

Canadian Women's
Health Network



Le Réseau canadien pour
la santé des femmes

La santé des femmes au Canada : Beijing et au-delà

Préparé par Olena Hankivsky, Ph.D.

avec la collaboration du

Réseau canadien pour la santé des femmes

Édition révisée
septembre 2005

Février 2005

Édition révisée, septembre 2005

Note : Ce document constitue la *Section santé* du rapport que les « ONG » du Canada a présenté à la rencontre de la Commission de la condition de la femme de l'ONU, qui a eu lieu en mars 2005. Bien que la question de la santé ne figurera pas à l'ordre du jour de la rencontre, un commentaire sélectif concernant ce créneau, élaboré à partir d'une analyse axée sur la *Stratégie sur la santé des femmes*, s'impose, non seulement parce que cette stratégie est en place depuis plus de cinq ans mais aussi parce que la santé demeure une priorité dans le cadre des rencontres de la Commission de la condition de la femme. Le document s'adresse autant à un public canadien qu'à des interlocuteurs internationaux.

Nous remercions tout particulièrement Abby Lippman, Madeline Boscoe, Kathleen O'Grady, Mona Dupré-Ollinik, Marilou McPhedran et l'association Women's Health in Women's Hands.

Édition révisée : Susan White, rédactrice

Traduction : Lou Lamontagne, Intersigne

Ce document n'aurait pu être voir le jour sans les efforts d'instances œuvrant dans le domaine de la santé des femmes, lesquelles sont financées par le Programme de contribution pour la santé des femmes, Condition féminine Canada, le Ontario Women's Health Council, et sans la vigilance et la persévérance continues des personnes vouées à l'amélioration de la santé des femmes et des filles au Canada et partout dans le monde.

Les opinions exprimées dans ce document ne représentent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada, de Condition féminine Canada et du Ontario Women's Health Council.

Disponible sur le site Web du RCSF : www.cwhn.ca

Also available in English.

La reproduction de ce document est permise moyennant l'identification des sources dans les documents résultants et une diffusion gratuite.

(c) 2005 Réseau canadien pour la santé des femmes

ISBN : 0-9738701-3-3

La santé des femmes au Canada : Beijing et au-delà

Préparé par

Olena Hankivsky, Ph.D, avec la collaboration du

Réseau canadien pour la santé des femmes

Édition révisée, septembre 2005

Sommaire exécutif

Ce document constitue la *Section santé* du rapport que les « ONG » du Canada a présenté à la rencontre de la Commission de la condition de la femme de l'ONU, qui a eu lieu en mars 2005. Il a pour but d'évaluer les progrès accomplis par le gouvernement canadien relativement à l'amélioration de la santé des femmes depuis le Canada a adopté, en 1995, la Plateforme d'action des Nations Unies élaborée à Beijing, lors de la Conférence mondiale sur les femmes de l'ONU.

L'évaluation que nous présentons dans ce document porte sur quatre composantes : l'analyse comparative entre les sexes; les services de santé; les programmes de prévention; la recherche et l'évaluation. Ces composantes reflètent les objectifs clés contenus dans la *Stratégie sur la santé des femmes*, un cadre d'action intégré qui s'attaque aux principales questions de santé touchant les femmes et qui vise à intégrer les principes contenus dans la Plateforme de Beijing.

Bien que le rapport se penche sur un nombre spécifique de questions ayant trait à la santé des femmes, plusieurs conclusions ont été atteintes.

La *Stratégie sur la santé des femmes* a été introduite il y a près de six ans et certains progrès ont été accomplis. Toutefois, après le bilan, nous constatons qu'il reste encore beaucoup à accomplir avant d'atteindre les

objectifs fixés par le gouvernement fédéral dans le cadre des engagements qu'il a contractés à Beijing et Beijing+5, entre autres obligations internationales.

Notamment, il faut mettre en place des mécanismes de reddition des comptes et de soutien aux programmes pour faire en sorte que tous les paliers gouvernementaux travaillent conjointement et concrétisent les engagements que le Canada a publiquement contractés en matière de santé des femmes et d'égalité entre les sexes.

Le Canada doit renforcer ses engagements en les assortissant de réels moyens politiques et financiers. En particulier, il doit renouveler sa *Stratégie pour la santé des femmes* de manière à adapter son action aux innombrables questions soulevées dans le présent rapport : manquements en matière d'analyse comparative entre les sexes, de services de santé, de prévention, de recherche et d'évaluation. Si l'on veut améliorer les soins dispensés aux femmes et leur qualité de vie et favoriser l'égalité entre les sexes, envisager la problématique hommes-femmes dans toute sa complexité, en lien avec tous les déterminants sociaux en jeu, reste encore et toujours une condition essentielle.

Recommandations et suggestions :

1. Accroître les mécanismes de reddition de comptes touchant la mise en œuvre des ententes internationales dans toutes

les compétences intéressées (fédérale, provinciale, territoriale et municipale).

2. Adopter une loi fédérale entérinant la création d'un Bureau pour la santé des femmes, qui permettrait de consolider l'engagement de l'État en faveur de la santé des femmes et de la recherche sur ce thème.
3. Accroître le financement accordé au Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes de même qu'aux sections, directions et bureaux ayant une responsabilité dans ce dossier.
4. Renouveler et renforcer la *Stratégie pour la santé des femmes*. La démarche doit s'appuyer sur des consultations régionales auxquelles seront conviées toutes les parties intéressées. La nouvelle *Stratégie* doit renfermer des priorités et des objectifs concrets en matière de santé. Vu la complexité des dossiers, il est essentiel de doter un programme de contribution pour financer adéquatement la recherche, les communications, l'éducation, la formulation de politiques et les activités d'approche. Ce programme concernerait également les projets d'envergure nationale, les projets axés sur la population et les projets provinciaux. Actuellement, le Programme de contribution pour la santé des femmes, un des éléments clés de la *Stratégie*, est financé à hauteur de 2,2 millions \$ par année. À titre de point de comparaison, le financement accordé à la lutte contre le VIH/sida passera graduellement de 42,2 millions \$ en 2004 à 84,4 millions \$ en 2008-2009.
5. Continuer à implanter l'ACS dans le secteur de la santé, tout en cherchant des

moyens d'améliorer les approches et les méthodes actuelles en matière de mise en œuvre et d'évaluation. Ajouter une exigence relative à l'ACS à l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement de la santé. Établir un comité fédéral-provincial-territorial chargé de dynamiser la mise en œuvre de l'ACS et de modèles de soins sexospécifiques. L'ACS doit explicitement être citée comme exigence au sein des ministères de la Santé de tous les ordres de gouvernement. Il faut investir des ressources suffisantes pour favoriser son implantation et renforcer les capacités chez les décisionnaires. Il faut aussi améliorer la coordination entre les différents ordres de gouvernement, ainsi qu'entre la société civile et ces derniers.

6. Publier un rapport annuel sur la santé des femmes semblable à celui que prépare aux États-Unis le Bureau de santé des femmes de la Human Resources and Services Administration. Ce bureau recense des données actuelles et historiques sur les problèmes de santé touchant les femmes, leurs familles et leur milieu, que consultent les décisionnaires de tous les ordres de gouvernement.
7. Voici quelques conseils précis visant à améliorer la *Stratégie pour la santé des femmes*.
 - Dans sa formulation présente, la *Stratégie pour la santé des femmes* ne fait aucune mention du contexte néolibéral mondial actuel et de ses répercussions éventuelles sur la mise en œuvre de l'ACS et d'objectifs connexes en matière de santé des femmes. La privatisation des soins de santé, les autres types de réformes (p. ex. limitation de l'apport de la population

dans les décisions touchant la santé) et la déréglementation qui accompagnent les accords de libre-échange minent l'autonomie des pays à l'égard de leur système de santé. Il devient de plus en plus difficile de défendre les structures actuelles en raison des pressions internationales en faveur d'une réduction des dépenses publiques. Cette évolution entraîne des conséquences particulières pour les femmes en tant que prestataires de soins de santé et en tant que patientes; il faut approfondir l'analyse de ces effets et y réagir.

- Bien que la *Stratégie* reconnaisse l'importance d'une approche fondée sur les déterminants sociaux, il faudra s'efforcer d'élaborer une perspective intersectorielle pour lier les politiques sociales, économiques et sanitaires ainsi que les facteurs influant sur la vie des femmes au sein de leur milieu. La féminisation de la pauvreté et les contraintes de temps de plus en plus exigeantes que subissent les femmes sont le fruit de politiques et de programmes qui n'ont pas su tenir compte de leurs besoins. Il faudra redoubler d'effort pour réduire les disparités et s'attaquer aux facteurs qui les engendrent (de nature économique, sociale, politiques et environnementale). On peut accomplir ceci en établissant des programmes visant à corriger les inégalités de revenu et à lutter contre l'exclusion sociale, ainsi qu'en faisant des évaluations des impacts sur la santé un instrument clé des processus décisionnels au sein du gouvernement.
- Bien que, globalement, la *Stratégie* défende l'égalité des sexes en matière de santé, il faut que tous les objectifs et les engagements qu'elle renferme intègrent l'analyse comparative entre les sexes

(ACS). De plus, la *Stratégie* doit obliger toutes les divisions de Santé Canada à participer de manière égale à la mise en œuvre de l'ACS. Cette responsabilité n'incombe pas uniquement au Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes. Il faudra effectuer une surveillance efficace et procéder régulièrement à des évaluations pertinentes. On ne peut remédier aux disparités en matière de santé que si l'on admet leur existence. En outre, les efforts de mise en œuvre de l'ACS doivent s'étendre à d'autres volets de la politique gouvernementale et les décisionnaires reconnaître la pertinence et l'utilité de cette approche dans l'élaboration des programmes. L'ACS ne constitue pas une fin en soi; il s'agit plutôt d'un outil, qui demande à être appliqué. Il faudra aussi renforcer la capacité de suivre l'évolution des projets ACS au sein de la collectivité.

- Il faut adopter une approche qui permette d'envisager les questions de santé dans leurs pleines dimensions sociale, spirituelle et culturelle. On ne peut accéder à cette analyse qu'en consultant les intéressées elles-mêmes et en prenant connaissance de leurs priorités en matière de santé. Conformément aux conclusions tirées d'une consultation nationale tenue récemment (2005), il faut « approfondir les questions jugées prioritaires par de nombreuses femmes canadiennes en matière de santé, p. ex. la pauvreté et le principe de l'équité ». À cet égard, les modèles de soins sexospécifiques peuvent s'avérer utiles. En voici un excellent exemple; il a été mis au point par le Vancouver/ Richmond Health Board (2000). Le cadre proposé comporte douze volets : besoin d'être respectée et en sécurité; importance du

renforcement de l'autonomie;
participation des femmes;
environnement de travail axé sur la
collaboration et l'intégration;
préférences des femmes en matière de
modèles de prestation des soins;
modèles féminins de communication et
d'interaction; besoin d'être informée;
modèles féminins en matière de prise de
décision, de collecte de données, de
recherche et d'évaluation
sexospécifiques; formation soucieuse de
l'équité entre les sexes et préoccupations
liées à la justice sociale.

- Même si la *Stratégie pour la santé des femmes* traduit une sensibilité au problème de la diversité, dans sa formulation actuelle, le document ne tient pas suffisamment compte de cet aspect et des disparités entre les femmes en matière de santé : femmes démunies, femmes handicapées (physiquement ou intellectuellement), femmes autochtones, femmes âgées, immigrantes, réfugiées, femmes racisées. En règle générale, il faut prêter une attention plus grande non seulement à la question des rapports sociaux entre les sexes, mais aussi au rôle que jouent les autres formes de discrimination et d'oppression. En outre, les arguments choisis pour illustrer l'importance de cette problématique doivent éviter de succomber au réductionnisme associé aux explications de nature biomédicale; en effet, celles-ci tendent à minimiser la portée des différences entre les femmes et à leur appliquer un seul et unique

modèle.

- Dans tous les domaines de recherche scientifique en santé, il faut améliorer la communication entre chercheurs et chercheuses de manière à encourager les orientations suivantes : projets inter et transdisciplinaires; approches combinant les méthodes; participation des ONG, des groupes de femmes et des consommatrices à l'établissement des priorités de recherche. Il faut aussi nourrir une conception élargie de la santé des femmes et choisir des méthodes valides qui permettront d'évaluer et de surveiller l'état de santé de toutes les Canadiennes et, en dernière analyse, de l'améliorer. Il faut aussi accorder une plus grande place aux connaissances scientifiques et traditionnelles non occidentales, notamment les perspectives, pratiques et croyances autochtones (médecine parallèle).
- Quelle que soit la stratégie choisie, il faut veiller à ce qu'elle offre un cadre souple et dynamique, qui permettra de cerner les nouvelles problématiques, de les analyser, d'y réagir et de leur accorder la priorité. Cette stratégie devra être assortie de ressources suffisantes pour toutes les divisions de Santé Canada et pour les ministères concernés de tous les ordres de gouvernement. Il faudra mettre en place des mécanismes utiles pour évaluer les progrès et suivre l'évolution de ce dossier.

La santé des femmes au Canada : Beijing et au-delà

Un survol

La Quatrième Conférence mondiale sur les femmes à **Beijing** (1995) a marqué un important point tournant dans le cadre des efforts internationaux exercés pour instaurer l'égalité des sexes. La conférence comportait quatre objectifs :

- étudier et évaluer la condition des femmes et les progrès accomplis depuis 1985;
- mobiliser les femmes et les hommes autant à l'échelle des décideurs qu'à l'échelle de la population;
- adopter une « **Plateforme d'action** » (PFA); et
- déterminer les étapes prioritaires à suivre entre 1996 et 2001 en vue de mettre en œuvre les stratégies au sein du système des Nations Unies (ONU, 1996).

La PFA a été inspirée par l'article 2 de la **Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW)**, qui oblige les États parties à « prendre toutes les mesures appropriées, y compris des dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes » (Hannan 2004). La CEDAW et la PFA contiennent des sections spécifiques sur la santé des femmes, et tous deux mettent en évidence les liens entre la santé des femmes et les droits de la personne, puisque la CEDAW est un traité pour les droits de la personne qui a force de loi internationale et que la PFA est un engagement de fond des plus importants, engagement soutenu à l'Assemblée générale de l'ONU en 1995 et renouvelé à celle de

2000. L'article 12 de la CEDAW exige des États parties (le Canada adhère à la CEDAW depuis 1981) la mise en place de « toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille. » La PFA comporte une section qui exige pour les femmes le droit de jouir des normes les plus élevées en matière de santé physique et mentale. Cette section met un accent sur l'importance d'utiliser une approche axée sur les déterminants sociaux pour étudier les questions liées à la santé des femmes, notamment en présentant les énoncés suivants :

« La santé est un état de total bien-être physique, psychologique et social, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. La santé des femmes qui englobe le bien-être affectif, social et physique est déterminée aussi bien par le contexte social, politique et économique que par la biologie.

La prévalence de la pauvreté et de la dépendance économique parmi les femmes, leur expérience de la violence, les préjugés dont elles sont victimes dès l'enfance, les discriminations raciales et autres, leur manque d'autonomie face à la sexualité et à la procréation et le peu d'influence qu'elles exercent sur les décisions sont autant de réalités sociales nocives pour leur santé. »

La PFA comporte également cinq objectifs stratégiques qui ont pour but d'assurer la santé des femmes :

- élargir l'accès des femmes tout au long

- de leur vie à des soins de santé, à l'information et à des services connexes adaptés, abordables et de bonne qualité;
- renforcer les programmes de prévention propres à améliorer la santé des femmes;
 - lancer des initiatives tenant compte des besoins des femmes face aux maladies sexuellement transmissibles, au VIH/sida et aux autres problèmes de santé se rapportant à la sexualité et à la procréation;
 - promouvoir la recherche et diffuser des informations sur la santé des femmes;
 - augmenter les ressources consacrées à la santé des femmes et suivre et évaluer la situation dans ce domaine.

En juin 2000, l'Assemblée générale a tenu une session extraordinaire (**Beijing +5**) ayant pour but de réviser et d'évaluer la PFA et d'étudier divers types d'actions et d'initiatives requises pour surmonter les obstacles à sa mise en œuvre. Le document issu de cette session inclut une résolution visant à s'attaquer davantage aux problèmes identifiés dans la PFA, notamment aux questions ayant trait à la santé des femmes.

Il a été souligné que les progrès dans les pays membres « ont été ralentis par l'absence d'une approche globale en matière de santé et de services de santé concernant les femmes et les filles qui soit fondée sur leur droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible tout au long de leur cycle de vie; ... la position de faiblesse des femmes dans leurs relations avec les hommes et le manque de communication et compréhension entre hommes et femmes au sujet des besoins des femmes sur le plan de la santé... et le manque d'informations sur l'existence de soins et services de santé appropriés, financièrement abordables et de bonne qualité sur les possibilités d'accès à ces soins et services, y compris dans le domaine de l'hygiène sexuelle et de la santé

en matière de reproduction » (ONU, 2000a). Les Nations Unies ont également adopté en 2000 la Déclaration du Millénaire, qui établissait les huit **Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)** suivants :

Objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim

Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous

Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile

Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle

Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

Objectif 7 : Assurer un environnement durable

Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement (ONU, 2000b).

Bien que tous ces objectifs soient importants dans le cadre des efforts pour assurer la santé des femmes, l'objectif 3 est perçu comme une démarche fondée sur le travail que les militantes ont fait dans le cadre des conférences de l'ONU, surtout la Quatrième Conférence sur les femmes, ainsi que sur l'évaluation quinquennale de la Plateforme d'action résultant de la Conférence.

La réponse canadienne

En 1995, le Canada a adopté¹ la Plateforme

¹ Le terme « adopté » réfère à des ententes que le gouvernement canadien a établies dans le cadre d'un forum international. Ces ententes reflètent les valeurs et l'approche du Canada relativement à une problématique internationale. Au Canada, elles n'ont pas force de loi mais elles sont utilisées comme cadre de référence à des paliers supérieurs fédéraux. Toutefois, il n'existe aucun mécanisme de reddition de comptes directs qui lient ces énoncés internationaux aux politiques, aux actions et aux budgets fédéraux, provinciaux et municipaux. De plus, vu les rôles et les responsabilités des différents

d'action des Nations Unies élaborée à Beijing, lors de la Conférence mondiale sur les femmes de l'ONU. La même année, le gouvernement du Canada a introduit une politique nationale ayant pour but de faire un pas de plus dans le dossier de l'égalité des sexes. **Le Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes (1995 à 2000)** décrétait que toute loi et politique fédérale ultérieure devait inclure, le cas échéant, une analyse des possibilités de répercussions différentes pour les hommes et les femmes (Condition féminine Canada, 1995: 17). Bien que le plan devait couvrir toutes les facettes des politiques, une attention spéciale a été apportée à la question de la santé des femmes au Chapitre 3 – « Améliorer le mieux-être physique et psychologique des femmes ». Dans ce chapitre, le gouvernement s'est engagé à élaborer une stratégie sur la santé des femmes², laquelle a été mise en place quatre ans plus tard, soit en 1999, par Santé Canada. Ironiquement, après la Conférence de Beijing, le gouvernement fédéral a imposé aux services et aux programmes sociaux canadiens des compressions budgétaires dont l'ampleur et l'étendue dépassaient historiquement toute réduction antérieure (Yalnizyan et al. 2004), exerçant ainsi un impact négatif dans tous les domaines ayant trait à la santé des femmes.

paliers gouvernementaux quant à la prestation des services de soins et autres services connexes, la surveillance et l'évaluation des progrès liés à la mise en œuvre de la plateforme d'action de Beijing constituent un défi encore plus grand.

² Selon l'Objectif 3, numéro 160 : « Le gouvernement fédéral s'engage donc à élaborer une stratégie complète et intégrée sur la santé des femmes afin de guider les travaux qui se feront à ce sujet, de définir les priorités et les critères d'évaluation périodique et de modification des priorités et de veiller à ce que l'analyse des incidences sur les sexes fasse partie intégrante des programmes, des politiques et des activités réglementaires dans le domaine de la santé. »

La **Stratégie sur la santé des femmes (1999)** est un cadre d'action intégré qui s'attaque aux principales questions de santé touchant les femmes et qui vise à intégrer les principes contenus dans la Plateforme de Beijing. La *Stratégie* a pour objectif déterminant l'amélioration de la santé des femmes au Canada. Pour ce faire, elle doit amener le système de santé à prendre davantage en compte les femmes et leur santé, notamment en fixant les quatre objectifs suivants :

1. Faire en sorte que les politiques et les programmes de Santé Canada tiennent compte des différences biologiques et sociales entre les sexes et répondent aux besoins des femmes en matière de santé;
2. Accroître la connaissance et la compréhension de la santé des femmes et des besoins des femmes en matière de santé;
3. Soutenir la prestation aux femmes de services de santé appropriés et efficaces; et
4. Promouvoir la santé par des mesures de prévention et la réduction des facteurs de risque qui compromettent le plus la santé des femmes (Santé Canada, 1999a).

La *Stratégie* comporte sept principales caractéristiques : elle est équilibrée, respectueuse de la diversité, égalitaire, fondée sur des données probantes, cohérente, multisectorielle et dynamique. La *Stratégie* relève du Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes³.

En 2000, le gouvernement a réaffirmé son engagement à l'égard de l'égalité entre les

³ Depuis janvier 2005, le Bureau pour la santé des femmes porte maintenant le nom de Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes.

sexes en approuvant le *Programme d'action pour l'égalité entre les sexes (PAES)*, une stratégie quinquennale pangouvernementale. L'un des objectifs du programme est d'accélérer la mise en place de l'ACS, incluant la société civile, dans le processus de sorte que les expériences et les perspectives des femmes soient utilisées comme source d'information dans le traitement des questions abordées dans le cadre de l'élaboration de politiques. Le PAES visent également à assurer le respect des engagements que le Canada a contractés dans le cadre des traités internationaux et les obligations qui en découlent comme celles contenues dans la PFA de Beijing, dans la Déclaration politique de Beijing+5 et dans le Bilan de la mise en œuvre de la PFA de Beijing.

Malgré ces réponses et des progrès réalisés au Canada dans le domaine de la santé des femmes, d'importants défis demeurent. Comme l'a noté les Nations Unies, « il faut élaborer de nouvelles approches pour explorer les possibilités et les défis qui sont véhiculés dans la Plateforme en matière d'égalité entre les sexes » (ONU, 2001). Dans le contexte canadien, cette démarche inclut une analyse critique de l'efficacité des stratégies existantes et des outils concomitants de surveillance et d'évaluation. La *Stratégie sur la santé des femmes* est considérée comme un énoncé clé au regard des objectifs établis dans la PFA de Beijing. Elle constitue donc le principal document à partir duquel une évaluation peut être menée concernant la réponse du Canada quant à l'amélioration de la santé des femmes.

La *Stratégie* était perçue, au moment de son introduction, comme un outil à fort potentiel de changement. D'abord, elle explicitait clairement l'intention du gouvernement d'améliorer la santé des femmes par le biais

d'une intervention sur les déterminants sociaux de la santé. Le cadre d'action présentait clairement les raisons pour lesquelles il fallait mettre en place au Canada une stratégie portant spécifiquement sur la santé des femmes. Selon la *Stratégie*, Santé Canada « travaillera en collaboration avec les autres ministères à promouvoir une démarche holistique et multisectorielle dans les politiques qu'il établira en matière de santé et de développement social ». Puis, elle mettait l'accent sur l'intégration de l'analyse comparative entre les sexes dans toutes les politiques et tous les programmes. La vision véhiculée était à la fois progressive et congruente aux priorités et objectifs établis dans le domaine de la santé des femmes. Toutefois, dès le début, une lacune importante était présente. Aucun mécanisme n'avait été prévu pour concrétiser la *Stratégie* ou l'intention d'intégrer l'ACS dans les provinces et territoires. La *Stratégie sur la santé des femmes* est maintenant en place depuis plus de cinq ans. Généralement, toute stratégie du gouvernement fédéral d'une telle durée est évaluée puis renouvelée si nécessaire. Si la *Stratégie* est soumise à une telle évaluation, les instances évaluatrices devront veiller à ce que le processus soit public et, de surcroît, alimenté par le plus d'information possible quant à son efficacité globale.

L'évaluation

L'évaluation que nous présentons dans ce document porte sur quatre composantes : l'analyse comparative entre les sexes; les services de santé; les programmes de prévention; la recherche et l'évaluation. Ces composantes reflètent les objectifs clés contenus dans la *Stratégie sur la santé des femmes*, et la démarche a pour but d'évaluer les progrès accomplis par le gouvernement canadien relativement à l'amélioration de la

santé des femmes. Bien que le rapport se penche sur un nombre spécifique de questions ayant trait à la santé des femmes, plusieurs conclusions ont été atteintes. La *Stratégie sur la santé des femmes* a été introduite il y a près de six ans et certains progrès ont été accomplis. Toutefois, après le bilan, nous constatons qu'il reste encore beaucoup à accomplir avant d'atteindre les objectifs fixés par le gouvernement fédéral dans le cadre des engagements qu'il a contractés à Beijing et Beijing+5, entre autres obligations internationales. Notamment, il faut mettre en place des mécanismes de reddition des comptes et de soutien aux programmes pour faire en sorte que tous les paliers gouvernementaux travaillent conjointement et concrétisent les engagements que le Canada a publiquement contractés en matière de santé des femmes et d'égalité entre les sexes. Nous terminons en présentant une série d'observations ayant pour but d'informer les instances gouvernementales fédérale, provinciales et territoriales et de les assister dans leur réflexion concernant de futures orientations et stratégies gouvernementales qui pourront répondre, de façon efficace, aux divers besoins des Canadiennes sur le plan de la santé et des soins.

I. L'analyse comparative entre les sexes

Le premier objectif de la *Stratégie sur la santé des femmes* est de faire en sorte que les politiques et les programmes de Santé Canada tiennent compte des différences biologiques et sociales entre les sexes et répondent aux besoins des femmes en matière de santé. « Conformément à l'engagement pris dans le Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes, Santé Canada adoptera comme pratique générale d'assujettir à une analyse comparative entre les sexes, ses programmes et ses politiques

touchant certaines questions comme la modernisation du système de santé, la santé de la population, la gestion du risque, les services directs et la recherche » (Santé Canada, 1999: 21). Santé Canada définit l'analyse comparative entre les sexes comme : « ... un outil analytique utilisé appliqué à la recherche, aux politiques et aux programmes pour s'assurer qu'on pose les questions appropriées sur les hommes et les femmes, et que l'analyse donne des résultats efficace et précis » (Santé Canada, 2002a:22). En plus d'être conforme à *La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, l'ACS est une réponse à la Plateforme d'action de l'ONU, qui reconnaît aux femmes le droit à la santé.

En 2000, Santé Canada a développé une **Politique en matière d'analyse comparative entre les sexes**. La politique confirme l'engagement du ministère en ce qui a trait à l'adoption d'une analyse comparative entre les sexes et présente les grandes lignes des mesures qui en assurent l'intégration dans les politiques et les programmes de Santé Canada. Le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes joue un rôle de premier plan dans le cadre de cette initiative. Le Bureau coordonne la mise en place et l'évaluation de l'ACS et veille à ce que Santé Canada prenne en compte les préoccupations des femmes et y réponde de façon pertinente. En 2003, Santé Canada a publié le document *Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social*. Selon ses auteurs, ce guide est l'un des quelques outils de renforcement de la capacité élaborés par le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes de Santé Canada, lequel propose aux chercheurs, aux analystes des politiques, aux gestionnaires de programmes et aux décideurs des moyens d'intégrer

l'ACS dans leur travail quotidien. »

Selon Joseph Caron, auteur du Rapport sur les politiques gouvernementales en matière de recherche en santé favorisant la prise en compte des différences selon le sexe et le genre, « La mise en oeuvre de l'ACS se poursuit, et l'élaboration de modules de formation à ce sujet a donné naissance à des outils particuliers, utiles dans le cadre de la recherche et de l'évaluation tenant compte de la spécificité des sexes » ^[Trad.] (2003:54). Un programme de formation à l'intention du personnel de Santé Canada est présentement en cours. Les manuels de formation sont constamment révisés afin de les rendre plus adaptés aux besoins stratégiques spécifiques des personnes qui œuvrent à l'échelle de plusieurs services et créneaux de Santé Canada.

De plus, le Programme de contribution pour la santé des femmes, une initiative qui s'élève à environ deux millions de dollars par année, finance quatre Centres d'excellence pour la santé des femmes et des réseaux de recherche qui se penchent sur la protection de la santé, la réforme de la santé et la santé des femmes autochtones, en plus de financer le Réseau canadien pour la santé des femmes. En retour, ces interlocuteurs appuient l'ACS en générant et en diffusant des connaissances nouvelles et plus approfondies sur la santé des femmes (voir www.centres.ca).

Récemment, dans les estimations contenues dans le Rapport sur les plans et les priorités de Santé Canada pour 2003-2004, le ministère apportait les précisions suivantes :

« En plus des préoccupations centrales ayant une importance particulière dans le domaine de la santé, Santé Canada intègre à sa planification les priorités gouvernementales qui ont une incidence sur la santé des

Canadiens. Ainsi, la perspective du développement durable et l'analyse comparative entre les sexes sont intégrées aux plans d'élaboration, de mise en œuvre et d'examen des politiques, des programmes et des activités » (Santé Canada, 2003b).

Contrairement à cette déclaration, l'ACS n'a pas été intégrée de façon systématique dans le processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des politiques.

Le rapport publié en novembre 2002 par la **Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada** (Romanow 2002) constitue un exemple frappant de l'absence d'ACS dans une démarche de planification et de réforme des soins de santé. Bien que loué pour ses recommandations invitant l'État à renforcer et à étendre le régime d'assurance maladie, le rapport a été critiqué pour son absence d'optique tenant compte des différences entre les sexes dans ses analyses et ses propositions. Tel que le précise le Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé (CCFRS) dans son document *Une étude du rapport Romanow : Une étude du rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada et son incidence sur les femmes*, « ... le rapport comporte une faille fondamentale. En n'offrant pas d'analyse comparative entre les sexes, il ne se penche pas sur la place des femmes dans le système de soins de santé et sur les conséquences des réformes des soins de santé pour les femmes se trouvant à différents niveaux dans le système » (2003:10).

Enfin, on note l'absence d'analyse sexospécifique dans l'**Accord sur la santé** issu du rapport Romanow et ratifié en février 2003 par les gouvernements provinciaux et fédéral. Cette lacune s'explique en partie par la réflexion

suivante : « [...] malgré le fait que presque tous les soins de santé sont dispensés par des femmes et qu'elles constituent la majorité des bénéficiaires de soins, les femmes sont toujours minoritaires parmi les concepteurs de politiques portant sur la prestation des soins de santé. Elles disposent de peu de moyens d'influencer la prise de décisions en matière de politiques importantes, même si leurs pratiques quotidiennes les amènent en grand nombre à traiter directement avec le système de soins de santé » (CCFRS, 2003). Le même constat s'applique dans le cas d'un rapport publié récemment par le Conseil canadien de la santé sous le titre *La santé des Canadiens* (2004). Bien qu'on y souligne l'importance des disparités en matière de santé, aucune mention n'est faite de l'éclairage utile que pourrait fournir l'ACS pour approfondir l'analyse. Le fait que la problématique hommes-femmes soit absente de ces documents reflète bien le caractère marginal des politiques en matière de santé des femmes et de l'ACS au sein de l'appareil gouvernemental.

Comme le gouvernement canadien l'a lui-même admis, « nous faisons encore face à des défis pour étendre et institutionnaliser la mise en œuvre des objectifs d'égalité entre les sexes, l'analyse et les processus au sein du travail des gouvernements. » (Réponse du Canada à l'ONU, juin 2004, p. 4).

Premièrement, l'intégration de l'ACS est souvent freinée par un manque de volonté politique et de financement public. Il y a peu de coordination entre les différents niveaux de gouvernement et la population n'est pas sensibilisée à la pertinence et l'utilité de l'ACS.

Deuxièmement, alors même que certains volets de programmes reposent sur une ACS, cette orientation s'étend rarement de

manière systématique à toutes les sphères, notamment en ce qui concerne les politiques en matière d'économie et de technologie ayant un effet sur la santé (Rankin et Vickers, 2004). En effet, le contexte néolibéral actuel, où la privatisation et la déréglementation sont de mise, cadre souvent mal avec l'idéal de l'égalité des sexes (Teghstsoonian, 2000).

Troisièmement, les responsables consultent rarement les principales intéressées, à savoir les groupes de femmes, les prestataires de soins et les utilisatrices des services (Hankivsky, 2005c). Ces dernières années, on a comprimé de manière significative l'infrastructure destinée aux femmes et aux groupes qui défendent l'égalité, limitant par le fait même la possibilité d'exercer de manière soutenue la surveillance nécessaire pour préconiser des changements.

Quatrièmement, la distinction entre sexe biologique et sexe social (ou genre) est en général mal comprise; il en va de même pour la relation entre les deux concepts (Hankivsky, 2005b). L'ACS doit servir à approfondir encore davantage les notions de diversité et de différence pour saisir comment le sexe interagit avec d'autres facteurs comme l'origine ethnique, la classe, l'âge, la sexualité, etc. (Hankivsky, 2005a).

Manifestement, l'adoption de l'ACS n'est pas en soi une garantie de changement au sein des structures fédérales chargées de la santé. Même si le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes publie des rapports d'étape sur la mise en œuvre de l'ACS à Santé Canada, la *Stratégie pour la santé des femmes* et la *Politique en matière d'analyse comparative entre les sexes* dont il est l'auteur n'ont pas fait l'objet d'une évaluation en bonne et due

forme⁴. Autre fait à souligner, les activités entreprises en matière d'ACS aux échelons fédéral et provincial sont inégalement réparties. Certaines provinces et régions ont d'ailleurs adopté différentes mesures de leur propre initiative, notamment en se dotant d'un bureau pour la santé des femmes (dont un grand nombre ont fermé depuis), en plaçant la santé des femmes au centre des préoccupations, en adoptant un « modèle de soins sexospécifiques » pour orienter la prestation des services et leur développement, ou en offrant à leurs employés une formation sur l'ACS. Peu de provinces disposent des ressources, des compétences et des mécanismes de reddition des comptes nécessaires pour mettre en œuvre efficacement une ACS et en évaluer les progrès. Il n'existe encore aucun mécanisme de coordination et d'évaluation à l'échelle nationale pour tenter de combler cette lacune. De plus, on constate que la plupart des associations de femmes et de groupes de promotion de la santé ne connaissent pas l'ACS.

Dans ce contexte, il est impossible de mesurer avec certitude l'efficacité de l'ACS au regard des politiques de santé, des programmes et des services, ni des autres sphères ayant une incidence directe sur la santé. On ne s'étonnera donc pas du fait que les militantes et les professionnelles de la santé éprouvent du mal à juger si cet outil a réellement exercé une influence sur le secteur de la santé des femmes ou sur l'état de santé des femmes au Canada.

II. Services de santé

L'accès à une gamme de services de santé améliorés résume le troisième objectif de la

⁴ Correspondance privée, Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes, Santé Canada, le 10 novembre 2004.

Stratégie pour la santé des femmes. Certes, la recommandation formulée par la Commission sur l'avenir de la santé au Canada, à l'effet qu'il y avait lieu de renforcer et d'étendre le régime d'assurance-maladie, a bien été accueillie par les femmes (CCFRS, 2003, p. 1). Constatant la forte adhésion de la population aux principes fondamentaux à la base du régime public d'assurance-maladie (l'égalité, l'équité et la solidarité), la Commission avait conclu que la prestation des soins de santé devait reposer sur les besoins plutôt que sur la capacité de payer ou la position sociale, à titre de droit inhérent à la citoyenneté (Romanow, 2002). Le régime d'assurance-maladie joue un rôle particulièrement important pour les femmes; en effet, ce groupe représente la majorité des bénéficiaires des services de santé et des prestataires de soins rémunérés et non rémunérés. De plus, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à disposer d'un régime d'assurance-maladie complémentaire et plus susceptibles de vivre dans la pauvreté. Selon la Commission, aucune preuve démontrant que la privatisation contribuerait à améliorer le système de santé n'a été présentée (Romanow, 2002, p. xxi).

Pareille confirmation du bien-fondé d'un système de santé financé et administré par la sphère publique, et de la qualité supérieure des soins qu'il permet de dispenser, a son importance non seulement pour la population canadienne, mais aussi pour tous les pays où s'exercent des pressions pour céder la prestation des soins au secteur privé.

On rapporte un certain nombre d'améliorations dans quelques secteurs, dont ont pu bénéficier les usagers du système et les prestataires de soins non rémunérés, des femmes en majorité. Suite à

l'Accord sur la santé signé en 2003, par exemple, le gouvernement fédéral a mis en place un panier de services dans le secteur des soins actifs de courte durée à domicile, dont des services communautaires en santé mentale et des soins au terme de la vie. En 1998, il avait aussi instauré un crédit d'impôt à l'intention des personnes qui hébergent un parent ou un aïeul peu fortuné, ou encore un proche atteint d'incapacité et dépendant, tout en leur dispensant des soins. En 2004, on a instauré des prestations d'assurance-emploi pour des soins prodigués avec compassion, dans le but de permettre à certains travailleurs et travailleuses de s'absenter temporairement du travail pour s'occuper d'un proche atteint de maladie grave comportant un risque significatif de décès dans les six mois. Ce type de programme ne profite toutefois qu'à un segment restreint de la population; en sont exclues le grand nombre de soignantes actuellement sous-employées ou sans travail.

À cause de l'absence d'ACS, on constate encore des lacunes significatives dans les secteurs des soins primaires, des soins à domicile et de l'assurance-médicaments. À titre d'exemple, les femmes ne disposent pas d'une gamme diversifiée de services de soins primaires innovateurs et efficaces, dispensés par des centres de santé spécialisés qui pratiqueraient des interventions sexospécifiques, feraient de la prévention, offriraient des services complets en santé génésique et un programme de sages-femmes (Donner et Pederson, 2004). Il n'existe aucun programme national de soins à domicile pour encadrer les soins de longue durée, les soins aux malades chroniques et les soins aux personnes ayant une déficience. Cette lacune engendre des conséquences directes pour les femmes. En effet, celles-ci représentent 80 % des personnes qui dispensent des soins

personnels à domicile sans être rémunérées; elles en sont également les principales bénéficiaires (CCFRS, 2003). Comme on peut s'y attendre, dispenser des soins entraîne davantage de répercussions sur la santé des femmes que sur celle des hommes, en particulier pour les femmes immigrantes, réfugiées et des minorités visibles (Morris, 2001a). En ce qui touche à l'assurance-médicaments, on continue à prescrire aux femmes une trop grande quantité de médicaments, produits qu'elles sont souvent incapables de s'offrir et dont on ne connaît pas toutes les conséquences.

Au Canada, l'accès aux services d'avortement varie considérablement d'une province et d'une région à l'autre. Terre-Neuve, l'Ontario, la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Manitoba sont les seules provinces à rembourser le coût entier des interruptions de grossesse pratiquées dans les cliniques communautaires. L'Île-du-Prince-Édouard n'assure plus de services d'avortement depuis 1983 (CARAL, 2003). Les femmes vivant en région rurale ou éloignée doivent se déplacer loin de chez elles pour recevoir des soins. Au moment de créer des services de santé, on n'accorde pas suffisamment d'importance à la santé de la femme aux différentes étapes de sa vie, même s'il s'agit d'une condition essentielle pour comprendre les besoins de tous les groupes d'âge, notamment des femmes âgées. On sait que ces dernières sont susceptibles de souffrir de nombreuses maladies chroniques (Santé Canada, 2003c), que leurs moyens financiers sont limités et qu'elles ne jouissent pas des soutiens nécessaires pour veiller convenablement à leur état de santé.

La majorité des services en place ne tiennent pas compte non plus des besoins de certains autres segments vulnérables de la population. Soulignons notamment la

difficulté pour toutes les femmes vivant en région rurale, éloignée ou nordique, les femmes autochtones notamment, à accéder en temps opportun aux services de santé essentiels ou à disposer de services de proximité (Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale, 2002; Sutherns et al., 2004). On déplore toujours un nombre insuffisant de services destinés aux femmes autochtones, notamment en ce qui concerne la santé génésique et la lutte contre la violence (Bent, 2004). On constate également que les services de santé répondant aux besoins particuliers des femmes immigrantes et des réfugiées, un groupe dont l'état de santé est faible par rapport à celui des femmes nées au Canada, ne sont pas légion (Vissandjée et al., 2004). Les maisons d'hébergement et les centres de jour ne leur sont souvent pas accessibles en raison des barrières linguistiques ou de l'absence de services sensibles aux réalités culturelles (SCPI, 2003). Il y a un urgent besoin de créer des services de santé « adaptés aux réalités culturelles, antiracistes et ouverts à tous les membres de la société canadienne sans égard à la race, au sexe, à la situation socioéconomique, au statut d'immigrant ou à d'autres considérations » (WHIWH, 2001). Quant aux femmes handicapées, leurs besoins ne sont pas bien compris au sein du système de santé. Elles ont rarement l'occasion de participer à des activités de prévention et les conditions d'accès à plusieurs services de santé sont inadéquates : soins primaires (examens adaptés en matière de dépistage pour les cancers du sein et du col de l'utérus, soutien nécessaire pour faire les bons choix en matière de santé génésique), soins hospitaliers et soins de longue durée (Morris, 2001; Wendell, 2001; Gill, 1997).

En outre, les associations de consommateurs et de femmes à but non lucratif n'ont pas suffisamment leur mot à dire sur le

développement des services et leur prestation. On ne tient pas assez compte non plus des perspectives et des besoins des travailleuses et travailleurs de la santé.

Les preuves concernant les effets de la pauvreté et de l'exclusion sociale sur la santé des individus et des populations s'accumulent; or on n'accorde pas assez d'importance aux facteurs sociaux, politiques et économiques et à l'instauration de politiques, de services et de programmes qui en tiendraient compte pour chercher à améliorer l'état de santé des femmes et de répondre à leurs besoins. Les facteurs donc il est question ici touchent entre autres à la sécurité alimentaire et économique, à l'hébergement, aux services sociaux, à l'éducation et à l'environnement, ainsi qu'à la discrimination fondée sur le sexe, problème qui traverse toutes les structures sociales et les institutions.

On fait la sourde oreille aux appels à l'action lancés pour sauvegarder les programmes sociaux et en créer de nouveaux. Il faudra défendre les programmes de garderies, d'assurance-médicaments et de soins à domicile si notre intention est d'en faire des services à but non lucratif et gérés par le secteur public, condition essentielle à l'assurance de la qualité et au maintien d'un bon rapport coût-efficacité. Les conséquences de la mondialisation et des accords de commerce sur toutes les composantes du système canadien de santé restent encore à analyser sous tous les angles par les décideurs gouvernementaux.

Enfin, que ce soit à l'échelon, fédéral, provincial ou territorial, les services aujourd'hui dispensés n'ont pas fait l'objet d'un examen qui tient compte des différences sexuelles, ni d'une démarche à long terme qui placerait la diversité des

besoins de santé des femmes en tête des priorités.

III. Programmes de prévention visant à améliorer la santé des femmes

Selon le quatrième objectif de sa *Stratégie*, Santé Canada a la responsabilité d'intervenir auprès des individus avant qu'ils n'adoptent des modes de vie nuisibles pour leur santé; il doit aussi les inciter à éviter les situations, les comportements et les produits à haut risque. Un certain nombre de questions de santé regroupées sous cet objectif sont conformes à celles que soulèvent la Plateforme d'action élaborée à Beijing : violence envers les femmes⁵, tabagisme, santé mentale, VIH/sida et santé génésique. Elles ne fournissent toutefois qu'un instantané des problèmes, des maladies et des expériences sur lesquels il faut se pencher et agir. Également, il faudrait que les programmes de prévention tiennent compte des dénominateurs communs et des liens entre les différents déterminants de la santé. À titre d'illustration, soulignons entre autres la surmédicalisation, la prescription excessive de médicaments, le marketing d'appareils médicaux dangereux et les interventions chirurgicales superflues. Ces pratiques persistent sans que l'on s'interroge vraiment sur leurs effets et remette en question leur bien-fondé au regard de la protection et la

⁵ Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) est un instrument de lutte contre la violence important puisqu'il définit désormais la violence contre les femmes comme une forme de discrimination fondée sur le sexe. Le CEDAW veille notamment à la mise en œuvre de ses recommandations par les États parties. En 1992, les spécialistes internationaux siégeant à ce comité ont affirmé que tout acte de violence de nature privée ou publique dirigé contre une femme (« toute forme de discrimination ») constituait une violation des droits de la personne (Recommandation 19 du CEDAW), confirmant ainsi le lien entre violence et discrimination.

promotion de la santé des femmes (Batt, 2002).

L'engouement de plus en plus prononcé à l'égard des « comprimés pour la prévention » inquiète particulièrement ceux et celles qui prônent des méthodes qu'ils considèrent plus saines et inoffensives. Traitement hormonal « substitutif » pour prévenir l'ostéoporose; médicaments hormonaux (p.ex. Tamoxifène) pour protéger contre le cancer du sein chez les femmes en bonne santé et statines contre les maladies cardiovasculaires : ces méthodes thérapeutiques sont fortement encouragées par la publicité directe des médicaments d'ordonnance, et ce, malgré le fait que cette pratique demeure illégale au Canada. Il s'agit d'une tendance fort coûteuse pour le système de santé, qui comporte aussi certains risques (à l'image de tous les médicaments d'ordonnance), dont plusieurs n'ont pas encore été évalués. Prévenir la maladie par un comprimé nous détourne des mesures de prévention élémentaires, et pourtant plus saines, que sont l'exercice, la maîtrise du stress, la réduction de la pauvreté, la sécurité alimentaire et le renoncement au tabac. Dépendre de plus en plus des médicaments pour « guérir » l'anxiété, la timidité et la dépression, c'est aussi abandonner la recherche de solutions viables axées sur les déterminants de la santé.

Violence contre les femmes

On estime que les coûts partiels de la violence envers les femmes dans le monde s'élèvent à plus de 4,2 milliards \$ annuellement (Greaves, Hankivsky et Kingston-Riechers, 1995). Ses effets se traduisent par une augmentation des dépenses en matière de santé et de services sociaux (Yodanis, Godenzi, et Stanko, 2000). Les conséquences physiques et

psychiques de la violence sont nombreuses : blessures corporelles graves, grossesses non désirées et fausses couches, MTS (dont le VIH/sida) (Gielen et al., 2000; Martin et al., 1999; Zierler, 1997), traumatismes psychiques et détérioration de la santé mentale (Cascardi, O'Leary, et Schlee, 1999; Herman, 1992; Mouton, Rovi, Furniss et Lasser, 1999). Au cours de leur vie, les survivantes d'une agression cumuleront un plus grand nombre d'interventions chirurgicales, de visites chez le médecin et le pharmacien, de séjours à l'hôpital et de consultations auprès des professionnels de la santé mentale que toute autre femme; cette donnée reste inchangée même quand on tient compte d'autres facteurs influant sur la fréquentation des services de santé (Heise et Ellsberg, 1999).

Santé Canada coordonne l'Initiative de lutte contre la violence familiale (ILVF) pour le compte du gouvernement fédéral et de 12 autres ministères. Ce programme a pour but de réduire le phénomène de la violence familiale au pays. Santé Canada administre également le Centre national d'information sur la violence dans la famille (CNIVF), un organisme d'information sur la violence sous toutes ses formes, la prévention et l'intervention, l'aiguillage et les programmes de traitement. L'Association of Violence Research Centres mène d'importants projets de recherche axée sur les politiques. Récemment, le gouvernement fédéral a consacré des sommes spécifiques à certains programmes de lutte contre la violence gérés par des associations de femmes autochtones. Ces efforts en matière de recherche et d'intervention s'étendent maintenant au problème du trafic de femmes et d'enfants, avec la création notamment d'un Groupe de travail interministériel sur la traite des personnes.

En dépit de ces initiatives, dans de

nombreuses provinces canadiennes, les services communautaires destinés aux femmes victimes de violence ont subi des compressions importantes au cours des dix dernières années (Morrow, Hanvisky et Varcoe, 2004). Ces réductions exposent toutes les femmes à un risque accru d'abus, d'agression sexuelle, de pauvreté et d'itinérance; elles multiplient les difficultés pour les femmes qui voudraient quitter un conjoint violent et freinent l'accès au système judiciaire pour toutes les victimes d'agression. Ces compressions ont eu des répercussions sur toutes les femmes, mais surtout sur les plus vulnérables parmi elles, soit les femmes autochtones, les femmes de couleur, les immigrantes, les femmes démunies et à faible revenu, les femmes handicapées, les lesbiennes, les bisexuelles et les femmes transgenres. En particulier, presque aucun moyen n'ont été mis en œuvre pour contrer la violence raciale et sexuelle dont sont victimes les femmes autochtones. Le stress et le fardeau émotionnel imposés aux femmes incapables de se séparer d'un conjoint violent se traduit souvent par une augmentation des maladies, tant physiques que mentales (Campbell, Kub, Belknap et Templin, 1997; Campbell et Soeken, 1999; Day, 1995; Gerlock, 1999).

Prévention du tabagisme

Selon une enquête récente, 26 % des femmes canadiennes fument. Dans la tranche des 15 à 19 ans, cette proportion est de 31 %, comparativement à 27 % chez les hommes. Une étude sur les fumeuses menée en 1998 indique que les femmes issues des groupes à faible revenu sont davantage portées au tabagisme que les autres (Santé Canada, 1999c). La cigarette est responsable de nombreux problèmes de santé, et ce, chez les femmes plus que chez les hommes (Morris, 2001b). Voici quelques exemples

des risques spécifiques auxquels elles s'exposent : cancer du col de l'utérus, ostéoporose, ménopause précoce, risque accru de crise cardiaque et d'accident cardiovasculaire, infécondité, complications à l'accouchement, faible poids des nouveau-nés, s'accompagnant souvent de problèmes de santé spécifiques (Santé Canada, comme cité, Morris, 2001b). La Fondation des maladies du cœur rapporte que 60 % des femmes autochtones âgées de 15 ans et plus sont des habituées de la cigarette. Dans les Territoires-du-Nord-Ouest, jusqu'à 80 % des femmes Inuit fument, alors que ce taux est inférieur à 40 % chez les femmes non Inuit de cette province (McCulla, 2002).

Le gouvernement canadien assure que la question des femmes et du tabac est au cœur d'un large éventail de programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies. L'Initiative de lutte contre le tabagisme (ILT) comporte quatre grands volets : législation et réglementation, mise à exécution, recherche et éducation du public. Actuellement, les stratégies sont axées sur le renoncement au tabac, la réduction du tabagisme et la protection des non-fumeurs, sans toutefois vraiment tenir compte des différences sexuelles ou du rôle que joue le contexte socioéconomique global en ce qui concerne les femmes. Certains facteurs clés ont pourtant une incidence sur les effets des programmes de lutte contre le tabac chez les femmes, comme les responsabilités parentales, le manque de temps, la faiblesse des revenus, l'image corporelle et la nature du travail féminin. En ce qui concerne les femmes autochtones notamment, il faut expressément tenir compte (avec leur apport) des questions d'ordre culturel, des conditions socioéconomiques et de la discrimination (ANAC, 1999). En l'absence d'analyse comparée des programmes de lutte contre le tabac et de politiques destinées aux femmes (Greaves et Barr,

2000), les maladies causées par le tabagisme continueront d'être la première cause de décès chez les femmes canadiennes; de plus, nous aurons raté une belle occasion d'approfondir nos connaissances sur les effets particuliers du tabac sur la santé féminine.

Santé mentale

Les données disponibles montrent que certaines affections donnent lieu à un diagnostic de maladie mentale plus souvent chez la femme que chez l'homme, que les femmes sont plus nombreuses à utiliser les services de santé mentale et qu'il leur faudrait disposer d'un éventail de choix plus large que celui qui leur est offert actuellement (Rhodes, 2002; Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996). Les liens entre condition sociale et santé mentale de la femme ne sont plus à démontrer. Après le début de la puberté, par exemple, les femmes encourent un risque deux fois plus élevé que les hommes de succomber à une dépression (ACSM, 2003). Les troubles de l'humeur et de l'anxiété sont plus courants chez elles (Statistique Canada, 2003), tout comme les troubles de l'alimentation (Santé Canada, 2002). La pauvreté joue également un rôle négatif sur la santé mentale; un nombre disproportionné de femmes vivent dans la pauvreté, notamment les femmes handicapées, les femmes autochtones et les mères seules. (Wiebe et Keirstead, 2004).

Toutes ces constatations n'ont toutefois pas conduit à la création de nouveaux programmes au sein du secteur des soins en santé mentale (Morrow, 2003). Peu de services sont équipés pour s'attaquer aux problèmes fondamentaux ayant une incidence sur la santé mentale, soit la violence, l'alcoolisme, la toxicomanie ou la violence sexuelle à l'endroit des enfants

(Morrow, 1999). Dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, plus de 22 % des femmes ont rapporté qu'elles auraient eu besoin d'aide pour surmonter un problème émotionnel, de santé mentale, d'alcoolisme ou de toxicomanie, mais qu'elle n'en ont reçu aucune (Statistique Canada, 2003). Les structures en place tendent à surmédicaliser les problèmes sans offrir aux femmes qui les consultent des services de counselling adaptés à leurs besoins. On déplore aussi une absence de services de santé mentale adaptés aux réalités raciales, culturelles et linguistiques des différents groupes ethnoculturels. Dans une étude récente, des prestataires de soins de santé mentale se sont montrés incapables de diagnostiquer un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) chez des femmes immigrantes et des réfugiées qui avaient été victimes d'une guerre, d'un viol, de torture, de persécution, d'une catastrophe naturelle ou d'un autre événement de même nature. On a également constaté qu'il existait bien peu de programmes à l'intention de leurs enfants, dont plusieurs souffraient aussi de SSPT (IRVMWS, 2001).

En règle générale, la plupart des énoncés de principe importants, des documents éducatifs sur la santé mentale et des textes répertoriant les « pratiques exemplaires » dans ce domaine omettent encore d'aborder la question des différences sexuelles en relation avec les autres déterminants de la santé mentale. L'exemple le plus récent de cette lacune provient du troisième rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie sur la santé mentale, les maladies mentales et les toxicomanies, publié en novembre 2004. Dans ce document, la seule brève allusion à la spécificité sexuelle concerne le suicide, mais les femmes ne comptent pas parmi les groupes prioritaires cités. Rien

dans ce rapport n'indique que l'on s'est inspiré d'une analyse sexospécifique pour tenter de cerner les iniquités susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé mentale des femmes. Pareille omission illustre la nécessité absolue d'une stratégie nationale en matière de santé mentale des femmes, qui s'appuierait sur les données accumulées jusqu'à maintenant pour recommander des politiques et des programmes faisant fond sur une analyse comparative entre les sexes (Morrow 2003).

HIV/sida

Selon les données de Santé Canada (2004), les femmes représentent une proportion grandissante des cas connus de HIV au Canada, soit 25,1 % des tests positifs pour 2002. Cette proportion varie considérablement selon l'âge; elle est la plus élevée chez les jeunes femmes (15-29 ans). Les femmes autochtones et les femmes noires comptent parmi les segments de population vulnérables; dans certaines régions du Canada, par exemple, 23 % des décès attribuables au sida étaient recensés dans ce dernier groupe (WHIWH, 2001). Récemment, l'Association des femmes Inuit du Canada a reçu des fonds pour étendre son intervention en matière d'éducation sur le VIH, de prévention, de soins et d'aide. En janvier 2005, le gouvernement fédéral a annoncé la création d'une nouvelle Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida, assortie d'un plan d'action. Le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international a lancé une stratégie sur le VIH/sida et l'ACDI élabore actuellement un cadre d'action sur cette même question. Ces documents n'accordent qu'une attention intermittente à la problématique hommes-femmes et à l'intégration d'une analyse comparative entre les sexes.

Dans une large mesure, le VIH/sida n'est

pas considéré comme un problème de santé des femmes; peu de programmes ciblent cette population directement, et encore moins les groupes vulnérables. Quantité de femmes n'ont pas accès aux services de diagnostic et de traitement qui leur permettraient d'être soignées dès les premiers stades de la maladie. Les services sociaux et communautaires ont peu à offrir aux femmes positives pour le VIH parce qu'on n'a pas tenu compte des besoins de celles-ci au moment de les établir. Il n'est pas étonnant de constater que souvent, les filles et les femmes sont moins bien renseignées que les hommes sur la question du VIH/sida et qu'elles ne disposent pas des structures de soutien dont elles auraient besoin. De plus, les signes témoins du VIH/sida observés chez les femmes diffèrent de ceux que l'on a constatés chez les hommes, ce qui provoque parfois des retards en matière de diagnostic et de traitement (Réseau juridique canadien VIH-sida, 2004). Tout reste à faire dans ce dossier : inciter les organismes de la société civile à définir des politiques stratégiques, traduire ces politiques en pratiques efficaces, veiller à ce que les politiques intègrent la problématique hommes-femmes et les déterminants en jeu, recueillir des données probantes à l'appui de politiques et de pratiques égalitaires. Bref, il faut de toute urgence dégager les grandes lignes d'une stratégie axée sur les femmes et le VIH/sida.

Santé génésique

Outre le VIH/sida, d'autres problèmes liés à la santé génésique requièrent une attention et une action encore plus soutenues de la part du gouvernement. En dépit des recommandations formulées par la Commission royale d'enquête sur les techniques de reproduction, qui s'était aussi penchée sur les questions de l'infertilité et de la santé génésique, aucun plan d'action

n'a été instauré. En 1999, Santé Canada publiait son *Compte-rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*, mais aucune mesure concrète n'a découlé des principes et orientations stratégiques présentées dans le rapport de la Commission. Dans un autre document intitulé *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, on admet la nécessité de tenir compte des « questions liées au rôle des sexes » tout en affirmant que « l'accessibilité et le contenu de la formation [doivent être] libres de toute discrimination », mais les principes directeurs énoncés n'évoquent pas explicitement l'ACS. L'adoption d'une stratégie nationale d'éducation et de prévention en matière de sexualité et de santé génésique, qui reposerait sur l'ACS, n'a que trop tardé. Grâce à l'ACS, nous savons que dans de nombreux rapports hétérosexuels, le pouvoir de décision des filles et des femmes est moindre que celui de leur partenaire, ce qui limite leur capacité de remettre un rapport à plus tard ou d'exiger une forme de protection pendant le contact sexuel (Kinnon, 1994). Dans une étude sur le sujet, des femmes autochtones ont avoué qu'elles craignaient d'être agressées si elles refusaient d'avoir des relations sexuelles avec un partenaire (ANAC, 1996).

Ce déséquilibre dans les relations de pouvoir est aggravé par l'éternel manque d'éducation efficace et pertinente sur la contraception, les MTS, la grossesse, la fertilité, la procréation et l'accouchement. Au Canada, il n'est toujours pas possible d'obtenir des pilules contraceptives d'urgence sans prescription, en dépit des expériences fructueuses menées dans

d'autres pays.⁶ Et il y a plus de deux ans que dure une consultation fédérale sur la question de savoir si l'on pourrait autoriser la vente libre de cette pilule du lendemain. Certaines provinces ont délégué l'autorité de la prescrire aux pharmaciens, de façon à en faciliter l'accès, mais dans de nombreux cas, cette décision s'est traduite par une augmentation du coût du produit pour les femmes.

Le volet d'initiation aux médias que renferment les programmes d'éducation sexuelle destinés aux adolescents n'est pas suffisamment développé et ne tient pas compte des besoins spécifiques des jeunes filles. L'incidence des MTS reste élevée chez les jeunes femmes. Chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans, on recense un taux de chlamydia neuf fois supérieur au taux national (Santé Canada, 1999d). Le risque de contracter des problèmes de santé est élevé chez les adolescentes qui tombent enceintes, notamment les adolescentes autochtones : anémie, hypertension, affections du rein, éclampsie et troubles dépressifs, notamment (Bent, 2004; Combes-Orme, 1993; Turner et al., 1990). Le gouvernement fédéral a établi un Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), mais il faudrait l'assortir d'un volet plus important sur la santé maternelle et sur les sages-femmes. Autre problème auquel il faudra s'attaquer : les femmes sont obligées de se déplacer de plus en plus loin pour accoucher. En outre, de plus en plus de femmes remettent la maternité à plus tard. Ce phénomène accroît le risque d'infertilité et l'éventualité d'un recours aux techniques de reproduction assistée. Parallèlement, les femmes qui accouchent entre l'âge de 18 et 24 ans sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté

⁶ Mise à jour : depuis avril 2005, il n'est plus nécessaire d'avoir une prescription pour la pilule contraceptive d'urgence.

que les autres.

Plus de dix ans après la Commission royale d'enquête sur les techniques de reproduction, le gouvernement a finalement adopté la *Loi concernant la procréation assistée (2004)*, bien qu'après de nombreux délais. Les systèmes de réglementation, d'approbation et de surveillance prévus ne seront pas instaurés avant de nombreuses années; pourtant, on continue toujours à offrir des services dans ce domaine, dans le secteur privé principalement. L'encadrement de ces activités doit faire l'objet d'une attention beaucoup plus soutenue que maintenant.

Aujourd'hui encore, on continue à marginaliser les femmes handicapées et les lesbiennes en ce qui concerne leurs besoins en matière de sexualité et de santé génésique. On suppose souvent que les premières n'ont aucune vie sexuelle, si bien qu'on omet de leur poser des questions sur le sujet (Morris, 2001b). Les médecins font subir le test de Papanicolaou aux lesbiennes moins souvent qu'aux autres femmes, car ils supposent que les MTS ne constituent pas un risque pour ce groupe (Santé Canada, 2000, comme cité, Morris, 2001b).

IV. Recherche et évaluation

Le deuxième objectif présenté dans la *Stratégie* concerne l'amélioration des connaissances sur la santé des femmes. Un grand nombre de projets importants ont effectivement été entrepris à cet égard. En 1996-1997, Santé Canada annonçait l'adoption de sa politique ***Inclusion des femmes dans les essais cliniques***. Le but de celle-ci est d'assurer que les femmes participent aux stades préliminaires de la mise au point d'un médicament (y compris les femmes en âge de procréer), de déceler

les différences éventuelles entre hommes et femmes quant à leurs réponses au médicament et de vérifier que l'on tiendra compte de ces spécificités au moment de planifier les essais clés de la phase III. Cette politique vise en outre à recueillir des données pouvant servir à mieux renseigner les médecins et toutes les autres parties intéressées sur les caractéristiques sexospécifiques des nouveaux médicaments. Toutefois, « aucun mécanisme de surveillance systématique n'a encore été mis en place, bien qu'une telle mesure puisse être adoptée à l'avenir » (Caron, 2003, p. 53).

Le gouvernement fédéral semble hésiter à intervenir dans des dossiers qui relèvent pourtant de sa compétence, par exemple en ce qui concerne la publicité directe des médicaments au consommateur, une pratique qui enfreint les règlements en vigueur. Il n'a pas tenu compte des revendications qui lui ont été adressées en faveur de mesures visant à accroître la transparence du processus d'approbation des médicaments et à solliciter la participation accrue des citoyens et citoyennes à leur évaluation. Limiter à cinq ans les autorisations de mise en marché des nouveaux médicaments, créer des registres dans le cas de certains produits comme les implants mammaires et le Depo Provera, rendre obligatoire la notification des effets indésirables des médicaments et créer un mécanisme de surveillance post-commercialisation sont des exemples du type de mesures qui ont été préconisées.

En 2000, faisant fi des pressions exercées par les groupes de femmes en faveur de la création d'un institut de recherche sur la santé voué aux femmes, le gouvernement fédéral a établi un **Institut de la santé des femmes et des hommes (ISFH)**, affilié au réseau des Instituts de recherche en santé du

Canada (IRSC) (Greaves, Hankivsky et al. 1999). La mission de l'ISFH « consiste à appuyer la recherche sur la manière dont le sexe biologique (facteurs biologiques) et le sexe social (expériences socioculturelles) interagissent avec d'autres facteurs qui influent sur la santé pour créer des conditions et des problèmes qui sont uniques, plus répandus, plus graves ou différents pour ce qui est des facteurs de risque ou des interventions efficaces chez les femmes et les filles et les hommes et les garçons ».

De 2003 à 2004, l'ISFH a notamment accordé des subventions de recherche pour financer des propositions venant de l'un des quatre grands axes établis par les ISRC, soit la recherche biomédicale, la recherche clinique, les services de santé et la santé de la population, et s'inscrivant dans l'un des cinq domaines prioritaires suivantes : accès et équité en matière de services de santé, maladies chroniques, santé à toutes les étapes de la vie, comportements de santé et toxicomanies, environnement.

De plus, l'ISFH contribue à l'avancement professionnel des scientifiques de sexe féminin. Son budget est toutefois restreint; il sert à financer des projets stratégiques plutôt qu'à accorder des subventions générales de fonctionnement. Un comité d'examen par les pairs a été créé. Les ISRC ne se sont dotés d'aucune disposition législative à l'égard de l'analyse comparative entre les sexes, analogue à celle que l'on trouve par exemple aux États-Unis, ni de cadre stratégique pour exiger que les projets de recherche appliquent cette approche.

En 2002, un autre projet a vu le jour à Santé Canada sous la direction du Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes : il s'agit du **Projet sur les indicateurs de la santé des femmes**, dont

le but est de mettre au point, d'évaluer et de valider un ensemble d'indicateurs qui tiendraient compte des différences sociales entre les sexes et de la diversité. On cherche ainsi à améliorer les instruments de mesure de la santé des femmes et à surveiller plus étroitement l'évolution de l'état de santé des femmes. La première étape du projet a conduit à un excellent survol de la situation, qui aura permis de cerner les lacunes en matière de données sur la santé des femmes et certains indicateurs (Colman, 2003). La recherche se poursuit en vue de définir des indicateurs et de les valider. On ne sait pas encore clairement quel sera le lien entre ce projet et le travail effectué ailleurs à l'échelon fédéral ou régional.

Fruit d'une subvention accordée conjointement par l'Institut canadien d'information sur la santé et Santé Canada, le ***Rapport de surveillance de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes (2003)*** fait état des lacunes observées dans le système de surveillance de la santé des femmes; on y formule des recommandations en faveur d'un système fondé sur un ensemble diversifié de données qui servirait à « appuyer l'élaboration de systèmes de surveillance, de politiques et de programmes tenant compte de la spécificité des sexes afin d'améliorer la santé des femmes au Canada » (Caron, 2003 : p. 55). Ce rapport (Santé Canada, 2003b) met en lumière les disparités entre hommes et femmes en matière de santé, ainsi qu'entre les femmes elles-mêmes, le fardeau que doivent assumer les femmes face à la maladie chronique et la féminisation grandissante de la pauvreté, particulièrement chez les femmes seul soutien de famille et les femmes âgées seules. Tout comme dans le cas des projets sur les indicateurs, nul ne sait précisément comment les données figurant dans ce rapport novateur (qui

d'ailleurs n'a été publié qu'en ligne et que très peu diffusé) seront utilisées.

Quant au Programme de contribution pour la santé des femmes, un fonds doté de quelque deux millions de dollars, il sert à financer quatre Centres d'excellence pour la santé des femmes, le Réseau canadien pour la santé des femmes et des réseaux de recherche attentifs à la protection de la santé, à la réforme de la santé et à la santé des femmes autochtones. Ce programme original sert d'infrastructure permettant d'encadrer des projets innovateurs axés sur les besoins de la population et l'examen critique des initiatives stratégiques. Il a récemment été reconduit jusqu'en mars 2008.

Élaborée conjointement par l'ancien Conseil de recherches médicales (CRM), le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG) et le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH), l'**Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains** renferme deux sections importantes concernant la recherche en santé des femmes. On insiste d'abord sur l'importance de répartir équitablement les avantages et les fardeaux de la recherche dans l'introduction au chapitre 5, et, dans la partie B du même chapitre, la règle 5.2 stipule que « Les femmes ne seront pas automatiquement exclues des projets de recherche uniquement pour des raisons liées à leur sexe ou à leur capacité de reproduction ». Cette politique n'a fait l'objet d'aucune évaluation formelle ou informelle jusqu'à présent (Caron, 2003). Enfin, **Condition féminine Canada** a créé un Fonds de recherche en matière de politiques, qui sert à financer des projets autonomes traitant de questions d'égalité entre les sexes. Ce fonds joue un rôle fondamental dans l'avancement des

connaissances sur les liens entre santé des femmes et déterminants sociaux.

Dans l'ensemble, des progrès considérables ont été accomplis au cours des cinq dernières années dans le domaine de la recherche sur la santé des femmes. Toutefois, les défis à relever restent nombreux.

En premier lieu, nous constatons qu'en dépit de l'accroissement des données probantes, on continue à marginaliser les besoins des femmes.

En deuxième lieu, aucun mécanisme officiel n'a été instauré pour exiger l'intégration de l'ACS à la recherche en santé.

En troisième lieu, nous observons qu'en ce qui concerne les carrières en sciences et en médecine, les femmes sont sous-représentées.

En quatrième lieu, les indicateurs de santé définis à ce jour sont inadéquats et reposent sur une conceptualisation étroite, car ils « ne reflètent ni les préoccupations spécifiques des femmes en matière de santé (en dehors de la santé génésique), ni la place centrale que celles-ci occupent au sein du système de santé, tant à titre de bénéficiaires que de prestataires des soins » (CCFRS, 2003).

De plus, comme le souligne Colman (2003) avec justesse, définir des indicateurs ne se limite pas « à dresser une simple liste des différences entre hommes et femmes concernant les déterminants de santé, l'état de santé et l'influence des différents facteurs. Il s'agit plutôt d'analyser les rôles sociaux dévolus à chaque sexe, le contexte socioculturel, les rapports économiques et de pouvoir, les préjugés de nature structurelle et systémique et la diversité (y compris les circonstances particulières que

vivent les femmes autochtones, immigrantes, des minorités visibles ou handicapées) » (p. xiv). La nécessité d'élargir comment on définit ces indicateurs est appuyée par l'inaction face à la féminisation croissante de la pauvreté qui touche notamment les mères seul soutien de famille et les femmes âgées seules.

Le manque de mesures de soutien du revenu et de logements sécuritaires engendre des répercussions appréciables sur l'état de santé, mais il n'existe aucun programme de santé publique pour tenter de s'attaquer à ces problèmes. À l'exception du Québec, où l'on a adopté une loi qui oblige le gouvernement à réduire la pauvreté et à atteindre l'équité en matière de revenu (la Loi 112), on ne trouve aucune mesure systématique pour éliminer les inégalités en matière de santé et de revenu. Même s'il a été question d'« évaluation des effets des politiques et des programmes sur la santé », aucune compétence n'a encore entrepris d'examen de ce type.

En cinquième lieu, on observe que les scientifiques continuent de s'en tenir à leurs domaines de spécialité respectifs; leurs recherches donnent lieu à peu d'échanges féconds entre les différentes perspectives. Les effets discriminatoires des programmes de recherche (p. ex. l'essentialisme biologique, l'indifférence aux sexes) persistent. Qui plus est, on continue à exclure les parties susceptibles de faire bénéficier la société de leur expérience directe – les ONG, les militantes et les femmes elles-mêmes – en leur refusant la possibilité d'influencer les programmes et l'établissement des priorités en matière de recherche et de contribuer à l'élaboration des outils de surveillance et d'évaluation. En effet, les fonds dont disposent les associations bénévoles ne cessent de s'effriter, et ce, en dépit de l'Initiative du

secteur bénévole, un programme qui était censé les aider à accroître leur capacité pour qu'ils participent plus activement aux décisions en matière de santé.

Recommandations et suggestions :

1. Accroître les mécanismes de reddition de comptes touchant la mise en œuvre des ententes internationales dans toutes les compétences intéressées (fédérale, provinciale, territoriale et municipale).
2. Adopter une loi fédérale entérinant la création d'un Bureau pour la santé des femmes⁷, qui permettrait de consolider l'engagement de l'État en faveur de la santé des femmes et de la recherche sur ce thème.
3. Accroître le financement accordé au Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes de même qu'aux sections, directions et bureaux ayant une responsabilité dans ce dossier.
4. Renouveler et renforcer la *Stratégie pour la santé des femmes*. La démarche doit s'appuyer sur des consultations régionales auxquelles seront conviées toutes les parties intéressées. La nouvelle *Stratégie* doit renfermer des priorités et des objectifs concrets en matière de santé. Vu la complexité des dossiers, il est essentiel de doter un

⁷ Aux États-Unis, une loi intitulée « Women's Health Office Act » a été déposée; si elle est adoptée, elle mènera à l'établissement permanent et au financement adéquat de bureaux et de postes chargés du dossier de la santé des femmes au sein des cinq organismes fédéraux suivants : le Department of Health and Human Services (HHS); le Centers for Disease Control and Prevention (CDC); l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); la Health Resources and Services Administration (HRSA) et la Food and Drug Administration (FDA).

programme de contribution pour financer adéquatement la recherche, les communications, l'éducation, la formulation de politiques et les activités d'approche. Ce programme concernerait également les projets d'envergure nationale, les projets axés sur la population et les projets provinciaux. Actuellement, le Programme de contribution pour la santé des femmes, un des éléments clés de la *Stratégie*, est financé à hauteur de 2,2 millions \$ par année. À titre de point de comparaison, le financement accordé à la lutte contre le VIH/sida passera graduellement de 42,2 millions \$ en 2004 à 84,4 millions \$ en 2008-2009.

5. Continuer à implanter l'ACS dans le secteur de la santé, tout en cherchant des moyens d'améliorer les approches et les méthodes actuelles en matière de mise en œuvre et d'évaluation. Ajouter une exigence relative à l'ACS à l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement de la santé (2003). Établir un comité fédéral-provincial-territorial chargé de dynamiser la mise en œuvre de l'ACS et de modèles de soins sexospécifiques. L'ACS doit explicitement être citée comme exigence au sein des ministères de la Santé de tous les ordres de gouvernement. Il faut investir des ressources suffisantes pour favoriser son implantation et renforcer les capacités chez les décisionnaires. Il faut aussi améliorer la coordination entre les différents ordres de gouvernement, ainsi qu'entre la société civile et ces derniers.
6. Publier un rapport annuel sur la santé des femmes semblable à celui que prépare aux États-Unis le Bureau de santé des femmes de la Human Resources and Services Administration. Ce bureau recense des données actuelles

et historiques sur les problèmes de santé touchant les femmes, leurs familles et leur milieu, que consultent les décisionnaires de tous les ordres de gouvernement.

7. Voici quelques conseils précis visant à améliorer la *Stratégie pour la santé des femmes* :

- Dans sa formulation présente, la *Stratégie pour la santé des femmes* ne fait aucune mention du **contexte néolibéral mondial** actuel et de ses répercussions éventuelles sur la mise en œuvre de l'ACS et d'objectifs connexes en matière de santé des femmes. La privatisation des soins de santé, les autres types de réformes (p. ex. limitation de l'apport de la population dans les décisions touchant la santé) et la déréglementation qui accompagnent les accords de libre-échange minent l'autonomie des pays à l'égard de leur système de santé. Il devient de plus en plus difficile de défendre les structures actuelles en raison des pressions internationales en faveur d'une réduction des dépenses publiques. Cette évolution entraîne des conséquences particulières pour les femmes en tant que prestataires de soins de santé et en tant que patientes; il faut approfondir l'analyse de ces effets et y réagir.
- Bien que la *Stratégie* reconnaisse l'importance d'une **approche fondée sur les déterminants sociaux**, il faudra s'efforcer d'élaborer une perspective intersectorielle pour lier les politiques sociales, économiques et sanitaires ainsi que les facteurs influant sur la vie des femmes au sein de leur milieu. La féminisation de la pauvreté et les contraintes de temps de plus en plus exigeantes que subissent les femmes

sont le fruit de politiques et de programmes qui n'ont pas su tenir compte de leurs besoins. Il faudra redoubler d'effort pour réduire les disparités et s'attaquer aux facteurs qui les engendrent (de nature économique, sociale, politiques et environnementale) (Labonté, 1997). On peut accomplir ceci en établissant des programmes visant à corriger les inégalités de revenu et à lutter contre l'exclusion sociale, ainsi qu'en faisant des évaluations des impacts sur la santé un instrument clé des processus décisionnels au sein du gouvernement.

- Bien que, globalement, la *Stratégie* défende l'égalité des sexes en matière de santé, il faut que tous les objectifs et les engagements qu'elle renferme intègrent **l'analyse comparative entre les sexes (ACS)**. De plus, la *Stratégie* doit obliger toutes les divisions de Santé Canada à participer de manière égale à la mise en œuvre de l'ACS. Cette responsabilité n'incombe pas uniquement au Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes. Il faudra effectuer une surveillance efficace et procéder régulièrement à des évaluations pertinentes. On ne peut remédier aux disparités en matière de santé que si l'on admet leur existence. En outre, les efforts de mise en œuvre de l'ACS doivent s'étendre à d'autres volets de la politique gouvernementale et les décisionnaires reconnaître la pertinence et l'utilité de cette approche dans l'élaboration des programmes. L'ACS ne constitue pas une fin en soi; il s'agit plutôt d'un outil, qui demande à être appliqué. Il faudra aussi renforcer la capacité de suivre l'évolution des projets ACS au sein de la collectivité.
- Il faut adopter une approche qui

permette d'envisager les questions de santé dans leurs pleines dimensions sociale, spirituelle et culturelle. On ne peut accéder à cette analyse qu'en consultant les intéressées elles-mêmes et en prenant connaissance de leurs priorités en matière de santé.

Conformément aux conclusions tirées d'une consultation nationale tenue récemment (RIWC, 2005), il faut « approfondir les questions jugées prioritaires par de nombreuses femmes canadiennes en matière de santé, p. ex. la pauvreté et le principe de l'équité ». À cet égard, **les modèles de soins sexospécifiques** peuvent s'avérer utiles. En voici un excellent exemple; il a été mis au point par le Vancouver/Richmond Health Board (2000). Le cadre proposé comporte douze volets : besoin d'être respectée et en sécurité; importance du renforcement de l'autonomie; participation des femmes; environnement de travail axé sur la collaboration et l'intégration; préférences des femmes en matière de modèles de prestation des soins; modèles féminins de communication et d'interaction; besoin d'être informée; modèles féminins en matière de prise de décision, de collecte de données, de recherche et d'évaluation sexospécifiques; formation soucieuse de l'équité entre les sexes et préoccupations liées à la justice sociale.

- Même si la *Stratégie pour la santé des femmes* traduit une sensibilité au problème de la **diversité**, dans sa formulation actuelle, le document ne tient pas suffisamment compte de cet aspect et des disparités entre les femmes en matière de santé : femmes démunies, femmes handicapées (physiquement ou intellectuellement), femmes autochtones, femmes âgées,

immigrantes, réfugiées, femmes racisées. En règle générale, il faut prêter une attention plus grande non seulement à la question des rapports sociaux entre les sexes, mais aussi au rôle que jouent les autres formes de discrimination et d'oppression. En outre, les arguments choisis pour illustrer l'importance de cette problématique doivent éviter de succomber au réductionnisme associé aux explications de nature biomédicale; en effet, celles-ci tendent à minimiser la portée des différences entre les femmes et à leur appliquer un seul et unique modèle (Weisman, 1997).

- Dans tous les domaines de recherche scientifique en santé, il faut améliorer la communication entre chercheurs et chercheuses de manière à encourager les orientations suivantes : projets inter et transdisciplinaires; approches combinant les méthodes; participation des ONG, des groupes de femmes et des consommatrices à l'établissement des priorités de recherche. Il faut aussi nourrir une conception élargie de la santé des femmes et choisir des méthodes valides qui permettront d'évaluer et de surveiller l'état de santé de toutes les Canadiennes et, en dernière analyse, de l'améliorer. Il faut aussi accorder une plus grande place aux connaissances scientifiques et traditionnelles non occidentales, notamment les perspectives, pratiques et croyances autochtones (médecine parallèle).
- Quelle que soit la stratégie choisie, il faut veiller à ce qu'elle offre un cadre souple et dynamique, qui permettra de cerner les nouvelles problématiques, de les analyser, d'y réagir et de leur accorder la priorité. Cette stratégie devra être assortie de ressources suffisantes

pour toutes les divisions de Santé Canada et pour les ministères concernés de tous les ordres de gouvernement. Il faudra mettre en place des mécanismes utiles pour évaluer les progrès et suivre l'évolution de ce dossier.

Manifestement, il était opportun, dans le cadre de cet exercice d'évaluation de la réponse du Canada aux engagements les assortissant de réels moyens politiques et financiers. En particulier, il doit renouveler sa *Stratégie pour la santé des femmes* de manière à adapter son action aux innombrables questions soulevées dans le présent rapport : manquements en matière d'analyse comparative entre les sexes, de services de santé, de prévention,

internationaux, notamment en ce qui a trait à la Plateforme d'action élaborée à Beijing et aux textes issus de la vingt-troisième séance extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (ONU, 2000a), de dresser un bilan des progrès accomplis en matière de santé des femmes. Malgré certaines améliorations, un constat s'impose : le Canada doit renforcer ses engagements en

de recherche et d'évaluation. Si l'on veut améliorer les soins dispensés aux femmes et leur qualité de vie et favoriser l'égalité entre les sexes, envisager la problématique hommes-femmes dans toute sa complexité, en lien avec tous les déterminants sociaux en jeu, reste encore et toujours une condition essentielle.

BIBLIOGRAPHIE

Alliance canadienne féministe pour l'action internationale. *Une décennie de reculs : Le Canada de l'après-Beijing*, rapport rédigé par S. Day et N. McMullen en réponse au *Questionnaire sur la mise en œuvre du programme d'action de Beijing (1995) et des textes issus de la vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (2000)*, novembre 2005. www.fafia-afai.org/fproj/b10/b10_0105.php

Association canadienne pour la santé mentale. *Women and Mental Illness*, février 2003. www.ontario.cmha.ca/content/about_mental_illness/women.asp?cID=3974

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (ANAC). *Table ronde autochtone sur la santé sexuelle et génésique en vue du bilan quinquennal de la conférence internationale sur la population et le développement (le Caire+5)*, Ottawa, Ontario, Canada, 21-22 février 1999. Préparé à la demande de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada par Madeleine Dion Stout et Gregory D. Kipling, juin 1999. www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/develop/1999_health-sante-sex-int-conf/index_f.html

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (ANAC). *HIV/AIDS and Its Impact on Aboriginal Women in Canada*. Ottawa, Santé Canada, 1996.

Baird, P., G. Jantzen, B.M. Knoppers, S.E.M. McCutcheon, et S.R. Scorsone. *Un virage à prendre en douceur : Rapport final de la Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction (vol. 1 et 2)*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1993.

Batt, S. *La prévention de la maladie. Les médicaments sont-ils la solution ?* Action pour la protection de la santé des femmes en collaboration avec DES Action Canada, série *Protéger notre santé : les nouveaux enjeux*, 2002. www.whp-apsf.ca/fr/documents/pills_prevent.html *

Bent, K. et Anishinaabe Ik-We Mino-Aie-Win. *Aboriginal Women's Health Issues: A Holistic Perspective on Wellness*, University of Athabasca, MAIS 701-702 Final Projects, 2004.

Campbell, J. C., J. Kub, R.A. Belknap et T. Templin. « Predictors of depression in battered women », *Violence Against Women*, n° 3 (1997), p. 271-293.

Campbell, J.C. et K.L. Soeken. « Forced sex and intimate partner violence: Effects on women's risk and women's health », *Journal of Interpersonal Violence*, n° 5 (1999), p. 1017-1035.

CARAL. *Abortion in Canada Today: The Situation Province by Province*, June 2003.

Caron, J. *Rapport sur les politiques gouvernementales en matière de recherche en santé favorisant la prise en compte des différences selon le sexe et le genre*, préparé pour l'Institut de la santé des femmes et des hommes, février 2003. www.cihr-irsc.gc.ca/f/25499.html

Cascardi, M., K.D. O'Leary et K.A. Schlee. « Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women », *Family Violence*, vol. 14, n° 3 (1999), p. 227-250.

Colman, R. GPI Atlantic. *A Profile of Women's Health Indicators in Canada*, juillet 2003. www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/women-femmes/indicators-indicateurs_f.html *

Combes-Orme, T. « Health effects of adolescent pregnancy: Implications for social workers », *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, vol. 74, n° 6 (1993), p. 344-54.

Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé (CCFRS). (Pat Armstrong, Madeline Boscoe, Barbara Clow, Karen Grant, Ann Pederson et Kay Willson, en collaboration avec Olena Hankivsky, Beth Jackson et Marina Morrow). *Une étude du Rapport Romanow : Une étude du rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada et son incidence sur les femmes*, version révisée et mise à jour, avril 2003. www.cewh-cesf.ca/reformesante/publications/reforme.html *

Condition féminine Canada. *Analyse comparative entre les sexes : guide d'élaboration de politiques*, 1998. www.cfc-swc.gc.ca/pubs/gbguide/gbguide_f.html

Condition féminine Canada. *À l'aube du XXI^e siècle : plan fédéral pour l'égalité entre les sexes*, 1995. www.cfc-swc.gc.ca/pubs/066261951X/index_f.html

Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale. *La santé rurale aux mains des communautés rurales, Orientations stratégiques pour les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones*, rédigé pour le compte de Santé Canada, novembre 2002. www.phac-aspc.gc.ca/rh-sr/rural_hands-mains_rurales_f.html

Day, T. *The Health Related Costs of Violence Against Women in Canada*, Centre de recherche sur la violence faite aux femmes et aux enfants, 1995. www.crvawc.ca/research_crvawcpubs.htm

Donner, Lissa et Ann Pederson. *Les femmes et la Réforme des soins de santé primaires : document de travail*. Préparé pour l'Atelier national sur les Femmes et les soins de santé primaires, 5-7 février 2004, Winnipeg, Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé, 2004. www.cewh-cesf.ca/reformesante/publications/reforme.html

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, Santé Canada. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes, Annexes techniques*, préparé en vue de la rencontre des ministres de la Santé, Toronto, 1996.

Gerlock, A.A. « Health impact of domestic violence », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 20, n° 4 (1999), p. 373-385.

Gielen, A. C., L. Fogarty, P. O'Campo, J. Anderson, J. Keller, et R. Faden. « Women living with HIV: Disclosure, violence, and social support », *Journal of Urban Health*, vol. 77, n° 3 (2000), p. 480-491.

Gill, C. J. « The last sisters: Disabled women's health », dans S.B. Ruzek, V. Olesen et A. Clarke (dir.), *Women's Health: Complexities and Differences*, Columbus, Ohio State University Press, 2000.

Greaves, L. et V. J. Barr. *Filtered Policy: Women and Tobacco in Canada*, Vancouver, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, 1999.*

Greaves, L., O. Hankivsky et al. *CIHR 2000: Sex, Gender and Women's Health*. Vancouver, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, 1999.*

Greaves, L., O. Hankivsky, et J. Kingston-Riechers. *Selected Estimates of the Costs of Violence Against Women*. London (Ontario), Centre de recherche sur la violence faite aux femmes et aux enfants, 1995.*

Hankivsky, O. « Gender Mainstreaming in the Canadian Context: 'One Step Forward and Two Steps Back' », dans M. Orsini et M. Smith (dir.), *New Directions in Canadian Public Policy*, Vancouver, University of British Columbia Press, 2005a.

Hankivsky, O. « Gender Based Analysis and Health Policy: The Need to Rethink Outdated Strategies », dans *Women's Health in Canada: Critical Theory, Policy and Practice*, Toronto, University of Toronto Press (lié par contrat), 2005b.

Hankivsky, O. « Gender mainstreaming vs. diversity mainstreaming: A preliminary examination of the role and transformative potential of feminist theory », *Canadian Journal of Political Science* (à paraître), 2005c.

Hannan, Carolyn, directrice de la Division de la promotion de la femme [de l'ONU]. Présentation dans le cadre de la campagne Beijing +10 sur les lois discriminatoires et la mise en oeuvre du Programme d'action de Beijing, sous les auspices de Égalité maintenant, le 9 Septembre 2004, à Bangkok, en Thaïlande. Disponible en anglais à : www.un.org/womenwatch/daw/news/statements04.htm

Heise, L. et M.G. Ellsberg. *Ending Violence Against Women, Population Reports* (Series L, n° 11). Baltimore, Maryland, John Hopkins University School of Public Health Population Information Program, 1999.

Herman, J. *Trauma and Recovery*. New York, HarperCollins, 1992.

Immigrant, Refugee, and Visible Minority Women of Saskatchewan. *Post Traumatic Stress Disorder: The Lived Experience of Immigrant, Refugee, and Visible Minority Women*, Regina, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies, 2001.

Disponible en anglais à : www.pwhce.ca/postTraumaticStress.htm *

Initiative de partenariats en action communautaire (IPAC). *Best Practices for Working with Homeless Immigrants and Refugees. A Community-Based Action-Research Project. Phase I: Research. Executive Summary*, 2003. Disponible en anglais à :

http://atwork.settlement.org/downloads/BP_Executive_Summary.pdf

Institut de la santé des femmes et des hommes. *Intégrer les concepts de sexe biologique et de genre à la recherche en santé*, 27 février-1^{er} mars 2003, rapport final, printemps 2004.

Kinnon, D. « The Birth Control Gap », dans E. Dua, M. Fitzgerald, L. Gardner, D. Taylor et L. Wyndels (dir.), *On Women Healthsharing*, Toronto, Women's Press, 1994, p. 155-160.

Labonte, R. "The population health/health promotion debate in Canada: The politics of explanation, economics, and action." *Critical Public Health*, n° 7 (1997), p. 7-27.

Martin, S.L., L.S. Matza, L.L. Kupper, J.C. Thomas, M. Daly et S. Cloutier. « Domestic violence and sexually transmitted diseases: The experience of prenatal care patients », *Public Health Reports*, vol. 114, n° 3 (1999), p. 262-268.

McCulla, K. *Women and Tobacco*, 2002.

www.niichro.com/Tobacco%202002/tob02_7.html

Morris, M. *Gender Sensitive Home and Community Care and Caregiving Research: A Synthesis Paper*. Rédigé à la demande du Bureau pour la santé des femmes, 2001a.

Disponible en anglais à : www.cewh-cesf.ca/healthreform/publications/homecare.html *

Morris, M., assistée de R. Sohn pour le chapitre sur les ressources. *Feuillelet d'information Femmes, santé et action*, Ottawa, l'ICREF, juillet 2001b.

http://www.criaw-icref.ca/factSheets/health_f.htm

Morrow, M. *Mainstreaming Women's Mental Health: Building a Canadian Strategy*. Vancouver, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, 2003.*

Morrow, M., O. Hankivsky et C. Varcoe. « Women and violence: The effects of dismantling the welfare state », *Critical Social Policy*, vol. 24, n° 3 (2004), p. 358-384. *

Morrow, M. et M. Chappell. « 'Hearing Voices': Mental Health Care for Women ». Vancouver, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, 1999.*

Mouton, C. P., S. Rovi, K. Furniss et N.L. Lasser. « The associations between health and domestic violence in older women: Results of a pilot study », *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, vol. 8, n° 9 (1999), p. 1173-1179.

Organisation des Nations Unies (ONU). *Beijing and Beyond*, New York, Division de la promotion de la femme de l'ONU, 2001.

Organisation des Nations Unies (ONU). *Further Actions and Initiatives to Implement the Beijing Declaration and Platform for Action (Outcome Document)*, New York, 2000a.
Disponible en anglais à : www.un.org/womenwatch/daw/followup/reports.htm

Organisation des Nations Unies (ONU). *Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)*, New York, 2000b.
www.un.org/french/millenniumgoals

Organisation des Nations Unies (ONU). *Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes*, New York, 1996.
www.un.org/womenwatch/confer/beijing/reports

Rankin, P. L. et J. Vickers. « Women's Movements and State Feminism: Integrating Diversity into Public Policy », dans A. Prince et S. Silva Wayne (dir.), *Feminisms and Womanisms*, Toronto, Women's Press, 2004.

Réponse du Canada à l'ONU, juin 2004.
www.un.org/womenwatch/daw/Review/responses/CANADA-french.pdf

Réseau juridique canadien VIH-sida. *Les détenues et le VIH/sida*, 2004.
www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons/f-revprison10.pdf

Rhodes, A. E. et al., « Gender and outpatient mental health service use », *Social Science and Medicine*, n° 54, p. 1-10.

Riverdale Immigrant Women's Centre. *Diverse Canadian Women's Health Priorities: A Report for the Organizing Committee of the 10th International Women's Health Meeting*, Bangladesh, janvier 2005.

Romanow, R. *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada* Saskatoon, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/index1.html

Santé Canada. *Les femmes et le VIH/sida au Canada*, 2004.
www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/faits/faits_sida.htm

Santé Canada. *Exploration de concepts liés à la santé et au sexe social*. Rédigé par Ann Pederson, Olena Hankivsky, Marina Morrow et Lorraine Greaves, juin 2003a.
www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/conceptexplorant.htm*

Santé Canada. *2003-2004 Budget des dépenses. Partie III - Rapport sur les plans et les priorités*, 2003b. www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/20032004/HLTH-SANT/HLTH-SANTr34_f.asp

Santé Canada. *Rapport de surveillance de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes*, Ottawa, Initiative sur la santé de la population canadienne, Institut canadien d'information sur la santé, 2003c.

Santé Canada. « La promotion de la santé – Efficace ? », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé?*, vol. 1, n° 3, 2002a.
www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rps/bull/2002-3-promotion/index_f.html

Santé Canada. *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, 2002b.

Santé Canada. *La politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes*, 2000a. www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/analyse_comp.htm

Santé Canada. *Health Issues Snapshots*. Ottawa, Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada, 2000b.

Santé Canada. *Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada*, 1999a.
www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/women-femmes/index_f.html

Santé Canada. *Un compte-rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*, 1999b.
www.hc-sc.gc.ca/hppb/hss/pubs/rapport/index.html

Santé Canada. *Les femmes et le tabac*, 1999c.
www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/faits/faits_tabac.htm

Santé Canada. *Les femmes et la santé sexuelle et génésique*, 1999d.
www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/faits/faits_sexuelle.htm

Santé Canada. *Les immigrantes et la toxicomanie : problèmes courants, programmes et recommandations*, 1996.
www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/drugs-drogues/immigrants-immigrantes/index_f.html

Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale et bien-être*, 2003 (82-617-XIE)
www.statcan.ca:8096/bsolc/francais/bsolc?catno=82-617-X&CHROPG=1

Sutherns, R., M. McPhedran et M. Haworth-Brockman. *Rapport sommaire. La santé des femmes en milieu rural, éloigné et nordique. Orientations en matière de politiques et de recherche*, Winnipeg, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies, juin 2004. www.pwhce.ca/ruralAndRemoteF.htm *

Teghtsoonian, K. « Gendering policy analysis in the Government of British Columbia: Strategies, possibilities and constraints », *Studies in Political Economy*, n° 61 (2000), p. 105-127.

Turner R.J., C.F. Grindstaff, N. Phillips. « Social support and outcome in teenage pregnancy », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 31, n° 1 (1990), p. 43-57.

Vancouver/Richmond Health Board. *A Framework for Women-Centered Health*, Vancouver, V/RHB, juin 2000. Disponible en anglais à : www.vch.ca/ce/docs/00_01_Womens_Health.pdf

Vissandjée B., M. Desmeules, Z. Cao, S. Abdool, et A. Kazanjian. « Integrating Ethnicity and Migration As Determinants of Canadian Women's Health », *BMC Women's Health*, 2004. Disponible en anglais à : www.biomedcentral.com/1472-6874/4/S1/S32

Weibe, R. et P. Keirstead. *Surviving on Hope is Not Enough: Women's Health, Poverty, Justice and Income Support in Manitoba*, Winnipeg, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies, 2004. Disponible en anglais à : www.pwhce.ca/survivingOnHope.htm

Weisman, C.S. « Changing definitions of women's health: Implications for health care and policy », *Maternal and Child Health Journal*, vol. 1, n° 3 (1997), p. 179-189.

Wendell, S. « Unhealthy disabled: Treating chronic illnesses as disabilities », *Hypatia*, vol. 16, n° 4 (2001), p. 17-33.

Women's Health in Women's Hands, Déclaration prononcée à l'occasion de la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée, Durban, Afrique du Sud, 31 août au 7 septembre 2001. Présentée par Eunadie Johnson, directrice générale de l'association.

Yalnizyan, A. et al. *L'engagement du Canada envers l'égalité : une analyse des sexospécificités des dix derniers budgets fédéraux (1995 - 2004)*, Ottawa, Alliance canadienne féministe pour l'action internationale, 2004. www.fafia-afai.org/fproj/gb/comeq.php

Yodanis, C., A. Godenzi et E. Stanko, « The benefits of studying costs: A review and agenda for studies on the economic costs of violence against women », *Policy Studies*, vol. 21, n° 3 (2000), p. 263-276.

Zierler, S. « Hitting hard: HIV and violence against women », dans N. Goldstein et J. L. Manlowe (dir.), *The Gender Politics of HIV/AIDS in Women: Perspectives on the Pandemic in the United States*, New York, New York University Press, 1997.

* Financé par le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes à Santé Canada.