

DIRIGER POUR COMBLER L'ÉCART :

Réduire les disparités en matière de santé des femmes au Canada

Plan d'action

Février 2026



Contexte sur le plan d'action

McKinsey & Compagnie Canada (McKinsey) est fière d'avoir été un partenaire de connaissances de pour l'Association canadienne pour l'équité en santé des femmes (WHCC) sur une base bénévole, en fournissant les données et les analyses qui sous-tendent ce rapport. Ce travail s'appuie sur des données accessibles au public et sur des renseignements tirés de la base de connaissances du McKinsey Health Institute, le tout complété par l'expertise de nos collaborateur·trices, afin d'élaborer une approche factuelle visant à combler les écarts en matière de santé des femmes au Canada.

Le présent document est la propriété la WHCC et ne doit pas être utilisé ou partagé, en tout ou en partie, sans l'autorisation écrite expresse. Il ne doit pas être interprété comme un conseil fiscal, de santé, juridique ou politique.



ASSOCIATION CANADIENNE POUR
L'ÉQUITÉ EN SANTÉ DES FEMMES



McKinsey
& Company

Partenaire de connaissances

Collaborateur·trices de l'Association canadienne pour l'équipe en santé des femmes

Amy Flood
Daniel St. Germaine
Sharlene Rutherford (AWHF)
Marie-Hélène Laramée (CUSM)
Jennifer Gillivan (IWK)
Sandra Sualim (WCHF)
Cally Wesson (BCWHF)
Dr. Tamil Kendall (PWHR)
Dr. Lori Brotto (WHRI)
Dr. Sofia Ahmed (WCHRI)
Dr. Rulan Parekh (WCH)

Collaboratrices de McKinsey Canada

D^{re} Marie-Renée B-Lajoie
Laurie Lanoue
Liza Vityuk
Sandrine Devillard
Marie Woindrich
Alley Adams
Natasha Boyd
Jolien Vonck
Liela Touré
Èvane Amico

Les autrices de ce rapport aimeraient remercier les expert-es de partout au Canada, dont l'expertise a façonné l'élaboration du plan d'action



McGill University
Health Centre
Foundation

D^{re} Julia Burnier
D^{re} Nadia Giannetti
D^{re} Annie Leung
D^{re} Nancy Low
Dr Dong Bach Nguyen
Dr Reitan Ribeiro
D^{re} Vanessa Tardio
Dr Basile Tessier-Cloutier
Dr Andrew Zakhari



D^{re} Sofia Ahmed
Dianne Balon
D^{re} Colleen Norris
D^{re} Jane Schulz
Sandra Stabel



D^{re} Tania di Renna
D^{re} Paula Harvey
D^{re} Iliana Lega
D^{re} Kelly Metcalfe
D^{re} Dana Ross
D^{re} Allison Sekuler
D^{re} Simone Vigod
D^{re} Sheila Wijayasinghe

BC WOMEN'S
HEALTH
FOUNDATION



D^{re} Lori Brotto
Cheryl Davies
D^{re} Stephanie Fisher
D^{re} Deborah Money
D^{re} Roanne Preston
Dr Paul Yong



IWK Foundation

D^{re} Christina Atkinson
Emma Beukema
D^{re} Justine Dol
Valerie Malone
D^{re} Maria Migas
D^{re} Shawna O'Hearn

Autres

D^{re} Tamil Kendall (Partenariat pour la recherche en santé des femmes au Canada – PWHR)
Chantal Gagné (Desjardins)
D^{re} Christine Faubert (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada)

Nous devons agir dès maintenant pour le Canada et le monde entier

Le Canada peut combler ses importantes disparités en matière de santé des femmes et influencer les progrès mondiaux en adoptant une approche pancanadienne coordonnée

Les femmes canadiennes passent 24 % plus de temps en mauvaise santé¹ que leurs homologues masculins, en raison de problèmes de santé qui les touchent différemment, de manière disproportionnée et unique. Réduire cet écart pourrait contribuer à hauteur de 37 milliards de dollars au PIB canadien d'ici 2040¹ **et redonner une semaine par an de bonne santé toutes les Canadiennes, enrichissant ainsi leurs familles et nos communautés².**

Ce rapport s'appuie sur les contributions de la WHCC et de plus de 30 expert-es canadien·nes pour définir les principales mesures qui permettront au Canada de réduire, voire d'éliminer, les inégalités en matière de santé des femmes. Le Canada a la taille nécessaire pour jouer un rôle de premier plan en accélérant les investissements existants et en valorisant les talents au sein de son écosystème de taille optimale, afin de favoriser la coordination et la responsabilisation et d'exercer une influence considérable. Seule une approche pancanadienne coordonnée peut donner l'élan nécessaire pour passer de la traction à l'action.

Les femmes canadiennes sont mal desservies en raison des lacunes de l'écosystème actuel des soins de santé, et une action coordonnée est nécessaire pour y remédier

Les femmes ont longtemps été sous-étudiées, sous-représentées et sous-financées, ce qui a entraîné un manque de données ventilées par sexe pour orienter l'innovation et les parcours de soins. Nos établissements médicaux et notre société ont besoin d'un changement culturel afin de faire de la santé des femmes une priorité, changement qui entraînera des transformations systémiques (p. ex., soins primaires, systèmes d'incitatifs) et aura des répercussions sur la formation des prestataires de soins de santé et les décisions en matière de financement. Le manque de sensibilisation du public ralentit le diagnostic et limite le financement de l'innovation. Notre écosystème canadien doit mettre en place des solutions à grande échelle pour contrebalancer les contraintes du système (p. ex., pénurie de main-d'œuvre, capacités limitées).

Nous devons agir dès maintenant en nous appuyant sur 4 piliers de changement systémique et des interventions ciblées dans 5 domaines prioritaires, lesquels représentent plus de 75 % des inégalités en matière de santé des femmes

1. **Nous savons** – Standardiser les données et rendre obligatoire la recherche ventilée par genre
2. **Nous nous soucions** – Institutionnaliser et développer les soins liés au sexe et l'accès équitable aux soins préventifs et diagnostiques
3. **Nous investissons** – Augmenter le financement de la recherche et l'innovation en matière de santé des femmes canadiennes
4. **Nous autonomisons** – Donner aux femmes les moyens de prendre en main leur propre santé, soutenir leur parcours professionnel et promouvoir leurs activités philanthropiques

Ces mesures systémiques sont accompagnées d'**interventions ciblées pour des problèmes de santé particuliers** qui touchent les femmes différemment (cancer, maladies cardiovasculaires), de manière disproportionnée (troubles cérébraux et mentaux) ou de manière unique (santé hormonale et ménopause, douleurs pelviennes chroniques).

Nous pouvons catalyser l'action et stimuler le progrès mondial pour améliorer la santé des femmes

Le Canada a la possibilité de devenir un chef de file en matière de santé des femmes. Nous devons quintupler et accélérer la recherche et la prestation de soins de santé destinés aux femmes. Pour ce faire, tous les acteurs concernés doivent prendre des mesures claires : les gouvernements, les employeurs et les investisseurs privés et philanthropiques doivent s'engager conjointement à financer de manière durable la santé des femmes afin de réduire les disparités et montrer la voie à suivre au reste du monde. Les parties prenantes doivent s'unir de manière coordonnée, avec des objectifs transparents, contrôlables et mesurés, afin de construire ensemble un avenir meilleur. Le Canada doit mobiliser sa population, des Maritimes aux Rocheuses, afin qu'elle s'unisse pour soutenir toutes les femmes et, par conséquent, nos familles, nos communautés et notre pays. De plus, le Canada peut devenir un chef de file et un champion mondial pour la santé des femmes, qui représente une opportunité d'un milliard de dollars à l'échelle mondiale.

1. « Réduire les disparités en matière de santé des femmes : une occasion à 37 milliards de dollars pour le Canada », McKinsey Health Institute (2025)

2. Données du McKinsey Health Institute (2025)

Le plan d'action s'appuie sur des recherches, ainsi que sur plus de 40 entretiens avec des expert-es et plus de 150 sources publiques

NON EXHAUSTIF

McKinsey Health Institute

RECHERCHE ORIGINALE DU MHI SUR LES DONNÉES MONDIALES EN MATIÈRE DE SANTÉ

Prévisions de la charge de morbidité

jusqu'en 2040

60+

Maladies¹ évaluées

180+

Interventions² analysées

ANALYSE ET RAPPORT PROPRES AU CANADA



Entretiens avec des expert-es

40+

Entretiens menés auprès d'expert-es du secteur de partout au Canada

BC WOMEN'S HEALTH FOUNDATION 

 McGill University Health Centre Foundation

 alberta women's health foundation

 IWK Foundation

 WOMEN'S COLLEGE HOSPITAL FOUNDATION

Sources publiques

80+

Rapports formels et documents techniques

30+

Articles de recherche et périodiques évalués par les pairs

20+

Bases de données de santé publique

20+

Communiqués de presse

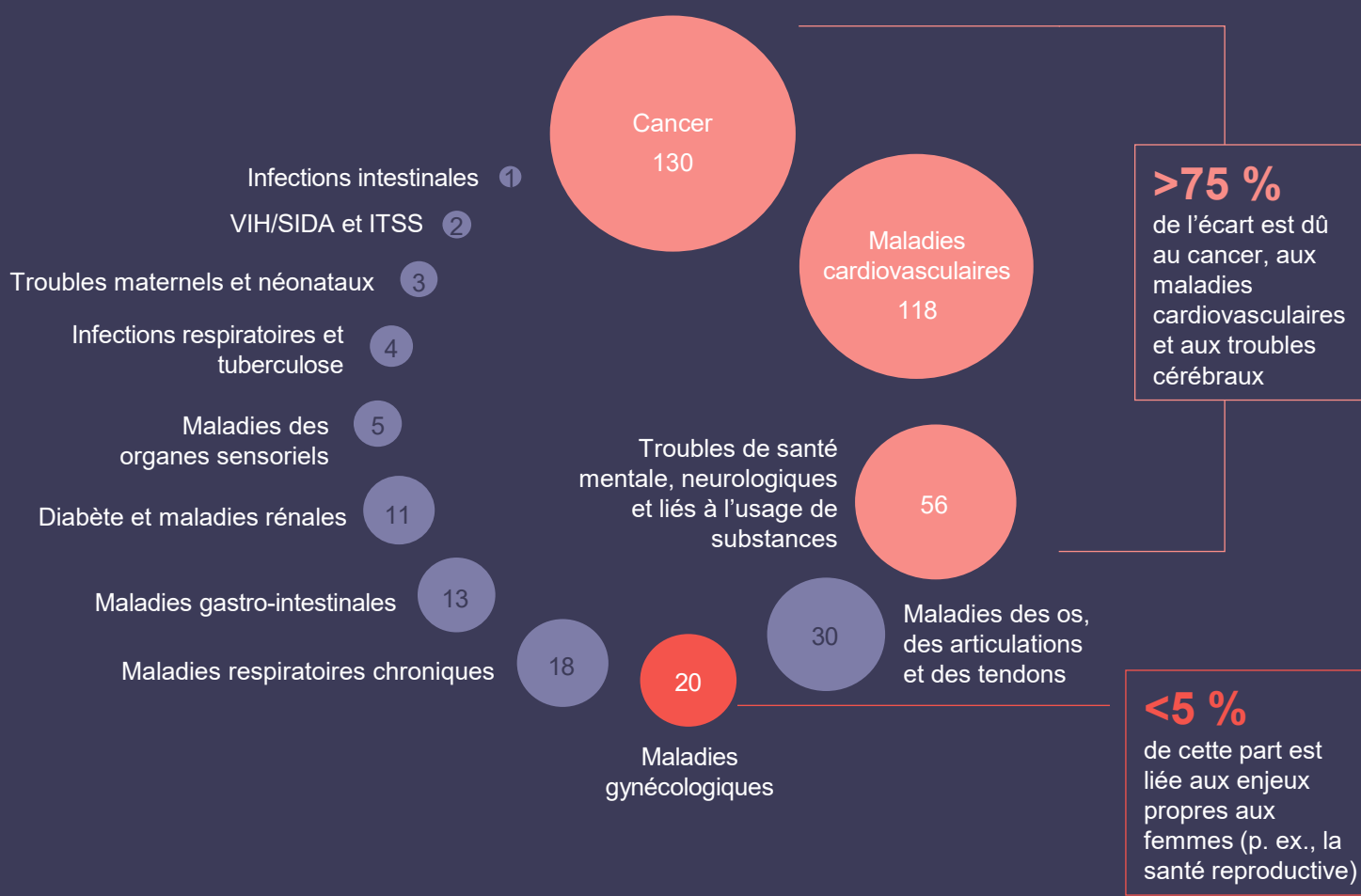
1. Représentant plus de 85 % de la charge mondiale de morbidité chez les femmes

2. Fondées sur les directives d'établissements de premier plan tels que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de périodiques tels que The Lancet

Selon une publication du McKinsey Health Institute, les Canadiennes passent 24 % plus de temps en mauvaise santé au cours de leur vie

Comblers cet écart pourrait contribuer à hauteur de 37 milliards de dollars au PIB canadien d'ici 2040

Écart en matière de prestation et d'efficacité des soins, d'ici 2040 ¹, en milliers d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)



1. Les maladies tropicales négligées avaient un impact prévu de zéro AVCI d'ici 2040 et ne sont donc pas indiquées.

Source : « Réduire les disparités en matière de santé des femmes : une occasion à 37 milliards de dollars pour le Canada », McKinsey Health Institute (2025)

Nous pouvons faire du Canada le chef de file mondial en matière de santé des femmes

Nous agissons.

Faire du Canada le leader en matière de santé des femmes, en suscitant un changement culturel qui permettra aux femmes de prendre leur santé en main
Permettre à TOUTES les femmes d'accéder à des soins de santé équitables et adaptés à leur culture, indépendamment de leur situation géographique ou de leur origine

- 1 Donner à la WHCC et au PWHR les moyens de coordonner une stratégie pancanadienne en matière de santé des femmes** grâce à une gouvernance solide, à l'unification des parties prenantes, à la responsabilisation et à la transparence.



Nous savons.

2 Données standardisées

Standardiser les données ventilées par sexe et par genre dans la recherche fondamentale et préclinique, les essais cliniques et les soins afin de garantir la disponibilité de données suffisantes propres aux femmes



3 Rendre obligatoire la recherche ventilée par genre

Exiger des recherches ventilées par sexe et par genre et une participation équitable aux essais cliniques comme condition préalable au financement de la recherche, sous la supervision des comités d'éthique chargés de veiller au respect des règles



Nous nous soucions.

4 Institutionnaliser les soins liés au sexe

Formaliser les parcours de soins cliniques sexospécifiques dans les principaux domaines thérapeutiques (p. ex., le cancer, les maladies cardiovasculaires), en nous appuyant sur des directives cliniques et en les intégrant dans les dossiers médicaux électroniques



5 Développer l'accès équitable

Promouvoir l'accès équitable aux soins préventifs et diagnostiques pour les femmes grâce à l'élargissement des dépistages communautaires, à des services adaptés à la culture et à des modèles numériques (p. ex., suivis virtuels, dépistages de la ménopause)



6 Intégrer le sexe et le genre dans l'éducation sur la santé

Intégrer les considérations liées au sexe et au genre dans l'éducation sur la santé dans tous les domaines de la médecine, de l'accréditation et de la formation, en commençant par cinq problèmes de santé prioritaires



Nous investissons.

7 Augmenter le financement de la recherche

Accroître le financement de la recherche sur la santé des femmes par les organismes publics de financement de la recherche et les subventions philanthropiques du Canada, notamment en développant l'Initiative nationale de recherche sur la santé des femmes (INRSF)



8 Promouvoir l'innovation

Développer les innovations canadiennes en matière de santé des femmes afin de catalyser les investissements (p. ex., capital-risque, capital-investissement, banques régionales, accélérateurs), en officialisant les partenariats et la collaboration entre les secteurs public et privé



Nous autonomisons.

9 Renforcer le pouvoir d'action des femmes en matière de santé

Donner aux femmes les moyens de prendre leur santé en main grâce à des plateformes éducatives nationales et à des campagnes menées en partenariat avec des associations de soutien aux patient-es



10 Soutenir le parcours professionnel des femmes

Soutenir le parcours professionnel des femmes grâce à des politiques en matière de santé et d'avantages sociaux adaptées aux femmes dans toutes les entreprises (p. ex., révisions des avantages sociaux, retour au travail flexible, incitatifs des employeurs liés aux résultats en matière de santé)

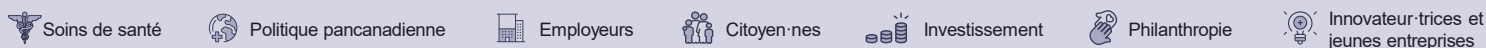


11 Promouvoir la philanthropie chez les femmes

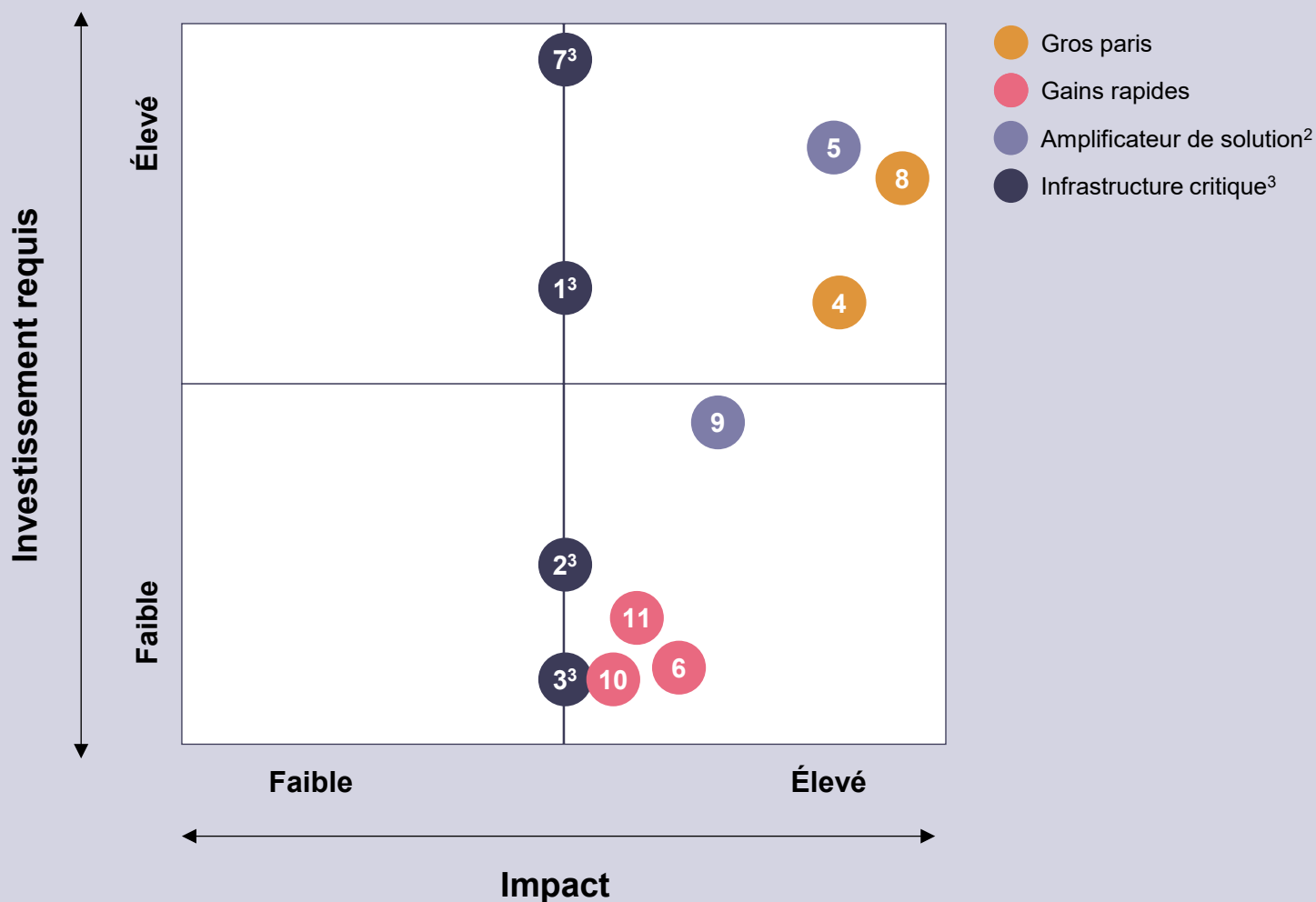
Favoriser la participation des femmes à la philanthropie en renforçant les réseaux, les plateformes et les mesures incitatives qui les encouragent à investir



Tous les acteurs doivent collaborer



Les mesures transversales nécessiteront des investissements de 330 à 390 M\$ et pourraient réduire l'écart en matière de santé des femmes d'environ 110 k à 145 k AVCI¹



1. Milliers d'années de vie corrigées de l'incapacité La fourchette exclut l'impact de la mise en place d'infrastructures critiques
2. Permet une utilisation plus efficace des ressources du système de santé afin d'obtenir un impact plus important (y compris la réalisation d'économies)
3. Infrastructure qui n'a pas d'impact direct, mais qui est essentielle pour permettre d'autres mesures transversales

Détails de l'impact et des investissements par initiative

ESTIMATION GÉNÉRALE

	Mesure ¹	Impact, k AVCI ²	Investissement, M\$/année
Nous savons.	1 Donner à la WHCC et au PWHR les moyens de coordonner une stratégie pancanadienne en matière de santé des femmes grâce à une gouvernance solide, à l'unification des parties prenantes, à la responsabilisation et à la transparence	s. o. ³	40-50
	2 Standardiser les données ventilées par sexe et par genre dans la recherche fondamentale et préclinique, les essais cliniques et les soins afin de garantir la disponibilité de données suffisantes propres aux femmes	s. o. ³	5-7
	3 Exiger des recherches ventilées par sexe et par genre et une participation équitable aux essais cliniques comme condition préalable au financement de la recherche, sous la supervision des comités d'éthique chargés de veiller au respect des règles	s. o. ³	1-2
Nous nous soucions.	4 Formaliser les parcours de soins cliniques propres à chaque sexe dans les principaux domaines thérapeutiques (p. ex., le cancer, les maladies cardiovasculaires), en nous appuyant sur des directives cliniques et en les intégrant dans les dossiers médicaux électroniques	26-34	40-45
	5 Promouvoir l'accès équitable aux soins préventifs et diagnostiques pour les femmes grâce à l'élargissement des dépistages communautaires, à des services adaptés à la culture et à des modèles numériques (p. ex., suivis virtuels, dépistages de la ménopause)	25-30	60-75
	6 Intégrer l'éducation sur la santé fondée sur le sexe et le genre dans la médecine, la certification et la formation	10-11	1-3
Nous investissons.	7 Accroître le financement de la recherche sur la santé des femmes par les subventions philanthropiques et au sein de l'IRSC et de l'Initiative nationale de recherche sur la santé des femmes (INRSF)	s. o. ³	100-110
	8 Développer les innovations canadiennes en matière de santé des femmes afin de catalyser les investissements (p. ex., capital-risque, capital-investissement, banques régionales, accélérateurs) dans ce domaine, en officialisant les partenariats et la collaboration entre les secteurs public et privé	26-34	60-65
Nous autonomisons.	9 Donner aux femmes les moyens de prendre leur santé en main grâce à des plateformes éducatives nationales et à des campagnes menées en partenariat avec des associations de soutien aux patient·es	14-21	22-26
	10 Soutenir le parcours professionnel des femmes grâce à des politiques en matière de santé et d'avantages sociaux adaptées aux femmes dans toutes les entreprises (p. ex., révisions des avantages sociaux, retour au travail flexible, incitatifs des employeurs liés aux résultats en matière de santé)	3-4	1-2
	11 Favoriser la participation des femmes à la philanthropie en renforçant les réseaux, les plateformes et les mesures incitatives qui les encouragent à investir	6-9	2-3
	Total	110-145 k	330-390

1. Hypothèses détaillées relatives au dimensionnement, décrites dans l'annexe « Méthodologie ». Les femmes pourraient bénéficier de nombreux avantages supplémentaires (p. ex., revenus supplémentaires, rendements des investissements, engagement communautaire). Les estimations de dimensionnement sont uniquement destinées à illustrer une approche possible de la quantification

2. Milliers d'années de vie corrigées de l'incapacité. La fourchette exclut l'impact de la mise en place d'infrastructures critiques

3. Infrastructure qui n'a pas d'impact direct, mais qui est essentielle pour permettre d'autres mesures transversales

Avec la collaboration d'expert·es du secteur, nous avons déterminé que cinq problèmes de santé étaient prioritaires pour combler de manière significative les disparités en matière de santé des femmes au Canada

Problèmes de santé



Cancer



Maladies cardiovasculaires



Troubles cérébraux et mentaux



Santé hormonale et ménopause



Douleurs pelviennes chroniques

Justification

Représentent 75 % de l'écart en matière de santé chez les femmes canadiennes

Touche plus de 95 % des Canadiennes au cours de leur vie

Largement sous-étudiées et mal comprises

Nous sommes conscient·es que chaque maladie affecte les femmes de manière unique, disproportionnée ou différente. Ces cinq domaines prioritaires ont été sélectionnés en fonction de leur contribution aux disparités en matière de santé des femmes et de la négligence historique dont ont fait l'objet les enjeux traditionnels liés à la santé des femmes (p. ex., la grossesse)

Selon les expert·es du secteur...

“

Nous devons donner libre cours au potentiel du Canada. Le pays a tellement de ressources, mais **nous avons une multitude de comités et de niveaux de réglementation qui nuisent à l'innovation.**

Il existe un grand vide dans le domaine de la santé féminine. Les entreprises et les assureurs commencent tout juste à combler cet écart, **car il n'avait pas encore été abordé jusqu'à présent.**

Les médecins sont intrinsèquement innovant·es, mais ils et elles manquent de temps, d'infrastructures et de voies de commercialisation. **Nous avons besoin d'équipes interdisciplinaires** composées d'ingénieur·es, de médecins et d'entrepreneur·es **pour passer des idées à la commercialisation et à l'adoption.**

Personne d'autre que nous n'interviendra – nous devons agir en tant que Canadien·nes, pour les Canadiennes.

”

Pour combler l'écart en matière de santé des femmes, chacun des problèmes de santé prioritaires nécessitera des mesures particulières et ciblées



Prévention et traitement du cancer



Maladies cardiovasculaires



Troubles cérébraux et mentaux

THÈMES ÉMERGENTS

La recherche est le principal facteur à l'origine des disparités en matière de santé des femmes dans le domaine du cancer. La sous-représentation des femmes dans les études cliniques et précliniques limite la compréhension de la biologie sexospécifique et de la réponse au traitement, ce qui a un impact sur l'innovation

Le manque de données et de preuves a freiné l'innovation, ralentissant les progrès dans le développement de diagnostics efficaces, d'infrastructures de dépistage et de traitements pour les femmes

Les femmes sont souvent mal diagnostiquées ou sous-traitées pour les maladies cardiovasculaires, car les facteurs de risque, la présentation des symptômes et la réponse au traitement diffèrent de ceux observés chez les hommes

Les retards en matière de recherche et d'innovation restent importants, seul un tiers des essais cliniques sur les MCV incluant des femmes, ce qui limite le développement de diagnostics et de traitements efficaces adaptés aux symptômes féminins

Les femmes présentent des taux plus élevés de troubles mentaux et neurologiques, mais les symptômes sont souvent sous-diagnostiqués et les parcours de soins insuffisamment adaptés. Des facteurs liés au genre (p. ex., les changements hormonaux, les rôles d'aidantes naturelles) contribuent à des schémas pathologiques distincts et à des diagnostics tardifs

Les femmes sont moins susceptibles d'avoir accès à un traitement rapide et adéquat, car elles se heurtent à des obstacles et bénéficient d'un soutien limité en matière d'égalité des sexes

COMBLER L'ÉCART REQUIERT...

L'augmentation du financement (philanthropique, public et privé) afin d'accélérer la recherche et l'innovation axées sur les conséquences du cancer chez les femmes

La définition de lignes directrices et de parcours de soins sexospécifiques, et le développement de la recherche sur les soins cardiovasculaires axés sur les femmes afin d'améliorer l'efficacité des traitements et la prestation des soins

L'amélioration de l'accès aux soins neurologiques et de santé mentale destinés aux femmes grâce à des parcours de soins dédiés et à des investissements ciblés dans l'innovation, afin de garantir l'équité en matière de diagnostic, de traitement et de rétablissement, et de renforcer les capacités de première ligne pour la prise en charge initiale des traumatismes



**Santé hormonale
et ménopause**



**Douleurs pelviennes
chroniques**

THÈMES ÉMERGENTS

L'éducation et l'accès aux soins sont les facteurs les plus importants pour la ménopause et la santé hormonale des femmes. La stigmatisation liée à la ménopause réduit la connaissance des symptômes et la compréhension des options de traitement

Les femmes souffrant de symptômes liés à la ménopause sont souvent sous-diagnostiquées et sous-traitées en raison de la pénurie de médecins généralistes et d'options thérapeutiques, ainsi que du manque de sensibilisation au sein de la communauté médicale et de la société en général

La honte liée aux menstruations est un facteur clé de l'écart en matière de santé dans le domaine des douleurs pelviennes chroniques, car la plupart des femmes ne sont pas diagnostiquées en raison de la normalisation et du déni de ces douleurs

Les soins diagnostiques constituent également un facteur déterminant, car les femmes qui obtiennent un diagnostic doivent faire face à des retards importants en raison du manque de sensibilisation des médecins généralistes quant aux douleurs pelviennes chroniques

Une fois le diagnostic posé, il n'existe aucun traitement définitif, mais des soins interdisciplinaires peuvent aider les femmes à soulager leur douleur chronique

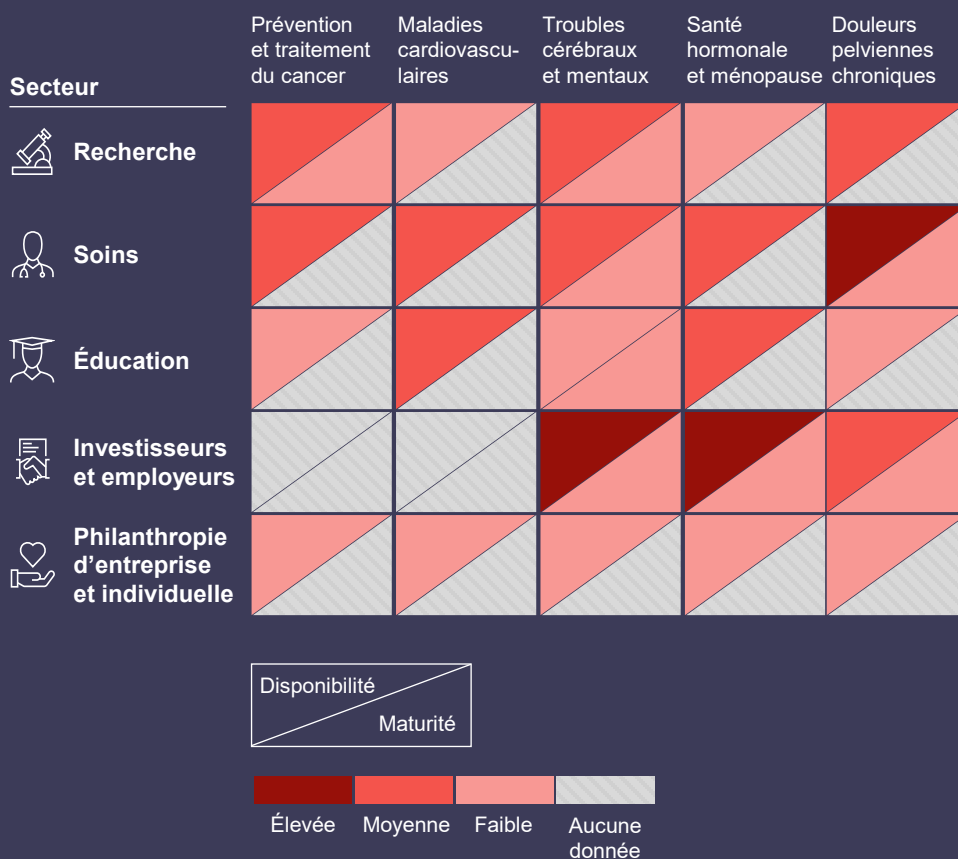
COMBLER L'ÉCART REQUIERT...

Le lancement d'une campagne nationale d'éducation communautaire pour combattre la stigmatisation, accompagnée d'investissements simultanés dans les soins hormonaux, l'accès aux soins primaires et la formation des prestataires, en plus de l'amélioration du soutien en milieu de travail grâce à des politiques adaptées aux femmes

Le développement de la recherche et la mise en place d'une approche interdisciplinaire des soins, couvrant notamment les soins primaires, la gynécologie et la santé mentale, tout en sensibilisant la population par le biais de campagnes communautaires

La disponibilité et la maturité des données canadiennes sur la santé des femmes varient selon les domaines thérapeutiques et les secteurs

Les évaluations sont indicatives et s'échelonnent à fin 2025



Principales conclusions

Les données restent limitées, mais elles sont plus facilement accessibles dans les domaines de la recherche et des soins. Parmi les obstacles à la disponibilité des données, on peut citer le fait que la santé des femmes n'est pas systématiquement considérée comme une priorité et que les résultats des recherches ne sont pas publiés.

La maturité des données est faible, et il existe des lacunes importantes dans certains domaines thérapeutiques. Les données relatives à la santé des femmes doivent être mieux exploitées pour orienter les politiques, le financement, les soins et l'éducation.

DÉFINITIONS

Disponibilité des données¹

Il existe des données sur les disparités en matière de santé des femmes, qui mettent en évidence des résultats uniques et disproportionnés pour les femmes comparativement aux hommes

Maturité des données²

Les données relatives à la santé des femmes sont systématiquement suivies, analysées et utilisées pour orienter les politiques, le financement et les soins

1. Disponibilité des données mesurée comme suit : S. O. : aucune information publique n'est disponible au Canada; Faible : données publiques limitées disponibles au Canada, mais non ventilées par sexe; Moyenne : données disponibles au Canada, mais non systématiquement ventilées par sexe; Élevée : données disponibles au Canada et systématiquement ventilées par sexe
2. Maturité des données mesurée comme suit : S. O. : les données ne sont pas intégrées dans les approches existantes en matière de politiques, de financement et de soins; Faible : le sexe/genre est enregistré de manière incohérente; Moyenne : le sexe/genre est enregistré de manière cohérente, mais intégré de manière incohérente dans les décisions en matière de politiques, de financement et de soins; Élevée : le sexe/genre est systématiquement ventilé et utilisé pour orienter les décisions en matière de politiques, de financement et de soins

Comblent l'écart en matière de santé des femmes atteintes d'un **cancer** au Canada

Les Canadiennes sont confrontées à une charge de morbidité disproportionnée liée au cancer

#1

de de décès chez les femmes au Canada¹. Les femmes sont **davantage touchées** par les cancers non liés au sexe (p. ex., le cancer du poumon) et présentent un risque plus élevé au cours de leur vie de développer des cancers sexospécifiques (p. ex., le cancer du sein ou de l'ovaire) que les hommes (p. ex., le cancer de la prostate)²

61 %

des disparités en matière de santé des femmes au Canada sont dues **au manque d'innovation et de données**³

33 %

des disparités en matière de santé chez les femmes canadiennes **sont attribuables au cancer** (en AVCI⁷). La réduction de ces disparités pourrait ajouter environ **3 G\$ au PIB du Canada**³



1. « Principales causes de décès, population totale (normalisation selon l'âge utilisant la population de 2021) », Statistique Canada (2025)
2. « Statistiques sur le cancer du sein » et « Statistiques sur le cancer de la prostate », Société canadienne du cancer (2025)
3. « Blueprint to Close the Women's Health Gap : How to Improve Lives and Economies for All », Forum économique mondial et McKinsey Health Institute (2025)
4. « Women in clinical trials : a review of policy development and health equity in the Canadian context », International Journal for Equity in Health (2019)
5. « Briser le silence au sujet des cancers gynécologiques : donner aux Canadiennes les moyens d'agir », GSK Canada (2025)
6. Sites Web et rapports annuels d'organisations
7. Années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)

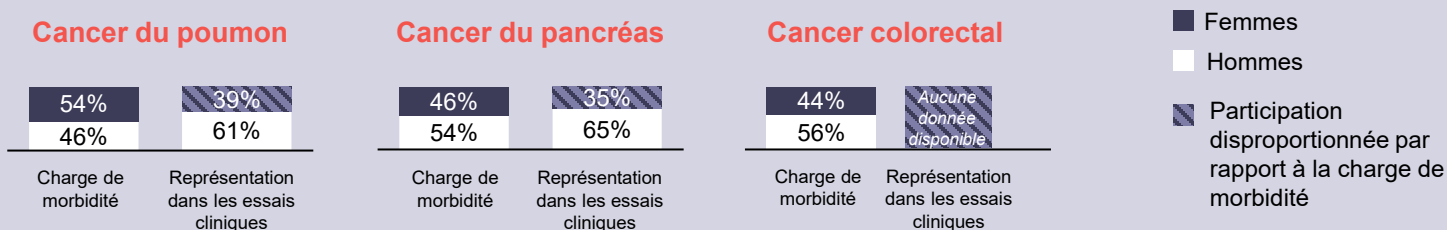
1 **Sous-représentation dans la recherche préliminaire**, limitant la compréhension du cancer sur le plan biologique chez la femme

Inciter les femmes à participer aux études en finançant de façon précise les études menées exclusivement pour des femmes, le cas échéant

2 **La participation aux essais cliniques reste systématiquement inférieure à la charge de morbidité**, ce qui limite la compréhension de l'efficacité des traitements pour l'ensemble des cancers³

Mandater une représentation proportionnelle à la charge de morbidité et aider les instituts de recherche à améliorer la participation grâce à des activités de sensibilisation adaptées

Part des femmes participant à des essais cliniques en oncologie (2003-2016) et prévalence des maladies par sexe (2019), Canada⁵



3 **Problèmes de suivi et de déclaration** dus à l'incohérence des données sur le genre et à la décentralisation des données de recherche

Exiger des rapports ventilés par sexe et par genre avant la répartition aléatoire

4 **Les diagnostics tardifs réduisent les chances de survie** en raison du manque de dépistage et de tests (26 % de l'écart²), de la méconnaissance des symptômes précoces par les patientes (80 % ignorent les symptômes du cancer de l'utérus⁴) et de la méconnaissance des symptômes propres aux femmes par les prestataires de soins

Déployer à grande échelle les innovations en matière de diagnostic (p. ex., les capacités de dépistage) et promouvoir le diagnostic précoce, en tirant parti des infrastructures existantes

5 **Moins d'innovations majeures** (p. ex., procédures chirurgicales, médicaments et traitements) en raison de la complexité des cancers féminins et de la base de recherche limitée

Coordonner le soutien interdisciplinaire afin de déployer à grande échelle les innovations en matière de diagnostic et de traitement

6 **Financement philanthropique inégal** en faveur des organismes de lutte contre les cancers typiquement masculins (p. ex., le cancer de la prostate), qui reçoivent deux fois plus de fonds philanthropiques⁶

Mener des campagnes de financement ciblées pour les fondations consacrées aux cancers féminins en s'appuyant sur les témoignages de patientes pour amplifier le message

1. « Principales causes de décès, population totale (normalisation selon l'âge utilisant la population de 2021) », Statistique Canada (2025)
 2. « Statistiques sur le cancer du sein » et « Statistiques sur le cancer de la prostate », Société canadienne du cancer (2025)
 3. « Blueprint to Close the Women's Health Gap : How to Improve Lives and Economies for All », Forum économique mondial et McKinsey Health Institute (2025)
 4. « Women in clinical trials : a review of policy development and health equity in the Canadian context », International Journal for Equity in Health (2019)
 5. « Briser le silence au sujet des cancers gynécologiques : donner aux Canadiennes les moyens d'agir », GSK Canada (2025)
 6. En 2024, deux grandes fondations consacrées aux cancers masculins (Movember Canada, Ride for Dad) ont recueilli ~2 fois plus de fonds que trois grandes fondations consacrées aux cancers féminins (Breast Cancer Canada, Ovarian Cancer Canada, Rethink Breast Cancer), soit environ 23,6 M\$ contre 11,4 M\$. Sources: Sites Web et rapports annuels d'organisations
 7. Années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)

Comblent l'écart en matière de santé des femmes atteintes d'une **maladie cardiovasculaire** au Canada

Les Canadiennes sont confrontées à une charge de morbidité disproportionnée liée aux maladies cardiovasculaires

1

Canadienne meurt toutes les 20 minutes d'une cardiopathie¹. En 2019, au Canada, 20 % plus de femmes que d'hommes sont décédées d'insuffisance cardiaque, et 32 % plus de femmes que d'hommes sont décédées d'un accident vasculaire cérébral²

60 %

des disparités en matière de santé des femmes au Canada sont dues **au manque d'innovation et de données³**

29 %

des disparités en matière de santé chez les femmes canadiennes sont attribuables aux maladies cardiovasculaires. La réduction de ces disparités pourrait ajouter environ **2 G\$ au PIB du Canada³**



1. « Les Incomprises : Bulletin du cœur 2018 de Cœur + AVC », Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2018)
2. « Défaillance du système : la santé cardiaque et cérébrale des femmes est à risque », Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2023)
3. « Réduire les disparités en matière de santé des femmes : une occasion à 37 milliards de dollars pour le Canada », McKinsey Health Institute (2025)
4. « Participation of Women in Cardiovascular Trials From 2017 to 2023 », Jama Network (2025) – Veuillez noter que les données représentent la participation au Canada et au Mexique

1 **Manque de compréhension et de reconnaissance des symptômes cardiovasculaires propres aux femmes**, entraînant des erreurs de diagnostic ou des retards dans le diagnostic chez les femmes

Intégrer les résultats de la recherche dans les outils de formation en cardiologie afin de sensibiliser les professionnel·les de la santé actuel·les et futur·es aux symptômes chez les femmes

2 **Recherche limitée et sous-déclaration** de la sécurité et de l'efficacité **des traitements contre les MCV** pour adapter les traitements aux femmes

Identifier les traitements chirurgicaux et pharmacologiques répondant aux besoins des patientes atteintes de MCV et financer des initiatives visant à combler les lacunes

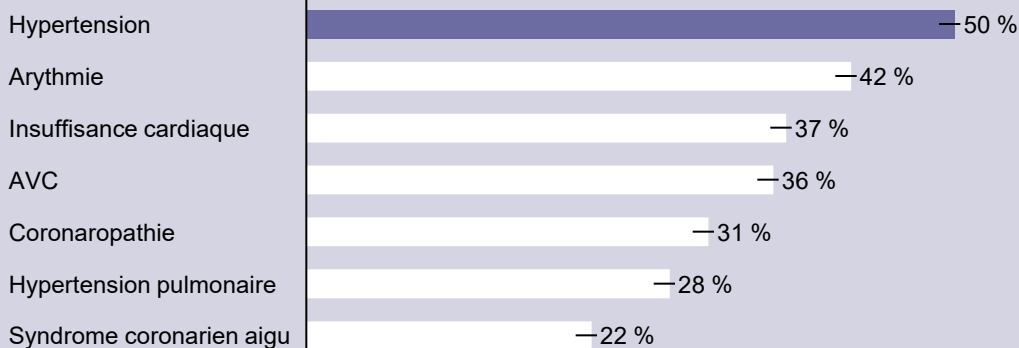
3 **Sous-représentation dans les essais cliniques** entraînant une efficacité limitée des traitements existants

Accroître la participation des femmes aux essais cliniques en établissant des partenariats avec des instituts de recherche et des fondations spécialisées dans les MCV afin de mieux faire connaître ces essais, d'encourager les femmes atteintes de ces maladies à y participer et d'imposer la publication des résultats par sexe et par genre

Représentation des femmes dans les essais cliniques de MCV, 2017-2023⁴



■ Représentation insuffisante



4 **Innovation limitée des traitements novateurs** en raison du manque de données probantes spécifiques aux expériences des femmes en matière de MCV et du recours continu à des critères de traitement dominés par les hommes

S'associer à des instituts de recherche, des bailleurs de fonds et des investisseurs afin de **financer les innovations en matière de MCV**, de leur découverte à leur mise en œuvre à grande échelle et leur adoption

5 **Manque de sensibilisation de la communauté ou des patientes quant aux symptômes cardiovasculaires propres aux femmes**, ce qui empêche ces dernières de reconnaître leurs symptômes et les incite à retarder le recours à un traitement

Collaborer avec les fondations spécialisées dans les maladies cardiovasculaires afin de lancer des campagnes nationales visant à informer le public sur les symptômes propres aux femmes

1. « Les Incompréhensions : Bulletin du cœur 2018 de Cœur + AVC », Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2018)
 2. « Défaillance du système : la santé cardiaque et cérébrale des femmes est à risque », Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2023)
 3. « Réduire les disparités en matière de santé des femmes : une occasion à 37 milliards de dollars pour le Canada », McKinsey Health Institute (2025)
 4. « Participation of Women in Cardiovascular Trials From 2017 to 2023 », Jama Network (2025) – Veuillez noter que les données représentent la participation au Canada et au Mexique

Comblent l'écart en matière de santé des femmes atteintes d'un trouble cérébral ou mental au Canada

Les Canadiennes sont confrontées à une charge de morbidité disproportionnée liée aux troubles cérébraux et mentaux

3 à 5 fois

plus de mortalité chez les femmes que chez les hommes pour les maladies neurologiques telles que la démence, l'épilepsie et la maladie de Parkinson¹

~5 %

taux de mauvaise santé mentale, d'anxiété et de dépression plus élevés de ~5 % chez les femmes canadiennes par rapport aux hommes²

74 %

des disparités en matière de santé chez les femmes canadiennes sont attribuables à des lacunes dans la prestation des soins³

15 %

des disparités en matière de santé chez les femmes canadiennes sont attribuables aux troubles cérébraux et mentaux. La réduction de ces disparités pourrait ajouter environ **6 G\$ au PIB du Canada**⁴



1. Système canadien de surveillance des maladies chroniques (2023-2024)
2. « L'état de la santé mentale au Canada : L'égalité des genres sous les projecteurs », Association canadienne pour la santé mentale (2024)
3. Données du McKinsey Health Institute (2025)
4. « Réduire les disparités en matière de santé des femmes : une occasion à 37 milliards de dollars pour le Canada », McKinsey Health Institute (2025)
5. « L'écart hommes-femmes en santé : ses effets sur les femmes au travail au Canada », Sun Life (2024)

1 **Les données ventilées par sexe et par genre issues de la recherche en santé mentale et des essais cliniques sont limitées**, ce qui nuit à la compréhension des symptômes propres aux femmes et au choix des traitements adaptés

Exiger la communication des résultats des essais cliniques sur la santé mentale **ventilés par sexe et par genre**

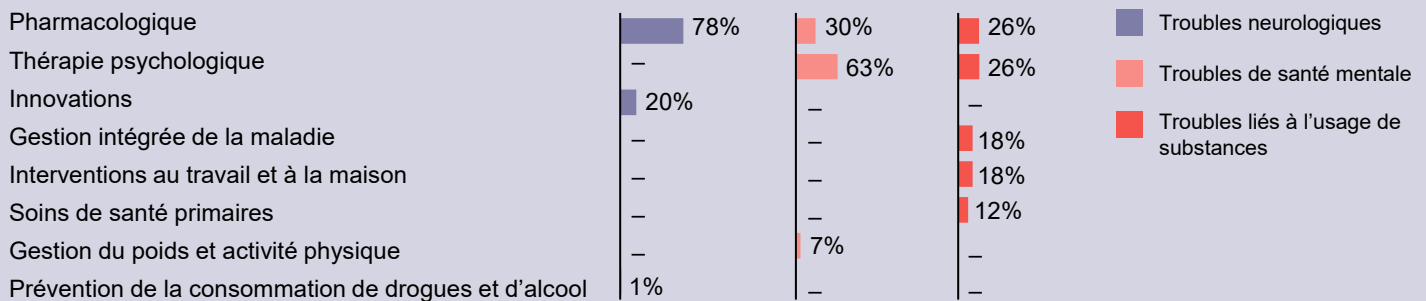
2 **La généralisation des symptômes de santé mentale et des troubles cérébraux pour les deux sexes** entraîne un sous-diagnostic ou un retard dans le diagnostic des troubles cérébraux et mentaux chez les femmes

Documenter les symptômes propres aux femmes en matière de santé cérébrale et mentale et encourager leur utilisation dans les facultés de médecine et les établissements de santé canadiens

3 **Les interventions pharmacologiques contribuent le plus à l'écart de traitement** (26 à 30 % pour les troubles mentaux et liés à la consommation de drogues, 78 % pour les troubles neurologiques³), ce qui indique qu'il est possible d'améliorer la prestation des soins grâce à un diagnostic et une prise en charge appropriés

Étudier les nuances sexospécifiques des traitements pharmacologiques existants et optimiser l'accès des femmes à des interventions efficaces (p. ex., des posologies adaptées)

Part du déficit en AVCI chez les femmes par type d'intervention au Canada, 2019³



4 **Les mécanismes d'éducation des patient-es sont souvent insuffisants** (10 % des femmes ont des besoins non satisfaits en matière de santé mentale, contre 6 % des hommes²), ce qui laisse les femmes dans l'ignorance des options de traitement et des services de soutien disponibles

Développer des programmes de traitement à grande échelle en tirant parti des solutions numériques (p. ex., formation virtuelle en traumatologie pour répondre aux besoins des patient-es)

5 **Principale cause d'invalidité chez les travailleuses au Canada** (c.-à-d. que les troubles cérébraux et mentaux sont à l'origine de 40 % des demandes de prestations chez les femmes, contre 30 % chez les hommes⁵), ce qui a des répercussions sur la main-d'œuvre et la productivité canadiennes

Conseiller les employeurs et les prestataires d'avantages sociaux sur la couverture adéquate en matière de santé mentale pour les femmes et sur les stratégies à adopter pour la prévention et à la détection précoce des facteurs de risque

1. Système canadien de surveillance des maladies chroniques (2023-2024)
 2. « L'état de la santé mentale au Canada : L'égalité des genres sous les projecteurs », Association canadienne pour la santé mentale (2024)
 3. Données du McKinsey Health Institute (2025)
 4. « Réduire les disparités en matière de santé des femmes : une occasion à 37 milliards de dollars pour le Canada », McKinsey Health Institute (2025)
 5. « L'écart hommes-femmes en santé : ses effets sur les femmes au travail au Canada », Sun Life (2024)

Comblent l'écart en matière de santé des femmes dans les domaines de la **santé hormonale** et de la **ménopause** au Canada

La santé hormonale touche toutes les Canadiennes, mais demeure négligée

~95 %

des Canadiennes présentent des symptômes de la ménopause, et 25 % d'entre elles consultent un·e médecin en raison de la gravité de ces symptômes¹

~80 %

des Canadiennes sont affectées par le syndrome prémenstruel²

72 %

des disparités en matière de santé chez les femmes canadiennes sont attribuables à **des lacunes dans les traitements hormonaux**³

3 G\$

de pertes de revenus pour les femmes en raison d'une réduction du temps de travail et/ou du salaire ou d'un départ du marché du travail lié à la ménopause⁴

5 %

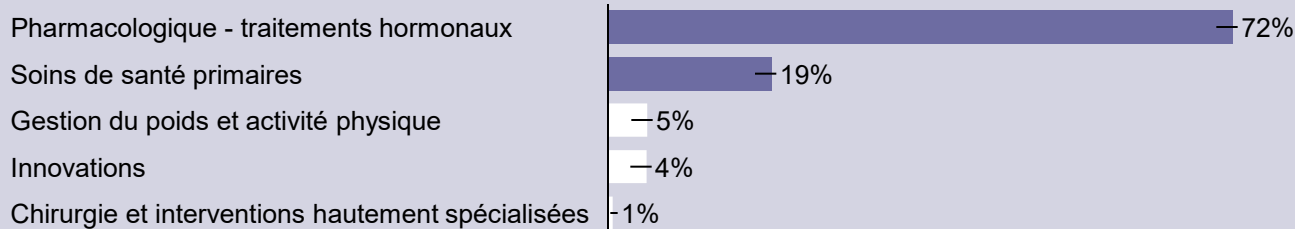
des disparités en matière de santé chez les femmes canadiennes sont attribuables à la ménopause et à la santé hormonale. La réduction de ces disparités pourrait ajouter environ **4,5 G\$ au PIB du Canada**⁵



1. Société canadienne de ménopause (2025)
2. « Hormonal contraceptive use and prevalence of premenstrual symptoms in a multiethnic Canadian population », BMC Women's Health (2017)
3. Données du McKinsey Health Institute (2025)
4. « Ménopause et vie professionnelle au Canada », Fondation canadienne de la ménopause (2023)
5. « Réduire les disparités en matière de santé des femmes : une occasion à 37 milliards de dollars pour le Canada », McKinsey Health Institute (2025)
6. « The Silence and the Stigma : Menopause in Canada », Fondation canadienne de la ménopause (2022)
7. « Research finds that few women receive diagnosis of perimenopause or menopause », Evernorth Health Services (2025)
8. « L'écart hommes-femmes en santé : ses effets sur les femmes au travail au Canada », Sun Life (2024)

- | | |
|---|---|
| <p>1 La stigmatisation réduit la sensibilisation des Canadiennes à un large éventail de symptômes (les bouffées de chaleur étaient connues par 84 % des femmes, contre 18 % pour les infections urinaires⁶)</p> | <p>Collaborer avec des fondations pour lancer des campagnes communautaires sur les symptômes et les soins liés à la ménopause, en tirant parti des infrastructures existantes (p. ex., les invitations à passer une mammographie)</p> |
| <p>2 La pénurie de soins primaires et les retards de diagnostic font que les femmes ne sont pas diagnostiquées (une étude américaine rapporte que seulement 8 % des femmes ont un diagnostic confirmé⁷) et ne sont donc ni traitées ni informées sur les symptômes de la ménopause</p> | <p>Garantir l'accès aux soins primaires pour les femmes, notamment aux médecins de famille, aux infirmier·ères praticien·nes et aux ressources de soutien spécialement destinées aux femmes (p. ex., les lignes d'assistance téléphonique)</p> |
| <p>3 La formation limitée des professionnel·les de santé sur la ménopause empêche les médecins de fournir des conseils de manière proactive, et lorsque c'est le cas, ceux-ci s'avèrent peu utiles</p> | <p>Exiger des prestataires de soins primaires qu'ils/elles discutent de la ménopause avec leurs patientes âgées de plus de 40 ans</p> |
| <p>4 Les symptômes sont sous-traités (38 % des Canadiennes estimaient que leurs symptômes étaient sous-traités⁶) en raison d'idées fausses et d'obstacles aux interventions hormonothérapeutiques (contribuant à 72 % de l'écart³)</p> | <p>Cerner les obstacles à l'accès à l'hormonothérapie substitutive (HTS) et s'associer à des groupes de parties prenantes (p. ex., prestataires de soins) afin de combler les disparités</p> <p>Collaborer avec l'Association des pharmaciens du Canada (APhC) afin d'élaborer un plan visant à remédier à la pénurie de traitements hormonaux substitutifs au Canada</p> |

Part du déficit en AVCI chez les femmes par type d'intervention pour les maladies gynécologiques au Canada, 2019³



- | | |
|--|--|
| <p>5 Financement négligeable pour soutenir la recherche ou la sensibilisation, probablement en raison de la stigmatisation et de la perception selon laquelle « toutes les femmes passent par là »</p> | <p>Mobiliser les fonds publics, philanthropiques et privés pour la recherche et la sensibilisation à la ménopause</p> |
| <p>6 Soutien insuffisant en milieu de travail (77 % des femmes souhaitent bénéficier d'un soutien accru pendant la ménopause⁶), contribuant à une perte de productivité (environ 10 % quittent leur emploi ou envisagent de le quitter en raison des symptômes⁸)</p> | <p>Définir des prestations et des politiques d'entreprise adaptées et établir des partenariats avec les assureurs et les employeurs afin de combler les lacunes</p> |

1. Société canadienne de ménopause (2025)
 2. « Hormonal contraceptive use and prevalence of premenstrual symptoms in a multiethnic Canadian population », BMC Women's Health (2017)
 3. Données du McKinsey Health Institute (2025)
 4. « Ménopause et vie professionnelle au Canada », Fondation canadienne de la ménopause (2023)
 5. « Réduire les disparités en matière de santé des femmes : une occasion à 37 milliards de dollars pour le Canada », McKinsey Health Institute (2025)
 6. « The Silence and the Stigma : Menopause in Canada », Fondation canadienne de la ménopause (2022)
 7. « Research finds that few women receive diagnosis of perimenopause or menopause », Evernorth Health Services (2025)
 8. « L'écart hommes-femmes en santé : ses effets sur les femmes au travail au Canada », Sun Life (2024)

Comblent l'écart en matière de santé des femmes atteintes de douleurs pelviennes chroniques (DPC) au Canada

Les Canadiennes souffrent en raison d'une incompréhension des douleurs pelviennes chroniques

Les répercussions des douleurs pelviennes chroniques sont mal comprises et sous-étudiées, ce qui rend inconnue sa contribution à l'écart en matière de santé des femmes et son impact sur le PIB canadien.

70 %

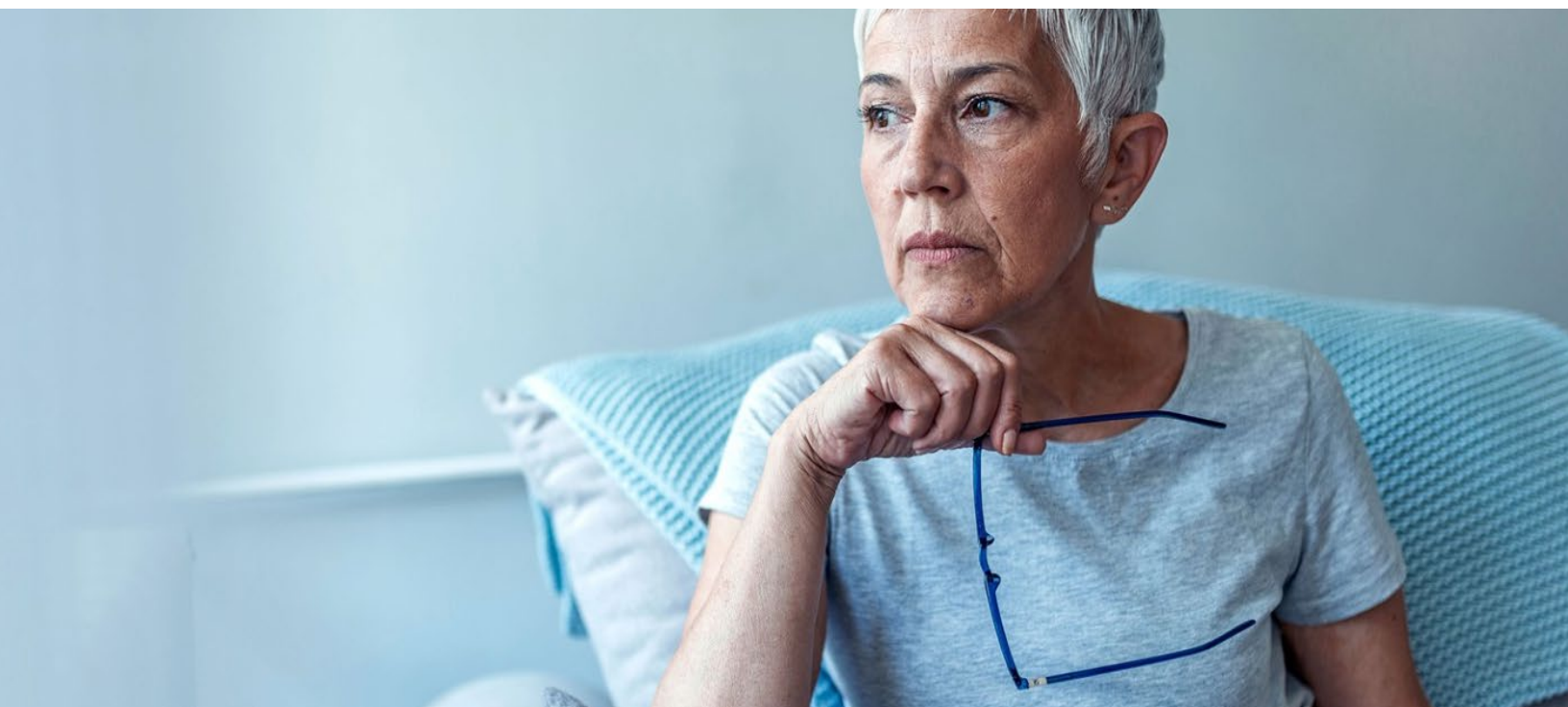
des Canadiennes ont des fibromes utérins à l'âge de 50 ans¹

10 à 15 %

des Canadiennes ont le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)²

10 %

des Canadiennes souffrent d'endométriose, représentant 50 % de l'ensemble des douleurs pelviennes chroniques³



1. « The Management of Uterine Leiomyomas », Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (2015)
2. « Diagnostic et prise en charge du syndrome des ovaires polykystiques », Canadian Medical Association Journal (2024)
3. « Endométriose », Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2025)
4. « Prevalence, Symptomatic Burden, and Diagnosis of Endometriosis in Canada : Cross-Sectional Survey of 30 000 Women », Journal of Obstetrics and Gynecology Canada (2020)
5. Basé sur une recherche par mots-clés dans la base de données ClinicalTrials.gov
6. « Endometriosis in Canada : It Is Time for Collaboration to Advance Patient-Oriented, Evidence-Based directive (voir note), Care, and Research », Journal of Obstetrics and Gynecology Canada (2021)

1 La stigmatisation liée au système reproductif des femmes et au vieillissement (p. ex., les menstruations, l'incontinence) entraîne une normalisation et un déni de la douleur prolongée ou des besoins médicaux avant de consulter un médecin (délai d'environ trois ans entre l'apparition des symptômes et la consultation⁴)

Lancer des campagnes dans les médias sociaux pour favoriser la discussion sur la santé pelvienne
Collaborer avec des organisations pour sensibiliser des segments ciblés à des sujets pertinents liés aux DPC (p. ex., les commissions scolaires et la santé menstruelle, les centres de personnes âgées et l'incontinence)

2 Le manque de sensibilisation des professionnel·les de la santé entraîne des délais prolongés entre la consultation et le diagnostic (environ deux ans⁴)

Encourager les facultés de médecine à intégrer les DPC au programme de formation
Demander aux prestataires de soins de santé de poser systématiquement des questions sur les menstruations et les symptômes de DPC

Années avant le diagnostic de l'endométriose au Canada, 2020⁴



3 La pénurie de soins primaires, de spécialistes et d'outils diagnostiques contribue aux retards dans le diagnostic et le traitement (3 à 6 mois pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste et 12 mois pour un traitement chirurgical ou interdisciplinaire⁶)

Élaborer un guide pour coordonner les soins interdisciplinaires entre les prestataires requis (p. ex., gynécologues, psychothérapeutes)

4 Domaine de recherche en pleine expansion, mais toujours en retard par rapport à d'autres maladies, sans cause ni traitement définitifs connus pour la plupart des affections chroniques de la région pelvienne

Encourager les instituts de recherche à diriger leurs financements vers la recherche sur les parcours diagnostiques et de traitement

Essais cliniques en cours au Canada par type de maladie, 2025⁵



5 Innovations émergentes visant à combler les disparités en matière de diagnostic et de soins, nécessitant des investissements pour être déployées à grande échelle

Générer des financements à grande échelle pour les innovations en matière de traitement des DPC en harmonisant les incitatifs financiers des entreprises et des particuliers

1. « The Management of Uterine Leiomyomas », Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (2015)
 2. « Diagnostic et prise en charge du syndrome des ovaires polykystiques », Canadian Medical Association Journal (2024)
 3. « Endométriose », Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2025)
 4. « Prevalence, Symptomatic Burden, and Diagnosis of Endometriosis in Canada : Cross-Sectional Survey of 30 000 Women », Journal of Obstetrics and Gynecology Canada (2020)
 5. Basé sur une recherche par mots-clés dans la base de données ClinicalTrials.gov
 6. « Endometriosis in Canada : It Is Time for Collaboration to Advance Patient-Oriented, Evidence-Based directive (voir note), Care, and Research », Journal of Obstetrics and Gynecology Canada (2021)

Pour combler l'écart en matière de santé des femmes, les interventions doivent tenir compte des disparités observées au sein des diverses communautés canadiennes

La population canadienne présente une composition unique, avec de nombreuses communautés diversifiées, notamment des populations immigrées (23 %)¹, rurales (18 %)², autochtones (5 %)³ et noires (4 %)⁴.

La santé des femmes varie considérablement d'une communauté à l'autre, en fonction de facteurs sociaux, culturels et géographiques

Pour combler les écarts en matière de santé des femmes, il faut tenir compte des expériences et des besoins particuliers de toutes les Canadiennes



Points communs entre les communautés féminines⁴

EXPÉRIENCE DES PATIENTES

Stigmatisation culturelle perpétuant le manque de connaissances et influençant le comportement en matière de recours aux soins

Rapports faisant état de discrimination systémique et de racisme affectant les diagnostics et les résultats

Désavantages socioéconomiques (p. ex., pauvreté)

PRESTATION DES SOINS

Manque de matériel pédagogique adapté à la culture locale

Représentation limitée des sous-groupes au sein du personnel médical

Longues listes d'attente dues au manque de personnel médical et aux **obstacles géographiques** à l'accès aux soins

DONNÉES

Manque de bases de données substantielles sur la santé comprenant des données ventilées par origine ethnique et raciale



Dynamiques provinciales générales

EST DU CANADA

Incidence du cancer et prévalence des MCV les plus élevées jamais enregistrées (en particulier à NL, au QC et en NS), probablement liées à :

- **la population vieillissante;**
- une prévalence plus élevée des **facteurs de risque** (p. ex., l'obésité);
- **des obstacles aux soins** dans les communautés rurales

CENTRE ET OUEST DU CANADA

Prévalence la plus élevée enregistrée **des troubles de santé mentale** (en particulier en AB et en ON), probablement liée à :

- un **abus** important de drogues et d'alcool;
- des problèmes d'**accessibilité au logement;**
- **des besoins non satisfaits** en santé mentale, en particulier chez les jeunes des Premières Nations et des régions rurales

Remarque : Les conclusions sont indicatives et non exhaustives, elles visent à mettre en évidence les principales distinctions afin de guider la mise en œuvre d'interventions visant à réduire les disparités en matière de santé des femmes au Canada

1. Population née hors du Canada; Série « Perspective géographique », Recensement de la population de 2021, Statistique Canada (2022)

2. « Population rurale (% de la population totale) – Canada », Groupe de la Banque mondiale (2024)

3. « Indigenous Peoples Statistics in Canada », Made in CA (2025)

4. « Mois de l'histoire des Noirs... en chiffres », Statistique Canada (2025)

5. Le sous-ensemble sélectionné des communautés analysées comprend les femmes autochtones, immigrées et noires. Les autres communautés comprennent (sans s'y limiter) les femmes mal-logées/sans-abri, les femmes incarcérées, les femmes sans papiers, les personnes ayant une identité de genre diverse, les femmes âgées et les femmes issues de milieux socioéconomiques défavorisés

Mesures sélectionnées pour combler l'écart pour toutes les femmes

Mettre en place des interventions ciblées pour réduire la discrimination systémique et les inégalités socioéconomiques

Comblent les écarts critiques en matière de données probantes en améliorant la collecte, la standardisation et l'utilisation de données ventilées, propres à chaque origine ethnique et raciale

Adapter les parcours de prévention et de traitement aux sous-groupes

Lancer des campagnes pour sensibiliser le public (p. ex., sur l'alimentation saine) et réduire la stigmatisation culturelle

Réduire les obstacles aux soins (p. ex., réduction des obstacles géographiques, sensibilisation accrue aux services disponibles, meilleure représentation des sous-groupes au sein du personnel médical)

Investir dans la recherche et la formation sur la santé spécifiques à certaines populations (y compris la formation à la sécurité culturelle)

Si l'on veut réduire les disparités en matière de santé des femmes, il faut définir les facteurs qui nous permettront d'y parvenir

Comment nous pouvons réussir

1. **Présenter un récit convaincant de changement en utilisant la puissance des voix des patientes** pour communiquer l'impératif moral et économique qui sous-tend la réduction des disparités
2. **Canaliser les forces propres à chaque partie prenante vers les domaines ayant un impact considérable et favoriser la responsabilisation** afin de renforcer l'engagement et l'investissement continus
3. **Créer une influence profonde grâce à des partenariats durables et ciblés** entre le gouvernement, les organismes philanthropiques et les entreprises, plutôt que de rechercher une large portée et de « nous disperser »
4. **Mener une transformation culturelle visant à normaliser la santé des femmes** au Canada en alimentant les conversations sur les enjeux touchant leur santé, et en donnant aux femmes et à leurs communautés les moyens de prendre en main et de prioriser leur parcours de santé
5. **Suivre et diffuser les résultats pour renforcer la responsabilité**, codifier et exporter les meilleures pratiques afin de créer une dynamique et de renforcer notre leadership mondial

“

Personne d'autre ne viendra le faire pour nous. Nos grands-mères se sont battues pour le droit de vote ; nos mères se sont battues pour la reconnaissance professionnelle – il est du devoir de notre génération d'améliorer la situation, pour nous-mêmes et pour les générations futures

”



L'Association canadienne pour
l'équité en santé des femmes
tient à exprimer sa profonde
reconnaissance à Desjardins
pour son engagement à
favoriser un changement
positif au Canada



Desjardins

Assurances

Vie • Santé • Retraite