes de voies de fait et d'agression sexuelle. Les données ne sont pas représentatives à l'échelle nationale; elles proviennent de 149 services de police qui desservaient environ 90 % de la population du Canada en 2006. Le Service de police d'Hamilton est exclu de l'analyse en raison de la qualité de ses données sur le lien de l'auteur présumé avec la victime. Taux pour 100 000 habitants pour les régions géographiques desservies par les services de police qui participent au Programme DUC 2, selon les estimations de population fournies par la Division de la démographie de Statistique Canada.

Source : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondé sur l'affaire (DUC 2).

Source de données : Statistique Canada, Rapport sur la violence familiale, 2008

Tableau 10 : Les taux quinquennaux de signalement de la violence conjugale par les victimes sont élevés chez les Autochtones, hommes et femmes, 1999 et 2004



Notes : Comprend les conjoints de fait. Exclut les personnes qui ont refusé de déclarer leur état matrimonial.
E à utiliser avec prudence.

Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, 1999 et 2004.

non autochtones et le taux d'homicides commis par un conjoint est huit fois plus élevé chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones [39, 42]. Les femmes et les filles handicapées sont également plus susceptibles d'être agressées sexuellement [43], d'être victimes de mauvais traitements physiques [42] et de subir la violence d'un partenaire [44]. Les femmes lesbiennes déclarent être victimes de violence verbale (78 %) et d'être menacées de violence physique (50 %) en raison de leur orientation sexuelle perçue [23].

Migration :

Les immigrantes connaissent des circonstances uniques qui peuvent avoir un impact négatif sur leur santé. Elles présentent un risque plus élevé d'exploitation et de violence infligée par un partenaire intime, mais sont moins portées à déclarer la violence, de peur de perdre leur maison ou leur emploi ou d'être déportées [45, 46]. Le stress provoqué par la migration et l'établissement dans la culture canadienne peuvent donner lieu à des problèmes de santé physique et mentale [45-48], surtout si l'unité familiale a été séparée ou s'il y avait de la violence conjugale dans le pays d'origine. Le racisme et la discrimination limitent la capacité qu'ont les femmes d'obtenir un emploi, ou les forcent parfois à accepter des emplois inférieurs à leur niveau de scolarité et à leurs compétences, ce qui peut donner lieu à de la pauvreté ou à la mobilité descendante [16, 24, 49].



Facteurs individuels s'appliquant aux Ontariennes

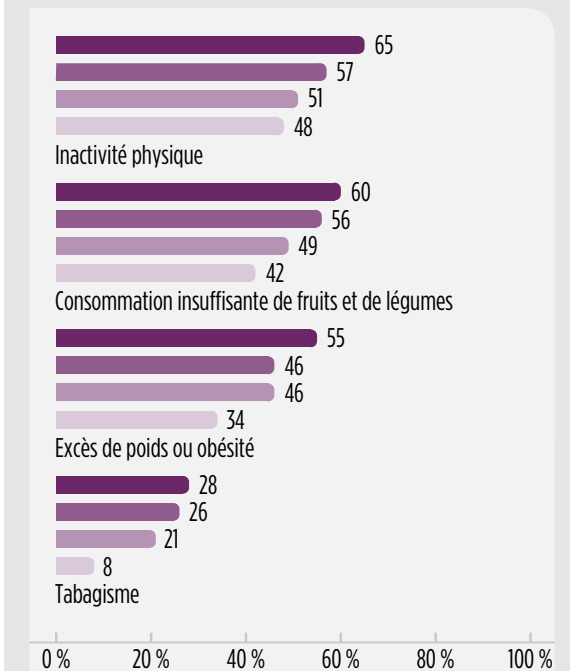
Afin de prévenir et de traiter les maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose et le diabète, on recommande d'adopter un mode de vie sain, c'est-à-dire d'avoir un régime alimentaire nourrissant, de faire de l'activité physique régulièrement et de maintenir un poids santé. Dans l'ensemble, les femmes de l'Ontario ont plus tendance que les hommes à manger suffisamment de fruits et de légumes tout au long de leur vie [1]; toutefois, les femmes sans-abri et les femmes à faible revenu ont des difficultés de sécurité alimentaire et d'accès à des aliments sains. Par exemple, une femme à faible revenu sur quatre déclare ne pas avoir assez à manger ou ne pas manger la variété d'aliments de qualité qu'elle désire en raison de son manque de revenu [1]. L'excès de poids et l'obésité sont des facteurs de risque de nombreuses maladies chroniques telles que le diabète et l'arthrite, mais en Ontario, les femmes ont moins tendance que les hommes à avoir un excès de poids ou à être obèses [1]. Certains groupes

de femmes sont plus à risque d'avoir un excès de poids ou d'être obèses; par exemple, les femmes de l'Est et du Sud-Est asiatique ont la prévalence la plus faible d'excès de poids ou d'obésité (17 %) tandis que les femmes autochtones présentent les taux les plus élevés (56 %) (voir les Tableaux 11 et 12) [1].

On recommande, dans le cadre d'un mode de vie sain, de faire de l'exercice régulièrement pour prévenir et gérer les maladies chroniques. Les femmes ont moins tendance que les hommes à faire du sport et à avoir d'autres activités physiques vigoureuses, surtout dans les groupes plus vieux, et disent avoir moins de temps pour leurs loisirs en raison de leurs responsabilités par rapport aux enfants et à l'entretien de la maison [18, 50]. Les activités physiques associées avec le rôle de genre des femmes (comme passer l'aspirateur, jouer avec les enfants au parc, aller au travail à pied) ont probablement des avantages pour la santé, mais ne sont pas captées adéquatement par les sondages conventionnels [18, 51].

Tableau 11 : Facteurs de risque de maladies chroniques pour les femmes, selon le niveau de scolarité

Femmes



Niveau de scolarité

- Diplôme d'études secondaires non obtenu
- Diplôme d'études secondaires obtenu
- Au moins certaines études postsecondaires
- Baccalauréat ou grade supérieur

Source de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Cycle 3.1, 2005. Tiré de Bierman, A.S., et al., *Maladies cardiovasculaires, dans le Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes*, A.S. Bierman, rédactrice. Toronto : Institut de recherche en services de santé et Hôpital St. Michael.

Le taux global de tabagisme au Canada a diminué d'environ 30 % depuis le milieu des années 1960, mais cette baisse est plus prononcée chez les hommes que chez les femmes [52]. En Ontario, 14 % des femmes, soit environ 700 000 femmes, sont fumeuses [48]. Certaines cultures et certains groupes de femmes ont des taux de tabagisme considérablement plus élevés que ceux de la population en général; on pense, par exemple, aux femmes autochtones, aux mères seules, aux femmes lesbiennes et

bisexuelles, aux femmes ayant un faible revenu et à celles qui ont des problèmes de santé mentale [53 - 55]. Les mères seules sont presque deux fois plus portées à fumer que les mères qui vivent avec un partenaire (34 % contre 18 % respectivement) [52]. Le tabagisme présente des risques distincts pour la santé des femmes pendant leurs années de reproduction et peut accroître le risque de certains troubles de santé chez les femmes qui utilisent une méthode anticonceptionnelle (p. ex., caillots

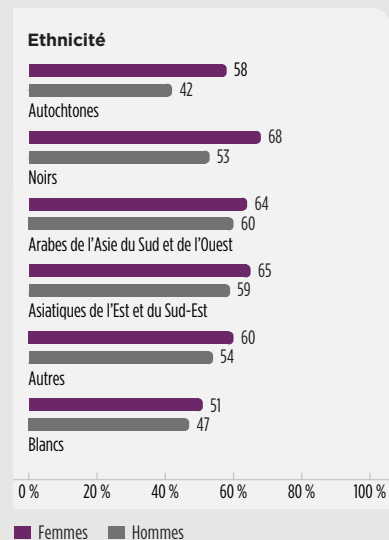
de sang) [56]; si les femmes fument pendant la grossesse, elles présentent également un risque plus grand d'avoir un bébé dont le poids à la naissance est faible ainsi que d'autres complications de la grossesse [57].

La consommation d'alcool chez les hommes et chez les femmes augmente au Canada et l'écart entre les deux sexes diminue, surtout pour ce qui est des jeunes femmes [58]. Les taux de

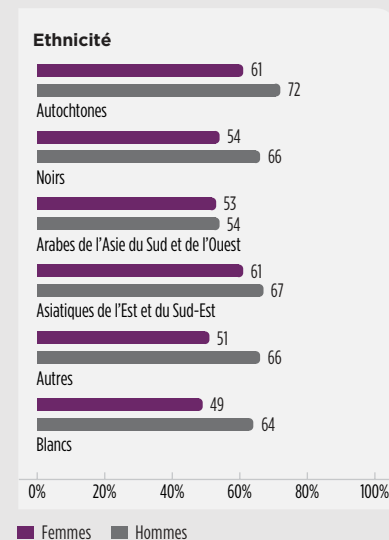
Tableau 12 : Facteurs de risque de maladies chroniques, selon le sexe et l'ethnicité

Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes âgés de 25 ans et plus ayant déclaré être physiquement inactifs, ne pas consommer suffisamment de fruits et de légumes, avoir un excès de poids ou être obèses ou être actuellement fumeurs, selon le sexe et l'ethnicité en Ontario, 2005

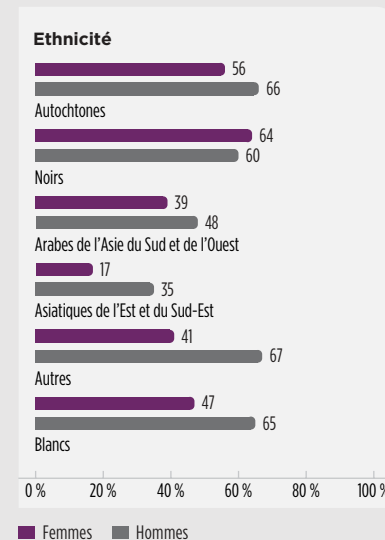
Inactivité physique



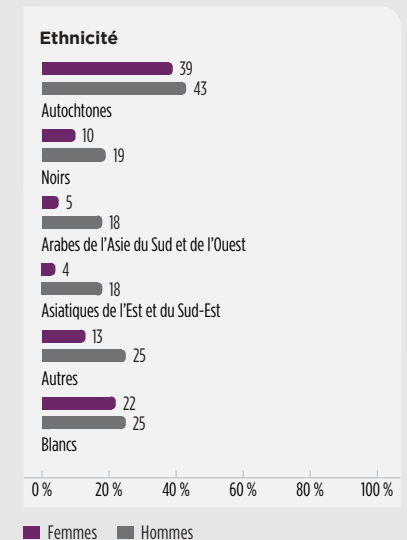
Consommation insuffisante de fruits et de légumes



Excès de poids ou obésité



Actuellement fumeurs



Source de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1

consommation d'alcool ont augmenté chez les Ontariennes au cours des dix dernières années; par exemple, la consommation quotidienne d'alcool est passée de 2,6 % en 2001 à 5,3 % en 2007 [59]. Parmi les Ontariennes qui ont demandé un traitement pour un problème de dépendance en 2009 – 2010, 20,3 % ont indiqué que l'alcool était leur problème de dépendance prédominant, suivi du cannabis (9,8 %) et des opiacés vendus sur ordonnance (7,1 %) [60]. La consommation d'alcool est particulièrement préoccupante chez les femmes parce que physiologiquement, elle affecte les femmes d'une manière différente des hommes (p. ex. l'organisme des femmes élimine l'alcool moins efficacement et absorbe l'alcool plus lentement), ce qui fait que, même lorsque les femmes consomment moins d'alcool que les hommes, elles sont exposées à un risque plus grand de complications physiques telles que la cirrhose du foie et elles sont plus à risque de développer une dépendance à l'alcool, la maladie d'Alzheimer et le cancer du sein [61–63]. Les lignes directrices sur la faible consommation d'alcool recommandent de ne pas boire plus que deux verres standard par jour et pour les femmes, qu'elles ne boivent pas plus de neuf verres standard par semaine [64]. Les politiques de santé publique et les programmes communautaires doivent prendre en considération les besoins des femmes et les obstacles auxquels elles font face afin de les aider à faire des choix qui s'inscrivent dans un mode de vie sain.



Santé physique et mentale des Ontariennes

Santé mentale et dépendances

Les femmes sont plus portées à déclarer souffrir de certains problèmes de santé mentale comme la dépression, l'anxiété, les troubles de l'alimentation et les troubles de stress post-traumatique. Par exemple, les Ontariennes sont deux fois plus susceptibles de déclarer avoir un épisode de dépression au cours de leur vie, les femmes à faible revenu présentant des taux plus élevés que celles qui vivent dans un foyer à revenu élevé [65, 66]. Les femmes autochtones, les femmes racialisées, les femmes qui souffrent ou qui ont souffert de violence, les femmes sans-abri, les mères seules et les femmes ayant des maladies chroniques présentent toutes un risque plus élevé de dépression et d'autres problèmes de santé mentale [66, 67]. En 2005, 9,8 % des Ontariennes âgées de plus de 12 ans ont contacté des professionnels de la santé au sujet de leur santé mentale [68]. Les femmes peuvent également avoir un épisode de dépression pendant la grossesse ou au postpartum ou les deux, et le risque est particulièrement élevé chez les femmes marginalisées [69-71]. Environ une femme sur cinq éprouve des troubles de l'humeur périnataux, ce qui peut augmenter le risque de complications pendant et après la naissance tant pour la mère que pour l'enfant, ainsi que le risque de faible poids à la naissance, d'accouchement avant terme et de moins bonnes pratiques de santé maternelle [72-75]. La dépression cause passablement de détresse et de dysfonctionnement dans tous les aspects de la vie et accroît l'utilisation des services de santé ainsi que les demandes de prestations d'invalidité [65, 66, 76].

Les troubles de l'alimentation, tels que l'anorexie et la boulimie, sont plus fréquents chez les filles et les femmes, et présentent des taux de prévalence de plus en plus élevés à l'adolescence, le ratio étant de 5 :1 chez les enfants âgés de 5 à 12 ans, et de 10 :1 chez les adolescentes et les adultes [77]. Les troubles de l'alimentation peuvent entraîner de graves complications médicales comme l'ostéoporose, l'infertilité et d'autres complications de la faim qui peuvent causer la mort [78, 79]; 10 % des personnes anorexiques meurent dans les 10 années suivant le début de ce trouble [80]. Les femmes qui ont des troubles de l'alimentation présentent aussi des taux plus élevés d'autres troubles psychologiques comme la dépression, l'anxiété, les troubles obsessionnels-compulsifs et la dépendance aux drogues [79, 81, 82]. Beaucoup de filles et de femmes se préoccupent de leur poids et de leur image corporelle, dans une société qui valorise la minceur et qui investit de façon excessive dans l'apparence, ce qui peut avoir un impact nuisible sur leur santé physique et mentale [78, 83-85]. Une étude ontarienne portant sur les adolescentes âgées de 12 à 18 ans a révélé que 23 % des participantes suivaient un régime alimentaire pour perdre du poids, 15 % se gavaient, 8,2 % se faisaient vomir et 2,4 % consommaient des pilules coupe-faim [86].

On considère que les facteurs psychosociaux tels que la violence, la pauvreté et des niveaux de stress élevés causés par le fardeau des soins à donner à d'autres contribuent tous à accroître le risque de problèmes de santé mentale et de dépendances chez les femmes [65, 66, 69]. Par exemple, les femmes qui ont connu ou qui connaissent actuellement

la violence sont plus à risque de développer des problèmes d'alcool [87]. Un examen de la consommation de drogues et des facteurs de stress chez les femmes qui vont dans des refuges pour les femmes victimes de violence et leurs enfants a fait ressortir un ensemble complexe de problèmes qui contribuent à l'interrelation de la violence et de la dépendance aux drogues, y compris des problèmes d'ordre psychosocial, relationnel, structural et environnemental [88]. Ce lien qui existe entre la violence, la dépendance aux drogues et les problèmes de santé mentale est unique aux femmes [89] et on reconnaît de plus en plus que si l'on promeut la résilience, on aide les femmes à avoir une bonne santé mentale [90, 91].

Maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer, arthrite) :

Les femmes sont plus susceptibles d'avoir des maladies chroniques. En fait, 25 % des Ontariennes disent souffrir d'hypertension, 25 % d'arthrite, 12 % de maladie pulmonaire obstructive chronique, 6 % de maladie du cœur ou d'accidents cérébrovasculaires, 5 % de diabète et 5 % d'incontinence urinaire [1]. La proportion d'adultes atteints deux comorbidités ou plus varie selon l'ethnicité, le revenu et le niveau de scolarité [1]. Par exemple, près de 40 % des femmes à faible revenu, 48 % des femmes autochtones et 34 % des femmes blanches disent avoir deux maladies chroniques ou plus [1] en Ontario, le fardeau des maladies chroniques et des invalidités est le plus élevé chez les femmes à faible revenu et les femmes autochtones [1]. Les femmes plus âgées ont également plus tendance à déclarer que leurs activités sont limitées par la douleur et l'inconfort, et 35 % des femmes à faible revenu âgées de 65 ans et plus disent avoir des limitations dans leurs activités [1]. Les

femmes atteintes de comorbidités, et surtout celles qui sont plus âgées, sont également plus portées à prendre de multiples médicaments et sont plus vulnérables aux réactions indésirables causées par les médicaments [92, 93]. Cette section donne un aperçu des maladies cardiovasculaires, du cancer, du diabète, de l'arthrite et des troubles de santé reproductive en mettant l'accent sur ce que l'on sait au sujet des femmes de l'Ontario.

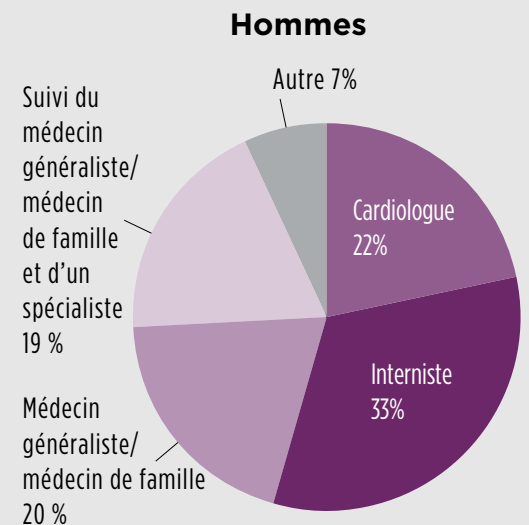
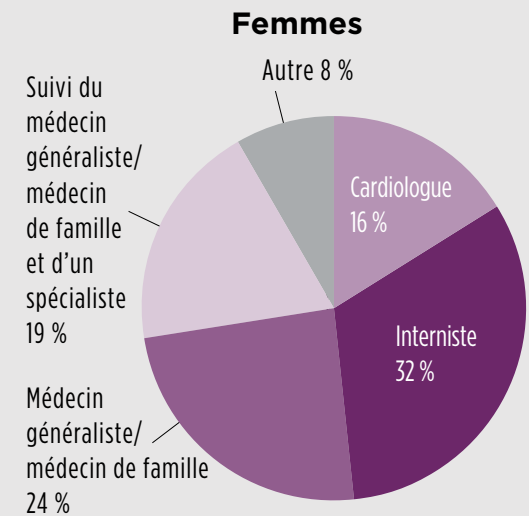
Maladies cardiovasculaires : Les maladies cardiovasculaires sont la cause première de mortalité chez les Ontariennes. Les femmes atteintes de maladies cardiovasculaires disent être plus handicapées et avoir un fonctionnement physique moins bon que les hommes [94]. Les femmes ont tendance à avoir un profil de risque différent de celui des hommes : elles présentent plus d'hypertension, plus de diabète et plus de dysfonctionnement diastolique que les hommes [95, 96]. L'insuffisance coronaire se déclare chez les femmes environ 10 ans plus tard que chez les hommes en raison de l'effet protecteur des œstrogènes avant la ménopause; la différence diminue toutefois avec l'âge. À l'âge de 80 ans, la prévalence d'insuffisance coronaire est à peu près égale chez les hommes et chez les femmes [97]. Bien que les hommes soient plus susceptibles que les femmes d'avoir un accident cérébrovasculaire, les femmes sont plus susceptibles de mourir d'un accident cérébrovasculaire parce que celui-ci survient à un âge plus avancé [94]. La prévalence de maladies cardiovasculaires varie également selon le genre et l'ethnicité; par exemple, les Sud-asiatiques sont plus susceptibles aux maladies du cœur que les populations blanche, noire ou chinoise [98].

On a également relevé des différences selon le genre dans la gestion des maladies cardiovasculaires; par exemple, les femmes ont moins tendance que les hommes à avoir un cardiologue comme médecin principal pendant leur séjour à l'hôpital pour cause d'insuffisance cardiaque, et elles ont également moins tendance à subir une évaluation et des tests cardiaques pour l'insuffisance cardiaque [94]. Le genre et le revenu influencent également les taux de recommandations à des programmes de réadaptation et aux soins de cardiologues, les femmes étant moins susceptibles d'être recommandées à des services de réadaptation [99-102] et plus portées à abandonner ces programmes [99,100]. Les femmes vivant dans des foyers à revenu élevé ont plus tendance à être recommandées à des programmes de réadaptation et à recevoir les soins de suivi d'un cardiologue [94, 99]. Les femmes se rétablissant d'un événement cardiaque ont indiqué, plus que les hommes, qu'elles aimeraient recevoir plus d'information des fournisseurs de services, et notamment sur différents aspects de leur maladie et de leur traitement [103]. Les femmes font également face à certains obstacles liés au genre pour

avoir accès à des programmes de réadaptation cardiaque [104]. Certains programmes de réadaptation conçus en fonction du genre connaissent du succès [100, 102, 105].

Certaines études récentes examinent également la question du genre dans le diagnostic, la gestion et la surveillance de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) [106]. On croyait traditionnellement que la MPOC affectait surtout les hommes et que les femmes étaient plus susceptibles de recevoir un diagnostic d'asthme [107]. Le préjugé dans le diagnostic des femmes atteintes de MPOC est bien documenté [108] et certains facteurs socioculturels agissent sur la tendance à déclarer la maladie [107]. Par exemple, les chercheurs soupçonnent que les hommes ne déclarent pas l'essoufflement et les femmes sont moins portées à déclarer la production d'expectoration ou de phlegme parce que ces symptômes ne sont pas conformes aux normes socioculturelles ou aux idéaux établis (p. ex. les hommes sont plus athlétiques) [107]. L'incidence et la prévalence de MPOC augmentent plus rapidement chez les femmes que chez les hommes (33,4 % contre

Tableau 13 : Type de médecin qui fournit des soins à l'hôpital aux adultes âgés de 45 et plus hospitalisés pour l'insuffisance cardiaque, par sexe, en Ontario, 2005 - 2006.



Source de données : Institut canadien d'information sur la santé

12,9 %) [109] et les données épidémiologiques suggèrent que les facteurs de risque sont plus grands chez les femmes [110]. La cause première de MPOC est le tabagisme; toutefois, dans certains pays comme la Chine, où le taux de tabagisme chez les femmes est faible, le taux de MPOC augmente rapidement quand même [111]. Cela suggère que certains facteurs biologiques pourraient rendre les femmes plus susceptibles à la MPOC [112] et que certains facteurs socioculturels pourraient également mettre les femmes plus à risque de contracter cette maladie, notamment une plus grande exposition environnementale à des irritants chimiques ou à des sous-produits de la cuisson [113]. Il nous faut faire plus de recherche sur les écarts selon le genre que l'on retrouve dans le soin et le diagnostic de la MPOC, mais certaines études ont relevé des écarts entre les hommes et les femmes pour ce qui est des soins primaires reçus et de l'application de lignes directrices de pratique clinique [114].

Cancer : Le cancer du sein (27 %), le cancer du poumon et des bronches (12 %) et le cancer colorectal (12 %) sont les types de cancer les plus fréquents chez les Ontariennes (voir le Tableau 14) [115]. On note des différences selon le sexe et le genre dans la prévalence du cancer du poumon et du cancer colorectal [116]; par exemple, les femmes semblent plus susceptibles que les hommes aux effets carcinogènes du tabac [117] et présentent des taux plus bas de participation à des activités de prévention du cancer telles que l'activité physique [18, 118] et le dépistage du cancer [117, 119]. Le statut socioéconomique a un impact sur la prévalence du cancer et les taux de dépistage : le cancer du poumon est diagnostiqué plus couramment chez les femmes ayant un faible revenu tandis que le cancer du sein se retrouve plus souvent chez les femmes vivant dans

un quartier à revenu élevé [116]. Les taux de dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal sont inférieurs aux objectifs provinciaux et les femmes à faible revenu ont moins tendance que celles qui vivent dans des quartiers à revenu élevé à se soumettre à des tests de dépistage [116, 117]. Le dépistage du cancer varie également selon l'ethnicité, puisque les groupes ethniques peuvent avoir des croyances différentes en matière de santé et ne pas prendre de rendez-vous pour des tests de dépistage du cancer (p. ex., test Pap) [117, 120]; toutefois, lorsque les femmes reçoivent un diagnostic de cancer, elles reçoivent des soins similaires et le gradient du revenu n'est plus visible [116].

Diabète : Les taux de diabète sont en progression dans les pays développés comme le Canada, surtout en raison de l'obésité, de l'inactivité physique et du vieillissement de la population. En Ontario, la prévalence de diabète chez les adultes a augmenté de 69 % au cours d'une période de 10 ans (1994 – 2004), au point que l'on prévoyait que le diabète affecterait 1,2 million de personnes avant la fin de 2010 [121, 22]. Le taux de prévalence du diabète en Ontario est de 5,6 %, un taux supérieur à la moyenne nationale, et les femmes présentent une prévalence de diabète plus faible que les hommes (5,2 % contre 6,2 %) [123, 124]; les études indiquent toutefois que le groupe dans lequel le diabète augmente le plus rapidement est celui des femmes âgées de 20 à 49 ans [122]. Les femmes diabétiques présentent un risque plus élevé de cancer du sein, de mortalité en raison du cancer du sein et de fractures de la hanche [125, 126]; toutefois, elles ne sont pas toujours adéquatement soumises au dépistage d'autres problèmes de santé [127, 128]. Les femmes diabétiques

Tableau 14 : Taux de cancer en Ontario, par sexe

	Nouveaux cas			Décès		
	Total	H	F	Total	H	F
Tous les cancers	57 680	29 889	27 791	24 749	12 867	11 882
Prostate	8 581	8 581	-	1 379	1 379	-
Sein	7 630	75	7 555	1 957	11	1 946
Poumons et bronches	7 353	4 023	3 330	5 995	3 388	2 067
Côlon et rectum	7 229	3 877	3 352	3 068	1 603	1 465
Lymphome non hodgkinien	2 473	1 297	1 176	1 041	563	478
Vessie	1 957	1 452	505	637	420	217
Mélanome cutané	1 869	983	886	348	213	135
Leucémie	1 741	993	748	915	526	389
Thyroïde	1 691	344	1 347	78	34	44
Utérus et endomètre, NAS	1 591	-	1 591	303	-	303
Rein et bassinnet du rein	1 387	806	581	498	318	180
Cavité buccale et pharynx	1 316	898	418	432	282	150
Pancréas	1 230	584	646	1 274	629	645
Estomac	1 155	729	426	717	432	285
Ovaire	936	-	936	594	-	594
Myélome	807	438	369	436	238	198
Cerveau et système nerveux	781	443	338	579	327	252
Œsophage	576	417	159	620	468	152
Col de l’utérus	526	-	526	165	-	165
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	519	383	136	594	374	220
Tous les autres cancers	6 332	3 566	2 766	3 119	1 662	1 457

Notes : Cas de cancer définis par le site SEER (voir http://seer.cancer.gov/siterecode/icdo3_d01272003/)

Décès dus au cancer définis par le site SEER, causes de décès (voir http://seer.cancer.gov/codrecode/1969+_d09172004/)

Nouveaux cas : Les catégories Tous les cancers et Tous les autres cancers excluent le cancer de la peau avec mélanome bénin (cellules basales et cellules squameuses)

Source : Données extraites du registre d’Action Cancer Ontario en décembre 2006 pour la publication de données statistiques par SEER*Stat en janvier 2007

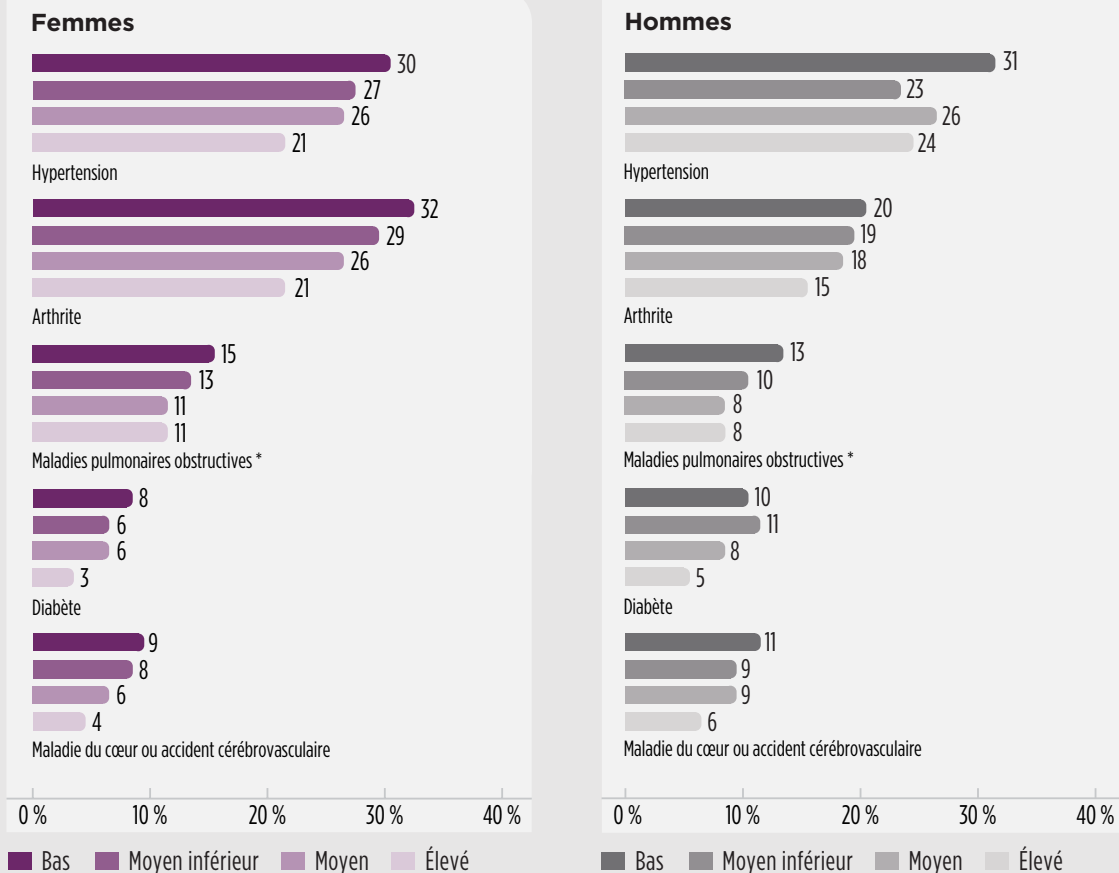
Source de données : site Web d’Action Cancer Ontario

présentent également un risque plus élevé de problèmes de reproduction et de complications pendant la grossesse [129, 130]. Toutes les femmes enceintes de la province sont dépistées pour une forme de diabète particulière appelée le diabète gestationnel, qui affecte environ 4 % d'entre elles et qui accroît le risque de complications pendant la grossesse [129, 130]. Environ 20 % des femmes développeront le diabète de type 2 dans les neuf ans suivant le diabète gestationnel, un risque sept fois plus élevé que chez les femmes qui n'ont pas eu le diabète gestationnel [131].

Le diabète est plus courant dans certains groupes ethniques; les femmes et les hommes autochtones présentent notamment des taux de prévalence du diabète considérablement plus élevés et, selon certaines études, plus de complications du diabète [1, 123]. Selon une étude récente, les immigrants qui viennent d'arriver en Ontario, et plus particulièrement les femmes et les immigrants venant de l'Asie du Sud et de l'Afrique sub-saharienne, présentent un risque plus élevé que les résidents de longue date de l'Ontario de développer le diabète [132]. Le risque est également plus élevé chez les personnes vivant dans la pauvreté; une femme à faible revenu âgée de 65 ans et plus sur cinq dit être diabétique (voir le Tableau 15) [1]. Le traitement du diabète chez les femmes à faible revenu pose des défis, surtout si l'on considère l'accès à des aliments nourrissants de bonne qualité [133, 134]. Par ailleurs, les femmes de différents groupes racialisés et les nouvelles immigrantes font face à de obstacles particuliers pour obtenir les soins dont elles ont besoin [132].

Arthrite : L'arthrite est l'une des maladies chroniques les plus prévalentes au Canada; plus de 1,8 million d'Ontariennes et d'Ontariens sont atteints d'arthrite [135, 136]. Les femmes sont surreprésentées dans ce groupe de maladies et déclarent avoir une moins bonne santé, des taux d'emploi plus bas, plus d'invalidités et plus de limitations des activités que les hommes [1, 136 - 139]. Le fardeau de la maladie est le plus élevé dans les groupes dont le niveau de scolarité et le revenu sont bas [1, 136]. Les taux d'arthrite augmentent avec l'âge et si l'on considère aussi le vieillissement de la population ontarienne, cela signifie que le fardeau socioéconomique de l'arthrite ainsi que l'utilisation des ressources en santé sont appelés à augmenter considérablement au cours des prochaines décennies [140 - 142]. Les femmes sont plus portées à consulter un médecin de soins primaires pour des troubles musculosquelettiques [143]; toutefois, elles ont moins tendance que les hommes à être recommandées pour des remplacements articulaires ou à subir ces interventions [144 - 146], et les résultats après ces interventions sont souvent moins bons chez les femmes [147]. L'arthrite a un impact sur les femmes de bien des façons et, comme elles sont moins susceptibles d'être sur le marché du travail, elles n'ont pas accès aux prestations d'assurance-maladie complémentaire ou n'ont pas les moyens financiers d'obtenir un soutien supplémentaire, de l'aide à la maison, des accessoires fonctionnels ou des services de réadaptation après une opération (voir le Tableau 16) [138]. La prévalence de l'arthrite est la plus élevée chez les femmes qui ont le moins de ressources, c'est-à-dire les femmes à faible revenu, les femmes sans-abri et les femmes marginalisées [1, 136, 138].

Tableau 15 : Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes âgés de 25 ans et plus ayant déclaré avoir certaines maladies chroniques particulières, par sexe et par revenu annuel du ménage, en Ontario, 2005.



Source de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1

* Les maladies pulmonaires obstructives incluent l'asthme, la bronchite chronique, l'emphysème et la maladie pulmonaire obstructive chronique

Il faut également tenir compte d'autres problèmes de santé pour réduire le fardeau de la maladie et de l'invalidité chez les femmes, y compris la maladie de Crohn, le syndrome de fatigue chronique et la sensibilité à de multiples produits chimiques [148]. Il nous faut porter plus d'attention aux différences selon le sexe et le genre que présentent l'exposition et la susceptibilité aux dangers posés par l'environnement (p. ex. exposition au mercure, pollution de l'air et de l'eau) pour connaître l'impact qu'elles ont sur la santé des femmes et des hommes [149 - 152].

Santé reproductive

Les femmes ont des besoins de santé reproductive uniques au cours de leur vie. Elles ont notamment besoin de soins pré et postnataux, de contraception et de l'accès à l'avortement, ainsi que de soins pendant les années de la ménopause. En 2008 - 2009, il y a eu 140 255 naissances en Ontario [3]; la tendance montre qu'il y a moins de mères adolescentes, plus de femmes âgées de 35 ans et plus qui donnent naissance et un plus grand nombre

Tableau 16 : Les femmes et les limitations des activités de la vie quotidienne causées par l'arthrite

Femmes		LAA		LNAA	
Activité	Groupe d'âge	%	n	%	n
Travail avec limitations	Tous les groupes (25 – 64)	47,1	33 960	47,4	120 590
	25 – 34	58,9	4 770	58,8	17 500
	35 – 44	48,6	10 440	39,5	44 660
	45 – 54	43,3	17 180	50,4	34 550
	55 – 64	39,2	1 570	38,8	23 880
Travail avec aménagements requis	Tous les groupes (25 – 64)	51,4	37 040	43,3	92 780
	25 – 34	52,6	3 850	43,3	17 490
	35 – 44	55,0	10 880	48,8	38 960
	45 – 54	47,7	16 300	35,0	26 980
	55 – 64	22,2	6 010	24,5	9 350
Besoin d'aide pour gérer les finances	Tous les groupes (25 – 64)	- ii	- ii	16,7	73 880
	25 – 34	2,1	* i	11,8	8 450
	35 – 44	9,3	3 290	10,8	15 650
	45 – 54	15,2	11 630	12,8	22 700
	55 – 64	13,2	14 630	15,3	27 080
Hors du marché du travail	Tous les groupes (25 – 64)	50,2	133 710	48,3	304 280
	25 – 34	27,9	3 130	36,4	25 850
	35 – 44	37,2	12 740	38,9	56 480
	45 – 54	48,6	37 480	50,9	90 760
	55 – 64	73,1	80 360	76,4	131 210

Note : LAA signifie les limitations attribuables à l'arthrite. LNAA signifie les limitations non attribuables à l'arthrite

i * Données non présentées en raison de la fréquence faible et non pondérée

ii - Données non présentées pour respecter la confidentialité des fréquences manquantes

Source de données : site Web de l'ACREU, données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités

de naissances multiples (jumeaux, triplets) [153]. L'augmentation de 8 % du taux de césariennes au cours des 10 dernières années est toutefois particulièrement préoccupante; le taux provincial de césariennes est actuellement de 28,1 %, comparé au taux national de 26,9 % (2009) [154]. Le faible poids à la naissance est un important indicateur des résultats périnataux ainsi qu'un prédicteur possible de problèmes de santé et de développement pour les enfants. Le faible poids à la naissance survient le plus souvent chez les femmes défavorisées sur le plan socioéconomique et chez les femmes qui fument pendant la grossesse [9, 155, 156]. Le taux de mortalité infantile en Ontario est de 5,2 par 1 000 naissances vivantes (2007) et le taux de faible poids à la naissance est de 6,2 par 1 000 naissances vivantes (2005), ces deux taux étant plus élevés que la moyenne nationale (5,1, et 6,0 par 1 000 naissances vivantes respectivement) [3].

La prestation des services de maternité a considérablement changé en Ontario, avec la diminution du nombre de médecins généralistes et de médecins de famille qui faisaient

des accouchements au cours de la période de surveillance de 10 ans (1992 – 1993 à 2002 – 2003), ainsi qu'avec l'arrivée des services des sages-femmes, qui offrent un choix supplémentaire aux femmes [153, 157]. Pour ce qui est des fournisseurs de soins prénataux, on ne constate aucune différence importante parmi les femmes des différents niveaux socioéconomiques; on constate toutefois des variations régionales parmi les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de l'Ontario [153]. Les plus fortes proportions de naissances assistées par des sages-femmes se retrouvent dans les RLISS du Nord-Est (10 %), de Simcoe Nord Muskoka (16 %) et du Nord-Ouest (20 %) [153]. Pour certaines communautés rurales et certaines communautés éloignées, l'accès aux soins de maternité est intermittent ou complètement absent [157]. Les femmes enceintes qui vivent dans les régions éloignées doivent parfois parcourir de grandes distances et payer des coûts considérablement élevés pour aller dans des hôpitaux à l'extérieur de leur communauté si le travail commence prématurément, si elles sont d'autres complications pendant leur grossesse ou si le bébé vient au monde prématurément (voir le Tableau 17) [157]. L'accès aux tests de détection de la fibronectine fœtale⁴ dans les hôpitaux de l'Ontario (facilité par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en 2007) devrait aider à réserver les transferts uniquement aux femmes qui ont besoin d'avoir accès à des services pour une grossesse à risque élevé.

Il est important que les Ontariennes continuent d'avoir accès à des services de planification familiale et d'avortement. Depuis 2005, un produit de contraception d'urgence (lovonorgestrel, Plan B) est disponible dans les pharmacies de l'Ontario sans ordonnance. Cela signifie que,

si les femmes ont des relations sexuelles sans protection ou si leur méthode contraceptive ne fonctionne pas, elles peuvent obtenir ce médicament distribué par le pharmacien sans ordonnance. Une étude récente s'est penchée sur la disponibilité de la contraception d'urgence en Ontario et a constaté que 93 % des pharmacies ont ce produit en stock et que les pharmacies des régions rurales et celles des régions urbaines ne présentent aucune différence importante [158]. Toutefois, les heures d'ouverture d'un grand nombre de pharmacies rurales sont plus courtes que celles des pharmacies des régions urbaines, ce qui pose des obstacles particuliers aux femmes des régions rurales [158].

L'avortement a été retiré du *Code criminel du Canada* en 1988 et il est maintenant pratiqué dans des hôpitaux, des cliniques privées, des cabinets de médecins et des cliniques de consultation externe dans les hôpitaux. En 2008-2009, 47 821 avortements ont été pratiqués en Ontario [159]. La plupart des avortements sont pratiqués dans des cliniques et des bureaux qui ne sont pas dans des hôpitaux et, dans la plupart des cas, les femmes demandent un avortement au début de la grossesse (0-12 semaines de gestation) [159]. Dans l'ensemble, 73,8 % des femmes ont pu avoir accès à des services d'avortement dans leur propre comté [159]. L'accès au médicament abortif mifépristone (combiné avec une prostaglandine comme le misoprostol) au Canada serait utile parce qu'il contribuerait à réduire le besoin de soutien chirurgical. Pour cela, il faudrait l'approbation de Santé Canada, ce qui placerait le Canada au même rang que d'autres pays qui rendent ce produit disponible aux femmes [160, 161].

⁴Test fiable qui prédit quelles femmes en travail avant terme vont accoucher – les résultats négatifs indique que le bébé est moins susceptible de naître dans les 7 à 10 prochains jours.

Tableau 17 : RLISS offrant des soins de maternité et distance parcourue pour accoucher

RLISS offrant des soins de maternité		% dans une distance raisonnable	Distance médiane parcourue (km)
1	Érié St. Clair	86,4 %	15,7
2	Sud-Ouest	79,1 %	18,8
3	Waterloo Wellington	91,9 %	11,5
4	Hamilton Niagara Haldimand Brant	92,7 %	11,2
5	Centre-Ouest	93,0 %	11,9
6	Mississauga Halton	95,5 %	9,9
7	Toronto-Centre	99,5 %	6,0
8	Centre	95,8 %	11,8
9	Centre-Est	90,3 %	12,8
10	Sud-Est	74,0 %	24,0
11	Champlain	85,3 %	15,9
12	Simcoe-Nord Muskoka	85,6 %	16,6
13	Nord-Est	89,6 %	35,7
14	Nord-Ouest	75,1 %	83,3
TOTAL		90,4 %	15,0

Source de données : Rapport de l'OMCEP, 2006

Environ 35 % des Ontariennes sont âgées de 40 à 64 ans, ce qui correspond à la tranche d'âge dans laquelle il y a intersection de problèmes dus au vieillissement (p. ex., incontinence urinaire, ostéoporose) et

du cycle biologique normal que l'on appelle la transition ménopausique [162, 163]. Les femmes qui traversent la période de transition ménopausique (c.-à-d. la péri-ménopause, les années au cours desquelles les femmes

ont encore leurs menstruations mais celles-ci deviennent plus irrégulières) disent éprouver certains symptômes comme des maux de tête, des difficultés de sommeil, des changements d'humeur, des symptômes vasomoteurs et des douleurs articulaires [164, 165]; un grand nombre de femmes traversent toutefois cette période sans problème majeur et considèrent ces années de leur vie comme un événement positif [163, 166]. La ménopause, qui commence officiellement un an après les dernières menstruations [163], est associée avec un risque plus grand de plusieurs maladies chroniques, y compris les maladies cardiovasculaires [97, 167] et l'ostéoporose [78, 168, 169]. Comme les femmes ont maintenant une durée de vie plus longue, elles vivent la période postménopausique beaucoup plus longtemps que les générations précédentes, beaucoup d'entre elles ont des invalidités, et elles indiquent qu'il manque de services et de soins de qualité pour répondre à leurs besoins au cours de la transition péri et postménopausique. [170 - 172].



Conclusion

Les Ontariennes forment un groupe diversifié et leurs besoins en matière de santé liés au fardeau des maladies chroniques sont de plus en plus complexes.

Le cadre de travail se fonde sur les iniquités documentées dans le présent sommaire et dans l'Étude POWER, et mobilise l'action sur les priorités qui soutiennent toutes les Ontariennes y compris les Ontariennes défavorisées. Fidèle au désir de l'Ontario d'offrir « d'excellents soins à tous », le cadre de travail met l'accent sur la qualité et le rendement dans les systèmes de santé et de services sociaux. Il comporte les priorités suivantes : 1) réduire les iniquités en matière de santé liées au genre qui résultent du statut social et des rôles sociaux des femmes; 2) concevoir et mettre en œuvre des systèmes de prestation des soins qui renforcent la fiabilité et la qualité des soins; et 3) imposer des exigences en matière de planification et de responsabilité qui tiennent compte des priorités des femmes. Les actions contenues dans le cadre de travail créent une synergie avec d'autres initiatives de la province et s'inscrivent à l'appui du programme de changement plus vaste. La version intégrale du Cadre de travail pour la santé des Ontariennes renferme plus de détails à ce sujet (www.echo-ontario.ca).

Références

- Bierman, A.S., et al., *Fardeau de la maladie*, dans le *Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes*, A.S. Bierman, rédactrice. 2009. Institut de recherche en services de santé. Hôpital St. Michael: Toronto.
- Statistique Canada, *Décès*, dans *Le Quotidien*. 2010. Statistique Canada.
- Statistique Canada, *Données du recensement*. 2006 [cité le 30 mars 2010]; disponible à <http://www.statcan.gc.ca/start-debut-fra.html>
- Bureau des politiques économiques. *Recensement - Faits saillants*. 2007. Ministère des Finances de l'Ontario.
- Canadian Mental Health Association, *Rural and Northern Community Issues in Mental Health*. 2009.
- Pong, R.W. and J.R. Pitblado, *Répartition géographique des médecins du Canada : au-delà du nombre et du lieu*. Institut canadien d'information sur la santé : Ottawa (Ontario).
- Institut canadien d'information sur la santé, *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé*. Dans l'Initiative sur la santé de la population canadienne, M. DesMeules et al., rédacteurs. 2006.
- La Fondation Trillium de l'Ontario. *Le profil de votre communauté 2008 - Feuille de renseignements*. [cité le 26 mars 2010]; Disponible à http://www.trilliumfoundation.org/fr/knowledgeSharingCentre/cp_ontario.asp
- Santé Canada. *Forum national sur la santé : Déterminants de la santé*. [cité le 15 mars 2010]; disponible à <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants2-fra.php>
- Benoit, C., et al., *Explaining the health gap experienced by girls and women in Canada: A social determinants of health perspective*. Sociol Res Online, 2009. 14(5).
- Raphael, D., *Social determinants of health: Present status, unanswered questions, and future directions*. Int J Health Serv, 2006. 36: p. 651 - 677.
- Marmot, M., *Social determinants of health inequalities*. Lancet, 2005. 365: p. 1099 - 1104.
- Phillips, S.P., *Defining and measuring gender: A social determinant of health whose time has come*. International Journal for Equity in Health, 2005. 4: p. 11 - 15.
- OMS. *Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward*. Madrid Statement. 2001.
- Sen, G., P. Ostlin, and A. George, *Unequal, unfair, ineffective, and inefficient. Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it*. 2007, Karolinska Institutet.
- Statistique Canada. *Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe*. 2006
- Khandor, E. and K. Mason, *The Street Health Report 2007 Research Bulletin #2: Women and Homelessness*. 2008, Sistering Street Health: Toronto.
- Jaffee, L., et al., *Incentives and barriers to physical activity for working women*. AmJ Health Promot, 1999. 13(4): p. 215 - 218.
- Shields, S.A., *Gender: An intersectionality perspective*. Sex Roles, 2008. 59: p. 301 - 311.
- Mulé, N., et al., *Promoting LGBT health and wellbeing through inclusive policy development*. International Journal for Equity in Health, 2009. 8(1): p. 18.
- Ross, L.E., et al., *Perinatal depressive symptomatology among lesbian and bisexual women*. Archives of Women's Mental Health, 2007. 10(2): p. 53 - 59.
- Tjepkema, M., *Health care use among gay, lesbian, and bisexual Canadians*. Health Reports, 2008. 19(1): p. 55 - 65.
- Travers, A., *The health and well-being of sexual and gender minority women: Still struggling with silence and invisibility*, in *Women's health: Intersections of policy, research and practice*, P. Armstrong and J. Deadman, Editors. 2009, Women's Press: Toronto.
- Maxwell, G., *Poverty reduction policies and programs. Poverty in Ontario - Failed promise and the renewal of hope*, in *Social Development Report Series*. 2009, Community Development Halton and Social Planning Network of Ontario.
- Chouinard, V., *Women with disabilities' experience of government employment assistance in Canada*. Disabil Rehabil, 2010. 32(2): p. 148 - 158.
- Lightman, E., et al., *'Not disabled enough': Episodic disabilities and the Ontario Disability Support Program*. Disability Studies Quarterly, 2009. 29(3).
- Armstrong, P. and K. Laxer, *Mapping precariousness in the Canadian health industry: Privatization, ancillary work and women's health in Precarious employment: Understanding labour market insecurity in Canada*, L. Vosko, Editor. 2006, McGill-Queen's University Press: Montreal. p. 115 - 138.
- Le Jeune, G., A.C. Belisle, and K. Messing, *The data gap in Canadian women's occupational health*. Policy and Practice in Health and Safety, 2008. 6(2): p. 51 - 81.

29. Arbuckle, T., *Are there sex and gender differences in acute exposure to chemicals in the same setting.* Environ Res, 2006. 101(2): p. 195 – 204.
30. Canadian Women’s Health Network (2010) *A call to action: Women’s health at work and gender-based analysis.* Disponible à <http://www.cwhn.ca/en>
31. Brazil, K., et al., *Gender differences among Canadian spousal caregivers at the end of life.* Health Soc Care Comm, 2009. 17(2): p. 159 – 166.
32. Zukewich, N., *Unpaid informal caregiving, in Canadian Social Trends.* 2003: Ottawa.
33. Clow, B., et al., *Rising to the challenge: Sex- and gender-based analysis for health planning, policy and research in Canada.* 2009: Atlantic Centre of Excellence for Women’s Health.
34. Grunfeld, E., et al., *Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers.* CMAJ, 1997. 157: p. 1101 – 1105.
35. Ross, M.M., et al., *End of life care: the experience of seniors and informal caregivers.* Can J Aging, 2002. 21: p. 137 – 146.
36. Bedard, M., et al., *Understanding burden differences between men and women caregivers: the contribution of care-recipient problem behaviours.* Int Psychogeriatr, 2005. 17: p. 99 – 118.
37. Gallichio, L., et al., *Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community.* Internat J Geriatr Psych, 2002. 17(154 – 163).
38. Morris, M., *Gender-sensitive home and community care and caregiving research: A synthesis paper.* 2001: Ottawa.
39. Statistique Canada. *Mesure de la violence faite aux femmes : tendances statistiques 2006.* Statistique Canada.
40. Centre canadien de la statistique juridique. *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2008.* 2008. Centre canadien de la statistique juridique.
41. Du Mont, J., et al., *Factors associated with suspected drug-facilitated sexual assault.* CMAJ, 2009. 180(5): p. 513 – 519.
42. Statistique Canada. *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2008.* 2008. Centre canadien de la statistique juridique.
43. Brownlie, E., et al., *Language Impairment and Sexual Assault of Girls and Women: Findings from a Community Sample.* J Abnorm Child Psych, 2007. 35(4): p. 618 – 626.
44. Brownridge, D.A., *Partner Violence Against Women With Disabilities.* Violence Against Wom, 2006. 12(9): p. 805 – 822.
45. Khanlou, N., *Equity in health and human services strategic initiative: Immigrant health in Ontario.* 2009.
46. Ahmad, F., M. Ali, and D.E. Stewart, *Spousal abuse among Canadian immigrant women.* Journal of Immigrant Health, 2005. 7(4): p. 239 – 246.
47. Khanlou, N., *Migrant mental health in Canada.* Canadian Issues/Themes canadiens, 2010(Summer): p. 9 – 16.
48. Shakya, Y., N. Khanlou, and T. Gonsalves, *Determinants of mental health for newcomer youth: Policy and service implications.* Canadian Issues/Themes canadiens, 2010(Summer): p. 98 – 102.
49. Khanlou, N., Y. Shakya, and C. Muntaner, *Mental health services for newcomer youth: Exploring needs and enhancing access.* 2007 – 2009.
50. Ainsworth, B.E., *Issues in the assessment of physical activity in women.* Research Quarterly in Exercise and Sport, 2000. 71(2 (suppl)): p. S37 – S42.
51. Ainsworth, B.E., *Challenges in measuring physical activity in women.* Exercise Sport Sci R, 2000. 28(2): p. 93 – 96.
52. Physicians for a Smoke-Free Canada. *Smoking in Canada: Percentage of Canadians who smoke (on either a daily or occasional basis). Federal Surveys 1965-2007.* 2008; Available from: www.smoke-free.ca/factsheets/pdf/prevalence.pdf.
53. Nevala, J., K. Sears, and E. Steibelt, *Women and tobacco info pack,* P.T.a.C. Centre, Editor. 2010.
54. Greaves, L., et al., *What are the effects of tobacco policies on vulnerable populations? A better practices review.* Can J Public Health, 2006. 97(4): p. 310 – 315.
55. Remafedi, G.J., *Sexual identity and tobacco use in a venue-based sample of adolescents and young adults.* Am J Prev Med, 2008. 35(6 (suppl)): p. S463 – S470.
56. Pomp, E.R., F.R. Rosendaal, and C.J.M. Doggen, *Smoking increases the risk of venous thrombosis and acts synergistically with oral contraceptive use.* Am J Hematol, 2007. 83: p. 97 – 102.
57. US Department of Health and Human Services, *Women and smoking: A report of the Surgeon General.* 2001: Atlanta, Georgia.
58. Graham, K., S. Bernards, and A. Demers, *Gender differences by province in alcohol consumption and consequences: Results of the GENACIS Canada study, in Highs and lows. Canadian perspectives on women and substance abuse,* L. Greaves and N. Poole, Editors. 2007, CAMH: Toronto.
59. Ialomiteanu, A.R., et al., *CAMH Monitor eReport: Addiction & Mental Health Indicators Among Ontario Adults, 1977-2007, in CAMH Research Document Series.* 2009, Centre for Addiction and Mental Health: Toronto.
60. Drug and Alcohol Treatment Information System, *Special reports,* Centre for Addictions and Mental Health: Toronto.
61. Sohrabji, F., *Neurodegeneration in women.* Alcohol Res & Health, 2003. 26(4): p. 316 – 318.

62. Vachon, C.M., et al., *Investigation of an interaction of alcohol intake and family history on breast cancer risk in the Minnesota Breast Cancer Family Study*. Cancer, 2001. 92(2): p. 240 – 248.
63. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism and Office of Research on Women's Health, *Alcohol: A women's health issue*. 2002, NIAAA: Rockville, MD.
64. Réduire les risques, c'est protéger sa vie [cité le 8 mai 2011]; disponible à <http://www.lrdg.net/home.html>.
65. Lin, E. et al., *Dépression, dans le Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes*, A.S. Bierman, rédactrice. 2009. Institut de recherche en services de santé : Toronto.
66. Diaz-Granados, N., et al., *A literature review on depression among women: Focussing on Ontario*. 2006: Toronto, ON.
67. Whizman, C., *At the intersection of invisibilities: Canadian women, homelessness, and health outside the 'big city'*. Gender Place Cult, 2006. 13(4): p. 383 – 399.
68. Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1*. 2005.
69. O'Hara, M.W. and A.M. Swain, *Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis*. Int Rev Psychiatry, 1996. 8: p. 37 – 54.
70. Beck, C.T., *Predictors of postpartum depression: An update*. Nurs Res, 2001. 50: p. 275 – 285.
71. Ross, L.E., et al., *Perinatal depressive symptomatology among lesbian and bisexual women*. Arch Womens Ment Health, 2007. 10: p. 53 – 59.
72. Lundy, B., et al., *Prenatal depression effects on neonates*. Infant Behav & Dev, 1999. 22(1): p. 119 – 129.
73. Zuckerman, B., et al., *Maternal symptoms during pregnancy and newborn irritability*. J Developmental & Behavioural Ped, 1990. 11(4): p. 190 – 194.
74. Li, D., L. Liu, and R. Odouli, *Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery*. Hum Reprod, 2009. 24(1): p. 146 – 153.
75. Chung, T.K., et al., *Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes*. Psychosom Med, 2001. 63(5): p. 830 – 834.
76. Flynn, H.A., et al., *Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization*. Gen Hosp Psychiatry, 2004. 26(4): p. 316 – 322.
77. Katzman, D.K., A. Morris, and L. Pinhas, *Canadian Pediatric Surveillance System*, P.H.A.o. Canada, Editor. 2003 – 2005: Ottawa.
78. Waugh, E.J., et al., *Risk factors for low bone mass in healthy 40-60 year old women: a systematic review of the literature*. Osteoporos Int, 2009. 20(1): p. 1 – 21.
79. Goldbloom, D.S. and P.E. Garfinkel, eds. *Anorexia nervosa and bulimia nervosa - diagnostic issues and risk factors*. Handbook of eating disorders, ed. S. Kennedy. 1993, University of Toronto: Toronto.
80. Sullivan, P., ed. *Course and outcome of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Eating disorders and obesity, ed. C.G. Fairburn and K.D. Brownell. 2002, Guildford: New York.
81. Toner, B.B., P.E. Garfinkel, and D.M. Garner, *Affective and anxiety disorders in the long-term follow-up of anorexia nervosa*. Int J Psychiatry Med, 1988. 18(4): p. 357 – 364.
82. Davis, C. and S. Kaptein, *Anorexia nervosa with excessive exercise: A phenotype with close links to obsessive-compulsive disorder*. Psychiatry research, 2006. 142(2): p. 209 – 217.
83. Geist, R., et al., *A comparison of male and female adolescents referred to an eating disorder program*. Can J Psychiatry, 1999. 44(4): p. 374 – 378.
84. Jarry, J.L., *The meaning of body image for women with eating disorders*. Can J Psychiatry, 1998. 43(4): p. 367 – 374.
85. Thompson, A.M. and K.E. Chad, *The relationship of pubertal status to body image, social physique anxiety, preoccupation with weight and nutritional status in young females*. Can J Public Health Revue, 2000. 91(3): p. 207 – 211.
86. Jones, J.M., et al., *Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: A school-based study*. Can Med Assoc J, 2001. 165(5): p. 547 – 552.
87. Canadian Women's Foundation. *Report on violence against women, mental health and substance use*. 2001. CF.
88. Greaves, L., *Substance use among women in shelters for abused women and children*. Can J Pub Health, 2006. 97(5): p. 388 – 392.
89. BC Society of Transition Houses, *Report on violence against women, mental health and substance use*. 2011, Canadian Women's Foundation.
90. Barankin, T. and N. Khanlou, *Growing up resilient: Ways to build resilience in children and youth*. 2007: Toronto, ON.
91. Commission de la santé mentale du Canada. *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. 2009.
92. Ramage-Morin, P.L., *Consommation de médicaments chez les Canadiens âgés, dans Rapports sur la santé*. 2009. Statistique Canada : Ottawa.
93. Ford, A.R. and D. Saibil, eds. *The push to prescribe: Women and Canadian drug policy*. 2009, Women's Press/Canadian Scholars' Press: Toronto.

94. Bierman, A.S., et al., *Maladies cardiovasculaires*, dans le *Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes*, A.S. Bierman, rédactrice. 2009.
95. Norris, C., K. Dasgupta, and S. Kirkland, *Differences in cardiovascular presentation in women and men*. CMAJ, 2007. 176(6): p. S22-S29.
96. Dasgupta, K., et al., *Cardiovascular risk factors in women and men*. CMAJ, 2007. 176(6): p. S12 – S21.
97. Matthews, K.A., et al., *Are changes in cardiovascular disease risk factors in midlife women due to chronological aging or to the menopausal transition?* J Am Coll Cardiol, 2009. 54(25): p. 2366 – 2373.
98. Chiu, M., et al., *Comparison of cardiovascular risk profiles among ethnic groups using population health surveys between 1996 and 2007*. CMAJ, 2010.
99. Jackson, L., et al., *Getting the most of cardiac rehabilitation: A review of referral and adherence predictors*. Heart, 2005. 91: p. 10 – 14.
100. Beckie, T.M. and J.W. Beckstead, *Predicting Cardiac Rehabilitation Attendance in a Gender-Tailored Randomized Clinical Trial*. J Cardiopulm Rehabil Prev, 2010.
101. Todaro, J.F., et al., *Do men and women achieve similar benefits from cardiac rehabilitation?* J Cardiopulm Rehabil, 2004. 24(1): p. 45 – 51.
102. Price, J., et al., *Women's cardiac rehabilitation: Improving access using principles of women's health*. Can J Nursing, 2005. 15(3): p. 32 – 41.
103. Stewart, D.E., et al., *Gender differences in health information needs and decisional preferences in patients recovering from an acute ischemic coronary event*. Psychosom Med, 2004. 66(4): p. 42 – 48.
104. McSweeney, J.C. and P.B. Crane, *An act of courage: Women's decision-making processes regarding outpatient cardiac rehabilitation attendance*. Rehabil Nurs, 2001. 26(4): p. 132 – 140.
105. Beckie, T.M., J.W. Beckstead, and M.W. Groer, *The influence of cardiac rehabilitation on inflammation and metabolic syndrome in women with coronary heart disease*. J Cardiovasc Nurs, 2010. 25(1): p. 52 – 60.
106. Sin, D.D., L. Greaves, and S. Kennedy, *The tip of the "ICEBERGS": A national conference to combat the growing global epidemic of COPD in women*. Proc Am Thorac Society, 2007. 4: p. 669 – 670.
107. Camp, P.G. and S.M. Goring, *Gender and the diagnosis, management, and surveillance of chronic obstructive pulmonary disease*. Proc Am Thorac Society, 2007. 4: p. 686 – 691.
108. Chapman, K.R., D.P. Tashkin, and D.J. Pye, *Gender bias in the diagnosis of COPD*. Chest, 2001. 119(1691 – 1695).
109. Gershon, A., et al., *Trends in chronic obstructive pulmonary disease prevalence, incidence, and mortality in Ontario, Canada, 1996-2007*. Arch Intern Med, 2010. 170(6): p. 560 – 565.
110. Mannino, D.M., et al., *Chronic obstructive pulmonary disease surveillance: United States, 1971-2000*. MMWR Surveill Summ, 2002. 51: p. 1 – 16.
111. He, J., et al., *Major causes of death among men and women in China*. N Engl J Med, 2005. 353: p. 1124 – 1134.
112. Ben-Zaken Cohen, S., et al., *The growing burden of chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer in women: Examining sex differences in cigarette smoke metabolism*. Am J Respir Care Med, 2007. 176: p. 113 – 120.
113. Ramirez-Venegas, A., et al., *Survival of patients with chronic obstructive pulmonary disease due to biomass smoke and tobacco*. Am J Respir Crit Care Med, 2006. 173: p. 393 – 397.
114. Bourbeau, J., et al., *Practice patterns in the management of chronic obstructive pulmonary disease in primary practice*. Can Respir J, 2008. 15(1): p. 13 – 19.
115. Action cancer Ontario. Statistiques sur le cancer. [cité le 15 avril 2010]; disponible à http://fr.cancercare.on.ca/ocs/csurv/statistiques_sur_le_cancer/
116. Krzyzanowska, M.K., et al., *Cancer*, dans le *Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes*, A.S. Bierman, rédactrice. 2009.
117. Angus, J., V. Nadalin, and A. Greenberg, *The quality of cancer services for women in Ontario*. 2006, Cancer Care Ontario and Cancer Quality Council of Ontario.
118. Harriss, D.J., et al., *Lifestyle factors and colorectal cancer risk (2): a systematic review and meta-analysis of associations with leisure-time physical activity*. Colorectal Dis, 2009. 11(7): p. 689 – 701.
119. Baron, R.C., et al., *Client-directed interventions to increase community access to breast, cervical, and colorectal cancer screening: A systematic review*. Am J Prev Med, 2008. 35(1S): p. S56 – S66.
120. Chang, S.C.H., et al., *A questionnaire study of cervical cancer screening beliefs and practices of Chinese and Caucasian mother-daughter pairs living in Canada*. J Obstet Gynaecol Can, 2010. 32(3): p. 254-262.
121. Lipscombe, L.L., *The growing prevalence of diabetes in Ontario: are we prepared?* Healthc Q, 2007. 10(3): p. 23 – 5.

122. Lipscombe, L.L. and J.E. Hux, *Trends in diabetes prevalence, incidence, and mortality in Ontario, Canada 1995-2005: a population-based study*. Lancet, 2007. 369(9563): p. 750 – 6.
123. Hux, J., et al., eds. *Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas*. 2003, Institute for Clinical and Evaluative Sciences: Toronto.
124. Agence de la santé publique du Canada. *Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète*, 2009.
125. Lipscombe, L.L., et al., *Diabetes mellitus and breast cancer: a retrospective population-based cohort study*. Breast Cancer Res Treat, 2006. 98(3): p. 349 – 56.
126. Lipscombe, L.L., et al., *The risk of hip fractures in older individuals with diabetes: a population-based study*. Diabetes Care, 2007. 30(4): p. 835 – 41.
127. Lipscombe, L.L., J.E. Hux, and G.L. Booth, *Reduced screening mammography among women with diabetes*. Arch Intern Med, 2005. 165(18): p. 2090 – 5.
128. Feig, D.S., V.A. Palda, and L. Lipscombe, *Screening for type 2 diabetes mellitus to prevent vascular complications: updated recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care*. CMAJ, 2005. 172(2): p. 177 – 80.
129. Feig, D.S., A. Kopp, and G.M. Anderson, *Pregnancy in women with diabetes, in Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas* J. Hux, et al., Editors. 2003, Institute for Clinical and Evaluative Sciences: Toronto.
130. Peticca, P., et al., *Pregnancy outcomes in diabetes subtypes: How do they compare? A province-based study of Ontario, 2005-2006*. J Obstet Gynaecol Can, 2009. 31(6): p. 487 – 496.
131. Bellamy, L., et al., *Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis*. Lancet, 2009. 373(9677): p. 1773 – 1779.
132. Creatore, M.I., et al., *Age- and sex-related prevalence of diabetes mellitus among immigrants to Ontario, Canada*. CMAJ, 2010.
133. Feig, D.S., et al., *Risk of development of diabetes mellitus after diagnosis of gestational diabetes*. CMAJ, 2008. 179(3): p. 229 – 34.
134. Joseph, K.S., et al., *Socioeconomic status and perinatal outcomes in a setting with universal access to essential health care services*. CMAJ, 2007. 177(6): p. 583 – 590.
135. Arthritis Community Research and Evaluation Unit. [cited 2010 April 29 2010]; CCHS 2005 data]. Available from: <http://www.acreu.ca/data.html>.
136. Hawker, G.A., Badley, E.M., Jaglal, S., Dunn, S., Corxford, R., Ko, B., Degani, N., Bierman, A.S., *Troubles musculosquelettiques*, dans le *Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes*, A.S. Bierman, rédactrice. 2009. Hôpital St. Michael et Institut de recherche en services de santé : Toronto.
137. Bierman, A.S. and C.M. Clancy, *Health disparities among older women: Identifying opportunities to improve quality of care and functional health outcomes*. JAMWA, 2001. 56: p. 155-159.
138. Badley, E.M. and N.M. Kasman, *The impact of arthritis on Canadian women: Women's Health Surveillance Report*. BMC Women's Health, 2004. 4(Suppl. 1): p.1 – 10.
139. Kaptein, S.A., M.A.M. Gignac, and E.M. Badley, *Differences in the workforce experiences of women and men with arthritis disability: A population health perspective*. Arthrit Care Res, 2009. 61(5): p. 606 – 613.
140. Badley, E.M., *Arthritis in Canada: What do we know and what should we know?* J Rheum 2005. 72: p. 39-41.
141. Gupta, S., et al., *The economic burden of disabling hip and knee osteoarthritis (OA) from the perspective of individuals living with this condition*. Rheumatology (Oxford), 2005. 44(12): p. 1531 – 7.
142. MacKay, C., et al., *Health care utilization for musculoskeletal disorders*. Arthrit Care Res, 2010. 62(2): p. 161 – 169.
143. Power, J.D., et al., *Ambulatory physician care for musculoskeletal disorders in Canada*. J Rheumatol, 2006. 33(1): p. 133 – 139.
144. Borkhoff, C.M., et al., *The effect of patients' sex on physicians' recommendations for total knee arthroplasty*. CMAJ, 2008. 178(6): p. 681 – 7.
145. Hawker, G.A., et al., *A prospective population-based study of the predictors of undergoing total joint arthroplasty*. Arthritis Rheum, 2006. 54(10): p. 3212 – 20.
146. Hawker, G.A., et al., *Differences between men and women in the rate of use of hip and knee arthroplasty*. N Engl J Med, 2000. 342(14): p. 1016 – 22.
147. Santaguada, P.L., et al., *Patient characteristics affecting the prognosis of total hip and knee joint arthroplasty: a systematic review*. Can J Surg, 2008. 51(6): p. 428 – 36.
148. Lavergne, M.R., et al., *Functional impairment in chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivity*. Can Fam Physic, 2010. 56: p. 57 – 65.
149. Hamm, S., *The gendered health effects of chronic low-dose exposures to chemicals in drinking water*. 2009, The National Network on Environments and Women's Health, York University: Toronto.
150. Clougherty, J.E., *A growing role for gender analysis in air pollution epidemiology*. Environ Health Perspect, 2010. 118(2): p. 167 – 176.
151. Gray, J., *State of the evidence: The connection between breast cancer and the environment*. 2010, Breast Cancer Fund: San Francisco.
152. Vahter, M., *Gender differences in the disposition and toxicity of metals*. Environ Res, 2007. 104: p. 85 – 97.

153. Maaten, S., et al., *Care of women during pregnancy and childbirth*, in *ICES Atlas: Primary care in Ontario*, L. Jaakkimainen, et al., Editors. 2006, Institute for Clinical and Evaluative Sciences: Toronto.
154. Institut canadien d'information sur la santé. Health Indicator Reports. 2007 [cité le 29 avril 2010]; disponible à <http://www.cih.ca/hireports/search.jspa>
155. Urquia, M.L., et al., *Issues de la grossesse selon le revenu du quartier et l'immigration récente à Toronto, dans Rapports sur la santé*. 2007, Statistique Canada : Ottawa. P. 1 - 10.
156. Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI*. 2000.
157. Ontario Maternity Care Expert Panel, *Maternity care in Ontario 2006: Emerging crisis, emerging solutions*. 2006.
158. Dunn, S., T.E.R. Brown, and J. Alldred, *Availability of emergency contraception after its deregulation from prescription-only status: A survey of Ontario pharmacies*. CMAJ, 2008. 178(4): p. 423 - 424.
159. Croxford, R. and L.E. Ferris, *Induced abortions in Ontario*. 2010: Toronto, ON.
160. *Gynuity Health Projects: information on medical abortion*. [cité le 18 janvier 2011]; disponible à <http://gynuity.org/programs/medical-abortion/>.
161. Ipas, *Ensuring women's access to safe abortion: A key strategy for achieving Millenium Development Goals*. 2009, Ipas: Chapel Hill, NC.
162. Prior, J., *Estrogen's storm season: Stories of perimenopause*. 2005, Vancouver, BC: Centre for Menstrual Cycle and Ovulation Research.
163. Soules, M.R., et al., *Stages of Reproductive Aging Workshop*. J Womens Health, 2001. 10(9): p. 843 - 848.
164. Freeman, E.W., et al., *Symptoms in the menopausal transition: Hormone and behavioral correlates*. Obstet Gynecol, 2008. 111(1): p. 127 - 136.
165. Freeman, E.W., et al., *Symptoms associated with menopausal transition and reproductive hormones in midlife women*. Obstet Gynecol, 2007. 110(2): p. 230 - 240.
166. Chundamala, J., T. Matsuo, and I. Peng, *Older immigrant women's health: From the triple jeopardy to cultural competency*, in *Women's health: Intersections of policy, research, and practice*, P. Armstrong and J. Deadman, Editors. 2009, Women's Press: Toronto.
167. Tunstall-Pedoe, H., *Myth and paradox of coronary risk and the menopause*. Lancet, 1998. 351: p. 1425 - 1427.
168. Cheung, A.M., et al., *Prevention of osteoporosis and osteoporotic fractures in postmenopausal women: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care*. CMAJ, 2004. 170(11): p. 1665 - 7.
169. The Board of Trustees of The North American Menopause Society, *Management of osteoporosis in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society*. Menopause, 2010. 17(1): p. 25 - 54.
170. Légaré, F. and M.-H. Brouillette, *Shared decision-making in the context of menopausal health: Where do we stand?* Maturitas, 2009. 63: p. 169 - 175.
171. Maher, J. and I. Hyman, *Peri- to post-menopausal scoping review*. 2010, Echo: Improving Women's Health in Ontario: Toronto.
172. Morrow, M.H. and M.H.N.o.W.w.D.A. Committee, *The challenges of change: The midlife health needs of women with disabilities*. 2000, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health: Vancouver.



