

printemps/été 2002

volume 5

numéro 2/3

5,50 \$

# le réseau

canadien pour la santé des femmes

**Soins à domicile : un appel à l'action**

**Débats sur les soins de santé : un guide pour les femmes**

La réforme de la santé continue d'alimenter les nouvelles, comme c'est le cas pour la Commission Romanow, qui a pour mandat de définir une vision d'avenir pour le système de soins de santé au Canada. La présente livraison de *Réseau* fait ressortir certains problèmes laissés dans l'ombre, et auxquels les femmes doivent prêter attention – pour comprendre, par exemple, « Pourquoi la question d'un Programme national de soins à domicile touche-t-elle les femmes? ». Notre numéro comprend également le très utile « Débats sur les soins de santé : Un guide pour les femmes ». Nous vous invitons à en faire des copies et à les distribuer à vos proches, amies et collègues. Ou encore, envoyez-nous les coordonnées des personnes intéressées à l'obtenir et nous leur enverrons un exemplaire du présent numéro. Utilisez-le pour poser des questions et faire connaître votre point de vue!

**Éditrice :** Jean Ann Lowry  
**Éditrice adjointe et Responsable de la production :** Susan White  
**Conception et mise en page :** Folio Design  
**Traduction :** Intersigne  
**Correction :** Jeff Staflund  
**Abonnements :** Léonie Lafontaine; admin@cwhn.ca  
**Comité consultatif :** Maria Barile, Madeline Boscoe, Anne Rochon Ford, Martha Muzychka

**Le Réseau/Network** est publié en anglais et en français quatre fois par an par le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF). Une partie des articles qui paraissent dans *Network/Le Réseau* sont également disponibles par le biais du site Web du RCSF : <http://www.rcsf.ca>

Pour vous abonner, consultez l'information ci-jointe, ou communiquez avec nous à l'adresse indiquée ci-après. Les anciens numéros sont disponibles au coût de 5 \$ chacun. On peut devenir membre du RCSF à titre individuel (au coût de 10 \$) ou en tant qu'organisme (au coût de 20 \$ pour les groupes de plus de 50 membres, et de 10 \$ pour les autres groupes). Le RCSF s'engage à être accessible à toutes sans égard au revenu individuel. Nous offrons des tarifs qui peuvent être ajustés à la situation de chacune. Veuillez communiquer avec nous pour de plus amples renseignements à ce sujet. Nous vous invitons à nous faire part de vos idées et de vos suggestions d'articles. Pour toute demande de renseignements ou pour obtenir de l'information sur les ressources, de même que pour toute correspondance liée aux abonnements ou au courrier non distribuable, veuillez nous joindre à l'adresse suivante :

**Le Réseau/Network**  
 Réseau canadien pour la santé des femmes  
 419, avenue Graham, bureau 203  
 Winnipeg (Manitoba) Canada R3C 0M3  
 Tél. : (204) 942-5500  
 Téléc. : (204) 989-2355  
 ATS (seulement) à Winnipeg : 942-2806  
 ATS sans frais : 1 866 694-6367  
 Courriel : cwhn@cwhn.ca  
 Numéro sans frais : 1 888 818-9172  
 Numéro de convention : 40036219

**Effectifs du RCSF**  
**Directrice exécutive :** Madeline Boscoe  
**Directrice exécutive adjointe :** Susan White  
**Directrice de communications :** Kathleen O'Grady  
**Coordonnatrice du site Web :** Ghislaine Alleyne  
**Coordonnatrice des services administratifs :** Léonie Lafontaine  
**Coordonnatrice du centre de documentation :** Barbara Bourrier-LaCroix  
**Commis aux ressources :** Siobhan Kari  
**Éducatrices en santé communautaire du RCS :** Alex Merrill, Manon Sabourin  
**Coordonnatrice des liaisons :** Mona Dupré-Olinik  
**Bibliotechnicienne :** Charlene Jones

Les opinions exprimées par nos collaboratrices sont personnelles et ne représentent pas nécessairement le point de vue du Réseau canadien pour la santé des femmes, de ses bailleurs de fonds ou de ses membres.

Dans ce bulletin, le féminin est utilisé comme représentant des deux sexes dans le but d'alléger les articles.

Le Réseau canadien pour la santé des femmes tient à remercier les instances du programme de Centres d'excellence pour la santé des femmes, du Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada, de leur soutien financier, ainsi que les personnes et les groupes qui contribuent par leur travail et par leurs dons à consolider le Réseau.

Envoi et impression effectués par des travailleuses syndiquées. Imprimé sur papier recyclé par Winnipeg Sun Commercial Print Division.

- 3 Soins à domicile : un appel à l'action
- 5 Programme national de soins à domicile : une préoccupation pour les femmes
- 8 La privatisation des soins de santé : les femmes paient cher
- 11 Débats sur les soins de santé : un guide pour les femmes
- 18 L'institut de la santé des femmes et des hommes : regard sur une année
- 20 Les nouveaux projets de recherche des Centres d'excellence
- 26 Points d'intérêt : rapports et publications
- 27 Points d'intérêt : nouvelles

## Bonne nouvelle! Le fédéral renouvelle le financement pour la recherche sur la santé des femmes!

En février 2002, les Centres d'excellence pour la santé des femmes ont reçu la merveilleuse nouvelle selon laquelle Santé Canada renouvelait leur financement pendant une autre période de six ans, de 2002 à 2008. Santé Canada, par le biais du Bureau pour la santé des femmes, a initialement financé le programme pendant six ans, à partir de 1996. Le programme comporte plusieurs volets, soit les Centres d'excellence, le Réseau canadien pour la santé des femmes, et un éventail d'initiatives nationales menées en collaboration. Le principal objectif du programme est de fournir de l'information pouvant servir à l'élaboration de politiques et réduire les lacunes quant aux connaissances sur les rapports sociaux entre les sexes et les déterminants de la santé, notamment les déterminants sociaux. Situés à Halifax, Toronto, Winnipeg et Vancouver, les Centres sont des organismes multidisciplinaires et fonctionnent en partenariat avec les chercheurs universitaires, les organisations communautaires et les décisionnaires. Le Réseau canadien pour la santé des femmes est responsable du réseautage et des communications à l'échelle pancanadienne.

# Toutes les preuves sont là... *le temps est venu d'agir dans* LE DOSSIER DES SOINS À DOMICILE

PAR PAT ARMSTRONG

DANS LE PASSÉ, LORSQU'UN ANTHROPOLOGUE APPROCHAIT UNE TRIBU DES PREMIÈRES NATIONS AFIN DE DOCUMENTER, PAR EXEMPLE, UNE CÉRÉMONIE, IL ARRIVAIT QUELQUEFOIS QUE DE FAUSSES INFORMATIONS ÉTAIENT DONNÉES. SI LE CHERCHEUR OUBLIAIT DE « PAYER » POUR LES CONNAISSANCES OFFERTES, IL RISQUAIT DE SE PLACER ET DE PLACER LE DONNEUR D'INFORMATION DANS UNE SITUATION COMPROMETTANTE. EN CRI, LE TERME *pastahow* FAIT RÉFÉRENCE AU TORT SPIRITUEL OU À LA « DETTE » QUI SERAIT TRANSMISE À LA PARENTÉ ET AUX GÉNÉRATIONS FUTURES DU DONNEUR OU DU RECEVEUR DE CETTE CONNAISSANCE, SI LE PAIEMENT APPROPRIÉ N'ÉTAIT PAS EFFECTUÉ. SI VOUS PRENEZ QUELQUE CHOSE DE QUELQU'UN, VOUS DEVEZ DONNER QUELQUE CHOSE EN RETOUR AFIN DE GARDER LA VIE EN ÉQUILIBRE. DE CETTE FAÇON, TOUTE CONNAISSANCE EST UNE CONNAISSANCE SPIRITUELLE.

Près de cinq ans après que la dernière commission d'enquête sur les soins de santé eut recommandé que le gouvernement fédéral et les provinces établissent de toute urgence un programme de soins à domicile à l'échelle de tout le pays, les Canadiennes et les Canadiens attendent toujours.

Trop de citoyens, des femmes pour la plupart, ne savent plus où se tourner quand un de leurs proches n'est plus en mesure de veiller à ses propres besoins ou lorsque leur enfant atteint d'une déficience exige des soins qui les mobilisent 24 par jour, 7 jours par semaine, 365 jours par année – à l'image même du monde du travail. Peu apprécié, non rémunéré et accompli sans presque aucun appui extérieur ni formation, le travail de prestation des soins s'alourdit d'année en année pour celles le prennent en charge.

Même si tous admettent l'existence du problème et s'entendent sur le besoin d'adopter une solution, à ce jour, rien n'a encore été fait. Comment expliquer ce délai?

Peut-être n'avons-nous pas suffisamment de données de recherche en main pour soutenir l'évolution vers les soins à domicile? Bien au contraire. Nous en savons plus long sur les soins à domicile et les conséquences de l'absence de véritable programme en cette matière que sur bien des choses sur lesquelles les gouvernements dépensent des millions de dollars.

Des centaines d'études et de rapports de recherche ont été publiés. Des dizaines d'enquêtes, de tables rondes et de groupes de discussion ont été menés. Dans l'ensemble, ils brossent le portrait d'un problème coûteux assumé en grande partie par les femmes canadiennes. À preuve : 80 % des dispensatrices de soins rémunérés et non rémunérés sont des femmes.

L'état de santé des dispensatrices de soins elles-mêmes finit souvent par se détériorer.

La tâche de soigner bloque souvent l'accès des femmes au marché du travail ou entraîne des conséquences néfastes sur leur vie et des coûts à long terme pour le Canada.

## TOUTES LES PREUVES SONT LÀ...

Même si les femmes prennent quotidiennement de nombreuses décisions relativement aux soins, elles ne sont qu'une minorité dans les structures décisionnaires et administratives responsables du dossier.

Les femmes qui reçoivent des soins ou qui en donnent s'exposent à la violence et à d'autres risques de nature physique.

Au lieu de tenir compte de ces données et d'agir, les gouvernements ont pris des décisions qui n'ont contribué qu'à exacerber la situation pour les dispensatrices de soins et les patients, au lieu de l'améliorer.

Les patients reçoivent maintenant leur congé des établissements de santé plus tôt et leur état de santé à la sortie de l'hôpital est plus grave qu'auparavant, ce qui oblige les femmes à donner des soins médicaux et infirmiers de plus en plus complexes à domicile, alors qu'elles éprouvent le profond besoin d'obtenir une formation adéquate et du soutien, comme le démontrent les recherches.

Les soins à domicile et une quantité d'autres dossiers liés à la santé sont une fois encore à l'étude grâce aux nouvelles commissions d'enquête mises sur pied par Ottawa. Le sénateur Michael Kirby est chargé de l'une d'entre elles et l'ancien Premier ministre de la Saskatchewan Roy Romanow dirige la deuxième.

Les Canadiens et Canadiennes ne peuvent qu'espérer que ces deux exercices distincts mais semblables couvrent des terrains différents. Nous devrions malgré tout nous inquiéter du fait que pendant que ces deux honorables gentlemen sillonnent le pays, des premiers ministres comme Ralph Klein en Alberta et Gordon Campbell en Colombie-Britannique s'emploient à décharger une part grandissante de la responsabilité des soins de santé sur les

particuliers, par le biais de mesures telles que les tickets modérateurs et la privatisation des services de santé.

Des dizaines de spécialistes des soins à domicile réunies récemment à Charlottetown par les Centres d'excellence pour la santé des femmes se sont penché sur la recherche effectuée sur ce sujet. Elles sont parvenues à la conclusion que nous avons en main toutes les données nécessaires pour concevoir et mettre sur pied un programme de soins à domicile efficace, répondant aux besoins des femmes. Il est grand temps de transformer ces données en politique officielle et en gestes concrets, tout en continuant à combler par la recherche les lacunes dans nos connaissances.

Les spécialistes ont réussi à s'entendre malgré leurs intérêts et leurs expériences variés. Elles ont forgé un consensus dont pourraient peut-être s'inspirer les premiers ministres, qui s'est traduit par la rédaction d'une « Déclaration sur le droit aux soins de santé ».


Celle-ci offre une vision renouvelée du système de santé au Canada, reconnaissant le rôle joué par les dispensatrices de soins non rémunérés et les intérêts de patients. Elle réaffirme notre responsabilité collective et mutuelle en tant que citoyens et citoyennes et expose les principes qui devraient servir à relancer notre système de santé sur une nouvelle voie.

Voici un extrait de cette déclaration :

« La société canadienne a la responsabilité collective d'assurer à tous les citoyens et citoyennes l'accès universel à un système public de soins de santé tout au long de leur vie, sans distinction de sexe, de capacité, d'âge, de situation géographique, d'orientation sexuelle, de statut socioéconomique ou familial et d'origine ethnoculturelle. Le droit aux soins de santé est un droit fondamental. »

« Le droit aux soins de santé suppose les éléments suivants : l'accès à une gamme complète de services appropriés et adaptés aux réalités culturelles; des conditions appropriées de prestation des soins; l'exercice d'un choix quant à la possibilité de recevoir ou non des soins non rémunérés et d'en donner; l'absence de présupposé quant à la nature gratuite des soins donnés par les proches; l'accès à des solutions de rechange acceptables et à toute l'information nécessaire. »

La nécessité de consolider un système de santé moderne qui réponde aux besoins de tous les Canadiens et Canadiennes est parfaitement bien documentée. Il nous faut agir sans attendre pour livrer les services à domicile dont nos concitoyens et concitoyennes ont désespérément besoin.

Il ne manque, somme toute, que la volonté politique. Nous ne pouvons pas nous payer le luxe de ne plus nous soucier de ce dossier. 

*Pat Armstrong, Ph.D., est présidente du Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé des Centres d'excellence pour la santé des femmes.*

*Cet éditorial a été envoyé aux principaux quotidiens du Canada. Dans cette édition du bulletin, nous traitons du dossier de la réforme de la santé. Le RCSF souhaite vivement obtenir l'opinion des femmes canadiennes sur le sujet. Nous gardons à jour une liste de contacts et de groupes concernés par les conséquences de la réforme de la santé pour les femmes.*

*Une version complète de la Déclaration de Charlottetown sur le droit aux soins de santé, accompagnée de notes documentaires, est offerte gratuitement par le RCSF ou peut être téléchargée à partir du site des centres d'excellence à l'adresse [www.cewh-cesf.ca/indexeng.html](http://www.cewh-cesf.ca/indexeng.html).*

# Pourquoi la question d'un **Programme national de soins à domicile** *touche-t-elle les femmes?*

PAR JEAN ANN LOWRY

*Une secrétaire, dont la mère est gravement handicapée par la maladie de Parkinson, paye 2 800 \$ par mois en frais de soins à domicile, qui s'ajoutent aux heures de soins financés par des fonds publics. Son travail et les déplacements pour s'y rendre comptent pour 11 heures de sa journée. Pendant les heures qu'il lui reste, elle nourrit sa mère, lui donne son bain, la soulève au besoin et lui donne les traitements nécessaires.*

*Une mère célibataire, qui s'occupe, à la maison, d'un enfant malade chronique, accomplit les tâches quotidiennes de trois quarts de travail d'infirmières ou d'infirmiers, y compris soulever seule des charges lourdes sur une base régulière et accomplir des actes médicaux d'une grande complexité. Cette femme tient littéralement la vie de son enfant entre ses mains, 24 heures par jour. Ses responsabilités de pourvoyeuse de soins à temps plein l'obligent à être prestataire de l'aide sociale.*

*Une pourvoyeuse de soins à domicile effectue huit quarts de travail différents d'une heure chacun, à intervalles irréguliers; de 8 h 30 à 22 h 30, elle se déplace d'une résidence à une autre en autobus et elle travaille pour trois agences différentes afin de gagner un revenu suffisant et régulier.*

Ces trois exemples illustrent l'état de crise où se trouvent les soins à domicile au Canada. Le problème des soins à domicile préoccupe de plus en plus les gouvernements, les fournisseurs de soins de santé, les familles et les personnes qui doivent faire appel à de tels soins. Il n'en demeure pas moins que le fardeau repose surtout sur les épaules des femmes, qui donnent et reçoivent la grande majorité des soins à domicile.

## **Pourquoi la question des soins à domicile est-elle si préoccupante, à l'heure actuelle?**

Plusieurs changements importants ont augmenté les pressions exercées sur le système des soins à domicile et les attentes à son égard. Les réformes touchant les soins de santé, notamment la fermeture massive de lits d'hôpitaux, la pratique accrue de la chirurgie d'un jour, les séjours de plus courte durée à l'hôpital et des avis de congé rapides, entraînent une augmentation du nombre de patients nécessitant des soins à domicile tels des traitements médicaux ainsi que pré et postopératoires. Il faut également souligner que les mères sor-

tent de l'hôpital une journée ou moins après avoir accouché.

La demande de soins de longue durée s'est également accrue à la suite des changements démographiques comme une plus longue durée de vie pour les personnes handicapées et pour la population en général, l'augmentation du pourcentage de la population âgée et des maladies telles que le VIH/sida et la maladie d'Alzheimer.

Les patients, surtout les malades chroniques et ceux qui souffrent d'un handicap physique, exigent également que des soins leur soient prodigués plus près de chez eux, sinon à domicile.

Dans le sillage du mouvement vers des soins communautaires, appelé souvent la désinstitutionnalisation, un nombre sans précédent de personnes requièrent désormais des soins à domicile, dans des conditions inconnues jusqu'ici.

Tous ces changements entraînent l'obligation de prodiguer un niveau de soins que peu de familles sont aptes à donner, tant sur le plan physique que financier. D'autre part, on n'a jamais vu autant de femmes sur le marché du travail et les familles, plus petites, disposent donc de moins de ressources humaines.

## Programme national de soins à domicile

Au milieu de ces immenses changements, la seule constante reste les responsabilités que doivent assumer les femmes à l'égard des soins à domicile, rémunérés ou pas.

### Les gouvernements ne financent-ils pas davantage les soins à domicile pris en charge par la communauté?

Ce n'est pas vraiment le cas. Même si l'on a considérablement réduit les dépenses dans les hôpitaux, les ressources affectées aux services de soins communautaires ne répondent pas aux besoins qu'ont fait naître les compressions budgétaires.

Par exemple, en dépit de l'engagement du gouvernement de l'Ontario à accroître son soutien envers les services de soins à domicile et à la santé communautaire, la proportion des fonds alloués à ces secteurs est demeurée relativement stable (4,7 % en 1996-97, 4,9 % en 1997-98 et 5,1 % en 1998-99). À la même époque, la moitié des lits pour soins de courte durée, en Ontario, ont été fermés.

Au début de la période de restructuration des soins de santé en Alberta, le gouvernement de cette province a réduit de 749 millions de dollars la somme allouée aux lits pour soins de courte durée tout en ajoutant, sur trois ans, seulement 110 millions de dollars aux services de soins à domicile.

À Terre-Neuve et au Labrador, le soutien familial non officiel s'élève à environ 80 % de tous les soins fournis. Sont admissibles à des soins à domicile financés par des fonds publics les familles dont les revenus sont tout juste au-dessus du seuil de pauvreté; seulement 1,2 % des familles y ont droit.

Depuis 1991, la Saskatchewan a doublé les fonds qu'elle accorde aux services de soins à domicile, qui atteignent maintenant 67 millions de dollars. Cependant, elle a réduit de 585 millions de dollars son financement des soins de courte

durée. Seulement un prestataire de soins à domicile sur quatre reçoit des traitements fournis auparavant par l'hôpital.

### Qui paie la note?

N'en doutez pas : c'est vous. On n'a pas calculé les coûts maintenant à la charge du particulier et résultant des changements survenus dans le système des soins de santé. Il existe toutefois suffisamment de données montrant que c'est le particulier qui supplée aux compressions dans les soins de santé. En effet, chaque personne assume maintenant davantage de responsabilités relatives aux coûts et aux soins dont elle a besoin.

La communauté ne paie pas tous les services médicaux, les fournitures et les médicaments, payés auparavant par l'hôpital, dont certains incombent dorénavant au particulier.

Lorsque les politiciens parlent de déplacer les soins de santé et qu'ils soient « davantage pris en charge par des services de soins communautaires et à domicile », entendez-vous les mots « travail non rémunéré »? En fait, c'est la signification réelle de leurs propos. La famille fournit de 70 à 88 % des services et des soins personnels aux personnes âgées.

Le ministre de la Santé de la Colombie-Britannique reconnaît que les pourvoyeurs(euses) de soins non rémunéré(e)s fournissent la majorité des soins à domicile. Au Québec, le soutien à domicile offert par les familles à leurs membres âgés et dépendants représente plus de la moitié du total des coûts de ces soins.

Les contributions combinées des organismes communautaires et des gouvernements ne totalisent que 10 % des coûts. Selon une étude de la Saskatchewan, la famille qui garde un de ses membres âgés à la maison permet au système de soins de santé d'économiser 24 000 \$ par année, par personne.

### Comment cette situation touche-t-elle les femmes?

Les soins à domicile posent un problème urgent aux femmes pour trois raisons :

- les femmes sont bien davantage susceptibles d'avoir recours aux services de soins à domicile;
- la grande majorité des pourvoyeurs(euses) de soins à domicile sont des femmes;
- les femmes fournissent également 80 % des services de soins non rémunérés à leurs proches.

Les deux tiers des prestataires de soins à domicile sont des femmes. Pourtant, selon plusieurs études, même si les femmes ont les mêmes besoins que les hommes, elles reçoivent moins de soins à domicile que ces derniers.

Trois pourvoyeurs(euses) de soins à domicile sur quatre sont des femmes de 50 à 65 ans et 10 % ont plus de 75 ans.

Les femmes sont plus susceptibles de fournir des soins personnels et de l'aide ménagère, tandis que les hommes ont davantage tendance à fournir le transport, à effectuer les travaux d'entretien de la maison ou à s'occuper de la gestion budgétaire. Autrement dit, les responsabilités de la femme pourvoyeuse de soins exigent un plus grand engagement, de nature profondément personnelle et continue tandis que les tâches des hommes s'effectuent sur un plan moins intime et sont plus intermittentes.

Les soins prodigués par les femmes risquent davantage d'avoir des répercussions sur leur travail, déjà moins bien rémunéré que le travail des hommes. En effet, les femmes s'absentent du travail, abandonnent leur emploi ou travaillent à temps partiel. Elles perdent ainsi leurs revenus actuels, mais également leur régime de retraite et la sécurité qu'il leur donnerait plus tard, au moment de leur propre vieillesse, où elles auront peut-être elles-mêmes besoin de soins à domicile. Selon une enquête, 50 % des pour-

voyeurs(euses) de soins non rémunéré(e)s avaient quitté leur emploi ou travaillaient maintenant à temps partiel afin d'avoir le temps de s'occuper d'un proche à la maison.

### **De quelle manière les pourvoyeurs(euses) de soins non rémunéré(e)s se débrouillent-ils?**

Ils ne se débrouillent pas très bien. Selon un bon nombre d'études, les pourvoyeurs(euses) de soins à domicile non rémunéré(e)s éprouvent des difficultés financières et physiques et souffrent de tension émotionnelle, résultat direct de leurs responsabilités de pourvoyeurs(euses) de soins à domicile.

Dans certaines provinces, ne sont admissibles aux services de soins à domicile financés par des fonds publics que les personnes qui ont d'abord épuisé toutes possibilités d'aide de la part de parents, d'amis et de la communauté.

Avant même les plus récentes réductions de services, les recherches indiquaient un taux plus élevé de pourvoyeurs(euses) de soins souffrant de dépression et d'anxiété; de plus, ils ou elles consultaient les services de santé mentale deux fois plus que la moyenne des gens. Les pourvoyeurs(euses) de soins non rémunéré(e)s plus âgé(e)s se plaignaient de stress accru, d'hypertension, d'épuisement et d'une réceptivité à la maladie.

Les pourvoyeurs(euses) de soins à domicile prodiguent de plus en plus de soins, de plus en plus complexes. Exiger de travailleurs non rémunérés des tâches qui sont au-delà de leurs compétences ou de leur force entraîne stress et dépression et augmente le risque d'effondrement physique et mental. La qualité des soins prodigués aux patients en souffre également.

### **Quelle est la situation des pourvoyeurs(euses) de soins à domicile qui sont rémunéré(e)s?**

Ces pourvoyeurs(euses) ont dû subir des

pertes de salaire et de sécurité d'emploi. Beaucoup d'employées d'institutions, mises à pied à la suite d'une restructuration de l'hôpital, sont maintenant obligées de travailler dans le secteur des services de soins à domicile. Elles sont, pour la plupart, non syndiquées et ne bénéficient donc pas d'avantages sociaux, dont les congés de maladie ou l'accès à des programmes et à de l'équipement de prévention des blessures. De plus, elles doivent dorénavant payer leur propre formation professionnelle continue et programme d'immunisation ainsi que leur transport d'une résidence à une autre.

Les femmes composent 95 % des pourvoyeurs(euses) de soins à domicile rémunéré(e)s. Un nombre disproportionné d'entre elles sont des femmes de couleur, des femmes autochtones et des immigrantes. Un nombre croissant de ces femmes sont des infirmières diplômées d'expérience, recrutées comme employées de maison mal rémunérées dans des pays comme les Philippines. Elles ne peuvent entrer au Canada que par la voie du Programme concernant les aides familiaux résidants et n'obtiennent qu'un permis de travail temporaire.

La privatisation des services de soins à domicile a entraîné une diminution des salaires des pourvoyeurs(euses) de soins et une baisse de la surveillance des normes. Les infirmiers et infirmières auxiliaires autorisé(e)s pratiquant dans les services de soins à domicile reçoivent la moitié de la rémunération qu'ils obtenaient dans une institution. À Terre-Neuve et au Labrador, le salaire moyen d'un(e) pourvoyeur(euse) de soins à domicile est de six dollars de l'heure. En Ontario, le processus d'appels d'offres concurrentiel dans le secteur des services de soins à domicile a entraîné une baisse de salaire de 3 à 13 % chez les infirmières et les infirmiers qui y travaillent.

On exige des travailleurs un rythme

de travail de plus en plus rapide. Au Québec, le nombre de visites que doit effectuer une infirmière ou un infirmier travaillant pour les services de soins à domicile s'est accru d'environ 50 %. Le nombre et le type de soins ont également augmenté, ce qui signifie que les travailleurs doivent faire face à des maladies, des problèmes de santé et des handicaps plus graves.

On exerce une pression pour abaisser les normes professionnelles des services de soins à domicile et pour assigner des tâches de nature professionnelle à des travailleurs moins qualifiés et moins bien payés.

Ajoutons également les risques que courent les travailleurs pour leur sécurité. En effet, les pourvoyeurs(euses) de soins à domicile doivent travailler seul(e)s, déplacer des personnes et de l'équipement, sans l'aide et l'équipement fournis aux employés d'institutions.

Vingt-quatre pour cent des infirmières et des infirmiers des services de soins de longue durée ont signalé qu'ils avaient subi des blessures au cours des six derniers mois. Selon une étude, les aides-soignants à domicile avaient subi 48 % de tous les accidents du travail, en dépit du fait qu'ils ne comptent que pour 13 % de la population active.

Les pourvoyeurs(euses) de soins à domicile courent de plus en plus de risques de harcèlement et d'agressions verbales et même physiques de la part de leurs clients.

### **Quelles mesures doit-on prendre?**

Les familles responsables des soins à domicile de longue durée demandent désespérément que plus d'heures de services de soins à domicile soient financées par des fonds publics.

Elles veulent des pourvoyeurs(euses) de soins à domicile fiables, adéquatement formé(e)s et correctement rémunéré(e)s pour prodiguer des soins


de nature professionnelle à leurs proches, et non pas seulement du gardiennage.

Les familles ont besoin de plus d'information sur le système des services de soins à domicile, moins de confusion et un accès plus aisé à ces services. Elles exigent également un suivi et des mesures rapides.

Elles demandent aussi la mise en application d'une loi sur les services de soins de longue durée et un bureau des plaintes indépendant.

Les familles exigent un plus grand nombre de lits pour soins de courte durée et une surveillance assidue de la qualité des soins offerts par les agences de services de soins à domicile.

Enfin, il faut également des politiques de travail plus souples et des congés pour obligations familiales afin de permettre aux employé(e)s d'assumer leurs responsabilités de pourvoyeurs(euses) de soins.

Tous ces exemples et ces chiffres sont concluants : un programme national de services de soins à domicile concerne, sans aucun doute, les femmes et il est urgent de répondre à leurs besoins. 

*En novembre 2001, les Centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF) ont organisé un groupe de réflexion nationale sur les services de soins non rémunérés dans une perspective sensible aux différences entre les sexes. Vous pouvez obtenir, du RCSF ou sur le site Web des CESF : [www.cewh-cesf.ca/fr/index.html](http://www.cewh-cesf.ca/fr/index.html), le rapport du groupe de réflexion ainsi qu'une analyse exhaustive des soins offerts à domicile réalisée dans une perspective sensible aux différences entre les sexes, par Marika Morris.*

*Sera publiée bientôt et offerte par les mêmes sources une nouvelle brochure, très claire, sur les femmes et les soins à domicile.*

*Jean Ann Lowry, ancienne coordonnatrice des communications pour le RCSF, œuvre maintenant dans le secteur des soins de longue durée en Ontario.*

# *La privatisation des soins de santé :* *ce sont* **LES FEMMES** *qui en font* **LES FRAIS**

AU COURS DES ANNÉES 1990, LES SERVICES DE SANTÉ AU CANADA ONT SUBI DES TRANSFORMATIONS MAJEURES, VU L'INTENTION AFFICHÉE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL ET DE TOUTES LES PROVINCES DE RÉDUIRE LES DÉPENSES ET « D'AMÉLIORER L'EFFICACITÉ » DU SYSTÈME. DES RECHERCHES MENÉES RÉCEMMENT PAR LE COMITÉ COORDONNATEUR DES FEMMES ET LA RÉFORME EN SANTÉ DES CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES DÉMONTRENT QUE LA PRIVATISATION EST L'UNE DES STRATÉGIES PRINCIPALES DE COMPRESSION DES DÉPENSES PRÉCONISÉES DANS LA RÉFORME ACTUELLE ET QU'ELLE GAGNE DU TERRAIN RAPIDEMENT, SANS FAIRE DE BRUIT ET EN SACCAGEANT DE MULTIPLES FAÇONS NOTRE SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ. LES SOINS DE SANTÉ SONT DÉFINIS DE PLUS EN PLUS SOUVENT COMME UNE RESPONSABILITÉ INDIVIDUELLE OU MÊME COMME UN PRODUIT DU MARCHÉ; LE RÔLE DU SECTEUR PUBLIC EST DE PLUS EN PLUS LIMITÉ ET LES MESURES À CARACTÈRE INDIVIDUEL, COMME LES MÉTHODES DE PAIEMENT OU LA PRESTATION DES SOINS, PRENNENT UNE PLACE DE PLUS EN PLUS GRANDE. PARCE QUE LES FORMES ET LES NOMS QU'ELLE PREND SONT VARIÉS ET QUE LES MESURES QUI L'ACCOMPAGNENT SONT INSTAURÉES EN DOUCEUR, LA PRIVATISATION A DÉJOUÉ NOTRE ESPRIT CRITIQUE, SEMÉ LA CONFUSION DANS LE DÉBAT PUBLIC ET S'EST FAU- FILÉE SUBREPTICEMENT SUR LE TERRAIN DES SOINS DE SANTÉ.



Le groupe de coordination a cerné les cinq moyens principaux par lesquels nous sommes en train de privatiser le système de santé au Canada : en faisant payer les individus pour les soins qu'ils reçoivent; en augmentant les occasions pour les entreprises privées d'accéder au « marché de la santé »; en transférant les services de santé des établissements publics vers les organisations établies dans les communautés; en déplaçant la responsabilité de la prestation des soins, jusqu'ici assumée par des professionnels de la santé employés à temps plein, vers les membres de la famille ou les aides domestiques à temps partiel et à faible revenu; en adoptant des pratiques de gestion empruntées aux entreprises privées et en traitant la santé comme une marchandise. Les conséquences de ces transformations touchent gravement les femmes, qui sont non seulement les principales bénéficiaires des soins de santé, mais aussi leurs principales dispensatrices.

On pourrait supposer, étant donné le degré élevé d'attention accordé au dossier de la santé par les politiciens, la population et les médias, que les données concernant l'ampleur et les répercussions de cette tendance circuleraient librement. Or il en est tout autrement. Alors que la majorité des provinces ont déjà mis en œuvre la plupart des stratégies décrites plus haut, le processus, ses mécanismes, son évolution et son influence varient grandement d'un endroit à l'autre. Par ailleurs, les changements se sont produits si rapidement et sont tellement nombreux que, compte tenu du peu d'information qui circule sur la place publique, personne ne semble avoir une idée claire de la situation et de ses répercussions réelles.

D'une province à l'autre, l'analyse révèle pourtant que les signes de la privatisation se comptent par dizaines,

soulignant la diversité du phénomène et ses effets. Dans de nombreuses provinces, les sources de financement privé représentent désormais le quart de la somme totale des dépenses en santé. En 2000, un rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé publiait des chiffres concrets à ce sujet, en termes de pourcentage du total des dépenses de chaque province dans le secteur de la santé : l'Ontario se situait au premier rang avec 34 %, suivie de l'Alberta, de l'Î.-P.-É. et du Nouveau-Brunswick avec 31 %. Entre 1990 et 1996, les dépenses privées dans le secteur de la santé se sont accrues de 43 % en Saskatchewan et de 33 % au Manitoba. Au Québec, cette proportion est passée de 25 % en 1989 à 30,9 % en 1998. La majeure partie de ce financement privé provient des sommes investies directement par les particuliers (55 %) et par les sociétés d'assurance privées (35 %). Les régimes d'assurance privés se portent bien, car nombreuses sont les personnes qui se précipitent pour souscrire à un plan d'assurance complémentaire afin de continuer à bénéficier des soins qui ne sont plus couverts par le régime public. Les primes d'assurance-maladie payées à la société Sun Life ont augmenté de 45,6 % entre 1987 et 1996. L'Alberta a connu en 1997 une hausse soudaine des contrats de régimes privés de 11 %, plus que le double de la moyenne nationale.

La privatisation couvre tout un éventail de mesures : on cesse d'assurer certains services professionnels comme les soins de la vue et la physiothérapie ou en restreindre les conditions d'accès; on attribue certains services essentiels des hôpitaux en sous-traitance (on parle désormais de services « hôteliers ») comme les services nutritionnels, la buanderie, l'entretien, la gestion des déchets et même les services informatiques; on restreint la durée du séjour à

l'hôpital, pour que les médicaments, les appareils médicaux, les fournitures et l'aide particulière, qui étaient autrefois fournis pas les hôpitaux, soient maintenant à la charge du patient. En Ontario, tous les services de soins à domicile ont fait l'objet d'un appel d'offre concurrentiel et on a exigé que les contrats soient « partagés » entre des fournisseurs à but non lucratif et privés. À Terre-Neuve, le système d'information sur la santé a été donné en sous-traitance à une société privée connue sous le nom de SmartHealth, une entreprise commune de la Banque Royale et de EDS. En Ontario, on estime que 90 % des maisons de soins infirmiers sont exploitées par des entreprises privées, souvent affiliées à une chaîne nationale ou internationale. En Colombie-Britannique, les visites dans les cliniques de physiothérapie privées ont augmenté de 23 % entre 1994 et 1998. Ce ne sont là que quelques exemples des incursions nombreuses et variées de l'entreprise privée dans la sphère des soins de santé.

Cette évolution vers la privatisation des soins permet-elle de faire des économies? Pas vraiment, si l'on en croit les études publiées jusqu'à maintenant. Au Manitoba, on avait confié au secteur privé trois services du système de santé : les services alimentaires de tous les hôpitaux de la ville de Winnipeg étaient gérés par un seul fournisseur, tout comme le réseau informatisé sur la santé et les médicaments; le contrat des soins à domicile avait été accordé à une entreprise privée basée aux États-Unis. On a dû résilier les trois contrats après avoir constaté que les sociétés étaient incapables d'atteindre les objectifs fixés sur le plan des coûts ou du rendement. Une étude québécoise révèle qu'un repas servi par des services alimentaires privés coûte 10,5 % de plus que s'il est servi

## LA PRIVATISATION DES SOINS DE SANTÉ

par un service géré par le gouvernement. Enfin, Robert Evans conclut, dans son ouvrage *Going for Gold : The Redistributive Agenda Behind Market-Based Health Care Reform* [La course à l'or : la redistribution à l'ordre du jour derrière la réforme des soins de santé axée sur le marché] : « Au cours des quarante dernières années, l'expérience internationale démontre qu'une dépendance accrue sur le marché est associée à un rendement inférieur du système, c'est-à-dire à l'inégalité, à l'inefficacité, aux coûts élevés et à l'insatisfaction de la population ».

Pis encore, il existe peu d'information sur la façon dont cette vaste transition vers la privatisation se traduira dans les

les personnes âgées). Quant aux travailleuses de la santé, ce sont des infirmières, des aides-infirmières, des employées à l'alimentation et à l'entretien, qui ont subi des pertes énormes sur le plan de l'emploi à la suite des fermetures et des réaménagements des années 1990, perdant ainsi tous les avantages économiques acquis graduellement au cours des décennies précédentes.

Par ailleurs, on a adopté certaines mesures de réforme de la santé telles que les services communautaires et le raccourcissement du séjour à l'hôpital en supposant que les familles allaient prendre la relève. À l'extérieur des murs de l'hôpital, les soins ne sont plus remboursés et les programmes de soins à

canadiennes ont peu eu l'occasion de se prononcer sur ces changements radicaux; la privatisation se traduit pour elles par une diminution des revenus et de la sécurité d'emploi, par l'obligation d'assumer une part de plus en plus grande du soutien à domicile et par une réduction du choix et de la qualité des soins. Dans sa mise en œuvre actuelle, la réforme des soins de santé se présente comme un problème pour les femmes, plutôt qu'une solution. ☹

*Cet article est un résumé de l'ouvrage Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada [La privatisation dévoilée au grand jour, les femmes et la réforme de la santé au*

### *À l'extérieur des murs de l'hôpital, les soins ne sont plus remboursés et les programmes de soins à domicile financés par les provinces ne réussissent pas à satisfaire la demande.*

accords commerciaux internationaux présents et à venir; nous ne savons pas non plus si le Canada parviendra à extirper son système de santé de l'emprise grandissante des entreprises internationales, sans avoir à compenser lourdement celles-ci pour les pertes de profits éventuels.

Une analyse comparative entre les sexes indique que les femmes sont les plus durement touchées par la privatisation qui accompagne la réforme des soins de santé. Les femmes accomplissent plus de 80 % du travail rémunéré et non rémunéré dans ce secteur au Canada et elles sont les utilisatrices les plus assidues du système, en tant que patientes ou accompagnatrices d'un enfant ou d'un proche (particulièrement

domicile financés par les provinces ne réussissent pas à satisfaire la demande. Au Québec et en Ontario, par exemple, ces services ne fournissent qu'environ deux heures de soins à domicile par jour, ce qui oblige le particulier ou les membres de sa famille à fournir les soins ou à les payer de leur propre poche.

En bref, la privatisation sous toutes ses formes caractérise une grande partie de la réforme sur les soins de santé et les « économies » réalisées dans les finances publiques sont compensées par les femmes. Nous devrions être libres de prendre des décisions éclairées, fondées sur une analyse rigoureuse des répercussions à court et à long terme de cette transformation en profondeur de notre système de santé. Jusqu'ici, les femmes

Canada], dirigé par Pat Armstrong, Garamond Press, 2001, 24,95 \$.  
Commandes : Garamond Press, 63 Mahogany Court, Aurora (Ont.) L4G 6M8; tél. : (905) 841-1460; téléc. : (905) 841-3031; courriel : Garamond@web.ca, www.garamond.ca.

*Un livret en langage clair et simple, intitulé Les femmes et la réforme de la santé, peut être commandé gratuitement du Centre d'excellence pour la santé des femmes le plus près de chez vous ou du RCSF. Commandes en vrac acceptées. On peut aussi télécharger le document à l'adresse [www.cewh-cesf.ca/healthreform/](http://www.cewh-cesf.ca/healthreform/) Celui-ci offre également une liste exhaustive des rapports de recherche régionaux publiés par les centres.*

# DÉBATS SUR LES SOINS DE SANTÉ : UN GUIDE POUR LES FEMMES

PAR PAT ARMSTRONG

**N**OUS SOMMES SUBMÉRÉS DE RAPPORTS OFFICIELS ET DE REPORTAGES, QUI PRÉTENDENT TOUS ÊTRE UNE VOIE D'AVENIR POUR LES SOINS DE SANTÉ AU CANADA. CES ÉTUDES MENÉES EN VUE D'UNE RÉFORME CONTIENNENT UN CERTAIN NOMBRE DE CHIFFRES ET DE TERMES QUI PEUVENT PRÊTER À CONFUSION POUR DES PERSONNES PEU IMPLIQUÉES DANS LA POLITIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ OU EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ. LE PRÉSENT GUIDE A POUR OBJET D'AIDER LES FEMMES À FAIRE UN TRI DANS CES DONNÉES, DE MANIÈRE À POUVOIR PARTICIPER EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE AU DÉBAT SUR LE RÉGIME DES SOINS DE SANTÉ.

## Pourquoi faire un guide à l'intention des femmes?

Les femmes représentent plus de 80 % du personnel employé dans le système de soins de santé.

Elles fournissent également, en proportion presque aussi élevée, les soins personnels non-rémunérés dispensés à domicile et de plus en plus en établissements.

La majorité des personnes recevant des soins sont des femmes. Selon le mémoire du Conseil ontarien des services de santé pour les femmes, présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (la « Commission Romanow ») « même en tenant compte des accouchements, par rapport aux hommes, les femmes sont plus souvent admises à l'hôpital, où elles séjournent plus longtemps, et on leur prescrit davantage de médicaments. » Il y a deux raisons à cela : elles portent les enfants et ont tendance à vivre plus longtemps que les hommes.

En outre, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de prendre soin des autres et donc d'être davantage qu'eux en contact avec le système de santé.

On note souvent des différences entre hommes et femmes en ce qui a trait au type de soins qu'ils dispensent, au lieu où ils le font et au genre de problèmes de santé qu'ils rencontrent. Qui plus est, les soins recherchés, nécessités et reçus diffèrent passablement selon les femmes.

Pourtant, malgré cela, et même avec une femme pour ministre de la Santé au gouvernement fédéral, les femmes sont

encore sous-représentées parmi les décideurs qui interviennent dans cet important débat.

Les soins de santé présentent donc un intérêt particulier pour les femmes.

## Combien dépensons-nous en soins de santé?

On parle beaucoup des coûts non-maîtrisés des soins de santé et il est souvent difficile de faire un tri dans les chiffres avancés; ceci est dû en partie au fait qu'il existe différentes façons de calculer à combien s'élèvent les dépenses en la matière.

On trouve tout d'abord des chiffres sur le pourcentage du produit intérieur brut (PIB) dépensé en soins de santé. Le PIB ne représente que le total de toutes les dépenses en biens et services au Canada. Cette manière de présenter les chiffres nous aide à voir le rapport entre le montant dépensé en soins et nos dépenses dans d'autres domaines. Ainsi, si ces dernières sont importantes et que nos dépenses en soins n'augmentent pas, ce pourcentage diminuera. Bien sûr, cela fonctionne aussi dans le sens inverse. Enfin, en période de récession, le pourcentage des dépenses en soins de santé sera plus élevé même si le montant réel de nos dépenses reste le même.

Nous entendons dire le plus souvent que nos dépenses en soins de santé représentent un peu plus de 9 % du PIB. Ce pourcentage est le même qu'en 1995 et légèrement supérieur à celui de 1990.<sup>1</sup> En comparaison, les États-Unis ont dépensé

près de 13 % de leur PIB en soins de santé et ce chiffre continue d'augmenter.

Ces chiffres comprennent toutefois les dépenses publiques et privées, c'est-à-dire tout ce que nous considérons comme étant des dépenses de soins de santé. On appelle dépenses publiques l'argent provenant des fonds publics, perçu par le biais des impôts; tandis que lorsqu'on parle de dépenses privées, on fait référence à la fois à l'argent sorti directement de la poche des assurés et à celui versé indirectement par l'intermédiaire de leurs compagnies d'assurances.

Ainsi, ces 9 % du PIB ne correspondent pas aux dépenses du gouvernement. Celles-ci sont bien moins élevées. En 1998, l'argent des contribuables représentait 6,6 % du PIB, ce qui est inférieur aux chiffres du début des années 1990 et comparable aux 6,1 % du PIB dépensés par le gouvernement américain. Cependant, alors que cet argent nous a permis de couvrir les soins de tous, aux États-Unis seuls les personnes âgées, les très démunis et les handicapés étaient couverts, ainsi que certaines dépenses de l'armée.<sup>2</sup>

Viennent ensuite les chiffres fondés sur les dépenses *per capita* ou le montant des dépenses par personne. Évidemment, il ne s'agit pas là du montant réellement dépensé pour chaque personne mais plutôt du total des dépenses divisé par le nombre total de personnes au pays. Les chiffres *per capita* nous permettent de porter un regard différent sur les dépenses, un regard sans lien avec les modifications d'ensemble de l'économie.

Là aussi, on donne habituellement des chiffres globaux qui comprennent à la fois les dépenses privées et l'argent des fonds publics. En 1999, les dépenses des Canadiens s'élevaient à un peu moins de 2500 \$ par personne et celles des

Américains à environ 4 400 \$.<sup>3</sup>

Toutefois, au Canada, le fonds du Trésor n'a couvert que 71 % de ces dépenses par habitant, et en fait, durant les années 1990, le montant des dépenses gouvernementales par habitant a diminué.<sup>4</sup>

Alors, ces chiffres, que nous disent-ils des dépenses de soins de santé? Ils nous disent que pendant la deuxième moitié des années 1990, les gouvernements ont dépensé moins d'argent en soins de type B, tant sur une base individuelle qu'en pourcentage du PIB. Toutefois, les dépenses gouvernementales se sont quelque peu accrues ces dernières années, comme dans les autres pays et conjointement à l'augmentation des dépenses globales qui n'a pourtant pas suffi à compenser les restrictions précédentes.

En revanche, ce que ces chiffres ne nous disent pas, c'est ce que les soins de santé non-rémunérés qu'elles dispensent coûtent aux femmes. On ne calcule pas le revenu qu'elles perdent lorsqu'elles quittent la population active ou prennent un travail à temps partiel pour dispenser des soins à domicile. On ne calcule pas davantage la valeur de ce travail non-rémunéré, ni ce qu'il leur en coûte en termes de promotions et de pensions futures. Enfin, les « coûts de ces occasions manquées » n'entrent pas dans le calcul de l'impact du retour des soins à domicile. Ces chiffres ne nous parlent en fait que d'argent, pas des conséquences sur la santé et le bien-être des femmes qui doivent faire de tels choix.

### Quels sont les coûts qui augmentent?

Pour faire une réponse courte, nous dirons que ce sont ceux des médicaments. Ils représentaient à peine plus de 8 % des dépenses de santé en 1975 contre 15 % en 1999; signalons que cette augmentation n'inclut pas les dépenses en

médicaments des hôpitaux.<sup>5</sup> Nous dépensons à présent davantage en médicaments prescrits achetés à l'extérieur de l'hôpital qu'en consultations. En outre, la part dépensée par les hôpitaux a baissé de manière significative. Elle représente à l'heure actuelle moins de 33 % de toutes les dépenses de santé, à peine deux fois plus que les médicaments et bien en deçà des 45 % de 1975.

### Que dit la *Loi canadienne sur la santé*?

On entend de plus en plus suggérer que la *Loi canadienne sur la santé* a besoin d'être modifiée. Il est nécessaire, pour évaluer ces suggestions, de savoir ce que dit cette loi et quel est son champ d'action.

La *Loi canadienne sur la santé* est un très petit élément parmi toutes les lois du gouvernement fédéral; elle définit les cinq principes auxquels les provinces doivent se conformer en matière de soins de santé. Mais si la responsabilité en incombe aux provinces, le gouvernement fédéral a le pouvoir considérable de collecter l'argent par le biais des impôts. Et il en a usé pour déposer le projet puis faire appliquer la *Loi*. Au départ, il s'engageait à payer aux provinces la moitié de leurs dépenses concernant les médecins et les hôpitaux, si elles se conformaient aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Ces cinq principes sont les suivants :

1. Universalité. Chacun doit être couvert, selon des modalités et des conditions uniformisées. Cela signifie qu'il ne peut pas exister de système à deux vitesses, comme on l'appelle souvent, fournissant des types de services différents à ceux qui paient davantage que les autres ou offrant un service plus rapide à ceux qui paient. Les femmes étant moins susceptibles que les hommes d'avoir les moyens, soit par le biais d'une

assurance soit par celui du paiement direct, d'accéder à des soins payants, qu'ils soient supplémentaires ou même nécessaires, l'universalité leur importe particulièrement.

2. **Accessibilité.** Non seulement chacun doit être couvert selon des modalités et des conditions uniformisées, mais les prestations doivent se dérouler de manière à ne pas prévenir ni empêcher – directement ou indirectement, par la facturation de frais à des personnes assurées ou autrement – l'accès satisfaisant aux services. La *Loi* prévoit également une juste compensation pour les médecins et les dentistes. Les frais supplémentaires ou encore ce qu'on appelle souvent les frais modérateurs, sont donc exclus. Tout comme l'universalité, ce principe est essentiel pour les femmes parce qu'on trouve plus de pauvreté chez elles que chez les hommes, qu'elles sont davantage malades et que moins de femmes ont les moyens financiers de payer pour des soins. Qui plus est, l'universalité et l'accessibilité aident à réduire les différences entre les femmes en restreignant le recours aux ressources financières personnelles.
3. **Intégralité.** Les provinces doivent payer pour tous les services médicalement nécessaires fournis dans les hôpitaux et par les médecins. Il est également fait référence dans la *Loi* à « d'autres professionnels de la santé » et on y précise que tous les médicaments, analyses et besoins liés à l'hébergement à l'hôpital doivent être couverts. Toutefois, « médicalement nécessaire » n'y est pas défini. De ce fait, la manière de définir ce terme et la personne qui le fera important au plus haut point. Or, les femmes sont moins susceptibles que les hommes d'occuper un poste où se

prennent de telles décisions, bien que le nombre croissant de femmes médecins fasse pencher la balance dans une certaine mesure.

4. **Transférabilité.** Ce point fait principalement référence à la possibilité de conserver sa couverture d'une province à une autre. Cependant, étant donné que le système de santé publique paie plus pour des services

## **On ne calcule pas le revenu qu'elles perdent lorsqu'elles quittent la population active ou prennent un travail à temps partiel pour dispenser des soins à domicile.**

que pour des personnes, les Canadiens ont le droit de passer d'un service à un autre et d'un emploi à un autre sans restrictions ni pénalités. Cela signifie que les femmes peuvent faire certains choix en matière de soins et rechercher les services qui répondent à leurs besoins particuliers. Ceci se démarque nettement de ce qui se passe dans certains pays, où la couverture est liée non seulement au fait d'avoir un emploi mais aussi à un emploi précis. D'autres systèmes restreignent le choix quant au professionnel de la santé ou contrôlent

sévèrement à qui les patients peuvent s'adresser.

5. **Administration publique.** Il doit exister dans les provinces un organisme sans but lucratif qui administre le régime public d'assurance maladie. En pratique, et aux termes de la loi dans certaines provinces, les hôpitaux sont également des organismes sans but lucratif.

Tant qu'elles s'en tiennent à ces cinq principes, les provinces peuvent décider dans une certaine mesure de la manière dont les soins seront fournis. Du fait que la *Loi* s'applique très clairement aux hôpitaux et aux médecins, on trouve même une grande disparité de l'une à l'autre, dès l'instant que les soins sont dispensés par quelqu'un d'autre qu'un médecin ou ailleurs que dans un hôpital. Cela signifie que les provinces et les territoires disposent d'une très grande flexibilité dans leur manière d'organiser les soins et qu'il y a place pour l'innovation. Mais cela signifie aussi, comme nous le constatons dans les débats qui ont lieu en ce moment, qu'il existe différentes interprétations de la *Loi*. Il est à noter qu'il n'y est pas fait mention de la viabilité financière, même si le débat public laisse parfois penser que c'est le cas.

### **Quel palier de gouvernement paie et pour quoi?**

Les gouvernements provinciaux et fédéral se blâment mutuellement des problèmes que pose l'assurance maladie. Le débat tourne principalement autour de l'argent.

Assez rapidement, le gouvernement fédéral n'a plus envisagé de payer la moitié de tous les coûts reliés aux médecins et frais hospitaliers. À la place, il a mis au point une formule basée sur les coûts rétroactifs *per capita* et sur l'appui

supplémentaire nécessaires à certaines provinces. Une partie de l'argent était payée sous forme de points d'impôt. En gros, cela signifie que le gouvernement fédéral autorisait les provinces à prélever une part des impôts pour payer les soins de santé. Par conséquent, il était plus difficile de calculer la contribution du gouvernement fédéral, lequel devait dépenser moins d'argent pour faire appliquer les cinq principes. Les transferts ont été progressivement réduits puis, il y a quelques années, le gouvernement fédéral a regroupé les fonds destinés à la santé, l'éducation et l'assistance sociale en un ensemble appelé Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, dont il a également diminué les montants de manière significative. Il est devenu encore plus difficile de distinguer combien le gouvernement fédéral donnait pour la santé et plus laborieux de retenir les fonds devant servir à la mise en application des principes. Puis, en vertu de l'Entente cadre sur l'union sociale signée en 1999, le gouvernement fédéral a octroyé un important supplément d'argent à condition que les provinces s'engagent à l'utiliser pour les soins de santé.

Avec tous ces changements, il ne serait pas surprenant que les provinces et les territoires calculent le montant de la contribution du gouvernement fédéral différemment de ce dernier. Ce qui est incontestable c'est que le montant et le mode de paiement de la contribution ont changé et que le gouvernement fédéral ne garantit pas la régularité du financement.

### Qu'entend-on par privatisation?

Le terme « privatisation » fait référence à différents aspects du système de santé canadien. Pour comprendre ce dont il est question, il est nécessaire de comprendre ce que nous entendons par

régime de santé publique au Canada.

Lorsque le gouvernement fédéral a présenté le financement public des soins de santé, il avait pour stratégie de financer ces services à même les fonds publics. C'est en fonction du besoin et non de la capacité à les payer que les soins devaient être dispensés. Les hôpitaux étaient presque tous des organismes sans but lucratif gérés soit par des administrations locales, soit par des organismes religieux indépendants et sans but lucratif ou encore par des organismes de bienfaisance. De nos jours, les gouvernements provinciaux et fédéral possèdent peu d'hôpitaux et emploient en direct peu de médecins. Ceux-ci fonctionnent plutôt comme des entreprises privées et facturent le gouvernement selon une rémunération à l'acte. Le régime d'assurance de soins médicaux était donc vraiment prêt à payer d'autres intervenants pour fournir les services, même s'il ne paie pratiquement que des organismes sans but lucratif ou de bienfaisance ou encore des professionnels indépendants travaillant pour leur propre compte. En d'autres termes, les organismes privés et les indépendants qui dispensent des soins de santé sont déjà nombreux et la scission client-fournisseur, comme disent certains, existe déjà puisque le gouvernement paie pour des services qu'il ne fournit pas directement.

À l'heure actuelle, ce qu'on nous propose de privatiser, c'est la prestation des soins. Étant donné que des organismes sans but lucratif ou des professionnels indépendants nous dispensent déjà des prestations privées, ce qu'on entend par privatisation des prestations c'est le fait que la prestation des soins serait fournie par des organismes à but lucratif. Ce serait un changement fondamental dans la manière de dispenser les soins de

santé, non parce que des organismes privés le feraient, mais plutôt parce qu'il leur faudrait faire un profit en dispensant des soins.

On soutient fréquemment que les entreprises à but lucratif sont plus efficaces et dispensent de meilleurs soins que les autres parce qu'elles doivent être rentables et soutenir une concurrence afin de préserver leurs affaires.

Cependant, le nombre de façons de faire un profit et de se maintenir ainsi en affaires est limité. On peut premièrement augmenter les prix; deuxièmement réduire les coûts de main d'œuvre en payant moins les gens, en en recrutant moins ou en les faisant travailler plus fort; et troisièmement diminuer la qualité. Nous disposons de très peu de preuves appuyant la déclaration selon laquelle les entreprises à but lucratif peuvent fournir la même qualité de soins au même prix que les organismes sans but lucratif. En revanche, il est quelque peu prouvé que, dans les entreprises à but lucratif, soit les soins dispensés sont de moins bonne qualité, soit les coûts sont plus élevés. Or, lorsqu'on choisit de faire baisser les coûts, ce sont les femmes qui en subissent les conséquences les premières parce qu'elles représentent quatre personnes sur cinq employées pour dispenser des soins de santé. Et lorsqu'il s'agit de réduire la qualité des soins, processus qui signifie habituellement qu'on change la manière de travailler de ceux qui les dispensent, les femmes en pâtissent également parce qu'elles constituent la majorité des personnes qui reçoivent des soins.

On propose de plus en plus, comme solution aux augmentations des coûts, une autre forme de privatisation liée au paiement. Le ticket modérateur par lequel on ferait payer les services aux personnes en est une. L'idée est que ces

frais décourageraient les gens d'abuser du système tout en permettant de lever des fonds pour les soins de santé. Toutefois, toutes les preuves suggèrent qu'on récolte peu d'argent et que seuls les démunis et les malades sont dissuadés d'aller chercher des soins. Autre façon de privatiser les coûts : la radiation. Ceci signifie en gros que certains types de soins ne sont plus couverts. Certaines catégories n'ont jamais été couvertes par le système de santé publique et d'autres ont toujours impliqué des frais, mais le glissement des coûts vers les assurés ou leurs compagnies d'assurance est de plus en plus évident. En 1990, le système de santé publique payait les trois quarts des coûts des soins de santé; mais en 1999, la part de l'État était tombée à 71 %.<sup>6</sup> Plus de la moitié de cet argent sort directement des poches des assurés.

Les deux plus gros postes de dépenses privées sont les soins dentaires et les médicaments prescrits, en dépit du fait que les compagnies d'assurances assument encore plus de la moitié des coûts. Quitter l'hôpital signifie habituellement perdre les médicaments fournis par le système public, mais il existe dans certaines provinces des régimes d'assurance-médicaments qui couvrent certains médicaments ou autorisent un plafond en fonction duquel les coûts seront couverts. De tels régimes peuvent aider non seulement les assurés à obtenir les médicaments dont ils ont besoin, mais aussi à maîtriser globalement les coûts en se servant des pouvoirs de réglementation et d'achat du gouvernement pour réduire les prix. Cela dit, bien que la majeure partie de la couverture d'assurance provienne des régimes offerts dans le milieu de travail, un nombre important de Canadiens ne sont pas couverts. Les femmes sont, notamment, moins

susceptibles que les hommes de bénéficier de tels régimes.<sup>7</sup> C'est le coût des soins en établissements, telles les maisons de soins infirmiers, qui fait supporter aux assurés la charge la plus lourde. Or, les femmes y étant majoritaires, elles sont donc la majorité qui supporte le coût de ces soins.

Il existe pourtant une autre forme de privatisation qui, bien que rarement décrite en tant que telle, revêt une importance particulière pour les femmes. Elle met en cause le déplacement des soins de santé vers le domicile et de la responsabilité de les dispenser. Lorsqu'on dirige les soins de santé vers la maison, on attend des femmes qu'elles en assurent la prestation et on le leur demande de plus en plus.

#### **Quels sont les problèmes posés par les soins à domicile?**

Les soins à domicile sont devenus une question fondamentale, et ce, pour plusieurs raisons.

La première raison tient aux changements intervenus dans la politique de la santé qui renvoie les soins à la maison. En effet, les soins hospitaliers ont été redéfinis pour ne comprendre que les personnes ayant le plus grand besoin de soins immédiats et actifs. Aussi, les patients qu'on renvoie à la maison y retournent plus rapidement et plus malades que dans le passé, alors que leur état nécessite encore de nombreux soins. De plus, le nombre de chirurgies sans hospitalisation ayant augmenté, les patients sont libérés le jour même et renvoyés chez eux pour y recevoir des soins. De même, du fait de l'augmentation du nombre de services fournis à des patients sans hospitalisation, les services autrefois fournis à l'hôpital le sont aujourd'hui à domicile. Et pour finir, on a fermé les institutions qui dans le passé

hébergeaient les personnes atteintes de divers handicaps. Cela touche en particulier celles souffrant d'aliénation mentale. Toutes ces modifications de la politique entraînent une augmentation des besoins en soins à domicile – dans le cas où le patient a un domicile. Par ailleurs, une fois les gens sortis de l'hôpital, les principes de la *Loi canadienne sur la santé* ne s'appliquent qu'aux services assurés, et non au travail et aux coûts liés aux soins supportés par la famille. Et en disant « famille », c'est souvent aux femmes que l'on fait allusion.

La seconde raison est que la manière dont les technologies ont évolué permet de dispenser des soins complexes à domicile. Bien qu'on décrive souvent le transfert des soins infirmiers à la famille comme un retour des soins à la maison, il est clair que nos grands-mères n'ont jamais posé de cathéters, ni fait d'intraveineuses, ni installé de tentes à oxygène. En réalité, certaines femmes dispensent à domicile des soins ne pouvant être fournis qu'à l'hôpital par des personnes ayant bénéficié de plusieurs années de formation officielle. Les technologies ainsi que les programmes d'aide sociale ont également permis de prolonger la vie de femmes et d'hommes atteints d'une incapacité ou d'une affection chronique. Cela signifie qu'on peut dispenser à domicile pendant de nombreuses années des soins actifs comme la dialyse.

Les soins à domicile ne sont pas devenus un problème parce que les femmes ont délaissé les soins infirmiers traditionnels pour poursuivre leurs carrières. Alors que la plupart d'entre elles ont besoin d'un travail rémunéré et veulent en avoir un, certaines dispensent encore une grande quantité de soins à domicile et en font chaque jour un peu plus. En réalité, la proportion de la population prise en charge par les

institutions aujourd'hui est inférieure à ce qu'elle était il y a une centaine d'années. Mais dans le même temps, les exigences augmentent. Selon les estimations, 90 % des soins de santé sont dispensés à domicile par des personnes qui ne sont pas payées, ce qui indique que les femmes en particulier supportent cette charge de travail en même temps que leurs emplois rémunérés.

### Qu'en est-il du vieillissement de la population?

Il y a une dizaine d'années, le principal problème était qu'on ne maîtrisait pas les coûts, mais aujourd'hui il semble que ce soit le vieillissement de la population. L'argument est le suivant : nous ne serons pas en mesure de payer les soins des « baby boomers » vieillissants, en particulier du fait de la baisse du taux de natalité qui implique que les jeunes générations ne seront pas assez nombreuses pour prendre en charge les aînés. Or, la majorité de ces derniers sont des femmes. Qui plus est, celles-ci constituent la grande majorité des personnes ayant besoin des soins de santé publique parce qu'elles vivent habituellement plus longtemps que leurs maris.

Il y a pourtant des raisons de combattre l'idée d'une crise imminente dont la cause serait le vieillissement des femmes.

Premièrement, même si nous continuons à dépenser pour les personnes âgées le même montant qu'actuellement, l'augmentation sera graduelle et de l'ordre de 1 % par an, pendant la période où les « baby boomers » deviennent des aînés.

Deuxièmement, ces chiffres se réfèrent aux pratiques de soins de santé actuelles. Il est cependant tout à fait possible d'évaluer la manière dont sont dispensés les soins aux aînés dans le système public, de façon à disposer d'un outil d'amélioration tout en maîtrisant

les coûts. La prescription de médicaments n'est qu'un exemple parmi d'autres. Ainsi, on pourrait inciter les pharmaciens à dispenser davantage de conseils aux médecins et aux aînés en matière de médicaments et éviter ainsi de dépenser des millions de dollars à cause des effets indésirables.

**Alors que la plupart d'entre elles ont besoin d'un travail rémunéré et veulent en avoir un, certaines dispensent encore une grande quantité de soins à domicile et en font chaque jour un peu plus.**

Troisièmement, les boomers sont en général en meilleure santé que la génération actuellement vieillissante, en partie parce qu'ils ont grandi dans le cadre d'un système de santé publique et d'autres soutiens sociaux inexistants avant la deuxième guerre mondiale. Ils sont également plus susceptibles d'avoir bénéficié d'une sécurité d'emploi relative et de plans de retraite, encore que cela s'applique plus vraisemblablement aux hommes qu'aux femmes.

### Qu'est-ce que la réforme des soins de santé primaires?

On définit le plus souvent les soins de santé primaires comme le premier point de contact avec le système de soins de santé. Tandis que de nombreuses personnes accèdent aux soins par la salle des urgences, les soins de santé primaires font habituellement référence aux médecins, cliniques et centres de santé. En fait, les récentes discussions en vue d'une réforme se sont concentrées sur la réforme des soins de santé primaires, en les considérant au moins en partie comme un moyen de tenir les gens à l'écart des salles d'urgence.

Parfois, cette réforme vise principalement à encourager les médecins à collaborer avec d'autres confrères et à faire de la médecine de groupe. On suppose que ce mode de fonctionnement permettrait de mieux gérer les besoins en soins de jour au quotidien ou encore ce qu'on appelle souvent le 24 heures/7 jours par semaine.

Parfois, la réforme concerne la création de cliniques ou de centres qui comprendraient une gamme élargie de fournisseurs de soins de santé. On a avancé en particulier l'idée que la présence d'infirmières praticiennes permettrait de répartir la charge de travail, de réduire les coûts parce qu'elles sont moins payées que les médecins et d'encourager des stratégies de promotion de la santé parce qu'elles passent davantage de temps avec les patients. Il se peut également que l'équipe accueille des sages-femmes, mais on parle moins du rôle des autres prestataires de soins de santé.

Pour l'essentiel, cette réforme a pour objet de prendre du champ par rapport au système de rétribution des médecins, le régime de rémunération des services. Dans ce cas, on suppose que le paiement en fonction de la quantité et du type d'acte pousse les médecins à augmenter le nombre des prescriptions,



des analyses et des traitements complexes et à réduire le temps passé avec chaque patient. On propose donc différents autres modes de rémunération, chacun ayant des implications différentes pour les médecins, les autres fournisseurs de soins et les patients.

### Que signifient « inscription des clients » et « capitation »?


« Inscription des clients » fait référence à un système qui impose aux assurés de s'engager à ne s'adresser qu'à un médecin, un groupe de médecins ou une clinique en particulier pendant un certain temps. La période peut varier de quelques mois à un an. Une telle mesure est supposée réduire le nombre des visites chez d'autres docteurs ou encore le « magasinage médical ». Les médecins reçoivent des incitatifs financiers pour garder leurs clients sur leur liste, ce qui implique que si les personnes sont satisfaites des soins dispensés, elles n'iront pas ailleurs. L'hypothèse est audacieuse.

On associe souvent l'inscription des clients et le paiement « par capitation ». Ce terme signifie qu'on paie le docteur ou la clinique davantage en fonction du nombre de personnes ayant signé un engagement que de la quantité des services fournis (honoraires à l'acte). Les honoraires fixés par tête sont calculés sur ce que coûte en moyenne la prestation des services de soins de santé à une personne, en fonction de son âge et de son sexe. Le médecin ou la clinique reçoit et conserve les honoraires quel que soit le nombre de services fournis à une personne. On justifie souvent cette pratique comme étant un moyen d'encourager les docteurs à développer l'information et la promotion en matière de santé, en les dissuadant de prescrire trop de traitements ou d'abuser du système et en garantissant des soins de meilleure qualité. Enfin, cette méthode permet de

recruter un personnel autre que les médecins pour dispenser les soins.

Nous disposons toutefois de très peu d'information prouvant que les femmes abusent actuellement du système ou que l'inscription des clients garantit ce que recherchent les femmes, c'est-à-dire des soins répondant à leurs besoins.

Il est à noter que l'inscription des clients semble être un système qui récompense les médecins pour suivre des gens globalement en bonne santé, puisqu'ils reçoivent des honoraires fixes quelle que soit la fréquence des services fournis; mais cela les pénalise lorsqu'ils prennent en charge des personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou physique chroniques – qui sont souvent des démunis ou des aînés.

L'inscription des clients représente un changement fondamental par rapport au système actuel dans lequel les assurés sont inscrits sur la liste des services de santé de la province et ont le droit d'avoir recours à tous les services couverts par le régime. 

### Pour plus d'information sur la réforme des soins de santé

Voyez la *Soumission à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada du Réseau canadien pour la santé des femmes* sur [www.cwhn.ca/ressources/romanow-fr/index.html](http://www.cwhn.ca/ressources/romanow-fr/index.html) ou le *Dossier clinique sur*

*la santé des femmes adressé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie* sur [www.cwhn.ca/ressources/whc-brief/index.html](http://www.cwhn.ca/ressources/whc-brief/index.html).

Armstrong, Pat, et coll. *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*, Toronto, Garamond, 2001, fournit une vaste recherche effectuée au Canada par les Centres d'excellence pour la santé des femmes.

Vous pouvez vous procurer auprès du RCSF une brochure rédigée dans un langage clair et simple, *Les conséquences de la réforme de la santé sur les femmes*.

Suivez les activités de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow) sur [www.commissionsoinsdesante.ca](http://www.commissionsoinsdesante.ca). Vous pouvez également vous abonner à un bulletin de nouvelles que vous recevrez par courrier ou par télécopie.

*Pat Armstrong, Ph.D., est présidente au sein des Centres d'excellence pour la santé des femmes du Groupe national de coordination sur les conséquences de la réforme de la santé sur les femmes. Elle est également une chercheuse internationalement reconnue pour ses travaux sur les conséquences de la réforme de la santé sur les femmes au Canada.*

### Notes :

1. Institut canadien d'information sur la santé. (ICIS). *National Health Expenditure Trends 1975-2001*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2001. Tableau A1.
2. Conference Board du Canada. *The Future Cost of Health Care in Canada, 2000-2020: Balancing Accountability and Affordability*, Ottawa, Conference Board du Canada, 2001.
3. ICIS. 2001. Tableau 7b.
4. ICIS. 2001. Figure 7.
5. ICIS. 2001. Page 18.
6. ICIS. 2001. Tableau B.3.3.
7. ICIS. 2001. Tableau 4.

# L'INSTITUT DE LA SANTÉ DES FEMMES ET DES HOMMES : REGARD SUR UNE ANNÉE

PAR KIKE EHIGIATOR, CHARGÉE DE LIAISON POUR LES IRSC

## Une ère nouvelle en recherche sur la santé

En juin 2000, Allan Rock, alors ministre de la Santé, a inauguré les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'agence de recherche en santé la plus importante au pays. L'objectif de cette organisation est d'atteindre l'excellence – au plan national comme international – dans l'acquisition de nouvelles connaissances et dans leur application, afin d'améliorer la santé des Canadiens, d'offrir de meilleurs produits et services de santé, et de consolider le système de santé du Canada. Les IRSC ont été créés pour appuyer une recherche multidisciplinaire intégrée dont le champ, très vaste, comprend les domaines biomédical et clinique, ainsi que l'étude des services et des systèmes de santé, et la recherche sur la santé des populations. La mission des IRSC est de produire des connaissances et de développer des capacités de recherche, dans le but d'améliorer la santé de tous les Canadiens ainsi que leurs systèmes de santé.

## Les IRSC et la campagne pour la santé des femmes

Le Conseil d'administration provisoire de la recherche en santé nommé par le parlement avait, entre autres mandats, celui de créer des instituts. Dans ce but, une consultation fut lancée à l'échelle canadienne afin de pouvoir en ébaucher le concept. La nature virtuelle de ces instituts impliquait qu'ils se rattacherait au site de recherche canadien de chacun des directeurs scientifiques. Chaque institut se consacrerait à un champ de recherche spécifique, comme la santé des appareils circulatoire et respiratoire, les services et les politiques de la santé, ou la santé des Autochtones.

Un groupe de chercheurs et d'activistes provenant de tout le Canada – le groupe de travail sur la santé des femmes et des hommes œuvrant au sein des IRSC – soumit une proposition de création d'un institut consacré à la santé des femmes. Cette

proposition se basait sur un document antérieur intitulé *CIHR 2000: Sex, Gender and Women's Health* [IRSC : l'appartenance sexuelle, les rapports sociaux entre les sexes et la santé des femmes]. Ces efforts ont porté fruit. En juillet 2000, le ministre de la santé de l'époque, Allan Rock, et le président des IRSC, Allan Bernstein, annonçaient la création de 13 instituts, dont celui de la santé des femmes et des hommes.

## L'Institut de la santé des femmes et des hommes (ISFH)

Le mandat de l'ISFH est d'appuyer « la recherche axée sur la façon dont les facteurs biologiques (liés au sexe des personnes) et les facteurs socioculturels (chez les hommes et chez les femmes) interagissent avec d'autres facteurs qui influent sur la santé pour créer des conditions et des problèmes à caractère unique, plus courants, plus graves ou différents, et ce, compte tenu des facteurs de risque ou des interventions efficaces à l'égard des femmes et des hommes ». Fidèle à sa mission, l'ISFH appuie le renforcement des capacités de recherche ainsi que les initiatives de recherche.

Les objectifs de l'ISFH sont de mettre en lumière de nouvelles connaissances sur l'état de la santé, les comportements liés à la santé et l'utilisation des services de santé chez les femmes et les hommes à tous les âges de la vie, ainsi que l'influence de l'appartenance sexuelle et des rapports sociaux entre les sexes sur ces aspects, et leurs interrelations avec d'autres déterminants de la santé. L'Institut œuvre également à récolter des données informatives afin de guider la mise sur pied de programmes, de politiques et de pratiques destinés aux femmes et aux hommes au Canada, à renforcer les capacités de recherche et de formation à la recherche sur la santé des femmes et des hommes, à produire un impact international par le biais de recherches stratégiques et du renforcement des capacités de recherche, et à

faire progresser la problématique de la santé des femmes et des hommes en considérant l'appartenance sexuelle comme déterminant.

Vers la fin de 2000, Allan Rock annonça la nomination des directeurs scientifiques qui prendraient les rênes des instituts. La directrice scientifique de l'ISFH est la D<sup>re</sup> Miriam Stewart, professeure à la faculté des sciences infirmières et à la faculté de médecine, en santé publique, à l'Université de l'Alberta. La D<sup>re</sup> Stewart a été directrice du Centre d'études pour la promotion de la santé de l'Université de l'Alberta ainsi que du Centre de recherche et de promotion de la santé des Maritimes; elle a été également la principale cochercheuse et cofondatrice du Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique. Au cours de la dernière décennie, elle s'est vu octroyer plus de 10 millions de dollars en bourses destinées à la recherche dans son domaine d'étude : le soutien social et les autres facteurs sociaux qui influent sur la santé, et la manière dont une meilleure compréhension de ces phénomènes peut être appliquée à l'amélioration des programmes destinés aux personnes en situation précaire.

En février 2001, la création du Conseil consultatif de l'Institut fut annoncée. Ses membres viennent de partout au Canada et représentent diverses disciplines telles que la santé des femmes, la sociologie, la psychologie, la médecine, les sciences infirmières et l'anthropologie; ils détiennent une expertise au chapitre des pratiques, des politiques et des forums publics. Entre autres membres, on peut mentionner Penny Ballem, vice-présidente du Centre de santé des femmes et des enfants de la Colombie-Britannique, Ian Manion,

directeur de la recherche du service des patients en santé mentale au Children's Hospital of Eastern Ontario (CHEO) [Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario], Sandra Bentley, conseillère en chef en matière de politiques reliées au ministère de la Condition féminine de l'Île-du-Prince-Édouard, Irving Rootman, directeur du Centre de promotion de la santé de l'Université de Toronto et enfin, Madeleine Boscoe, directrice exécutive du Réseau canadien pour la santé des femmes.

Au printemps de 2001, l'ISFH a entrepris de consulter des intervenants clés à l'échelle du pays, afin de déterminer les orientations prioritaires à suivre en recherche sur la santé des femmes et des hommes. Ce processus a permis à l'Institut d'établir cinq orientations prioritaires ainsi que dix thèmes de recherche clés : *L'amélioration de l'accès et de l'équité au sein des populations marginalisées et des groupes en situation précaire* (rapports sociaux entre les sexes, équité face à la santé et accès aux services des groupes en situation précaire; rapports sociaux entre les sexes, violence et santé à tous les âges de la vie); *Promouvoir la santé dans un contexte de maladies chroniques* (rapports sociaux entre les sexes et maladies chroniques à tous les âges de la vie; rapports sociaux entre les sexes et santé cardiovasculaire); *Les rapports sociaux entre les sexes et la santé à tous les âges de la vie* (rapports sociaux entre les sexes et développement sain de l'enfant; rapports sociaux entre les sexes et vieillissement sain; rapports sociaux entre les sexes, travail, loisirs et santé; rapports sociaux entre les sexes et santé mentale dans une société en transformation; rapports sociaux entre les sexes et santé sexuelle et génésique); *Promouvoir des comportements positifs*

*face à la santé* (rapports sociaux entre les sexes, promotion des comportements sains et lutte contre les dépendances); *Les rapports sociaux entre les sexes et l'environnement*.

### **ISFH lance des initiatives stratégiques en 2001-2002**


Au cours de leur première année d'activité, tous les instituts ont démarré des recherches stratégiques et mené des initiatives de renforcement des capacités de recherche. Ces initiatives ont permis aux chercheurs de multiplier les sources de subventions dans les quatre domaines piliers des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), et plus particulièrement au chapitre des services de santé, des politiques et de la santé des populations.

Entre autres initiatives stratégiques lancées par l'ISFH en partenariat avec d'autres IRSC, mentionnons : *Nouvelles perspectives sur les rapports sociaux entre les sexes et la santé* (subventions de démarrage, subventions ponctuelles et bourses de nouvelles formations visant à stimuler la recherche et à renforcer les capacités de recherche en rapport avec les cinq orientations de recherche prioritaires de l'Institut); le programme *Nouvelles équipes en émergence* [New Emerging Teams – Net], dont le but est d'encourager la croissance de petites équipes de recherche existantes ou la formation de nouvelles équipes axées sur les priorités de recherche sur les rapports sociaux entre les sexes, la violence, la santé et les maladies chroniques); *Améliorer l'accès des groupes marginalisés aux services de santé appropriés* (soutien à des projets novateurs qui influenceront sur les politiques, sur les programmes et sur les décisions administratives reliées à cette priorité de recherche); et enfin, *l'Initiative en formation à la recherche*

## REGARD SUR UNE ANNÉE

dans le domaine de la santé des IRSC (visant à appuyer le développement de programmes de formation novateurs et transdisciplinaires dans le domaine de la recherche, qui élargissent les capacités de recherche en santé au Canada et reflètent l'éventail des priorités de recherche de l'ensemble des instituts.)

### Occasions, événements et activités à ne pas manquer

- Lancement des initiatives stratégiques 2002-2003, axées sur les cinq priorités de recherche (par exemple, Nouveaux points de vue sur la santé des hommes et des femmes, Améliorer l'accès des groupes marginalisés aux services de santé appropriés), et initiatives axées sur la formation à la recherche et sur le renforcement des capacités;
- Groupe international de réflexion sur les rapports sociaux entre les sexes et leurs effets sur la santé, et colloque à l'occasion de la remise des bourses de l'ISFH, prévus pour la fin de 2002;
- Recherche en collaboration trans-instituts (Sommet canadien sur la recherche en matière de lutte contre le tabagisme, Groupe de travail national sur les effets de l'environnement sur la santé, Stratégie de recherche sur la santé rurale);
- Mise sur pied d'une liste de diffusion électronique permettant de communiquer avec les chercheurs et avec le public au sujet des politiques, de la planification des programmes et de la communauté. 

Pour obtenir davantage d'information sur les IRSC, voir leur site à l'adresse [www.cihr-irsc.gc.ca](http://www.cihr-irsc.gc.ca), ou le site de l'ISFH au [www.cihr-irsc.gc.ca/institutes/igh/index\\_f.shtml](http://www.cihr-irsc.gc.ca/institutes/igh/index_f.shtml). Pour s'inscrire sur la liste d'envoi de courriels de l'IRSC : [www.cihr-irsc.gc.ca/contact\\_us/index\\_f.shtml](http://www.cihr-irsc.gc.ca/contact_us/index_f.shtml).

# DES INONDATIONS À L'INFERTILITÉ : LES NOUVEAUX PROJETS DE RECHERCHE MENÉS par LES CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES

## Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique (CESFCB)

### Santé des lesbiennes et des femmes bisexuelles

Répondant à son engagement de porter une attention spéciale aux besoins de groupes de femmes spécifiques, en particulier les femmes marginalisées, le CESFCB pilotait récemment trois projets de recherche sur la santé des lesbiennes et des femmes bisexuelles.

Mis sur pied dans le but de faire connaître les besoins de santé des lesbiennes et des femmes bisexuelles et d'améliorer l'accès de celles-ci à des soins de qualité, le Lesbian and Bisexual Women's Health Project a produit trois nouvelles ressources. La première, intitulée *Caring for Lesbian Health: A Resource for Canadian Health Care Providers, Policy Makers and Planners* [Se préoccuper de la santé des lesbiennes : un guide à l'intention des prestataires de soins, des décisionnaires et des gestionnaires], est une édition révisée d'une brochure très populaire publiée à l'origine par le gouvernement de la Colombie-Britannique. Le document fait état de l'héritage tissé d'homophobie et d'hétérosexisme au sein du système de santé, cerne les préoccupations uniques des lesbiennes et des femmes bisexuelles en matière de santé et décrit les moyens à prendre pour améliorer l'accès à des soins de qualité.

Les cartes postales de la série *Empower Yourself* [Prenez votre vie en main] abordent d'importantes questions de santé communes aux lesbiennes et aux femmes bisexuelles : élever des enfants, entretenir de saines amitiés, chercher un médecin et faire de bons choix en matière de santé. Le feuillet *A Tip Sheet for Health Care Providers* souligne les moyens que peuvent prendre les prestataires de soins de santé pour améliorer la qualité des services offerts à cette clientèle.

Le CESFCB publiait récemment *Out in the Cold: The Context of Lesbian Health in Northern British Columbia* [En milieu hostile : perspective sur la santé des lesbiennes dans le nord de la Colombie-Britannique], par Lynda Anderson, Theresa Healy, Barbara Herringer, Barbara Isaac et Ty Perry. Les auteures se sont penché sur les expériences des lesbiennes relativement à l'ancien système de santé dans le nord de la province, en examinant les trois questions suivantes: quelle expérience ont-elles faite de ce système? À quels obstacles se sont-elles heurtées? Quels moyens ont-elles pris pour les surmonter et satisfaire leurs besoins, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur du système?

L'étude, de nature qualitative, met en lumière les répercussions du climat social hostile aux homosexuels qui prévaut dans le nord de la province sur le système de santé. Pour les lesbiennes évoluant dans cet environnement, les préoccupations relatives à la sécurité et à la liberté personnelles sont intimement liées à la santé. *Out in the Cold* révèle toute la complexité du problème et les contradictions qui accompagnent cette réalité; on y fait des recommandations quant aux changements qui devront être apportés tant sur le plan des services qu'au sein de la collectivité pour éliminer les obstacles. Fondée sur un processus de recherche participative tout à fait unique, cette étude vient s'ajouter aux ouvrages de plus en plus nombreux sur la santé des lesbiennes; la frontière traditionnelle entre chercheuses et participantes a été brouillée, démarche qui a incité les participantes à agir pour faire changer les choses.

Une autre étude, *Making Choices/Taking Chances: Lesbian/Bi/Queer Women, Assisted Conception and Reproductive Health* [Faire des choix et prendre des risques: les lesbiennes, les femmes bisexuelles et les femmes *queer* face à la reproduction assistée et à la santé reproductive] traite de l'expérience des femmes *queer* qui ont tenté de tomber enceinte ou de devenir parent, la situant dans le cadre de l'évolution des méthodes de reproduction assistée et des lois actuelles en matière de droits des lesbiennes, gais, bisexuels et transgenderistes. La chercheuse Jacquelyne Luce met en lumière le tissu complexe d'idées, d'attentes et d'expériences qui influencent la santé génésique et le bien-être des lesbiennes, des bisexuelles et des *queer*.

Près de deux années de recherche ethnographique sur le terrain sont à la base de cet ouvrage. Il prend, d'une part, la forme d'un récit dans lequel l'auteure relate ses propres expériences en tant que femme *queer* participant à un projet de recherche sur d'autres femmes *queer* et la santé génésique et, d'autre part, d'une analyse des histoires relatées par les participantes. L'enquête a été menée dans une variété de milieux géographiques et culturels un peu partout en Colombie-Britannique; elle a incité l'auteure à commenter les effets que peuvent avoir l'homophobie et l'hétérosexisme sur ce type de recherche, tout en soulignant les questions d'ordre méthodologique et les obstacles que doivent résoudre les chercheuses *queer* en santé.

### **Appréhensions : les obstacles que doivent surmonter les mères toxicomanes**

Pour réaliser cette étude, Nancy Poole et Barbara Issac ont effectué des entrevues avec des résidentes de Vancouver et de Prince George aux prises avec des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues, qui étaient enceintes ou mères d'enfants âgés de 16 ans et moins. L'étude a été soigneusement planifiée et menée avec l'intention de cerner des moyens de fournir des soins sexospécifiques adéquats, plutôt que de

chercher à blâmer les principales intéressées.

Les participantes ont dressé la liste des principaux obstacles qui leur bloquent l'accès au traitement pour les toxicomanies : la honte; la peur de perdre leurs enfants si on juge qu'elles doivent être traitées; la peur de subir les préjugés de la société du fait d'être mère ou enceinte et de souffrir de problèmes de toxicomanie; les sentiments de dépression et de faible estime de soi; l'espoir de pouvoir régler le problème sans se soumettre à un traitement; le manque d'information sur les traitements offerts et les listes d'attente des programmes de traitement.

En outre, les répondantes ont cerné cinq facteurs clés facilitant l'accès aux programmes de traitement : le soutien démontré par les professionnels de tous horizons, l'appui des membres de la famille, des amis et des personnes rencontrées au sein du mouvement de rétablissement, la motivation à aller chercher de l'aide à cause des enfants et les programmes de traitement adaptés aux besoins spécifiques des femmes.

*Le Lesbian and Bisexual Women's Health Project est financé par Santé Canada et Condition féminine Canada et coordonné par le CESFCB. Le guide Caring for Lesbian Health: A Resource for Canadian Health Care Providers, Policy Makers and Planners, les cartes postales Empower Yourself et le feuillet Tip Sheet for Health Care Providers sont offerts en versions française et anglaise. On peut commander gratuitement un exemplaire sur papier en écrivant au Service des publications, Santé Canada, repère local 0900C2, Ottawa (Ont.), K1A 0A9, ou en téléphonant au (613) 954-5995; téléc : (613) 941-5366.*

*On peut commander les études Out in the Cold: The Context of Lesbian Health in Northern British Columbia, Making Choices/Taking Chances: Lesbian/Bi/Queer Women, Assisted Conception and Reproductive Health en communiquant avec le CESFCB, E311-4500 Oak St., Vancouver (C.-B.), V6H 3N1; tél : (604) 875-2633; téléc. : (604) 875-3716; courriel: [bccewh@cw.bc.ca](mailto:bccewh@cw.bc.ca), [www.bccewh.bc.ca](http://www.bccewh.bc.ca). Des copies de l'étude Apprehensions: Barriers to Treatment for Substance-Abusing Mothers sont en vente au coût de 15 \$ au CESFCB ou en ligne à [www.bccehw.bc.ca/pub.htm](http://www.bccehw.bc.ca/pub.htm)*

## **Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies (CESFP)**

### **Les femmes, les droits des personnes handicapées et les technologies anténatales**

*The Ethical and Human Rights Implications of Prenatal Technologies: The Need for Federal Leadership and Regulation* [Implications des technologies anténatales sur le plan éthique

et des droits de la personne : le gouvernement fédéral devrait fournir des orientations et établir des normes] explore d'un point de vue féministe et sous l'angle des droits des personnes handicapées le recours de plus en plus fréquent aux technologies anténatales. Rédigé par Yvonne Peters et K. Lawson, voici un rapport de recherche qui incite à la réflexion, car il souligne qu'en l'absence d'un cadre de réglementation ou de réflexion qui permettrait d'examiner les multiples questions sociales, juridiques et éthiques qu'elles soulèvent, ces techniques sont maintenant pratique courante dans les programmes de soins donnés aux femmes enceintes.

Les auteures font observer que la raison la plus souvent invoquée pour justifier le dépistage anténatal est la prévention ou l'amélioration des affections incapacitantes d'origine génétique. Elles argumentent que la discrimination dont font l'objet les personnes handicapées est si répandue et que le fardeau associé à la vie avec un enfant handicapé est considéré comme si lourd que de nombreuses femmes ne se sentent pas réellement justifiées de refuser d'interrompre une grossesse lorsqu'il y a éventualité de handicap chez le fœtus.

Les personnes handicapées sont particulièrement préoccupées du fait que l'on considère l'interruption de grossesse comme une intervention allant de soi dans les cas où le dépistage anténatal révèle un handicap possible chez le fœtus. Actuellement, on considère que le seul motif valable pouvant justifier l'avortement sélectif est le handicap, ce qui suggère que cette pratique vise d'abord et avant tout à en réduire l'incidence dans la société.

On consacre beaucoup plus de ressources économiques et scientifiques à affiner les techniques anténatales qu'à chercher des traitements pour guérir les imperfections qu'elles décèlent. Il faut remettre en question toute l'attention que l'on accorde aujourd'hui à l'identification des gènes responsables de la déficience, au détriment de l'élimination de la pauvreté, de l'amélioration de la nutrition prénatale et de la réduction des produits toxiques pour l'environnement, tous ces facteurs étant des causes premières de problèmes de santé chez les enfants.

Un aspect prépondérant de la notion de handicap a trait aux attitudes et aux normes véhiculées au sein d'une société érigée sur le modèle de la personne physiquement apte. Les auteures de l'étude font une critique de la perspective coûts et avantages adoptée à l'égard du handicap, ainsi que de l'argument « qualité de vie », selon lequel il n'y a pas de vie préférable à celle de vivre avec un handicap.

Le recours au dépistage varie grandement selon les régions et les sphères sociales. Les tendances actuelles laissent envisager éventuellement une concentration de personnes handi-

capées dans certaines régions isolées et dans certains segments à faible revenu et minoritaires de la société. Qu'advient-il des programmes destinés aux personnes handicapées lorsque les individus qui détiennent les rênes du pouvoir et de l'argent ne s'identifieront plus à cette cause?

En forçant le recours à l'interruption de grossesse, les techniques de dépistage anténatal pourraient en fait contribuer à réduire, plutôt que d'accroître, l'autonomie des femmes en matière de reproduction. L'utilisation systématique du dépistage risque d'assigner aux femmes le rôle de « protectrices génétiques » au sein de la société, à qui on imputerait la responsabilité des naissances d'enfants handicapés. Les auteures avancent que les droits des personnes handicapées et les droits des femmes en matière de reproduction ne s'opposent pas, mais que dans un monde obsédé par la perfection génétique, ils pourraient se trouver en conflit.

Le rapport se penche sur la législation canadienne en matière de droits de la personne et sur la Constitution canadienne et cerne les fondements juridiques de l'usage discriminatoire des technologies anténatales. Les auteurs recommandent que le gouvernement fédéral assume un rôle proactif dans l'établissement de normes nationales uniformes en cette matière, dont l'adoption d'une loi sur le dépistage et d'un programme d'éducation du public et des professionnels de la santé.

### *Left In The Cold: Women, Health and The Demise of Social Housing Policies*

#### **[Laissées en plan : la santé des femmes et l'effondrement des politiques en matière de logement social]**

Dans cette nouvelle étude, les auteures Darlene Rude et Kathleen Thompson examinent le lien entre les politiques en matière de logement et la santé des femmes, notamment à la lumière du retrait des gouvernements des programmes de logement social depuis le début des années 1990. On a cherché à connaître l'incidence que peut avoir le sexe d'une personne sur l'accès à un logement adéquat, plutôt que de se concentrer sur la question du revenu, comme il est coutume de le faire. Le rapport propose une analyse de la documentation sur les liens entre le logement, la santé et l'égalité des sexes, un survol des politiques et des pratiques canadiennes en matière de logement depuis les dix dernières années et des données sur l'influence du logement sur l'état de santé.

Les chercheuses ont mené des entrevues auprès de résidentes de Regina et de Winnipeg qui ont par le passé éprouvé des difficultés à accéder ou à conserver un logement adéquat. Elles ont également rencontré des professionnels concernés par la politique du logement ou qui fournissent des services

de première ligne en matière de logement. Toutes les participantes à l'étude avaient habité, ou habitaient encore, dans des logements trop chers, inadéquats ou insalubres. Elles ont rapporté, en particulier celles qui ont des enfants, qu'elles s'étaient heurtées à maints obstacles dans leur recherche d'un logement abordable. La majorité d'entre elles vivaient cette situation depuis de nombreuses années et avaient été déplacées plusieurs fois. Elles ont en outre fait état du stress associé aux conditions d'insalubrité et d'insécurité, estimant que leur propre santé et celle de leurs enfants étaient affectées par le danger et les difficultés liées au voisinage, aux problèmes de plomberie et de chauffage, aux infestations de rongeurs et de vermine et à la mauvaise qualité de l'air. La plupart des femmes interrogées ont dit avoir été victime de harcèlement, notamment de harcèlement sexuel ou de mauvais traitements infligés par les propriétaires, et que les moyens de recours en cette matière sont inadéquats.

L'étude révèle que dans une large proportion, le nombre de femmes ayant besoin d'un logement surpasse celui des hommes, en particulier les femmes qui élèvent seules leurs enfants. À titre d'exemple, 64 % des femmes chefs de famille monoparentale sont à la recherche d'un logement adéquat, comparativement à 36 % pour les hommes dans la même situation. Par ailleurs, on a établi un lien entre le sexe et l'appartenance ethnique, les femmes autochtones (35 %) étant deux fois plus susceptibles que les femmes non autochtones (15 %) à être à la recherche d'un logement.

Le rapport cerne plusieurs sphères d'intervention, notamment la nécessité de régler le problème de la pénurie de logements adéquats et abordables pour les femmes, en particulier celles qui élèvent de jeunes enfants, et de s'assurer que les normes minimales en matière de salubrité et sécurité sont respectées dans les immeubles locatifs. Les systèmes de chauffage et l'isolation des bâtiments doivent être adéquats pour éviter que les femmes et les enfants passent l'hiver sans chauffage. Il faut mettre en place des politiques et des programmes de logement qui tiennent compte des problèmes particuliers des femmes et les enfants dans le marché actuel de l'habitation. Enfin, le rapport propose la mise en place de cours de formation et de ressources qui permettraient d'enseigner les rudiments de l'entretien d'un logement, ainsi que d'un mécanisme de médiation pour régler les problèmes de sécurité et de harcèlement entre propriétaires et locataires de sexe féminin.

*On peut obtenir un exemplaire du rapport **The Ethical and Human Rights Implications of Prenatal Technologies: The Need for Federal Leadership and Regulation** à l'adresse [www.pwhce.ca](http://www.pwhce.ca) ou en*

*écrivain au CESFP, 56 The Promenade, Winnipeg (Man.), R3B 3H9; tél. : (204) 982-6630; téléc. : (204) 982-6637; courriel : [pwhce@uwinnipeg.ca](mailto:pwhce@uwinnipeg.ca). **Left In The Cold: Women, Health and The Demise of Social Housing Policies** peut être consulté en ligne à l'adresse [www.pwhce.ca/left-cold.htm](http://www.pwhce.ca/left-cold.htm) ou commandé au CESFP.*

## Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu (RPSFM)

### L'inondation du siècle, récits de la population féminine

En 1997, l'inondation de la rivière Rouge recouvrait de vastes zones de terrains agricoles et urbains au sud du Manitoba, provoquant des dommages considérables, non seulement en raison des pertes de propriétés, mais également sur le plan psychosocial. Les conséquences de cette catastrophe se feront encore sentir pendant de nombreuses années chez celles et ceux qui ont été les plus touchés.

La plupart des études sur les catastrophes accordent peu d'attention spécifique au rôle joué par les femmes. Leurs expériences se retrouvent diluées dans l'analyse ou tout simplement ignorées. Dans les situations de stress collectif causées par des événements de cette nature, il est important de comprendre la fonction occupée par les femmes puisque leurs interventions ont une incidence sur la mesure dans laquelle l'entourage s'ajuste à l'expérience de désorganisation et de perte et un effet positif sur le rétablissement des collectivités.

La présente étude explore les expériences vécues par les femmes durant « l'inondation du siècle », en abordant notamment la nature du travail effectué par celles-ci au cours de cette période et en traitant des répercussions d'ordre social et sanitaire sur elles et leurs familles, contribuant ainsi à élargir nos connaissances sur l'expérience des femmes pendant les catastrophes.

Les chercheuses ont recueilli les récits de femmes vivant dans la municipalité rurale de Ritchot et au sein de la Première nation de cette localité, une région durement touchée par les eaux de crue située tout juste au sud de Winnipeg. Elles ont également interrogé des femmes qui travaillaient pour des organismes de secours dans la zone sinistrée.

Les résultats de l'étude soulignent entre autres les principaux problèmes liés à l'information sur l'inondation, aux ressources et au degré de préparation. Parmi les préoccupations les plus courantes, mentionnons la justesse et la pertinence des renseignements qui circulaient sur l'inondation; l'état de préparation de la municipalité; la coordination des mesures d'urgence; la coordination des secours et, enfin, le manque de tact manifesté par les politiciens aux échelons

municipal, provincial et fédéral. Toutes les répondantes estiment que la gestion de la crise était déficiente sous plusieurs aspects. La mauvaise coordination des ressources et l'insuffisance de celles-ci comptent parmi les plaintes qui ont été formulées le plus souvent.

Nombreuses sont les répondantes qui ont indiqué que dans l'avenir, elles défieraient les ordres d'évacuation. Les politiciens ont particulièrement fait l'objet de commentaires très critiques. Pratiquement toutes les victimes de l'inondation se sont dit frustrées par le processus de compensation et par la nature changeante des critères d'admissibilité. Trois ans après la catastrophe, plusieurs femmes attendent toujours le règlement de leur réclamation tandis que d'autres vivent dans des maisons qui ne sont qu'à moitié terminées.

Le travail effectué par les femmes pendant la crise est considéré comme essentiel, tout en passant par ailleurs inaperçu. Les répondantes ont rapporté avoir travaillé pendant des semaines et des mois, de l'aube jusque tard dans la nuit. Elles ont parlé de la préparation interminable des repas, non seulement pour leurs familles mais également pour l'armée de bénévoles venus prêter main-forte. Elles ont décrit leur quête répétée et frustrante de sacs de sable.

Ce sont les femmes qui ont géré le stress et les aspects psychologiques de la crise au sein de leurs familles. Ce sont elles qui ont joué un rôle clé dans le développement de l'esprit communautaire dans leurs voisinages et passé des heures à négocier avec les agences officielles. Elles ont assumé les tâches nécessaires à la réorganisation de la vie quotidienne, à la reconstitution des foyers et au renouvellement du sentiment d'appartenance à la collectivité.

En dépit du rôle clé joué par les femmes, les chercheuses ont observé que les répondantes semblaient surprises de constater que leurs expériences pouvaient intéresser quelqu'un. Les tâches essentielles qu'elles ont accomplies semblaient invisibles même à leurs propres yeux.

On a demandé aux répondantes de commenter les conséquences de « l'inondation du siècle » avaient eues sur leur santé, en indiquant si de nouveaux problèmes de santé avaient surgi à la suite de l'événement ou si leur consommation de médicaments avait augmenté. Presque toutes ont admis se sentir inquiètes, troublées, tristes, apeurées, seules ou déprimées. Le degré de tension était particulièrement élevé et la majorité ont indiqué qu'elles souffraient de fatigue une grande partie du temps. Trois ans après l'inondation, la plupart des répondantes estiment que leur santé a été compromise par l'événement et que d'autres membres de leur famille souffrent eux aussi de problèmes de santé qu'ils associent à ce dernier.

L'enquête révèle clairement que les femmes ont joué un rôle prépondérant lors de l'inondation, que ce soit sur le plan des préparatifs, des décisions à prendre pour la traverser ou des moyens à adopter pour s'en remettre. Toutes les répondantes ont affirmé qu'elles ne s'étaient pas rendu compte avant cette crise de la force morale dont elles disposaient et qu'elles avaient acquis une nouvelle confiance en elles et de nouvelles compétences. Les femmes ont fait preuve d'un degré impressionnant de résilience tout au long de cette crise et se sont résolument engagées à remettre leur communauté sur pied sous tous les aspects.

### Cancer du sein et infertilité

Dans le but d'évaluer le rôle des méthodes de recherche quantitatives et qualitatives dans la recherche sur la santé des femmes, les auteures de *Beliefs, Attitudes and Behaviours Towards Breast Cancer and Infertility* [Croyances, attitudes et comportements à l'égard du cancer du sein et de l'infertilité] se sont fondées sur les cas du cancer du sein et de l'infertilité pour mener leur enquête. On a sondé un large échantillon d'hommes et de femmes pour déterminer ce qu'ils croyaient être les causes de ces maladies et le traitement qu'ils choisiraient pour eux-mêmes ou une personne qu'ils aiment. Sept-cent cinquante hommes et femmes de Winnipeg ont répondu au questionnaire; des groupes de discussions très diversifiés sur le plan démographique ont également été menés dans trois autres régions du pays.

Selon les répondants, les principales causes de cancer du sein sont les suivantes : le fait d'avoir une mère atteinte de cancer du sein; une prédisposition génétique; les produits toxiques pour l'environnement. L'enquête révèle également que 46 % des personnes interrogées n'avaient jamais eu recours à l'examen clinique des seins, 44 % à l'auto-examen des seins, 35 % à la mammographie et 17 % à des traitements de médecine douce. Moins de 1 % des répondants faisaient de l'exercice ou avaient changé leur alimentation comme mesures de prévention du cancer.

En ce qui concerne l'infertilité, les personnes des deux sexes croient que les problèmes liés au sperme, les maladies transmises sexuellement et les déséquilibres hormonaux sont les principaux facteurs responsables. Les répondants ayant recouru à un traitement en cas d'infertilité ont clairement indiqué leur préférence en faveur de méthodes peu technicisées comme les médecines douces, le suivi de l'ovulation par la courbe de température et les rapports sexuels planifiés. Parmi les répondants au questionnaire, aucun n'avait fait appel aux techniques de reproduction assistée; dans les groupes de dis-



cussion, toutefois, plusieurs femmes y avaient eu recours. Dans cette étude, les femmes sont six fois plus nombreuses que les hommes à avoir rapporté qu'elles étaient infertiles ou qu'elles connaissaient quelqu'un qui l'était; elles se sont aussi montrées plus disposées que ces derniers à envisager l'adoption comme solution éventuelle.

L'étude fournit des pistes intéressantes pour l'élaboration de politiques et d'actions axées sur le cancer du sein et l'infertilité. La faible proportion dans laquelle on a recours à l'auto-examen et à l'examen clinique des seins indique qu'il faudra améliorer les programmes d'éducation en cette matière. Sur le plan des connaissances et des attitudes, les différences entre les sexes soulignent la nécessité d'intervenir à grande échelle. Les connaissances limitées sur le rôle des maladies transmises sexuellement relativement à l'infertilité, la réticence à parler du sujet et le peu de certitudes quant à ses causes réelles et à ses traitements démontrent que d'autres efforts devront être entrepris sur le plan de l'éducation. La préférence accordée aux traitements peu technicisés laisse croire qu'il existe un décalage entre les pratiques de la population et une politique officielle largement favorable aux méthodes de reproduction assistée. Il pourrait être justifié de prêter une plus grande attention à l'amélioration des méthodes alternatives et du processus d'adoption.

*Enquête The Flood Of the Century: Stories Women Tell, par Karen Grant et Nancy Higgitt, a été financée par le programme de subventions de recherches UM/CRSH de l'Université du Manitoba. On peut en prendre connaissance en ligne à l'adresse [www.yorku.ca/nnewh](http://www.yorku.ca/nnewh) ou le commander auprès du RPSFM, als Centre for Health Studies, York University, 4700 Keele St., 214 York Lanes, Toronto (Ont.), M3J 1P3; tél. : (416) 736-5941; téléc. : (416) 736-5986; courriel : [nnewh@yorku.ca](mailto:nnewh@yorku.ca). Does Gender Count? Differences in English-Canadian beliefs, attitudes and behaviors towards breast cancer and infertility, par Gina Feldberg, Lisa Strohschein, Karen R. Grant et Dominika Wranik-Lobrenz, peut être consulté en ligne à l'adresse [www.yorku.ca/nnewh/english/nnewhind.html](http://www.yorku.ca/nnewh/english/nnewhind.html).*

## Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique

Un sain équilibre : formation d'une alliance pour la recherche sur les soins non rémunérés dispensés par les femmes

Financé par les Instituts canadiens de recherche en santé, le Healthy Balance Research Program est un projet de recherche de cinq ans dont le but est d'explorer le lien entre la santé des

femmes, le bien-être, la vie de famille et la capacité de gagner sa vie. Les organismes chargés du projet sont le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la région des Maritimes et le Conseil consultatif sur la condition féminine de la Nouvelle-Écosse. Y collaborent plus de 25 chercheuses issues des universités, des sphères décisionnelles et des organisations de la santé, conjointement avec des partenaires de la collectivité et du gouvernement, qui ont offert différents modes de soutien.

Le but principal du projet est d'acquérir de nouvelles connaissances sur les conséquences des soins non rémunérés sur l'état de santé des femmes de la Nouvelle-Écosse et leur niveau de stress, que la prestation des soins constitue leur unique activité ou une activité combinée à un emploi rémunéré. Comment les soins sont-ils organisés? Quel effet la prestation de soins a-t-elle sur le sentiment de maîtrise des femmes face à leur vie et sur leur santé et leur bien-être? Quels sont les liens entre les facteurs sociaux et économiques, la relation avec le travail rémunéré et les rapports entre soins et l'origine ethnique, la culture, le lieu de résidence, l'âge et le revenu?

La première étape du projet a abouti à la rédaction d'un document de référence intitulé *Thinking It Through: Women, Work and Caring in the New Millennium* [Réfléchir jusqu'au bout : les femmes, le travail et la prestation des soins dans le nouveau millénaire], cosigné par Pat Armstrong et Hugh Armstrong. On constate que la prestation des soins est clairement le travail des femmes. Qu'ils soient rémunérés ou non, donnés à domicile, dans les organisations bénévoles ou au travail, les soins sont en grande majorité dispensés par les femmes. C'est une activité qui passe souvent inaperçue, à laquelle on accorde peu de mérite et qui n'est pas toujours considérée comme du travail qualifié. Après avoir recensé la documentation publiée au Canada et ailleurs, les auteurs tentent de cerner les forces, les structures et les rapports qui ont conduit à la construction du rôle de soignante confié aux femmes dans la société et à sous-estimer le travail curatif qu'elles effectuent. Ils présentent un cadre analytique qui permettra de susciter une réflexion sur cette activité. Le document est le pendant de l'ouvrage *One Hundred Years of Caregiving in Canada* [Cent ans de prestation de soins au Canada] (Pat Armstrong et Olga Kits, Ottawa: Commission du droit du Canada, 2001).

*On peut commander Thinking It Through: Women, Work and Caring in the New Millennium auprès du Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique, B.P. 3070, Halifax (N.-É.), B3J 3G9; tél. : (902) 420-6739; téléc. : (902) 420-6752; courriel : [acewh@dal.ca](mailto:acewh@dal.ca) ou en passant par [www.medicine.dal.ca/acewh](http://www.medicine.dal.ca/acewh).*

**Your Personal Health Series: Eating Disorders: Anorexia Nervosa, Bulimia, Binge Eating and Others**

Jim Kirkpatrick et Paul Caldwell

Une ressource exhaustive, ce livre est un guide complet qui s'adresse aux personnes ayant vécu des troubles de l'alimentation ou connaissant des personnes qui en sont atteintes. Les auteurs offrent des conseils d'experts sur les causes et les effets de l'anorexie nerveuse, de la boulimie nerveuse, des épisodes d'alimentation excessive et d'autres troubles de l'alimentation moins connus, ainsi que sur les traitements disponibles. 2001. 19,95 \$. En anglais.

**Publié par : Key Porter Books**

70, The Esplanade

Toronto (Ont.) M5E 1R2

Tél. : (416) 862-7777

Télé. : (416) 862-2304

www.keyporter.com

**Birth Right: New Approaches to Safe Motherhood**

The Panos Institute

Au moins 525 000 femmes meurent encore chaque année des complications liées à la maternité, et la plupart de ces femmes vivent dans les pays en développement. Ce rapport explique ce qui cause les souffrances des femmes et présente un vigoureux plaidoyer pour que ce dossier soit abordé sous l'angle des droits de la personne. Il démontre l'existence de stratégies favorisant le bien-être des femmes, qui relève de ressources souvent déjà en place. Il insiste également sur l'importance de diffuser de l'information au sein du public et des milieux professionnels et politiques pour assurer la mise en place de changements. 2001. Gratuit. En anglais.

**Disponible auprès du Panos Institute**

9 White Lion Street

London N19PD

United Kingdom

Tél. : +44 (0)207 278 1111

Télé. : +44 (0)207 278 0345

Courriel : panos@panoslondon.org.uk

Téléchargement : [www.panos.org.uk/briefing/birth\\_rights\\_files/birth\\_rights\\_cover.htm](http://www.panos.org.uk/briefing/birth_rights_files/birth_rights_cover.htm)**Women Take Care: Gender, Race and the Culture of AIDS**

Katie Hogan

Les mères qui se sacrifient et les épouses qui pardonnent, les lesbiennes qui prennent soin

des autres et les figures maternelles substitués qui veillent – ces « femmes pleines de bonté » sont toutes des personnages connus dans la culture visuelle et documentaire liée au SIDA. L'auteure décrit comment la documentation portant sur le SIDA reproduit ce modèle de sacrifice et de soins historiquement véhiculé, qui renforce la présence de préjugés raciaux et sexuels. Bien que la prestation de soins constitue un devoir humanitaire fondamental, le livre démontre comment cette responsabilité est déléguée surtout aux membres de la société qui détiennent le moins de pouvoir. 2001.

39,95 \$US (couverture rigide); 15,95 \$US (couverture souple). En anglais.

**Publié par : Cornell University Press**

Sage House, 512 E. State Street

Ithaca, NY 14850

Tél. : (607) 277-2211

Télé. : (800) 688-2877

www.cornellpress.cornell.edu

**Rebel, Rogue, Mischievous Babe: Stories About Being a Powerful Girl**

Sharlene Azam

Ce livre, rédigé par des filles et des jeunes femmes de tous les coins du Canada à l'intention de leurs semblables, présente une collection de récits personnels qui traitent des transitions menant à la maturité, des étapes de vie auxquelles font face toutes ces jeunes. L'image, le corps, la famille, les fréquentations, le sexe et la sexualité, les garçons, la dépression, les drogues, la consommation d'alcool et de tabac, les amis, les emplois, l'école secondaire, l'intimidation, la violence et le racisme, la créativité et le travail figurent parmi les sujets traités. 2001. 19,95 \$. En anglais.

**Publié par : Harper Collins Canada Ltd.**

55 Avenue Road, bureau 2900

Toronto (Ont.) M5R 3L2

Tél. : (416) 975-9334

Télé. : (416) 975-5223

www.harpercanada.com

**Migraine (Your Personal Health Series)**

Valerie South

Cette ressource révisée offre de l'information très utile, pertinente et actualisée sur les migraines, notamment vue sous l'angle médical. L'auteure se penche sur les façons d'identifier et d'éviter les éléments déclencheurs de migraines, les étapes d'une

autogestion, le lien entre la migraine et les menstruations et les traitements en médecine douce tels que la méditation, le massage, l'acupuncture et le yoga. 2001. 19,95 \$. En anglais.

**Publié par : Key Porter Books**

(pour les coordonnées, voir ci-haut)

**The Migraine Cookbook: More Than 100 Healthy and Delicious Recipes for Migraine Sufferers**

Michele Sharp

Approuvé par l'Association de la migraine du Canada, ce livre présente plus de 100 recettes spécialement élaborées pour aider les personnes souffrant de migraine à bien manger tout en évitant les aliments déclencheurs de migraine. Cette ressource est conçue pour vous apprendre à identifier les aliments qui peuvent déclencher une migraine, à évaluer lesquels vous affectent personnellement et à maintenir un régime alimentaire sain et agréable au goût, tout en diminuant au maximum les risques de migraine. 2001. 24,95 \$. En anglais.

**Publié par : Key Porter Books**

(pour les coordonnées, voir ci-haut)

**Sudden Menopause: Restoring Health and Emotional Well-Being**

Debbie DeAngelo

La ménopause fait partie du processus de vieillissement naturel, mais parfois, elle arrive trop tôt à la suite d'une hystérectomie, d'une chimiothérapie, d'une radiothérapie, de troubles d'anorexie, de problèmes précoces aux ovaires et d'autres affections. Ce livre s'adresse aux jeunes femmes qui vivent une ménopause accélérée et s'attaque à des sujets pertinents tels que les chaleurs et les changements émotionnels et cognitifs, ainsi qu'à des questions influençant la santé à long terme, dont l'ostéoporose et les maladies cardiaques. 2001. 24,95 \$ (couverture souple). En anglais.

**Publié par : Hunter House Inc.**

PO Box 2914

Alameda, CA 94501-0914

Tél. : (510) 865-5282

Télé. : (510) 865-4295

Courriel : [ordering@hunterhouse.com](mailto:ordering@hunterhouse.com)

www.hunterhouse.com

**Manmade Breast Cancers**

Zillah Eisenstein

Dans ce livre, madame Eisenstein livre une

critique des dommages environnementaux et leurs conséquences sur la santé des femmes, des enjeux liés aux rôles des femmes en tant que facteurs pouvant provoquer le cancer du sein et influencer les programmes politiques. Elle établit le lien entre la prévention et le traitement, entre l'appui individuel et les changements politiques. 2001. 17,95 \$ (couverture souple). En anglais.

**Publié par :** Cornell University Press

(voir *Women Take Care*)

### Histoires de dire

Une réalisation de Josianne Lapointe et de Pauline Voisard. Ce documentaire présente, derrière un rideau d'images recherchées préservant leur anonymat, des femmes atteintes du VIH. Elles parlent des démarches et des questionnements entourant le dévoilement de leur maladie et l'importance de dire. 25 minutes, 9 secondes. 2000. 50 \$. En français.

**Disponible auprès de Vidéo-Femmes**

291, rue Saint-Vallier Est, bureau 104

Québec (Qué.) G1K 3P5

Tél. : (418) 529-9188

Télééc. : (418) 529-4891

Courriel : [info@videofemmes.org](mailto:info@videofemmes.org)

<http://videofemmes.org/accueil/>

### Power Camp/Fille d'action : un guide et modèle de projet

Ce manuel a été conçu pour servir d'outil aux organismes ou aux jeunes femmes, dans le but de les aider à créer un programme Power Camp/Fille d'action, afin d'offrir aux jeunes femmes l'opportunité de se réunir dans un milieu jeune et féminin dans le but d'explorer les préoccupations particulières liées à leurs expériences, d'acquérir des connaissances, de développer la pensée critique pour ensemble découvrir des stratégies d'action permettant de faire face et changer les choses. Le manuel tient compte du fait que l'adaptation du modèle se fait au niveau communautaire, en réponse aux besoins de la communauté.

2001. Gratuit. En français.

**Disponible auprès de :** Power Camp/Fille d'action

Tél. : (514) 948-1112

Courriel : [Power\\_camp@videotron.ca](mailto:Power_camp@videotron.ca)

Télécharger :

[www.tgmag.ca/filledaction/manual.html](http://www.tgmag.ca/filledaction/manual.html)

Points d'intérêt : rapports et publications *est rédigée par Barbara Bourrier-LaCroix, coordonnatrice du centre de documentation.*

## La non-rémunération des soignantes naturelles : une violation des droits de la personne?

Une mère monoparentale de la Saskatchewan, qui prend soin de son enfant atteint d'une maladie chronique à la maison, a porté plainte auprès de la Commission des droits de la personne de la Saskatchewan. Selon elle, les responsabilités qu'elle doit porter en tant que soignante naturelle non rémunérée vont bien au-delà du devoir maternel et vont à l'encontre de ses droits. La mère prodiguait des soins très spécialisés à son enfant, 24 heures sur 24, pendant un minimum de 387 heures par mois, et selon ses calculs, le système de santé épargnait plus de 9 000 \$ par mois en n'ayant pas recours à des professionnels de la santé rémunérés. Des militantes liées à l'Université de la Saskatchewan et à l'Université de Regina aident cette femme à défendre sa cause. Au début, la Commission des droits de la personne rejeta la plainte, en arguant qu'il n'y avait « pas de cause probable » à cette situation. Toutefois, récemment, la Commission s'est rétractée et affirme maintenant son intention de mener une enquête. Les résultats de cette cause pourraient avoir des conséquences importantes pour les soignantes naturelles non rémunérées et pour le système de soins à domicile.

## Enfin, des lois fédérales sur les technologies de reproduction?

Après une décennie de comptes-rendus, de discussions et de projets de lois, le Canada est une fois de plus dans le processus de légiférer sur la réglementation des technologies de reproduction assistée et sur la recherche dans ce créneau. Le nouveau projet de loi a été introduit à la Chambre des communes – [www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/procreation/index.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/procreation/index.htm).

Ce dossier est en cours depuis longtemps – la Commission royale d'enquête sur les technologies de reproduction a été constituée en 1993; il s'agit de la troisième tentative d'introduire une législation fédérale visant à réglementer ce domaine de la santé, un dossier brûlant sur les plans médical, social et moral.

En 2001, le projet de loi a été révisé par le Comité permanent de la santé, qui a reçu des douzaines de documents de la part d'un éventail de groupes. La législation proposée porte sur les activités de reproduction humaine assistée, une technologie qui peut aider certains Canadiens et Canadiennes à avoir des enfants, et sur l'utilisation d'embryons humains en recherche, qui pourraient augmenter le niveau de connaissances dans plusieurs domaines. Le projet de loi couvre les activités qui sont interdites dans toute circonstance, telles que le clonage humain, ainsi que celles qui ne peuvent être menées que dans des conditions contrôlées, comme les maternités contractuelles (les mères de « substitution »). Le Comité permanent de la santé a publié ses commentaires sur le projet de loi. Vous pouvez prendre connaissance de ces propos à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/InfoComDoc/37/1/HEAL/Studies/Reports/healrp01-f.htm>

Dans sa présentation au Comité permanent sur la santé de la Chambre, le RCSF a fait ressortir les éléments du projet de loi qui généraient des préoccupations en rapport avec la santé des femmes. Le résumé des recommandations du RCSF est affiché au [www.cwhn.ca/hot/policy/reproduction.html](http://www.cwhn.ca/hot/policy/reproduction.html). Surveillez notre site Web pour des commentaires et des mises à jour concernant ces lois.

## Des nouvelles du Groupe de travail sur les enjeux pour les femmes et la loi fédérale sur la santé

DE ANNE ROCHON FORD

Le Groupe de travail sur la protection de la santé des femmes est l'idée originale de DES Action Canada et le produit du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu. Il est maintenant financé par le programme des Centres d'excellence pour la santé des femmes, du Bureau pour la santé des femmes. L'un des dossiers importants pilotés par le Groupe de travail est la lutte contre la publicité directe pour promouvoir la vente de médicaments, qui comporte des conséquences particulières pour la santé des femmes. À la suite de la publication d'une étude réalisée par Barbara Mintzes et ses collègues de l'Université de la Colombie-Britannique (*Influence of direct to consumer pharmaceutical advertising and patients' requests on prescribing decisions: two site cross-sectional survey* [L'influence de la publicité directe dans le domaine des produits pharmaceutiques et les demandes des patients en rapport avec le choix de médicaments d'ordonnance : enquête transversale sur deux sites]. B. Mintzes, M.L. Barer, R.L. Kravitz, A. Kazanjian, K. Bassett, J. Lexchin, R.G. Evans, R. Pan, S.A. Marion. *British Medical Journal*, 2 février 2002, vol. 324 : 278. Disponible à l'adresse <http://bmj.com/cgi/content/full/324/7332/278>), le Groupe veille à ce que ce dossier demeure un sujet d'actualité et déposera un document à la Commission Romanow sur la question.

Surveillez la publication d'une brochure de

Sharon Batt, rédigée pour le Groupe de travail, qui traite d'une tendance inquiétante, celle de la « chimioprévention ». Cette approche empêche la mise en place de mesures gouvernementales plus adéquates dans le domaine de la santé. (La chimioprévention comme approche préventive du cancer du sein est l'utilisation de médicaments destinés à bloquer l'action de l'œstrogène, lequel peut déclencher la maladie.) Cette brochure sera publiée à l'été, de même qu'une autre brochure sur la convergence internationale des firmes pharmaceutiques et les conséquences sur la santé des femmes, issue d'un document de travail de John Abraham.

Le Groupe de travail mène deux autres projets présentement : l'un qui traite des endroits où vont les femmes pour obtenir de l'information sur les médicaments et les renseignements qu'elles y recueillent, sous la direction de Linda Lévesque, et un autre sur le Programme de déclaration des effets nocifs des médicaments du Canada et sur les dangers de ce programme sur la santé des femmes, sous l'égide de Colleen Fuller. Les deux projets feront l'objet d'un document de travail qui sera publié en fin de printemps. De plus, consultez notre site Web pour des mises à jour, un lien dynamique sur le site du RCSF ou sur celui de DES Action

([www.whp-apsf.ca](http://www.whp-apsf.ca)). Pour obtenir de l'information sur les activités du Groupe de travail ou des exemplaires de nos publications, veuillez communiquer avec Anne Rochon Ford à Toronto, à l'adresse [annerf@web.ca](mailto:annerf@web.ca) ou avec Carla Marcelis à Montréal, à [carla@web.ca](mailto:carla@web.ca). Adresse postale : Groupe de travail sur les enjeux et les femmes, a/s DES Action Canada, 5890, avenue Monkland, bureau 203, Montréal (Qué.) H4A 1G2.

Vous pouvez obtenir les publications (en français et en anglais) suivantes du Groupe de travail en passant au bureau de DES Action Canada ou en en faisant la demande par courriel.

- 1) *Les médicaments prennent-ils notre santé à cœur? Évaluer les risques inhérents aux médicaments après leur mise en marché*
- 2) *La publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance : Quand la protection de la santé n'est plus une priorité*
- 3) *Les publicités directes aux consommateurs des médicaments d'ordonnance diffusées illégalement au Canada : Les compagnies pharmaceutiques contournent la loi, le gouvernement fédéral contourne la démocratie*
- 4) *Le Groupe de travail sur les enjeux pour les femmes de la loi fédérale sur la santé, brochure d'information générale*

## Les infirmières philippines remportent une victoire

Les infirmières autorisées coincées dans le Programme concernant les aides familiaux résidants (PAFR) peuvent maintenant postuler au BC Provincial Nominee Program (PNP) [Programme provincial de candidature de la C.-B.] sans que leur statut d'immigrante ne soit menacé, grâce au travail du Filipino Nurses Support Group (FNSG) [Groupe de soutien pour les infirmières philippines].

Les représentants officiels du gouvernement ont d'abord dit aux militantes du FNSG que les infirmières autorisées travaillant comme aide domestique à domicile sous le PAFR n'étaient pas autorisées à postuler au PNP. « On m'a dit que le gouvernement ne voulait pas favoriser un employeur plus qu'un autre », a expliqué Cielo Ebio, infirmière autorisée. « Mais en bout de ligne, qu'est-ce qui leur manque le plus? Des bonnes d'enfants ou des infirmières? »

Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) a aussi dit aux infirmières qu'un départ du PAFR pour s'inscrire au PNP pouvait mettre en péril la possibilité d'obtenir le statut d'immigrante admise. Le FNSG a néanmoins poursuivi ses pressions et en janvier 2002, il a reçu une réponse – CIC a décidé d'accorder aux infirmières des Philippines et d'autres pays le droit de postuler au PNP sans que l'obtention de leur résidence permanente ne soit menacée.

Pour plus de renseignements, consultez le site du FNSG, au [www.kalayaacentre.org](http://www.kalayaacentre.org) et lisez l'article « Les infirmières philippines au Canada », dans la revue Réseau du RCSF (Été 2001), disponible au RCSF ou au [www.cwhn.ca/network-reseau/4-3f/4-3pg7.html](http://www.cwhn.ca/network-reseau/4-3f/4-3pg7.html). Consultez également le document de Louise Langevin et de Marie-Claire Belleau, *Le trafic des femmes au Canada : une analyse critique du cadre juridique de l'embauche d'aides familiales immigrantes résidentes et de la pratique des promesses par correspondance* (Condition féminine Canada, octobre 2000), disponible au [www.swc-cfc.gc.ca/publish/research/020215-0662860535-f.html](http://www.swc-cfc.gc.ca/publish/research/020215-0662860535-f.html).