Barbara Clow, Ann Pederson, Margaret Haworth-Brockman et Jennifer Bernier

Se montrer à la hauteur du défi :

l'analyse des influences du genre et du sexe en planification, en élaboration de politiques et en recherche dans le domaine de la santé au Canada

Barbara Clow, Ann Pederson, Margaret Haworth-Brockman et Jennifer Bernier

Se montrer à la hauteur du défi :

l'analyse des influences du genre et du sexe en planification, en élaboration de politiques et en recherche dans le domaine de la santé au Canada

Équipe de production

Équipe de la rédaction : Barbara Clow, Ann Pederson, Margaret Haworth-Brockman et Jennifer Bernier

Adjointes à la recherche/rédaction: Jean Steinberg et Janet Allen

Conception graphique et mise en page : FLAME Designs

Traduction : Lou Lamontagne et Margo Lacroix de INTERSIGNE

© Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes
Halifax, Nouvelle-Écosse
www.acewh.dal.ca

Conception : FLAME Design
Imprimé au Canada

ISBN : 978-0-9810459-2-4

Le Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes

Atlantic Centre of Excellence for Women's Health

British Columbia Centre of Excellence for Women's Health

PRAIRIE WOMEN'S HEALTH
CENTRE OF EXCELLENCE
RESEARCH ■ POLICY ■ COMMUNITY

Analyse des influences du genre et du sexe et planification, politiques et recherche en santé au Canada

Préface

Le présent livre est inspiré d'un guide sur le genre et la planification des services de santé qui a été publié par le Centre d'excellence pour la santé des femmes — région des Prairies, en 2003. Ce guide, qui était destiné aux spécialistes de la planification sanitaire des offices régionaux de la santé du Manitoba, est devenu un « succès d'édition » auprès de divers spécialistes de la planification et gestionnaires des soins de santé intéressés à comprendre comment appliquer l'analyse des influences du genre et du sexe (AIGS) dans leur travail. Il a été bien reçu parce qu'il contenait de l'information générale sur l'analyse des influences du genre et du sexe ainsi que des études de cas pratiques utilisant des données de surveillance médicale de la population. Ces études montraient qu'il est possible de faire une AIGS lorsque les données sont recueillies et présentées selon le sexe, et que l'analyse comparative entre les sexes est essentielle pour comprendre l'état de santé et les résultats de soins relevés chez les femmes et les hommes et chez d'importantes sous-populations. Le livre actuel met à profit le succès du guide du Manitoba en élargissant le choix des données probantes et les sujets traités dans les études de cas, et en modélisant les changements dans la conceptualisation et l'application de l'AIGS qui sont survenus depuis la publication du guide.

De nombreuses personnes ont collaboré à ce projet et beaucoup d'entre elles sont liées par un programme canadien de recherche et d'application des connaissances sur la santé des femmes. En fait, ce livre illustre l'étendue du savoir-faire et des compétences techniques qu'ont acquis les membres du Programme de contribution pour la santé des femmes de Santé Canada, dans l'utilisation de l'analyse des influences du genre et du sexe. Barbara Clow, chef de la direction du Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes (CEAFS), a dirigé le projet dans son ensemble. Un comité consultatif formé de Margaret Haworth-Brockman, directrice générale du Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies, et d'Ann Pederson, directrice du Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, l'a secondée. Le comité consultatif a supervisé la conceptualisation et la réalisation du livre, y compris la corédaction des chapitres d'Introduction et de conclusion, et a participé à la rédaction et à la révision des études de cas. Jennifer Bernier, coordonnatrice de l'analyse des influences du genre et du sexe au CEASF, a appuyé le comité de multiples façons, notamment en rédigeant et en récrivant des études de cas, en assurant la liaison entre les collaboratrices et les collaborateurs et le comité consultatif, et en uniformisant le style de tous les documents. D'autres membres du personnel du CEASF, en particulier Jean Steinberg, Janet Allen et Mary Ann Martell, ont aussi participé à l'élaboration d'études de cas et à la production du livre.

Ce livre est divisé en huit chapitres. Les trois premiers contiennent de l'information générale sur l'analyse des influences du genre et du sexe, y compris une analyse des concepts clés de l'AIGS ainsi qu'une explication de l'approche adoptée dans le livre à l'égard de cette analyse. Les chapitres 4 à 7 incluent une série d'études de cas et de commentaires illustrant l'application de l'AIGS à des donnés de surveillance, des analyses documentaires et des examens systématiques, des enquêtes sur la santé, la formulation des politiques en matière de santé, la protection de la santé et l'élaboration des programmes de santé. Ces deux sections mises ensemble montrent que l'analyse des influences du genre et du sexe est un processus consistant à poser des questions critiques sur un large éventail de données probantes, qui peut être appliqué à de nombreuses et diverses dimensions de la recherche en santé, de la planification sanitaire, de l'élaboration de politiques et de la communication. Le chapitre 8 présente notre mot de la fin ainsi qu'un regard sur les nouvelles orientations de l'analyse des influences du genre et du sexe. Une liste de ressources figure à la fin du livre pour les personnes souhaitant approfondir le sujet.

Nous désirons remercier les nombreux interlocuteurs qui, par leur appui, ont contribué à la réalisation de ce volume. Nous remercions d'abord et avant tout le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes, de Santé Canada, qui accorde depuis nombre d'années un soutien financier aux Centres d'excellence pour la santé des femmes, par le truchement du Programme de contribution pour la santé des femmes (PCSF), et qui, plus récemment, a fourni un soutien financier pour la réalisation d'études de cas particuliers et de l'ensemble du livre. D'autres ministères et services gouvernementaux ont également contribué à la recherche alimentant les études de cas, dont l'Agence canadienne de développement international, le Centre national de prévention du crime, le ministère de la Vie saine Manitoba ainsi que le Conseil consultatif sur la condition féminine de la Nouvelle-Écosse. Des organismes internationaux, tels que l'Organisation mondiale de la santé et l'Organisation panaméricaine de la santé, ont également appuyé des projets précis, qui ont nourri certaines études de cas. Nous exprimons enfin notre reconnaissance envers les Instituts de recherche en santé du Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada pour le financement qu'ils ont accordé à des fins de recherches évaluées par les pairs.

L'étude de cas portant sur les accidents de transport a pu être incluse dans ce livre, avec l'aimable permission de l'Organisation panaméricaine de la santé.

Les opinions exprimées aux présentes ne reflètent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada.

Table des matières

CHAPITRE UN : LE DÉFI 1

CHAPITRE DEUX : CONTEXTE ET CONCEPTS 7

CHAPITRE TROIS : L'ANALYSE DES INFLUENCES DU GENRE ET DU SEXE EN TANT QUE DÉMARCHE 23

CHAPITRE QUATRE : UNE DÉMARCHE QUI TIENT COMPTE DU SEXE 39

Pour cerner les incidences du diabète : l'utilisation de données désagrégées selon le sexe dès la première étape d'une analyse par Lissa Donner et Margaret Haworth-Brockman 40

Tenir compte du sexe et du genre dans les examens systématiques par Madeline Boscoe, Marion Doull et Vivien E. Runnels 50

Les accidents de transport au Belize : Une étude de cas internationale par Harpa Isfeld et Margaret Haworth-Brockman 56

L'exposition au méthylmercure et les effets sur le corps des femmes par Dayna Nadine Scott et Alexandra Stiver 68

Des preuves invitant à la prudence : Les femmes et l'utilisation de statines (commentaire) par Harriet G. Rosenberg et Danielle Allard 70

CHAPITRE CINQ : RECONNAÎTRE L'IMPORTANCE DU GENRE 75

Sexe et genre, hanches et genoux : Une analyse des influences du genre et du sexe dans le domaine de l'arthroplastie totale d'une articulation par Beth Jackson, Ann Pederson, et Madeline Boscoe 76

Influence du genre et du sexe sur la santé cardiovasculaire des femmes par Lorraine Greaves, Ann Pederson et Natalie Hemsing 84

Pourquoi la question de l'assurance-maladie privée est-elle un enjeu lié au genre? (commentaire) par Alison Jenkins 86

Les femmes, les rapports sociaux entre les sexes et la prestation de soins non rémunérés par Jennifer Bernier et Barbara Clow 92

« Travail caché à la vue de tous » : Une analyse des influences du genre et du sexe en matière de catastrophes et de planification des mesures d'urgence par Elaine Enarson 100

Les effets sexospécifiques sur la santé et l'environnement découlant d'une culture de consommation de viande (commentaire) par Claire Askew et Kaitlin Pelletier 108

CHAPITRE SIX : AU SUJET DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ 113

Sexe biologique, sexe social et outils de mesure de la santé mentale par Cara Tannenbaum 114

Le logement et la santé : une analyse des influences du genre et du sexe au Manitoba Par Margaret Haworth-Brockman et Lissa Donner 124

Les femmes, le sexe social et la question de l'eau potable (commentaire) par Margaret Haworth-Brockman 132

Sexe, genre et générations : une journée de soins corporels par Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies 138

Les efforts pour assurer la sécurité des enfants et des jeunes qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses, au Canada – un mince équilibre par Barbara Clow et Jennifer Bernier 146

Les inégalités de genre influant sur la santé des femmes criminalisées (commentaire) par Jennifer Bernier 154

CHAPITRE SEPT : INTERVENTION EN MATIÈRE DE POLITIQUES 157

Accoucher d'une politique sur le VIH/sida fondée sur le genre par Barbara Clow 158

Genre, lieu géographique et santé mentale (commentaire) par Margaret Haworth-Brockman et Jayne Melville Whyte 162

Politiques internationales de lutte contre le tabagisme : les répercussions de l'analyse des influences du genre et du sexe par Lorraine Greaves, Ann Pederson et Natalie Hemsing 168

L'affaire dont on ne voit pas les dessous : Les femmes et la publicité directe aux consommateurs par Jennifer Bernier, Barbara Clow, Jean Steinberg et Anne Rochon Ford 176

CHAPITRE HUIT : SE MONTRER À LA HAUTEUR DU DÉFI 181

LISTE DE RESSOURCES 193

LISTE DES COLLABORATRICES 197

Chapitre un :

Le défi

Introduction

L'analyse des influences du genre et du sexe (AIGS) repose sur l'idée qu'être un homme ou une femme comporte des dimensions biologiques (le sexe) et sociales (le genre) qui ont une incidence sur les expériences de vie et l'état de santé. La recherche démontre qu'il existe de nombreuses différences entre le corps féminin et le corps masculin, qui ne se limitent pas seulement à la fonction reproductive. Par exemple, la dimension des artères coronaires pourrait expliquer certaines dissemblances qui s'observent entre les sexes en matière de cardiopathies. De même, le système hormonal pourrait jouer un rôle dans la façon dont les femmes et les hommes vivent le stress et y réagissent. Parallèlement, les rôles et les attentes rattachés à chaque sexe influent sur la probabilité de terminer ses études, de dispenser des soins à son entourage, de gagner un revenu adéquat, de subir de la violence, de vivre longtemps et en bonne santé. L'appartenance à un sexe détermine l'usage qui est fait du corps au travail ou dans les loisirs, ainsi que les réactions de l'organisme à son milieu et aux expériences de la vie. L'examen des différences biologiques et sociales entre hommes et femmes et leurs rapports avec certains problèmes de santé est donc fondamental; il est à la base de l'analyse des influences du genre et du sexe (AIGS).

L'AIGS nous rappelle qu'au lieu de considérer les hommes et les femmes comme une population homogène, il faut chercher à s'interroger sur les ressemblances et les différences entre les deux groupes. Les femmes et les hommes sont-ils pareillement vulnérables au risque de cancer du poumon lié au tabagisme? Courent-ils un risque égal de contracter le VIH/sida par contact hétérosexuel? Les symptômes de cardiopathie sont-ils les mêmes chez l'homme et la femme? Peut-on évaluer, au moyen de la radiographie, le niveau d'incapacité et de douleur aussi efficacement chez les femmes que les hommes souffrant d'arthrose? L'expérience de l'embonpoint et de l'obésité est-elle la même pour les garçons et pour les filles? Les politiques internationales de lutte contre le tabagisme ont-elles le même effet sur les deux sexes? Par ce type de questionnement, l'analyse des influences du genre et du sexe peut transformer positivement la prestation des programmes et l'allocation des ressources. Elle permet d'éviter de supposer que la situation et les risques sont forcément les mêmes pour les deux sexes ou de présumer l'existence de différences alors qu'il n'y en a pas[2]. Ce genre de suppositions peut conduire à des actions susceptibles de nuire à la santé d'un groupe ou de l'autre, ou des deux.

En outre, l'AIGS permet de tenir compte de la grande diversité qui existe au sein de chaque sexe, afin d'éviter toute généralisation sur l'un ou sur l'autre. Tant sur le plan individuel que collectif, le risque de maladie, l'accès aux soins de santé, les réactions aux médicaments sont aussi soumis, outre le sexe et le genre, à des facteurs comme le niveau de revenu, la classe sociale, la race, la langue, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, l'éducation, le lieu géographique, l'âge et le stade de vie. Pour donner un exemple, les femmes et les hommes autochtones partagent une expérience de la colonisation et de la vie sur les réserves qui diffère de ce que vivent les femmes de descendance européenne dans les grandes villes canadiennes. Dans pareil cas, le fait d'avoir une culture et une histoire communes peut avoir davantage de poids que l'identité sexuelle, quand vient le temps notamment d'analyser minutieusement les conditions de santé ou l'accès aux services. Les tout derniers travaux en AIGS insistent

« Au quotidien, les problèmes de santé des femmes et des hommes se ressemblent souvent. Néanmoins, il existe des différences notables entre les deux groupes. Pour les expliquer, il faut s'intéresser en premier lieu à la dimension biologique. La capacité de reproduction peut exposer les femmes à un large éventail de problèmes de santé, notamment quand elles n'ont pas de pouvoir de décision en matière de planification familiale ou la possibilité de vivre une grossesse et un accouchement en toute sécurité. C'est pourquoi elles ont des « besoins particuliers » qui doivent être comblés pour aspirer au meilleur état de santé possible.

Certaines différences de nature sociale exercent aussi une influence déterminante sur les phénomènes de la santé et de la maladie chez les hommes et chez les femmes. Toutes les cultures attribuent à chaque sexe des caractéristiques distinctes. S'y rattachent une gamme de responsabilités et de devoirs et un droit d'accès différencié aux ressources sociales et économiques. Ainsi, même s'ils évoluent au sein du même groupe social ou sous le même toit, un homme et une femme peuvent connaître des circonstances assez différentes. Ils ne sont pas exposés aux mêmes risques et ne jouissent pas du même accès à la santé et aux soins de santé … »[1,p238]

sur l'importance qu'il faut accorder, dans les analyses traitant de la santé, de la maladie et des avenues de changement, à l'interaction entre les multiples dimensions qui forgent l'identité et l'expérience individuelle.

Dans le domaine de la santé, la démarche proposée dans le cadre d'une AIGS est une condition essentielle à la planification des programmes, à l'élaboration des politiques et à la recherche. Elle exige une réflexion globale et approfondie sur les individus et les besoins qu'on tente de satisfaire. Ce faisant, l'AIGS favorise l'instauration de politiques qui n'excluent personne, la mise en place de services adéquats et efficaces et une démarche scientifique rigoureuse. Elle contribue à mettre en relief les inégalités engendrées par les rapports entre les sexes et leur interaction avec d'autres facteurs comme le revenu, la race et l'origine ethnique, ainsi qu'à formuler des solutions adaptées au système de santé.

Le présent livre explique les principaux concepts qui fondent l'analyse des influences du genre et du sexe à la lumière de nombreuses études de cas recueillies sur le terrain. Le fruit d'une dizaine d'années de travail au Canada, notre ouvrage démontre l'utilité de l'AIGS et son applicabilité à toutes les sphères de la recherche, de la planification et de l'élaboration des politiques. Qu'il s'agisse d'étudier une maladie, de mettre au point un programme de promotion de la santé ou d'évaluer les options en matière de politiques, l'AIGS est un outil indispensable pour quiconque aspire à améliorer la santé de la population canadienne.

Organisation du livre

Notre livre est divisé en différents chapitres. Le chapitre deux explique où l'analyse des influences du genre et du sexe prend son origine et comment elle a évolué; il en présente les principaux concepts (le genre, le sexe, la diversité et l'égalité) en les situant dans le contexte de la santé. Le chapitre trois offre des conseils d'ordre méthodologique, en ce qui concerne notamment le besoin de formuler des questions nouvelles et de cerner les lacunes en matière de données. Tout en soulignant la nécessité de ventiler les données selon le sexe (c'est-à-dire répartir les données en fonction des catégories « hommes » et « femmes »), nous insistons aussi sur l'incidence de variables comme l'âge, l'origine ethnique, la race et le statut socioéconomique. Pour arriver à produire des analyses complexes, il faut donc dépasser le simple examen des différences entre les sexes et se questionner sur les raisons qui les expliquent et sur la meilleure façon d'y réagir en matière de programmes.

Les chapitres quatre à sept proposent une dizaine d'études de cas illustrant en quoi l'AIGS peut véritablement transformer notre compréhension d'un vaste ensemble de questions touchant la santé humaine, les soins et les politiques en matière de santé. Ils ont été rédigés par un groupe de spécialistes canadiens en études sur le genre, qui travaillent ensemble depuis de nombreuses années dans le cadre d'un programme de recherche et d'échange de connaissances en santé des femmes, financé par le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes de Santé Canada. Ces études de cas reflètent la somme de nos connaissances sur un éventail de questions concernant la recherche, l'élaboration des politiques et la programmation des services sociaux et de santé. Même si l'AIGS peut et devrait servir à jeter un éclairage sur la santé des hommes et des garçons, notre mission première concerne la santé des femmes et sa compréhension, une position que reflètent les travaux et les analyses présentés en ces pages.

Nous avons organisé les différents chapitres suivant une progression qui nous amène à aborder différents problèmes et questions mis en lumière par l'AIGS. Au chapitre quatre, nous insistons sur l'importance de considérer le sexe comme une variable dans toute collecte ou analyse de données. Au lieu de se contenter d'indiquer combien de personnes sont atteintes du diabète, par exemple, on donnera des précisions sur le nombre de femmes, d'hommes, de filles et de garçons qui en souffrent. Au chapitre cinq, nous ajoutons à notre analyse la notion de genre : si nous connaissons le nombre de femmes et d'hommes touchés par une maladie ou une situation particulière, nous voudrons aussi savoir si les rôles et les attentes liées au genre ont une incidence et de quelle façon. Les études de cas présentées au chapitre six illustrent la portée et les mérites de l'AIGS, en ce qu'elle permet de dépasser le cadre d'analyse habituel sur la santé pour intégrer la notion de déterminants de la santé. À titre d'exemple, quelle incidence l'accès au logement ou le statut d'Indien ont-ils sur la santé des hommes, des femmes, des garçons et des filles? Parfois, l'AIGS permet aussi de susciter de nouvelles réflexions sur certaines questions. En analysant l'embonpoint et l'obésité sous l'éclairage du genre, par exemple, on s'aperçoit que cette nouvelle « épidémie » comporte aussi une dimension qui se rattache à la sécurité personnelle et sociale. Enfin, le chapitre sept présente des exemples de l'application d'une AIGS à d'importants enjeux nationaux et internationaux en matière de santé.

Comme l'illustrent les différentes études de cas rapportées ici, l'AIGS ne désigne pas une recette applicable à toutes les situations, mais bien une démarche de réflexion engagée. Outre les aspects théoriques et méthodologiques, elle doit refléter un souci de traduire la complexité des identités et des expériences. En ceci, l'AIGS repose sur une conception élargie de la santé, qui présuppose que le genre et le sexe ont une incidence qui traverse les vies, les sociétés et les systèmes sociaux.

Le dernier chapitre du livre propose quelques réflexions finales sur l'AIGS. Nous portons une attention particulière aux nouvelles avenues de recherche en ce domaine, notamment en ce qui concerne la santé autochtone, l'intersectionnalité et la santé des hommes. On trouvera également à la fin de l'ouvrage une liste de collaboratrices et de ressources.

Conclusion

Même s'il existe déjà de nombreuses ressources sur l'analyse des influences du genre et du sexe, nous croyons, pour un certain nombre de raisons, que le présent livre constitue une contribution importante au domaine. Premièrement, sa publication répond à point nommé à un intérêt croissant à l'égard de l'AIGS manifesté au sein du gouvernement, du milieu de la recherche et de la société[3]. Deuxièmement, notre livre propose une réflexion approfondie sur les notions élastiques qui renvoient au sexe et au genre, ainsi que sur l'incidence actuelle et éventuelle de ces facteurs sur la santé et la société. En cela, il apporte un complément au matériel déjà publié sur le sujet, constitué en bonne partie de guides d'Introduction et de listes de vérification. Troisièmement, nous présentons l'AIGS comme une démarche plutôt que comme un outil ou un modèle à imiter, démontrant par le fait même sa polyvalence et son adaptabilité à tous les secteurs, disciplines et régions. Enfin, nous proposons des exemples concrets d'application de l'AIGS, fondés en grande partie sur des données canadiennes. Les décisionnaires, les gestionnaires de projet, les prestataires de soins, les chercheuses et chercheurs, entre autres, devraient en apprécier tout l'intérêt et la pertinence.

Nous avons choisi pour titre de ce livre « Se montrer à la hauteur du défi : l'analyse des influences du genre et du sexe en planification, en élaboration de politiques et en recherche dans le domaine de la santé au Canada », tout d'abord parce que c'est une façon d'admettre les difficultés qui accompagnent la compréhension de l'AIGS et sa mise en œuvre, tout en insistant sur le fait qu'elles peuvent être surmontées. Ensuite, notre titre fait écho aux recommandations de la vérificatrice générale du Canada, qui a rappelé récemment au gouvernement fédéral qu'il avait le devoir de promouvoir l'AIGS en imposant à tous les ministères l'obligation de tenir compte du sexe et du genre au moment de mettre au point des politiques et des programmes [3, p. 28-33]. Nous espérons que ces pages vous permettront d'approfondir votre réflexion sur ces questions et vous inciteront à relever le défi d'appliquer l'analyse des influences du genre et du sexe dans le cadre de votre travail.

Références bibliographiques

1. Doyal L. Putting gender into health and the globalization debates: new perspectives and old challenges. Third World Q. 2002;23(2):233-50.

2. Voir Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. J Epidemiol Community Health. 1997;51:106-9.

3. Vérificateur général du Canada. Printemps 2009 Rapport de la vérificatrice générale du Canada. Gatineau : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada. No FA1-2009/2-1F au catalogue, 2009. www.oagbvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_200905_f_32545.html

Chapitre deux :

Contexte et concepts

On entend parler de l'analyse des influences du genre et du sexe (AIGS) depuis vingt ans. Pourtant, celle-ci ne fait toujours pas partie intégrante des pratiques des personnes qui planifient les programmes et les évaluent, du milieu de la recherche, des responsables et des gestionnaires des politiques dans le domaine de la santé au Canada. Cependant, des faits nouveaux récents sur le plan international, comme l'établissement de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'attention plus grande portée aux discussions sur l'équité et la santé, ont accru la nécessité de comprendre les principes fondamentaux de l'analyse des influences du genre et du sexe pour réagir aux inégalités en matière de santé qui sont liées au genre.

Ce chapitre contient un résumé des jalons dans l'histoire de l'AIGS et des engagements clés pris à son égard ainsi que les définitions des concepts de base suivants : le « sexe ou sexe biologique », le « genre ou sexe social », la « diversité » et l'« équité ». La description des bases et du développement de l'AIGS nous permet de voir l'évolution continue des contextes politiques et scientifiques – de leurs origines dans le domaine de la santé des femmes, aux préoccupations actuelles touchant le genre, la santé et l'équité en santé.

Les origines de l'analyse des influences du genre et du sexe au Canada

Le gouvernement fédéral appuie l'analyse des influences du genre et du sexe et, depuis la fin des années 1990, s'est engagé officiellement à assurer son application. D'autres organismes fédéraux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du domaine de la santé, appuient également l'AIGS. Par exemple, dans les années 1990, des ministères fédéraux comme Ressources humaines et Développement des compétences Canada ainsi que Condition féminine Canada ont établi des énoncés et des lignes directrices sur l'égalité entre les sexes, tandis que l'Agence canadienne de développement international (ACDI) a publié *sa Politique de l'ACDI* en matière d'égalité entre les sexes en 1999 [1]. Dans le portefeuille de la santé, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), qui ont été formés en 2001 et sont au nombre de 13, comptent un Institut de la santé des hommes et des femmes. Plus récemment, les IRSC ont appuyé explicitement l'inclusion de l'analyse des influences du genre et du sexe dans les projets de recherche en commandant la création d'un guide sur l'AIGS en recherche [2]. Les IRSC exigent aussi l'intégration de l'analyse des influences du genre et du sexe dans les projets de recherche, notamment au stade de la conception, et soutiennent des projets de recherche en santé qui se penchent sur les facteurs de sexe et de genre. Chacune de ces initiatives – ainsi que d'autres menées par les organismes responsables de la santé aux échelles régionale et provinciale – a fait augmenter les espoirs que l'AIGS devienne une pratique courante tout en favorisant un climat de soutien pour ce type d'analyse.

L'analyse des influences du genre et du sexe dans le contexte politique fédéral existe depuis près de 40 ans. On peut dire qu'elle a commencé avec le *Rapport Lalonde* de 1974 [3], qui a introduit une conception de la santé reposant sur quatre éléments : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé. Juste un peu plus de dix ans plus tard, le Canada a publié *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé* [4] et, en partenariat avec l'Organisation mondiale de la Santé, la *Charte*

Charte canadienne des droits et libertés

Droits à l'égalité

15. (1) La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.

28. Indépendamment des autres dispositions de la présente charte, les droits et libertés qui y sont mentionnés sont garantis également aux personnes des deux sexes.

d'Ottawa pour la promotion de la santé [5]. Ces documents inaugurèrent les discussions sur l'équité et la santé, et attirèrent en particulier l'attention sur les différences dans les résultats pour la santé liées au revenu, tant pour les femmes que pour les hommes. Pendant la même période, le Canada signa un accord international des Nations Unies intitulé *la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* (CEDAW) [6] et présenta la nouvelle *Charte canadienne des droits et libertés* (la première partie de la *Loi constitutionnelle de 1982*) [7], qui interdisait la discrimination fondée sur le sexe (au paragraphe 15(1)) et établissait l'égalité de garantie des droits « aux personnes des deux sexes » (article 28).

En 1995, le Canada a participé à la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, qui s'est tenue à Beijing, en Chine, et a signé la *Déclaration et le Programme d'action de Beijing* [8] qui y ont été adoptés. Le Programme d'action garantissait une définition générale de la santé des femmes comme « un état de bien-être physique, psychologique et social et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Le bien-être affectif, social et physique est déterminé aussi bien par le contexte social, politique et économique que par la biologie [8, par. 89] ». Cette définition confirma les influences doubles de la biologie et du contexte social sur la santé des femmes et contribua au Canada à l'établissement d'un programme fédéral pour la santé des femmes soutenu par le Bureau pour la santé des femmes, de Santé Canada, ainsi qu'à *La Stratégie pour la santé des femmes* [9] qui vise à comprendre comment le « sexe ou sexe biologique » et le « genre ou sexe social » sont des déterminants de la santé des femmes.

L'élaboration de ces politiques officielles reflétait l'incidence du mouvement pour la santé des femmes au Canada et partout dans le monde. Dans les années 1950 et 1960, on assista à création d'un mouvement local remettant en question le pouvoir médical ainsi que les contraintes sociales et juridiques touchant la reproduction et la santé génésique des femmes. Dans des publications historiques, comme *Our Bodies, Ourselves* (*Notre corps, nous-mêmes*) [10] aux États-Unis et *Healthsharing* [11, 12] au Canada, le mouvement pour la santé des femmes contestait l'opinion voulant que la santé des femmes ne se distingue que par les fonctions reproductrices. Les défenseurs de la santé des femmes soutenaient qu'en raison de la grande « médicalisation » de la vie des femmes, les processus vitaux normaux comme la puberté, les menstruations, la grossesse, la ménopause et le vieillissement étaient considérés comme des problèmes « médicaux » nécessitant un traitement, en particulier l'utilisation d'hormones. Selon ces personnes, les aspects importants de la vie des femmes comme le travail à vocation sociale, la sécurité économique et le traitement différentiel des femmes par le système des soins de santé et dans les travaux de recherche sur la santé étaient des aspects négligés de la santé des femmes. Le mouvement pour la santé des femmes demeure une source importante de soutien continu à la recherche et à l'éducation sur la santé des femmes, et il a inspiré des améliorations dans les soins, dans l'accès aux services et dans la reconnaissance de la diversité des « femmes » au Canada.

Le travail amorcé par le mouvement des femmes dans les années 1950 et 1960 a été appuyé et marqué dans les années 1970 et au-delà par des développements importants dans le monde universitaire, en particulier dans les domaines de la sociologie et des études féministes. Selon Sultanen et Doucet, « Ann Oakley fut la première à porter à l'attention du monde de la sociologie une analyse soutenue de la différence entre le sexe et le genre [13, p.8]. » De même, la sociologue Margrit Eichler inventa l'expression « recherche androcentrique » pour désigner les théories, les méthodes et les pratiques reposant sur l'hypothèse que les recherches effectuées sur des hommes s'appliquaient également aux femmes [14]. Au cours des trois décennies qui se sont écoulées entre-temps, il a été de plus en plus question du degré de préjugé lié au genre, délibéré ou fait par inadvertance, dans la recherche et les pratiques en santé.

Sommaire des jalons de l'analyse des influences du genre et du sexe dans le contexte politique fédéral canadien

1974 – *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (rapport Lalonde)

1981 – Le Canada signe la *Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* (CEDAW)

1982 – *Loi constitutionnelle et Charte canadienne des droits et libertés*

1984 – *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*

1995 – Le Canada adopte la *Déclaration et le Programme d'action de Beijing*, Quatrième Conférence mondiale sur les femmes des Nations Unies

1995 – *Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes* (1995-2000)

1996 – Forum Canada-États-Unis sur la santé des femmes

1996 – Le Programme de contribution pour la santé des femmes finance les Centres d'excellence pour la santé des femmes et le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF)

1994-1997 – Forum national sur la santé

1999 – *La Stratégie pour la santé des femmes* de Santé Canada

2000 – La politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes

2000 – *Programme d'action pour l'égalité entre les genres* (2000-2005)

2001 – Instituts de recherche en santé du Canada, Institut de la santé des femmes et des hommes

2003 – *Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social* (Santé Canada)

2009 – *Le genre a de l'importance*, Institut de la santé des femmes et des hommes, Plan stratégique 2009-2010

Les politiques fédérales reflétaient également l'évolution des débats à l'échelle internationale. Parallèlement aux débats sur l'avancement des droits des femmes et de l'égalité entre les sexes au Canada, les personnes travaillant dans le domaine du développement international cherchaient à promouvoir les femmes dans les pays en développement, ainsi que leurs droits et leur santé. Au début, l'approche de « l'intégration de la femme dans le développement » était surtout axée sur la création de conditions favorables au développement économique et social des femmes, y compris la santé [15,16]. Étant donné les taux élevés de mortalité infantile et maternelle, la priorité était accordée à la santé génésique et maternelle ainsi qu'à l'accès à la nourriture, à un abri et à un revenu soutenant la santé des mères et de leurs enfants. D'importants progrès ont été réalisés pendant cette période, notamment avec la création en 1981 de la CEDAW.

Cependant, la situation et la santé des femmes à l'échelle internationale continuaient de ne s'améliorer que lentement. Au milieu des années 1990, l'approche préconisée passa de « l'intégration de la femme dans le développement » au « genre et développement », une approche reconnaissant que la santé des femmes prenait racine dans les relations entre les sexes ainsi que dans les conditions sociales et économiques [15,16]. C'est la position qui fut adoptée à la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes des Nations Unies. Comme il a été mentionné précédemment, la conférence soutenait également l'importance de la santé comme domaine d'action pour améliorer les vies des filles et des femmes dans le monde. L'approche « genre et développement » représentait également un changement d'orientation en se concentrant non plus uniquement sur les femmes, mais sur les femmes et les hommes, afin d'élargir l'appui nécessaire à la prise de mesures et de reconnaître les défis auxquels faisaient face tant les femmes que les hommes dans les pays en développement [15]. Le terme « analyse comparative entre les sexes » est apparu dans ce contexte de développement international pour décrire le processus d'analyse des situations économiques, sociales et sanitaires de la perspective des hommes et des femmes, et des relations entre eux. Parce que l'information tirée des premiers travaux d'analyse comparative entre les sexes montrait que la recherche en santé avait peu tenu compte des femmes et que leurs préoccupations n'avaient pas été prises en compte dans l'élaboration des programmes et des politiques, la tendance a été de considérer que l'analyse comparative entre les sexes correspondait à une analyse de la situation des femmes et, dans le cas de la santé, à l'hypothèse que l'expression « les sexes et la santé » renvoie en fait à la « santé des femmes ». Un des dangers de cette hypothèse est que le milieu de la recherche, les décisionnaires, les planificatrices et planificateurs ainsi que les gestionnaires de programmes présument qu'ils n'ont à tenir compte du genre que lorsqu'il est question des besoins des femmes. De nombreuses chercheuses et chercheurs ont cependant souligné que le genre ou sexe social se rapporte tant aux femmes qu'aux hommes et aux relations entre eux, et qu'il est donc une caractéristique de toutes les sociétés et populations [17,18]. Nous sommes de cet avis. Même si la santé des femmes a été la priorité du Programme de contribution pour la santé des femmes, l'AIGS implique une compréhension des besoins et des réalités en matière de santé, tant des femmes que des hommes et, en fait, des implications pour la santé des relations entre les hommes et les femmes, entre les filles et les garçons, et entre les personnes de même sexe.

De plus en plus, nous savons que l'inégalité de genre contribue à créer d'importants défis sur le plan de la santé pour les femmes, les filles, les hommes et les garçons partout dans le monde. Comme le soutenait le rapport international de Women and Gender Equity Knowledge Network, qui fut présenté en septembre 2007 devant la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale pour la Santé:

> « L'inégalité de genre porte atteinte à la santé physique et mentale de millions de filles et de femmes dans le monde, et aussi à celle des garçons et des hommes, malgré les nombreux avantages tangibles qu'elle procure aux hommes sous la forme de ressources, de pouvoir, d'autorité et de contrôle. En raison du nombre de gens touchés et de l'ampleur des problèmes, intervenir pour améliorer l'équité de genre en santé et des droits des femmes à la santé

> est l'un des moyens les plus directs et puissants de réduire les inégalités en matière de santé et d'assurer une utilisation efficace des ressources en santé […] [19, p. 8]. »

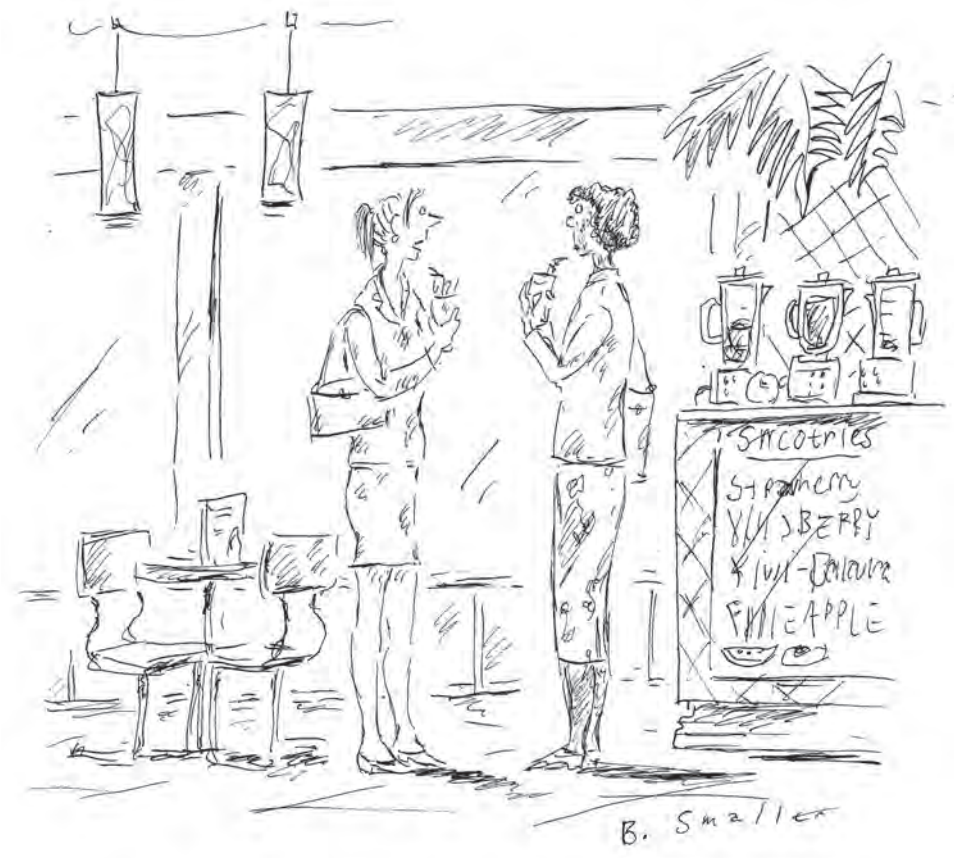
Les membres de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS furent semble-t-il du même avis, parce que dans leur rapport final, publié en 2008, ils concluaient que les différences en ce qui a trait au pouvoir, aux privilèges et aux possibilités ont un effet sur la santé, et que souvent, les hommes et les femmes n'ont pas le même accès aux ressources sanitaires [20]. L'« inégalité de genre » est donc un déterminant de la santé et les mesures prises pour la réduire amélioreront tant la santé des femmes que celle des hommes.

Sur le plan pratique, les efforts faits pour améliorer la santé des femmes ou pour établir les liens existants entre le sexe, le genre et les inégalités en matière de santé ont fait face à de la résistance ainsi qu'à la concurrence pour l'obtention des ressources. L'approche « genre et développement » préconisait l'« intégration de la dimension de genre » comme mécanisme pour encourager l'intervention dans les questions de genre. Selon l'approche de l'intégration de la dimension de genre, les questions de genre font partie intégrante de toutes les activités de recherche et d'élaboration de programmes et de politiques; elles ne sont pas réservées aux « spécialistes du genre » ou aux personnes qui cherchent à améliorer la situation des femmes. Par l'intégration horizontale de la dimension de genre dans les organisations, les disciplines et les sujets, on espérait que plus de gens allaient travailler sur les questions de genre, partager la responsabilité de sensibilisation à ces questions et élaborer les mesures appropriées à prendre à leur égard. La politique d'égalité entre les sexes de Santé Canada – et le manuel de formation connexe *Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social* – a été adoptée en 2003 afin d'intégrer la dimension de genre ou sexe social dans tous les services de ce ministère [21].

Bien sûr, en exigeant que tous les interlocuteurs intègrent la notion de genre ou de sexe social, on court le risque que celle-ci se perde dans les rouages des gouvernements, des systèmes de santé, de la recherche et de la société civile. Keleher [22] nous rappelle en outre qu'une approche d'intégration de la dimension de genre doit demeurer concentrée sur les conditions sociales et économiques qui produisent en premier lieu des résultats pour la santé selon le genre. Si elle n'est pas soutenue par des mesures stratégiques quant aux pratiques, politiques et conditions qui génèrent des inégalités axées sur le genre dans une société donnée, cette approche peut en fait affaiblir les engagements à changer les causes sous-jacentes des inégalités liées au genre. Idéalement, une approche sera optimale si elle reconnaît les questions propres aux hommes et aux femmes *et* l'intégration de l'analyse des influences du genre et du sexe dans tous les aspects des gouvernements, de la recherche et des programmes. C'est l'approche qui a été recommandée par le milieu de la recherche en santé des femmes pendant la création des IRSC [23]. Le Canada a ajouté l'Institut de la santé des femmes et des hommes aux IRSC en 2001 parce qu'il voulait soutenir la recherche et l'échange de savoir sur la santé des femmes tout en encourageant la recherche comparative sur les femmes et les hommes ainsi que sur le sujet distinct de la santé des hommes.

Définition des concepts

Dans cette caricature emblématique du magazine The New Yorker, deux femmes parlent à l'extérieur d'un café de la fin d'une relation: « Le sexe nous a unis, mais le genre nous a séparés. » On trouve dans cette caricature non seulement deux des concepts fondamentaux de l'AIGS, soit le « sexe » et le « genre », mais on comprend aussi les multiples significations qui se rattachent à ces termes, avec tout le potentiel de confusion et d'humour qu'elles comportent. Le terme « sexe », tel qu'il est utilisé dans la caricature, fait référence à l'allure physique d'une autre personne et aux plaisirs de l'activité sexuelle, mais il sert également à décrire une personne comme homme ou femme. Le terme peut également décrire les relations entre hommes et femmes, comme dans l'expression « le sexe opposé ». De même, le terme « genre » a plusieurs sens. Il est de plus en plus utilisé dans tout type de textes officiels pour remplacer le terme « sexe » afin d'identifier une personne comme homme ou femme. Dans cette caricature, cependant, le terme « genre » fait référence aux responsabilités et rôles différents qui sont attribués aux hommes et aux femmes, et aux défis qu'ils posent dans les relations. Bien que le sexe et le genre soient intimement liés aux expériences vécues et à notre compréhension des autres, il est essentiel de distinguer les concepts de « sexe » et de « genre » et comment ils sont, ou devraient être, utilisés dans la recherche, la planification des programmes et l'élaboration des politiques en santé.



« Le sexe nous a unis, mais le genre nous a séparés. »

© The New Yorker Collection 2001 Barbara Smaller, tiré de cartoonbank.com. Tous droits réservés.
Avec la permission.

Sexe ou sexe biologique

Le terme « sexe ou sexe biologique » fait référence aux caractéristiques qui distinguent les mâles et les femelles dans toutes les espèces. Chez les humains, les différences sexuelles commencent avec les schémas chromosomiques qui distinguent les hommes et les femmes, les hommes ayant habituellement un chromosome X et un chromosome Y, et les femmes, deux chromosomes X. De ces différences génétiques fondamentales découlent d'autres différences sexuelles chez les humains, comme les variations dans la taille et la forme du corps,

la proportion du gras par rapport aux muscles, les hormones qui circulent dans le corps et leur niveau, et les différents organes reproducteurs. Des différences subtiles dans les voies biochimiques, les hormones, le métabolisme et la taille des tissus de l'organisme des hommes et des femmes peuvent expliquer certaines des différences connues dans la prédisposition à des maladies spécifiques ou à des états de santé, comme les maladies pulmonaires et l'arthrite. Les différences physiques et physiologiques entre les femmes et les hommes peuvent aussi expliquer les réactions divergentes à des traitements ou à des stratégies de prévention secondaire, comme la prise d'aspirine[MD] chaque jour pour assurer la santé cardiovasculaire.

En général, nous pensons que le sexe ne comporte que deux catégories, mâle et femelle, mais « le fait d'être mâle ou femelle existe et s'exprime dans un continuum [24, p. 4] ». Le système pileux, un caractère sexuel secondaire, est un exemple typique. Nous pensons généralement que les femmes ont moins de poils sur le corps que les hommes, mais beaucoup de femmes et d'hommes n'entrent pas dans ce stéréotype. De même, le développement des muscles chez les femmes comme chez les hommes varie avec l'exercice et la diète, mais les différences génétiques permettent à certaines femmes de développer davantage leur musculature que certains hommes.

Même à l'échelle de la cellule, la distinction entre femelle et mâle peut ne pas être claire ou fixe. Par exemple, certaines personnes peuvent avoir un chromosome X ou Y supplémentaire (XXX, XXY, XYY), tout en paraissant être typiquement masculin ou féminin par leurs organes génitaux externes et leur apparence globale. De même, certains ont des chromosomes sexuels, des organes génitaux ou des caractères sexuels secondaires différents de la norme, qui ne sont pas exclusivement féminins ou masculins. Ces variations dans les chromosomes et les caractères sexuels secondaires remettent en question l'utilisation de seulement deux catégories d'analyse lorsqu'on parle de sexe. Comme le fait remarquer l'Intersex Society of North America, « la nature ne décide pas où se termine la catégorie « mâle » et où commence la catégorie « intersexuée », ni où se termine la catégorie « intersexuée » et où commence la catégorie « femelle » [25, par. 6]. » Avoir une compréhension fluide et souple du « sexe » permet de représenter avec plus de justesse l'expérience humaine, et surtout les besoins et les défis des personnes qui n'entrent pas parfaitement dans les catégories mâle et femelle. De plus, cela nous encourage à prendre conscience à quel point le sexe est important pour la santé et d'autres aspects de l'existence humaine.

Le sexe est de toute évidence important dans la santé génésique, mais les recherches montrent de plus en plus qu'il se rapporte également à la santé pour d'autres raisons. Dès le niveau cellulaire, le sexe a un effet sur la biologie humaine. Comme le constatent Johnson, Greaves et Repta, les corps des hommes et des femmes peuvent réagir différemment à des substances comme l'alcool, le tabac, et les médicaments en vente libre, les médicaments sur ordonnance ou les drogues illicites en raison des différences dans le métabolisme, la chimie du sang et la composition du tissu adipeux [24]. Par exemple, les femmes peuvent être plus à risque si elles sont exposées à des contaminants de l'environnement parce que ces produits chimiques se concentrent généralement dans le tissu adipeux et que les femmes, statistiquement, ont plus de tissu adipeux tandis que les hommes ont plus de muscles. Certaines maladies qui résultent de l'action d'hormones présentent également des différences spécifiques au sexe. Ainsi, chez les femmes

préménopausées, le taux de maladie du cœur est généralement moins élevé que chez les hommes, parce qu'elles ont un niveau plus élevé d'œstrogènes, lesquels ont un effet protecteur.

Les hommes et les femmes peuvent également être différents dans leur prédisposition à la maladie. Par exemple, de plus en plus de travaux de recherche suggèrent que le corps des femmes est peut-être plus vulnérable que celui des hommes aux effets de la fumée du tabac et d'autres formes de fumée. Certaines études laissent entendre, par exemple, que les fumeuses peuvent avoir une plus grande prédisposition à la MPOC [26, 27]. Bien que les mécanismes biologiques permettant d'expliquer ces observations soient loin d'être prouvés, Sin et al. suggèrent qu'il est plausible que les femmes ressentent plus tôt et plus gravement les effets de la fumée de la cigarette, parce que les substances toxiques s'accumulent et restent dans les poumons ou parce que leur corps réagit fortement aux toxines [27]. D'autres chercheuses et chercheurs étudient comment les différences dans les expositions professionnelles et ambiantes peuvent aussi différer pour les hommes et les femmes, et refléter en partie les différences biologiques dans la vulnérabilité aux effets des polluants inhalés [28].

Il n'est pas clair si certaines des différences observées dans la vulnérabilité sont liées à la taille du corps (Le taux de maladie pulmonaire chez les petits hommes et les grandes femmes est-il différent de celui des hommes et des femmes de taille moyenne?) ou si elles sont vraiment liées au sexe biologique. Les résultats comme ceux-ci soulèvent cependant des questions intéressantes pour le monde de la recherche sur la possibilité qu'il y ait des variations selon le sexe en ce qui a trait aux maladies.

Matière à réflexion

Nommez une caractéristique ou un comportement généralement associé à votre sexe. Êtes-vous une femme qui aime cuisiner ou travailler avec les enfants? Êtes-vous un homme qui aime les sports ou qui travaille dans le secteur financier?

À présent, nommez une caractéristique ou un comportement habituellement rattaché à un autre sexe que le vôtre. Êtes-vous un père au foyer ou un homme dont la couleur préférée est le rose? Êtes-vous une femme qui dit ce qu'elle pense ou qui gagne sa vie en réparant des voitures?

Comment est-ce que les gens qui vous entourent réagissent quand vos activités, vos comportements ou votre personnalité correspondent ou ne correspondent pas aux rôles de genre qui sont prescrits pour votre sexe?

Genre ou sexe social

Le « genre ou sexe social » renvoie à la gamme des rôles et des rapports déterminés par la société, aux traits de personnalité, aux attitudes, aux comportements, aux valeurs, à l'influence et au pouvoir relatif que la société attribue aux deux sexes en fonction de leurs différences [29]. En d'autres termes, le genre décrit et prescrit ce que cela signifie d'être un homme ou une femme à une période donnée, dans une société donnée. Bien que nous ayons tendance à considérer le sexe comme déterminé exclusivement par la nature ou la biologie, le genre a assurément un « caractère profondément social (…) C'est un domaine d'usage social complexe et très efficace [30, p. 18]. » Il peut donc être extrêmement difficile de comprendre et d'analyser l'effet du genre sur la santé, et sur la vie en général, parce que les processus sociaux sont à la fois complexes et changeants. La génération précédente, par exemple, avait une idée différente de la masculinité et de la féminité, et ces termes n'ont pas la même signification selon qu'on se place dans la culture occidentale ou ailleurs dans le monde. Néanmoins, nous n'avons pas le choix de nous débattre avec ce concept puisque, comme nous l'avons mentionné précédemment, le genre est une réalité dans chaque société, chaque population et chaque personne.

Comme le sexe, on considère généralement que le genre est formé de deux catégories distinctes : le fait d'être mâle (ou masculinité) et le fait d'être femelle (ou féminité), mais, toujours comme pour le sexe, cette division binaire ne rend pas adéquatement l'étendue de l'expérience humaine ou les expressions de soi et l'identité que le genre englobe. D'abord, peu de gens – voire personne – correspondent aux idéaux de la masculinité ou de la féminité, et la plupart d'entre nous n'aspirent pas à un idéal ou n'atteignent pas un idéal à l'exclusion des autres. Comme le fait remarquer Connell, « nous devons parfois reconnaître qu'une conduite masculine ou qu'une identité masculine se manifeste dans un corps féminin. Il est en réalité très courant qu'un homme (biologique) ait des éléments de l'identité, du désir et des modes de conduite « féminins » [30, p. 16]. » En d'autres termes, la majorité d'entre nous fait l'expérience ou est un exemple du genre en tant que continuum de caractéristiques et de comportements plutôt que comme des catégories s'excluant mutuellement.

On trouve aussi certaines personnes qui rejettent complètement les catégories homme et femme, ou qui refusent de s'identifier à l'une ou à l'autre, et certaines personnes qui considèrent qu'ils sont les deux. Certaines personnes se désignent comme « transgenre », un terme qui indique que leur identité comme homme ou femme est – en tout ou en partie – différente de leur sexe biologique. En outre, on trouve dans certaines cultures autochtones le concept de la personne « bi-spirituelle [31] », qui désigne à la fois les personnes homosexuelles et les transgenres. Il est important de préciser que ce concept est généralement très différent de la notion d'un continuum de genre, car il suppose la coexistence d'identités féminine et masculine cohérentes mais distinctes à l'intérieur d'une même personne.

Selon Sultanen et Doucet : « Une grande partie de l'histoire du Canada au XXe siècle, comme ailleurs, a consisté en l'expérimentation et l'essai des nouveaux chemins d'expérience masculine et féminine [13, p. 2]. » Johnson et ses collègues suggèrent qu'il est utile de faire la distinction entre les diverses facettes de l'expérience féminine et masculine, en particulier l'identité de genre, les rôles de genre, les rapports de genre et le genre institutionnalisé [24]. L'exploration de ces différents aspects du genre et des liens entre eux nous permet de suivre plus facilement la trace de « l'expérience » et d'obtenir un aperçu des façons dont le genre contribue aux différences importantes entre les femmes et les hommes, et entre les membres d'un même sexe, dans la sécurité financière, la santé reproductrice et sexuelle, la santé mentale, les expériences de la violence, et le travail à vocation sociale, rémunéré et non rémunéré. [22]

Voyons tout d'abord la signification de l'« identité de genre ». « Notre identité de genre décrit comment nous nous percevons en tant que femme ou homme (ou en tant que « troisième genre » ou « bi-spirituel ») et a un effet sur nos sentiments et nos comportements [24, p. 6].» On ne doit pas confondre « identité de genre » et « orientation sexuelle ». Une personne peut s'identifier comme femme et être attirée par les femmes, par les hommes, par ni l'un ni l'autre, ou les deux. L'identité de genre englobe plutôt le sentiment que l'on a d'être une « femme » ou un « homme »; la plupart des gens se créent une identité de genre dans le contexte des prescriptions sociales qui établissent l'expression appropriée du genre associée à leur sexe biologique (comme femme ou homme). En d'autres

termes, en même temps que nous apprenons à nous considérer comme femme ou comme homme, nous apprenons quels comportements, émotions, relations, possibilités et emplois sont considérés appropriés pour les femmes et les hommes.

Ceci nous amène au deuxième aspect du genre, les « rôles de genre ». Les rôles de genre sont les moyens que nous utilisons pour exprimer ou représenter notre identité de genre; ils correspondent aux « normes de comportement appliquées aux hommes et aux femmes dans les sociétés, qui influencent les gestes, les attentes et les expériences de tous les jours (…) de notre façon de nous habiller ou de parler, à ce que nous souhaitons faire, et à ce qui nous semble être une contribution utile comme homme ou femme [24, p. 5] ». Parfois, les rôles de genre sont considérés comme complémentaires, les hommes ou personnes masculines contribuant certaines compétences et caractéristiques à la société, tandis que les femmes ou personnes féminines en contribuent d'autres. Souvent, les femmes et les hommes sont perçus comme des êtres complètement distincts, avec des caractéristiques qui sont non seulement différentes, mais qui sont en concurrence ou même irréconciliables. Que nous les considérions comme complémentaires ou en concurrence, les rôles de genre ont inévitablement des liens entre eux. Comme Connell et Messerschmidt nous le rappellent : « Le genre est toujours relationnel, et les modes de masculinité sont définis socialement par opposition à un certain modèle (qu'il soit réel ou imaginaire) de la féminité [32, p. 848]. »

Parce que le genre est relationnel, il est essentiel de comprendre la signification et les rouages des « rapports de genre », la troisième facette mentionnée par Johnson et ses collègues. L'expression « rapport de genre » renvoie à « comment nous agissons avec les gens ou comment ceux-ci nous traitent en se fondant sur le genre qui nous est attribué [24, p. 7] ». Si, par exemple, nous croyons que les hommes doivent être actifs et extravertis tandis que les femmes devraient être calmes, douces et conciliantes, nous réagirons probablement négativement à un petit garçon timide et à une petite fille turbulente. De même, une femme qui a confiance en soi pourra être dite « agressive » tandis qu'un homme aimant tricoter pourra être étiqueté comme « mauviette ». Ces aspects des rôles de genre peuvent sembler avoir relativement peu d'importance, mais les rapports de genre peuvent les traduire, et le font, en discrimination et désavantages. Par exemple, les femmes ont été écartées historiquement des emplois bien rémunérés et de prestige parce qu'on disait qu'elles étaient « trop émotives » ou qu'elles « n'avaient pas le sens des affaires ». De fait, les rapports de genre semblent souvent avantager les hommes et désavantager les femmes. Dans la plupart des sociétés, les femmes sont moins susceptibles que les hommes d'avoir accès aux avantages et aux ressources, comme la richesse et le pouvoir, et elles sont plus susceptibles que les hommes de connaître des épreuves, comme la violence et la discrimination. Mais les femmes ne sont pas les seules à souffrir des effets néfastes des stéréotypes de genre. Les hommes homosexuels, par exemple, subissent depuis longtemps la violence et les préjudices des hommes et des femmes hétérosexuels parce que la masculinité dominante dans la société occidentale est « clairement hétérosexuelle [33, p. 102] ». Parce que le genre est relationnel, nous devons tenir compte tant de la variété que de la hiérarchie des rôles et des identités de genre dans l'exploration des liens qui existent entre le genre et la santé [31].

Nous pourrions nous demander pourquoi un groupe relativement petit – formé d'hommes citadins blancs, hétérosexuels et riches – semble capable d'accumuler des richesses, du pouvoir et des privilèges tandis que la majorité des gens ne profitent pas de tous les bienfaits de la société, ou du moins pas au même degré. Cette question nous amène à la quatrième dimension du genre, soit le « genre institutionnalisé ». Le genre institutionnalisé fait référence aux moyens qu'utilisent les institutions sociales clés, comme les médias, nos systèmes d'éducation et de soins de santé, les tribunaux et les institutions religieuses et politiques, pour formuler les expériences, les rôles et les rapports de genre. « Ces institutions puissantes influencent les normes sociales qui définissent, reproduisent et souvent justifient les attentes différentes envers les femmes et les hommes, et envers les filles et les garçons, ainsi que les possibilités qui s'offrent à eux, comme les rôles sociaux et familiaux, l'inégalité d'accès aux professions, les restrictions en matière d'emplois, les codes relatifs à la tenue vestimentaire, les pratiques en santé, et l'accès différent aux ressources comme l'argent, la nourriture ou le pouvoir politique [24, p. 7]. » Parce que la plupart des cultures apprécient davantage les aspects de la masculinité que ceux de la féminité, les femmes sont plus susceptibles de subir des inégalités structurées quant aux possibilités qui leur sont offertes et à l'accès aux ressources, y compris les besoins fondamentaux de la nourriture, d'un abri et de la sécurité. Les personnes qui ont défendu les droits des femmes ont eu tendance, surtout dans le passé, à tenir les hommes seuls responsables de cette subordination des femmes, mais « les femmes sont au centre de nombreux processus qui forment les masculinités – en tant que mères; en tant que camarades de classe; en tant que petites amies, partenaires sexuelles et épouses; en tant que travailleuses (…) et ainsi de suite [32]. » En d'autres termes, les femmes et les hommes construisent et perpétuent ensemble les rôles et les rapports de genre dominants. Pour changer la situation, il faut donc comprendre les perspectives et les réalités tant des femmes que des hommes, et l'AIGS contribue grandement à la prise de mesures positives et éclairées pour y arriver.

Diversité

À la base, la « diversité » renvoie aux variations ou aux dissemblances entre les gens. Elle sert souvent à indiquer des différences observables, comme les variations ethniques visibles dans une population et les distinctions d'âge ou de lieu de résidence. Toutefois, la diversité comporte également des différences qui ne sont pas toujours évidentes, comme l'orientation sexuelle, l'éducation et les croyances religieuses ou spirituelles. Dans le contexte de l'AIGS, la diversité nécessite une compréhension du fait que chaque personne développe une identité de genre, joue des rôles de genre et fait l'expérience tant de rapports de genre que du genre institutionnalisé, mais que la nature de cette expérience est spécifique, « particulière à un temps et à un lieu donnés, et à une situation sociale, culturelle, économique et politique. [Et] puisque les différences et les inégalités de genre dans un lieu particulier sont combinées avec d'autres formes de division sociale, comme les classes et l'ethnicité, toutes les femmes ou tous les hommes ne font pas face aux problèmes ou aux questions de santé liés au genre de la même façon [35, p. 3]. » Par exemple, il n'est plus inhabituel pour les femmes au Canada d'avoir un travail salarié. Par ailleurs, à cause de certaines traditions culturelles de la société canadienne, certaines femmes ne peuvent travailler à l'extérieur de la maison sans mettre en danger leur sécurité

et perdre le respect de leur communauté. Dans un même ordre d'idées, même si la majorité des hommes dans les sociétés occidentales continuent d'assumer un rôle économique dans leur ménage, la création dans la politique publique de dispositions relatives au congé de paternité rend compte des changements dans le rôle social des hommes en tant que pères et du fait qu'ils sont de plus en plus acceptés comme personnes offrant un soutien et des soins.

Étant donné la diversité et la spécificité des expériences humaines, il est essentiel d'éviter les généralisations concernant les femmes et les hommes, qui ne sont pas *tous* pareils, lorsqu'il est question de sexe et de genre comme déterminants de la santé. Le sexe et le genre ne sont que deux des nombreux déterminants de la santé – lesquels comprennent notamment le statut socioéconomique, l'âge, l'orientation sexuelle, la race, l'ethnicité, le lieu géographique, l'éducation, la capacité physique et l'habileté mentale –, qui agissent et interagissent tous sur la santé et les soins dispensés à une personnes [18]. Pour comprendre toutes les dimensions sociales qui forment la vie d'une personne ou d'un groupe – ce que les scientifiques appellent parfois « lieu social » – , il faut tenir compte de la complexité des vies et des aspects croisés de l'identité, du lieu et de l'expérience qui forment la santé. Lorsque nous étudions par exemple la santé des membres des Premières Nations, des Inuits ou des Métis du Canada, nous devons tenir compte de l'effet que la colonisation, la ségrégation dans les réserves, le déplacement, l'enseignement à domicile, la perte de la langue maternelle et le racisme ont pu avoir sur les individus et les communautés. Il nous faudra aussi peut-être comprendre le fonctionnement des rapports de genre dans une communauté donnée des Premières Nations ainsi la perception que les membres de cette communauté ont de leur identité. Il faudra ensuite examiner cette information dans le contexte plus global de la situation juridique complexe que vivent les Premières Nations canadiennes et des implications découlant des accords de juridiction sur l'accès aux services, à l'aide financière et aux soins.

La recherche en santé commence par les variables du sexe et du genre puisque nous reconnaissons que « les femmes et les hommes ne sont pas exposés aux mêmes risques sanitaires, ne se voient pas offrir les mêmes prestations par le système de santé, n'ont pas les mêmes comportements de recours aux soins et ne connaissent pas les mêmes résultats sanitaires [36, p. 2] ». De plus, les différences en matière de santé peuvent découler de différences structurées en ce qui a trait à l'accès des femmes et des hommes aux ressources sanitaires de base, comme la nourriture, la sécurité et un abri. Elles peuvent aussi découler des pratiques sexospécifiques qui limitent les filles et les femmes du monde entier ou mettent en danger la santé des garçons et des hommes pour cause de violence, de blessures et de comportements à risque. L'analyse des influences du genre et du sexe ne consiste pas simplement à comprendre les différences ou les similarités *entre* les femmes et les hommes; elle vise à faire la lumière sur les différences *dans* les groupes de femmes et d'hommes. Il en résulte que l'AIGS pose d'abord des questions sur la santé des femmes et des hommes pour ensuite examiner la manière dont les autres variables ou déterminants de la santé touchent les différents groupes de femmes et d'hommes.

Équité

Par l'exploration des différences et des similarités entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons, et entre les membres d'un même sexe, l'AIGS aide à trouver des solutions aux inégalités en matière de santé. Les « inégalités en matière de santé » sont définies comme des différences de résultats sanitaires qui sont jugées injustes, évitables et qui peuvent être changées [37]. En d'autres termes, lorsqu'une personne ou un groupe contracte plus de maladies ou plus de maladies graves à cause de la pauvreté ou de la discrimination par exemple, cette personne ou ce groupe subit des inégalités en matière de santé. De nombreuses recherches tendent à prouver que les hiérarchies sociales influent sur les catégories de personnes qui tombent malades et sur les conséquences de la maladie [38, 39], notamment les groupes de personnes qui peuvent obtenir des soins de santé officiels, ceux qui donnent et reçoivent des soins à domicile, et ceux qui subissent à long terme les effets personnels, sociaux et économiques de la maladie. Le genre, la classe sociale, l'âge, l'ethnicité et la religion, entre autres choses, jouent un rôle majeur dans la détermination des personnes qui sont les plus susceptibles de devenir malades et les moins susceptibles d'avoir les ressources nécessaires pour faire face à la maladie :

> « Le genre recoupe l'inégalité économique, la hiérarchie raciale ou ethnique, la domination de caste, les différences fondées sur l'orientation sexuelle et un certain nombre d'autres marques sociales. Se concentrer uniquement sur les inégalités économiques dans les foyers peut sérieusement fausser notre compréhension du fonctionnement de l'inégalité et nous empêcher de voir qui en porte réellement le fardeau. (…) Les études nous disent que la situation des pauvres est pire que celle de ceux qui sont mieux nantis en ce qui a trait à l'accès à la santé et aux résultats sanitaires. Cependant, elles ne nous disent pas si le fardeau de cette inégalité est porté également par les différentes castes ou différents groupes raciaux qui forment les pauvres. Elles n'indiquent pas non plus comment le fardeau de l'inégalité en matière de santé est partagé entre les différents membres des ménages pauvres. En raison de cet aspect, une politique peut difficilement assurer l'équité entre les ménages et dans les ménages [19, p. 2] ».

Au Canada, comme il a déjà été mentionné, l'égalité entre les sexes est garantie par la Constitution, aux termes du paragraphe 15(1) et de l'article 28 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, et par de nombreux accords internationaux sur les droits humains que le Canada a signés. Nous faisons cependant aussi la distinction entre l'égalité formelle et l'égalité réelle. Le concept juridique de l'« égalité formelle » veut que les gens qui sont dans des circonstances identiques ou semblables soient traités de la même manière. Historiquement, traiter les gens « de la même manière » signifiait donner aux femmes et aux hommes les mêmes chances, services et programmes. Le mouvement préconisant « un salaire égal pour un travail égal » est un exemple d'égalité formelle. Un traitement différent peut cependant parfois être nécessaire pour réaliser l'équité et la justice lorsque les différences entre les gens causent des désavantages et des inégalités. C'est ici qu'intervient le concept juridique de l'« égalité réelle », qui met l'accent sur l'importance d'assurer non seulement l'égalité des possibilités mais aussi l'égalité

des résultats. L'« action positive », une politique visant à remédier à l'exclusion des femmes et d'autres groupes des emplois bien rémunérés et de prestige, est un exemple d'une approche axée sur l'égalité réelle.

Parce qu'elle reconnaît que de nombreuses différences dans la santé des femmes et des hommes, selon le sexe et entre les membres de même sexe, peuvent résulter de facteurs modifiables, l'AIGS permet d'élaborer et d'évaluer des réponses sur mesure aux inégalités en matière de santé des femmes et des hommes : « Prendre des mesures pour améliorer l'équité en santé est l'un des moyens les plus directs de réduire les inégalités en matière de santé et d'assurer une utilisation efficace des ressources en santé [19, p. 2]. » Ces mesures devront tenir compte des facteurs sous-jacents qui génèrent l'inégalité de genre, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé, en particulier les relations de pouvoir entre les sexes et la façon dont elles influencent les normes sociales, les pratiques et les institutions.

Conclusion

Au cours des décennies récentes, le Canada a développé une appréciation plus profonde du rôle du sexe et du genre en ce qui trait à la santé et aux inégalités en matière de santé. Nos politiques actuelles non seulement permettent mais *exigent* l'utilisation de l'analyse des influences du genre et du sexe dans l'élaboration des programmes et des stratégies de santé, dans l'utilisation des fonds publics et dans le financement de la recherche en santé. Les quatre concepts clés de l'AIGS – le sexe, le genre, la diversité et l'équité – sont essentiels aux progrès à venir dans ce domaine : ensemble, ils créent un cadre pour explorer et comprendre l'expérience qu'ont les gens de la santé et de la maladie, et pour évaluer l'égalité, l'équité, l'efficacité et l'efficience de nos interventions.

Références bibliographique

1. Agence canadienne de développement international (ACDI). Politique de l'ACDI en matière d'égalité entre les sexes. Hull : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 1999.

2. Spitzer D. Analyse des influences du genre et du sexe dans la recherche en santé – Guide pour les chercheurs et les évaluateurs. Ottawa : Instituts de recherche en santé du Canada; non daté.

3. Lalonde M. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Ottawa : Gouvernement du Canada; 1974. www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf.

4. Epp J. La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé. Ottawa : ministre de Santé et Bien-être social Canada; 1986.

5. Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé; 1986.

6. Organisation mondiale de la santé. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). Genève : Organisation mondiale de la santé; 1979.

7. Charte canadienne des droits et libertés de 1982, Ottawa [acte sur Internet]. Disponible au ministère de la Justice Canada.

8. United Nations. Déclaration et Programme d'action de Beijing. Beijing : Quatrième Conférence mondiale sur les femmes; 1995.

9. Santé Canada. Stratégie pour la santé des femmes. Ottawa : Santé Canada; 1999.

10. Boston Women's Health Book Collective. Our bodies, ourselves: A book by and for women. New York: Simon and Schuster; 1973.

11. Gottlieb, A. Saying good bye to Healthsharing. Can Women Stud. 1994;14(3):117-8.

12. Feldberg G. Inside-out: holism and history in Toronto women's health movements. Dans : Johnson R., éditeur. The politics of healing: histories of alternative medicine in twentieth century North America. New York: Routledge, 2004; p.181-94.

13. Siltanen J, Doucet A. Gender relations in Canada: intersectionality and beyond. Don Mills: Oxford University Press; 2008.

14. Eichler M. Non sexist research methods: a practical guide. New York: Routledge; 1991.

15. Parpart J, Connelly M, Barriteau V. Theoretical perspectives on gender and development. Ottawa: Centre de recherches pour le développement international; 2000.

16. Visvanathan N, Duggan L, Nisonoff L, Wiegersma N. The women, gender and development reader. Halifax: Fernwood Publishing; 1997

17. Papanek H. Women in development and women's studies: agenda for the future. East Lansing: Office of Women in International Development, Michigan State University; 1984.

18. Doyal L. Putting gender into health and the globalization debates: new perspectives and old challenges. Third World Q. 2002;23(2):233-50.

19. Sen G., Östlin P, George A. Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2007.

20. Sen G, Östlin P. et George A. Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Synthèse du rapport final du réseau Women and Gender Equity Knowledge de l'OMS. Antigonish, N.-É. : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé; 2007.

21. Santé Canada. Exploration des concepts liés à la santé et au sexe. Ottawa : Santé Canada; 2003.

22. Keleher H. Why build an evidence base about gender? Health Promot Int. 2004;19:277-9.

23. Greaves L, Hankivsky O, Amaratunga C, Ballem P, Chow D, De Koninck M, et al. CIHR 2000: Sex, gender and women's health. Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, et le British Columbia Women's Hospital and Health Centre; 1999.

24. Johnson JL, Greaves L, Repta R. Better science with sex and gender: a primer for health research. Vancouver: Women's Health Research Network; 2007.

25. Intersex Society of North America. What is intersex? Rohnert Park: Intersex Society of North America; 2008. www.isna.org/faq/what_is_intersex.

26. Sin DD, Greaves L, Kennedy S. The tip of the "ICEBERGS". A National Conference to Combat the Growing Global Epidemic of COPD in Women. Proc Am Thorac Soc. 2007;4:669-70.

27. Sin DD, Ben Zaken Cohen S, Day A, Coxson H, Paré PD. Understanding the biological differences in susceptibility to chronic obstructive pulmonary disease between men and women. Proc Am Thorac Soc. 2007;4:671-4.

28. Kennedy SM, Chambers R, Du W, Dimich Ward H. Environmental and occupational exposures: do they affect chronic obstructive pulmonary disease differently in women and men? Proc Am Thorac Soc. 2007;4:692–4.

29. Santé Canada. La politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes. Ottawa : Santé Canada; 2000. www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/women-femmes/gender-sexe/policy-politique-fra.php.

30. Connell RW. The men and the boys. Berkeley: University of California Press; 2000.

31. Deschamps G. We are part of a tradition: a guide on two spirited people for First Nations communities. [Internet]. c1998 [cité le 15 sept 2009]. Toronto : 2 Spirited People of the 1st Nations. www.2spirits.com/WeArePartOfTradition.pdf.

32. Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic masculinity: rethinking the concept. Gend Soc. 2005;19(6):829-59.

33. Davis M, Dowsett G. Man to man: homosexual desire and practice among working class men. Dans : Connell RW. The men and the boys. Berkeley: University of California Press, 2000;p.102-28.

34. Connell RW. Masculinities. 2e édition révisée. Berkeley: University of California Press; 2005.

35. Gender and Health Group. Guidelines for the analysis of gender and health. Non daté [cité le 13 août 2009]. www.liv.ac.uk/lstm/groups/gender_health/index.htm.

36. Organisation mondiale de la santé. Projet de stratégie visant à intégrer l'analyse des spécificités de chaque sexe et une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS. [Internet]. c2007 [cité le 15 sept 2009]. Genève : Organisation mondiale de la santé. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_19-fr.pdf.

37. Organisation panaméricaine de la santé. Methodological summaries: measuring inequity in health. Epidemiol Bull. 1999;20(1):sans page.

38. Raphael D, éditeur. Social determinants of health: Canadian perspectives. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.; 2004.

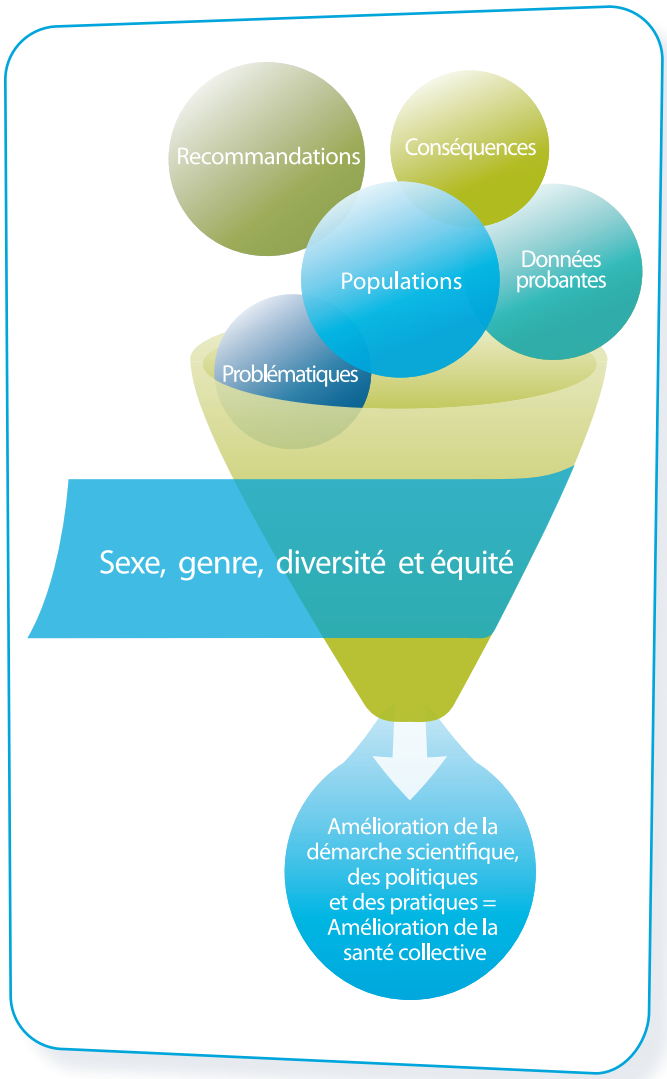
39. Labonte R, Schrecker T, Sen Gupta A. Health for some: death, disease and disparity in a globalizing era. Toronto: Centre for Social Justice Research and Education; 2005.

Chapitre trois :

L'analyse des influences du genre et du sexe en tant que démarche

Comme nous l'avons vu au chapitre deux, une analyse des influences du genre et du sexe exige une bonne compréhension des notions de sexe, de genre, de diversité et d'équité. L'étape suivante consiste à apprendre comment s'en servir. Dans ce chapitre, nous présentons l'AIGS en tant que démarche, dans le but de vous aider à en appliquer les idées et la méthode..

Plusieurs guides offrent des conseils sur la façon d'entreprendre une AIGS en organisant le travail selon une liste de questions à poser ou d'étapes à suivre, de façon à assurer qu'on a bien tenu compte de toutes les considérations relatives à chacun des concepts de base. Ce genre de liste peut s'avérer très utile comme instrument de validation, mais elle peut aussi créer l'impression que l'AIGS se résume à une formule ou à un modèle uniformément applicable à toutes les situations, problèmes ou populations. L'approche que nous prônons ici favorise plutôt une conception de l'AIGS en tant que *démarche* axée sur l'intégration des problématiques du sexe et du genre au cœur même de la recherche, de l'élaboration des politiques et de la pratique. Même si les principes et les concepts qui sous-tendent l'AIGS restent constants, leur application peut varier en fonction d'un ensemble de facteurs, par exemple : la problématique à l'étude; ce qu'on sait ou ce qu'on suppose à propos d'une population particulière; la mesure dans laquelle le savoir et l'action sont déjà éclairés par une perspective sexospécifique. Rappelons en outre qu'il s'agit d'une démarche *itérative* : l'AIGS implique une réflexion renouvelée sur le contenu et le déroulement du processus, ainsi que les ajustements à faire pour corriger certaines lacunes, incohérences et omissions ou incorporer de nouveaux éléments. Elle permet donc de réorienter une analyse dans le but de tenir compte d'une nouvelle population, d'envisager une question sous un autre angle ou de mettre au point des recommandations adaptées à un contexte particulier en matière de politique ou d'intervention.



Le fait de l'envisager comme une démarche plutôt qu'un modèle préétabli est une façon de reconnaître que l'AIGS continuera à évoluer en tant que théorie et méthode, tout en évitant d'en limiter la capacité explicative. Néanmoins, toutes les approches comportent des volets communs, comme le démontrent les études de cas présentées plus loin. Le présent chapitre est consacré à une description détaillée de ces éléments.

Cadre de la démarche

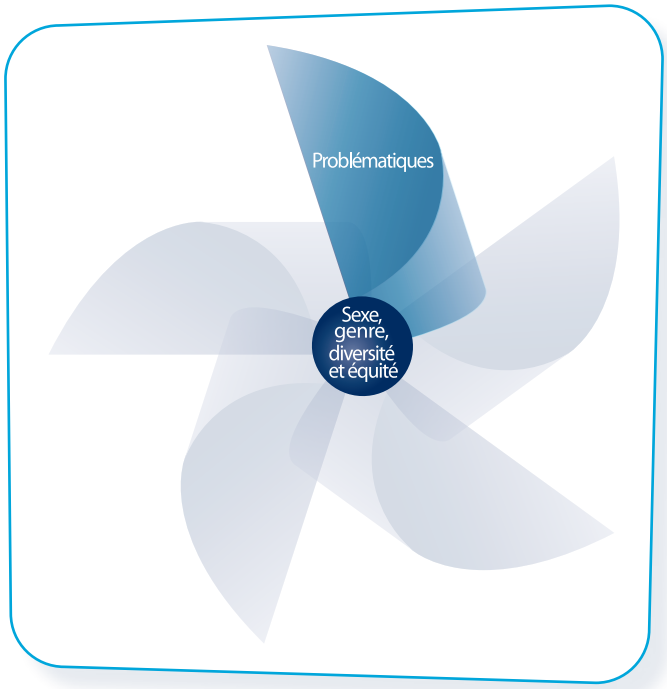
Du début à la fin, toute démarche fondée sur l'AIGS s'appuie sur une prémisse : le sexe, le genre, la diversité et l'équité sont des éléments qui comptent à chaque étape de la recherche, de l'élaboration de politiques, de planification et d'intervention. Réunis, ces quatre concepts constituent une sorte de prisme ou de filtre servant à évaluer les descriptions, les données, les analyses et la gestion des problématiques en matière de santé. Ce filtre permet d'anticiper ou de relever les présupposés qui contribuent aux disparités et donc, éventuellement, d'éviter la discrimination et de corriger les iniquités. Margrit Eichler et Mary Anne Burke définissent trois types de biais en recherche sur la santé : le maintien de la hiérarchie; le non-examen des différences; la partialité [1]. Même si leur article sur le sujet ne s'applique qu'aux activités de recherche, on peut néanmoins affirmer que le même constat s'applique à tous les secteurs et disciplines (notamment les gouvernements, le milieu de la recherche, les ONG et le secteur privé). Pour donner un exemple, on exclut parfois certains groupes d'une étude (comme les femmes ou les gens de couleur) en prétextant qu'il est possible d'étendre les résultats d'une recherche sur des sujets masculins de race blanche à d'autres populations [2,3]. Cette façon de faire est partielle puisqu'elle privilégie un groupe – ici les hommes de race blanche – par rapport à tous les autres. De la même façon, certaines politiques (celle qui définit le statut d'Indien au Canada, par exemple) contribuent à maintenir des hiérarchies politiques et sociales. Dans le cas présent, la domination des peuples non autochtones au Canada, qui sont représentés par le gouvernement fédéral, est assurée en niant aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis le droit à l'autodétermination. Le deuxième type de présupposés, toujours selon Eichler et Burke, renvoie au fait de considérer que tous les groupes sociaux jouissent des mêmes chances et vivent des expériences semblables, sans égard à leur rang social. Or, dans la plupart des sociétés, les homosexuels affrontent beaucoup plus de préjugés et de discrimination que les hétérosexuels; omettre de tenir compte de cette différence importante sur le plan des politiques, de la recherche ou de l'intervention est susceptible de causer des iniquités. Par ailleurs, on ne peut traiter un groupe, qu'il soit dominant ou non, comme si tous ses membres partageaient exactement le même point de vue ou la même expérience. Chacun de nous appartient à un éventail de groupes sociaux; nos expériences sont façonnées par la manière dont nos différentes identités et appartenances se chevauchent et interagissent. Pour citer la célèbre auteure et professeure bell hooks : « Si on me demandait de définir qui je suis vraiment, je n'évoquerais pas la race en premier lieu; je n'évoquerais pas non plus le fait d'être Noire, ni celui d'être femme ou féministe. J'irais plutôt à l'essentiel, en parlant de ce qui m'a inspirée toute ma vie durant : la quête du sens [4, p. 287] ».

Comme le soulignent Eichler et Burke : « En matière de recherche, il faut constamment […] poser les bonnes questions en nombre suffisant pour déceler les trois principaux types de biais. Autrement, on crée l'illusion qu'un problème est réglé alors que c'est faux [1, p.66] ». À notre avis, cette observation s'applique tout aussi bien à la planification, à l'élaboration des politiques et à la prestation des services. Réfléchir aux notions de sexe, de genre, de diversité et d'équité nous permet de mettre au jour les présupposés et d'accomplir de grands progrès vers l'amélioration des travaux de recherche, des politiques et des programmes et, en définitive, d'améliorer la santé de tous et toutes.

L'analyse des influences du genre et du sexe n'est ni linéaire, ni unidirectionnelle. Néanmoins, pour les besoins du présent livre, nous avons divisé la démarche en cinq volets : la problématique; les populations, les données, les implications; et les recommandations. Même si cette façon de procéder ne réussit peut-être pas à faire ressortir toutes les nuances et la complexité du processus, elle aura l'avantage d'en éclairer les principes et l'application. Nous la complèterons, dans les chapitres qui suivront, par des exemples et des renvois à des études de cas.

Définir la problématique

La recherche, l'élaboration de politiques et la planification découlent souvent d'un constat ou d'une perception à l'égard d'un « problème » qu'on veut résoudre, d'une problématique mal connue ou d'une population aux prises avec des défis particuliers. À titre d'exemple, on observe dans les médias et les initiatives de programme, ces dernières années, une volonté de s'attaquer à la criminalité juvénile par l'imposition de peines plus sévères. Cette tendance laisse croire que le phénomène prend de l'ampleur (aussi bien du point de vue du nombre que de la gravité) et que la perspective de l'emprisonnement aura un effet dissuasif. Or les spécialistes de la question ne croient pas tous que la criminalité augmente; de plus, peu de données confirment que l'emprisonnement contribue effectivement à prévenir le crime ou à réhabiliter les jeunes criminels [5-7]. Par conséquent, avant de lancer toute initiative de recherche ou de programme, il faut cerner les interlocuteurs convaincus qu'il y a problème et les raisons qui font qu'une situation est perçue comme un problème. L'obésité prend-elle véritablement des proportions épidémiques? Sommes-nous préparés adéquatement pour réagir en cas d'urgence? Les temps d'attente sont-ils aussi longs que les médias le laissent croire? Les aliments et l'eau que nous consommons sont-ils sûrs? Le vieillissement de la population risque-t-il de provoquer une crise de la santé?



Pour comprendre pourquoi et comment une question s'est transformée en problème, il importe d'évaluer la source qui interprète les faits et les conclusions qu'elle tire. Qui affirme que la délinquance juvénile augmente ou qu'il y a pénurie de logements? Sur quelles preuves s'appuie-t-on pour défendre cette position? Dispose-t-on d'autres données indiquant qu'on pourrait aborder le problème autrement? De la même façon, il faut évaluer les recommandations et les interventions découlant des interprétations qui sont données. Si nous considérons que la délinquance ou l'obésité a atteint le stade de crise, en quoi cette perception contribue-t-elle à façonner notre réaction? A-t-on négligé d'envisager d'autres explications ou interventions et, si tel est le cas, pourquoi? Pour bien analyser un problème, il est fondamental de trouver des réponses à ce genre de questions, tout en vérifiant la source de notre information ou de nos suppositions.

Matière à réflexion

L'analyse des influences du genre et du sexe s'applique tout au long du processus de recherche et repose sur une démarche de communication et d'échanges de connaissances. La rédaction non sexiste qui inclut les deux sexes est encore controversée puisque aucun consensus n'a été établi concernant les multiples facettes de cette approche. Toutefois, elle comporte d'immenses possibilités et pourrait notamment donner aux femmes un moyen de s'exprimer et fournir l'encadrement qui favoriserait l'évolution de la langue. Le Canada est un chef de file à ce chapitre.

Notre perception de la masculinité et de la féminité et le pouvoir et la place que nous donnons aux femmes et aux hommes dans la société se reflètent souvent dans notre langage. Il n'y a pas si longtemps, le mot « Homme » était presque toujours utilisé pour désigner l'humanité, et nombre de services et de politiques avaient recours à un langage exclusivement masculin (les travailleurs, les syndiqués, les enseignants). Non seulement les mots reflètent-ils nos idées et nos valeurs sociales, mais ils les renforcent. Par exemple, lorsque les femmes ont commencé à poursuivre des carrières en médecine, on les appelait des « femmes médecins », une appellation qui les plaçait dans une catégorie à part et hors de la norme masculine.

Les féministes ont cerné depuis longtemps le pouvoir des mots et ont travaillé intensivement à la promotion d'un langage non sexiste qui inclut les deux sexes. À la suite de leurs efforts, le mot « humanité » est maintenant beaucoup plus souvent utilisé, et l'utilisation de « il et elle » dans les textes remplacent de plus en plus le « il » solitaire. Par ailleurs, des textes peuvent être écrits avec un souci d'inclure les deux sexes, selon une approche non sexiste, mais ces efforts risquent d'être dilués dans le processus de traduction, une réalité qu'il faut considérer dans certains pays comme le Canada, lequel possède deux langues officielles. Dans un même ordre d'idées, la qualité inclusive et non sexiste des propos échangés entre personnes de langues et de cultures différentes risque de disparaître dans le processus de traduction.

Les complexités du travail de traduction ne doivent pas être sous-estimées. Elles peuvent miner l'essence du texte, reproduire des a priori concernant le sexe biologique et le genre et créer une situation qui force le lectorat à se projeter au-delà des mots pour apprécier pleinement les idées de l'auteure ou l'auteur. Considérons l'exemple suivant. « Les femmes et la réforme de la santé », un groupe financé par le Programme de contribution pour la santé des femmes, Santé Canada, mettait les touches finales à la traduction française d'un nouveau document portant sur les femmes et les temps d'attente, publié en anglais et rédigé en langage courant. Le groupe a demandé à une personne francophone qui connaissait les préceptes de l'analyse des influences du genre et du sexe et de la rédaction non sexiste de réviser le document. La qualité de la traduction était excellente. Le texte respectait l'approche axée sur les femmes présente dans le document d'origine, mais certaines de ses composantes n'incluaient pas les deux sexes et ont dû être modifiées. Par exemple, la personne qui a réalisé la traduction avait choisi de traduire le terme anglais « health care professionnals » par « professionnels de la santé ». Elle avait opté pour la forme masculine pour nommer une catégorie de professions qui compte essentiellement des femmes, mais qui est encore perçue comme un créneau masculin. Il aurait été préférable d'utiliser un terme neutre comme « personnel soignant », puisque ce terme suggère au lectorat un plus grand éventail de professions et un personnel tant masculin que féminin.

Pour nombre de locuteurs francophones, la rédaction non sexiste qui inclut les deux sexes est rebutante parce qu'elle est souvent exécutée de façon inadéquate. Des répétitions agaçantes de « il et elle », de « hommes et femmes », de la forme masculine et féminine des professions distraient la lectrice ou le lecteur du contenu du texte et rend la lecture ardue. Même les personnes qui rédigent et traduisent des textes en tenant compte des deux sexes considèrent que le recours à un langage inclusif constitue un véritable défi. Par exemple, dans un texte qui désigne des hommes et des femmes, la pratique courante veut que l'on écrive le nom masculin en ajoutant la forme féminine entre parenthèses ou à la suite d'une barre oblique (patient(e)s ou patients/es). Bien que cette approche souligne la participation tant des femmes que des hommes, elle met l'accent sur la position subalterne des femmes puisque la grammaire française utilise ces caractères typographiques pour indiquer la forme dominante et ses variantes, donc le masculin suivi du féminin.

Selon les règles grammaticales de la langue française, les adjectifs prennent toujours la forme du masculin en présence des deux genres, comme l'illustre l'exemple « les formateurs sont contents ». Comme solution de rechange, on peut écrire « l'équipe de formation est contente ». Une règle fondée sur la proximité peut aussi être utilisée pour contourner ce dilemme en présence des deux genres. On peut donc accorder l'adjectif avec le nom féminin, qui est plus près du verbe, ce qui donnerait « les formateurs et les formatrices sont contentes ».

L'analyse des influences du genre et du sexe soulève d'importantes problématiques pour les personnes qui rédigent, traduisent et révisent les textes de recherche et qui font des tâches connexes. Cette discussion nous rappelle que le langage que nous utilisons véhicule une information importante que nous tenons parfois pour acquise et qui relève de la relation entre les règles et les coutumes langagières et l'expression du sexe biologique et du genre.

Par Marie Dussault, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique

L'AIGS consiste précisément à examiner ce genre de questions tout en gardant à l'esprit les concepts présentés au chapitre deux, soit le sexe, le genre, la diversité et l'équité. Quelles preuves avons-nous que les temps d'attente sont excessifs? Si c'est bien le cas, quelles sont les personnes les plus susceptibles de les subir et pourquoi? D'où provient l'affirmation que l'obésité est en voie de devenir une épidémie? Si elle est juste, la maladie est-elle distribuée également dans la population ou le taux est-il plus élevé chez certains groupes? Dans quelle mesure nos plans de gestion des catastrophes tiennent-ils compte des forces et des besoins respectifs des femmes et des hommes? Les connaissances actuelles sur la qualité des aliments ou de l'eau comprennent-elles une analyse comparative des risques pour chaque sexe et pour les populations des régions urbaines, rurales ou isolées?

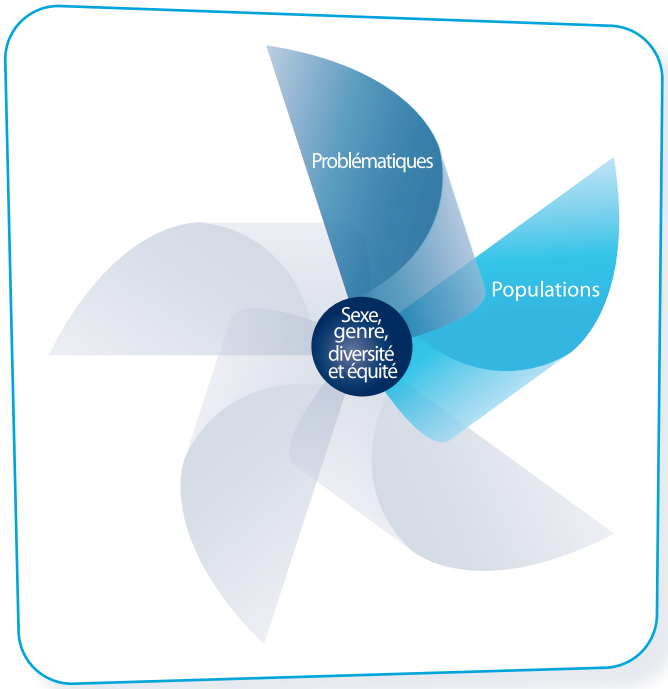
Le fait de soulever des questions de plus en plus complexes, comme nous amène à le faire l'AIGS, peut ouvrir de nouvelles perspectives sur des problèmes de longue date. Par exemple, l'étude de cas sur le diabète présentée au chapitre quatre illustre bien le pouvoir explicatif d'une analyse qui tient compte du sexe, du genre et de l'origine ethnique. Les taux de diabète relevés chez les femmes et les hommes du Manitoba sont peut-être comparables, mais ce sont ces derniers qui courent un plus grand risque de souffrir de complications et de conséquences graves. Par ailleurs, les taux de diabète chez les Premières Nations du Canada dépassent largement la moyenne nationale. De même, l'auteure d'une étude de cas proposée au chapitre six s'est rendu compte qu'il n'était pas facile d'établir un seul ensemble de critères pour mesurer la maladie mentale, compte tenu des multiples façons de définir la « santé mentale ».

Les questions complexes tendent à engendrer des réponses complexes. Par exemple, une étude de cas présentée au chapitre six (« Sexe, genre et générations : une journée de soins corporels »), part d'une discussion sur l'accès aux services de santé dans une communauté des Premières nations pour aboutir à une réflexion sur des questions très larges comme l'héritage de la colonisation, les définitions juridiques de l'identité et de l'admissibilité et les rapports sociaux. Comme quoi une problématique comme l'accès aux services de santé par les peuples autochtones n'est pas seulement une affaire de ressources – humaines ou autres : elle est aussi fonction de rapports historiques et politiques. Ainsi, le problème ne se limite pas simplement à définir l'accès et à le subventionner, mais bien plutôt à percevoir en quoi certaines définitions juridiques de l'identité, pour un ensemble de raisons, ont créé des disparités en matière d'accès selon les groupes. On atteint donc ici un niveau d'analyse beaucoup plus complexe de la « question ».

L'analyse des influences du genre et du sexe peut, en tant que démarche itérative, nous amener dans des directions nouvelles ou insoupçonnées. En tentant d'expliquer pourquoi les temps d'attente pour les chirurgies de remplacement de la hanche et du genou différaient en fonction du sexe, les auteures d'une recherche proposée au chapitre cinq se sont retrouvées à étudier les taux de prévalence de l'arthrite, la perception de la douleur, l'imagerie diagnostique et les relations médecin-patient. Elles ont fait le point régulièrement pour réévaluer leur question de recherche et les données dont elles disposaient, d'où le caractère itératif de la démarche; ce faisant, elles ont repoussé les limites de leur travail de recherche et d'analyse.

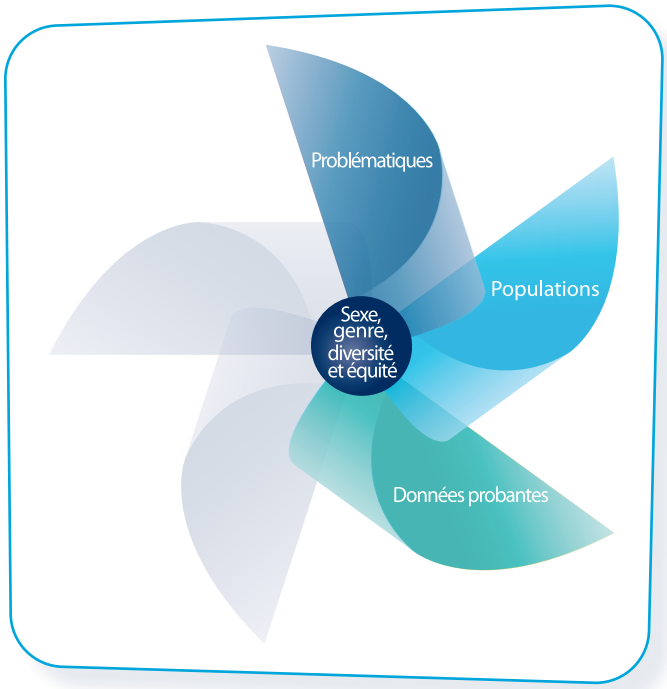
Décrire la ou les populations

Qu'il s'agisse de recherche, d'élaboration de politiques ou de planification, tout examen d'une problématique exige une bonne connaissance de la population touchée ou dans le besoin, ainsi qu'un inventaire de ce qu'on sait – ou ignore – à son sujet. Les observations scientifiques présentées au chapitre sept sur la santé mentale des femmes en milieu rural, par exemple, font ressortir l'incidence du lieu géographique sur l'accès aux services de santé. Dans une autre étude de cas (chapitre cinq), sur les soins non rémunérés cette fois, on démontre que la prestation est assurée en grande partie par des femmes et qu'elle comporte pour celles-ci des contraintes de temps plus nombreuses et variées que pour les hommes. Ces deux exemples parmi d'autres nous rappellent que les problèmes se présentent différemment selon l'endroit, l'époque ou la population concernés; les interventions ou les politiques menées sans tenir compte du contexte social risquent de coûter cher ou, au mieux, d'être inefficaces. Les prestations de soignant instaurées par le gouvernement fédéral sont un excellent exemple d'une politique qui s'est avérée décevante, parce que sa conception reposait sur une compréhension limitée du principal groupe à qui elle était destinée : les femmes.



Ainsi, l'AIGS nous amène à nous interroger sur les principaux intéressés par un problème, ce qui en fait un outil très efficace pour déceler les lacunes en matière de données, de documentation et de participation à la recherche, à l'élaboration de politiques et à la planification. A t on affaire à l'ensemble des femmes et des hommes ou à un seul sexe? Nos données comprennent-elles de l'information sur les personnes ou les groupes transgenres? Concernent-elles les femmes et les hommes de tous âges ou se limitent-elles aux adultes ou aux enfants? Est-ce qu'on dispose de données sur les femmes et les hommes d'origines ethniques variées ou de milieux socioéconomiques différents? Les questions à ces réponses contribueront à définir les paramètres de notre analyse et nos conclusions. Un bon exemple de ceci est l'étude de cas sur le logement présentée au chapitre six. On a étudié les besoins impérieux en matière de logement de groupes de femmes et d'hommes précis au Manitoba : les personnes à faible revenu, qui louent ou possèdent leur logement; les femmes handicapées; les autochtones, les non-autochtones et les immigrantes. Puisqu'elle s'étend à des groupes sociaux bien définis, l'analyse permet de tirer de solides conclusions sur les personnes qui subissent les conséquences des pénuries de logements. Si les auteures avaient utilisé des données agrégées amalgamant des dimensions comme la race, la classe, le genre et d'autres, elles n'auraient rien appris sur les différences entre les sous populations. Par conséquent, leurs conclusions et leurs recommandations n'auraient pas forcément été valides, ni utiles pour corriger les iniquités. Autrement dit, en détaillant les caractéristiques des populations touchées par un problème, on peut éviter les biais contre lesquels Eichler et Burke nous mettent en garde.

Malheureusement, on ne dispose au Canada que de trop peu de données sur les sous-populations. Cette lacune complique la tâche d'analyser les différences et les ressemblances en fonction du sexe et du genre, de la race et de l'origine ethnique, de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre, de l'âge, de la classe et d'autres déterminants de la santé. Il demeure important, malgré tout, d'analyser les écarts entre sous-populations, même en l'absence de données précises, parce que c'est ce qui permet de déclencher la démarche itérative – examiner la question de recherche ou l'ébauche de politique initiale dans l'optique de valider ou d'ajuster le processus. Notre article sur les examens systématiques (chapitre quatre) montre comment même une approche très respectée en matière de synthèse des données sur la santé peut aboutir à des conclusions erronées ou incomplètes si elle néglige de tenir compte d'office des dimensions du sexe et du genre dans les essais cliniques et les travaux scientifiques.



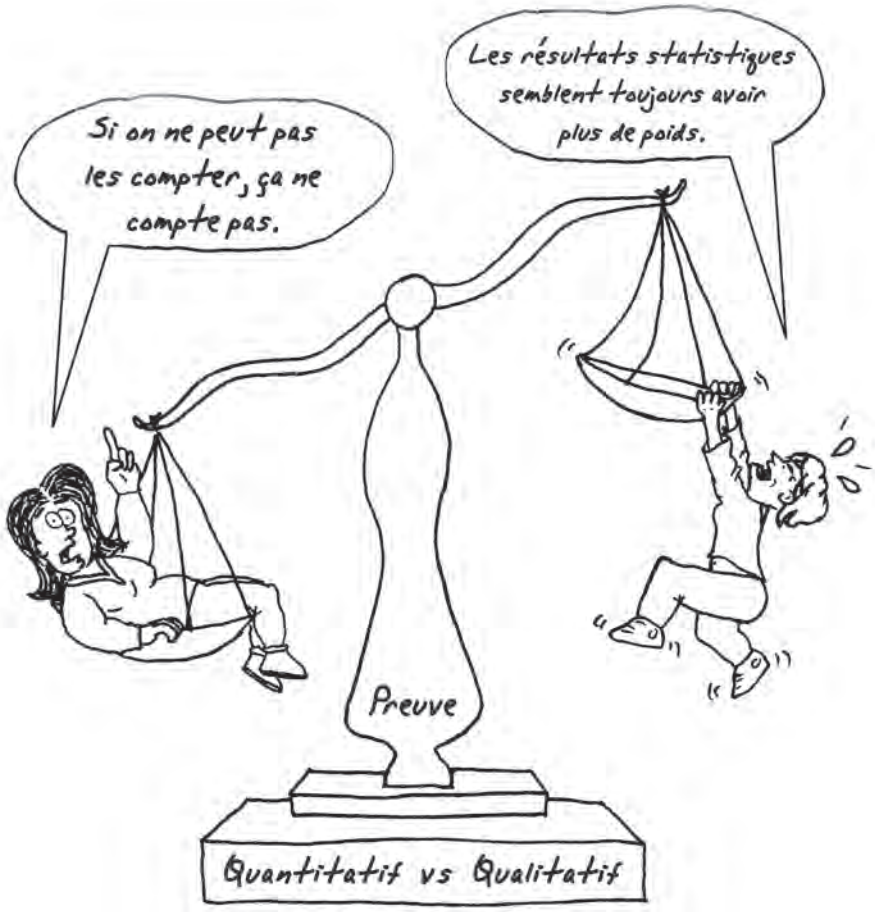
Réunir les données

Pour définir une question ou décrire une population, il faut entre autres analyser les données à notre disposition. Il faut examiner celles-ci soigneusement, évaluer leurs qualités et leurs limites et déterminer si elles se fondent sur les concepts du sexe, du genre, de la diversité et de l'équité ou s'y rapportent.

Toute démarche fondée sur l'AIGS peut et doit faire appel à des types et à des sources d'information variées, depuis les études de cas et les entrevues jusqu'aux enquêtes et aux analyses statistiques, en passant par la couverture médiatique et les consultations locales. Les décisionnaires et le personnel soignant privilégient souvent les données de nature quantitative (les chiffres), celles-ci pouvant contribuer substantiellement à approfondir nos connaissances sur l'incidence de déterminants de la santé comme le sexe et le genre [8]. Nombre d'études de cas présentées en ces pages témoignent bien du pouvoir explicatif des données capables de déceler des variations entre les sexes et au sein de chacun. Au chapitre quatre, notamment, une étude de cas nous enseigne que les hommes du Belize sont beaucoup plus susceptibles que les femmes d'être impliqués dans un accident de la route. Dans une autre, on découvre que l'exposition au méthylmercure présente davantage de risques pour les femmes que pour les hommes. Les données quantitatives permettent en outre de raffiner l'analyse des réalités vécues par différents groupes de femmes et d'hommes. Une étude sur le VIH/sida (chapitre sept) montre qu'au Canada, les communautés des Premières Nations sont le plus à risque de contracter la maladie, alors que l'usage de drogues injectables et les rapports hétérosexuels sont devenus les modes de transmission les plus courants. Les données quantitatives réussissent souvent à bien faire ressortir les différences entre les populations, une condition essentielle pour qui veut éliminer les biais et concevoir des interventions efficaces, des politiques adéquates et des projets de recherche rigoureux.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, il peut être difficile de trouver des données qui auront été recueillies ou publiées en tenant compte du sexe et d'un éventail d'autres facteurs sociaux. Les méthodes de surveillance médicale et d'enquête employées au Canada, par exemple, recueillent systématiquement de l'information selon le sexe, mais on rassemble ou « agrège » parfois ces données au moment de les publier. Par ailleurs, les données administratives (recueillies par les services médicaux et hospitaliers dans chaque province) ne précisent pas d'office la race d'une personne, son origine ethnique, son statut socioéconomique ou d'autres éléments parmi les nombreux déterminants de la santé. De nouveaux outils servant à repérer les données ventilées selon le sexe ont commencé à apparaître ces dernières années, dont *The Source*, un portail de données hébergé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique [9]. Néanmoins, accéder aux données déjà ventilées selon différents facteurs sociaux exige encore parfois des efforts et des ressources considérables. En leur absence, il est parfois nécessaire d'entreprendre de nouvelles recherches.

Signalons toutefois que l'utilité des données quantitatives ne s'étend pas à toutes les problématiques. Le pouvoir explicatif de la statistique est parfois limité par les instruments utilisés pour la collecte. L'étude de cas sur les indicateurs de santé mentale présentée au chapitre six est un exemple parfait des difficultés que présente l'analyse de données existantes. En effet, même si les statistiques permettent de faire ressortir certaines tendances chez l'un et l'autre sexe en matière de problèmes de santé mentale, elles n'en expliquent pas forcément l'origine, ni l'expérience des personnes touchées en fonction des différents groupes auxquels elles appartiennent. Comme le souligne Cara Tannenbaum, auteure de l'étude, la « détresse » constitue un prédicteur important de la maladie mentale, mais « bien peu d'enquêtes mesurent la détresse *en soi* ». On pourrait envisager la possibilité de compenser



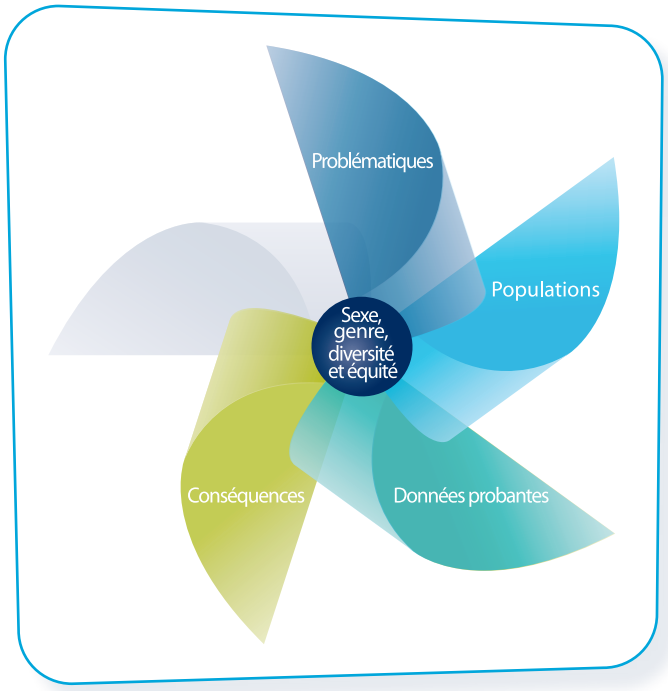
Avec la permission de Femmes et réforme du système de santé

ce genre de limites en abordant les données de façon créative. Dans l'étude en question, par exemple, les chercheuses ont choisi d'autres critères pour évaluer la santé mentale, destinés à servir d'indicateurs « indirects » ou de substituts, comme le signalement volontaire de symptômes ou d'un diagnostic, la consultation d'un médecin ou la prescription de médicaments. Toutefois, même si cette méthode permet de recueillir davantage d'information sur les tendances relatives à la dépression et à l'anxiété, elle ne nous aide pas à saisir la façon dont les femmes et les hommes définissent les problèmes de santé mentale, les comprennent ou décident de les traiter. Elle ne nous éclaire pas non plus sur la prise en charge médicale et la réaction du milieu à l'égard de la maladie mentale chez l'un et l'autre sexe. Tannenbaum conclut en affirmant qu'il faudra raffiner et étoffer les bases de données en place pour faire en sorte de faciliter l'analyse des influences du genre et du sexe.

Tout en admettant que de nouveaux outils d'enquête et protocoles de publication des données aideraient grandement les scientifiques, les responsables de la planification, les décisionnaires et les prestataires de soins à tenir compte des dimensions du sexe, du genre, de la diversité et de l'équité et à les analyser, nous sommes réalistes : cette évolution ne se produira pas rapidement ni facilement. En attendant, nous disposons d'autres types de données pouvant nous permettre d'entreprendre des analyses robustes. À cet égard, les données qualitatives (les dossiers ainsi que les expériences traduites en mots et en images plutôt qu'en chiffres) sont particulièrement utiles pour expliquer l'origine de certaines problématiques de santé et leurs répercussions sur différents groupes sociaux. À titre d'exemple, l'étude de cas sur les catastrophes et la planification des mesures d'urgence proposée au chapitre cinq nous renseigne, grâce à un choix de citations, sur les expériences des femmes dans ce genre de situation. Leurs récits illustrent en quoi elles diffèrent de celles qu'en font les hommes. Dans le même chapitre, on présente une étude sur la prestation des soins préparée à partir d'une série d'entrevues et de groupes de discussions auxquels ont participé différents groupes de femmes. On y montre qu'en dépit des points de ressemblance, les soignantes connaissent des difficultés particulières attribuables à des facteurs comme l'origine ethnique, le statut socioéconomique, l'orientation sexuelle et l'âge. Les femmes âgées, par exemple, ont rapporté manquer d'énergie et de résistance, tandis que les femmes immigrantes ont dit éprouver des difficultés à s'orienter dans le système de santé.

Les données qualitatives proviennent de nombreuses sources différentes : entrevues personnelles, discussions en groupe, observation, documents et couverture médiatique. Elles peuvent aussi prendre plusieurs formes, comme le récit, le témoignage personnel, la correspondance, le blogue, l'image, etc. Au chapitre sept, une étude sur la publicité des médicaments d'ordonnance propose une analyse sur le contenu et le placement des annonces : on y apprend non seulement qu'elles paraissent plus souvent dans des revues féminines que masculines, mais aussi, qu'elles reposent sur des stéréotypes sexuels rattachés à la maladie, la dépression notamment, tout en les renforçant. Les témoignages des patientes, des prestataires de soins et des décisionnaires de la santé constituent de précieuses sources d'information pour les responsables de la planification, de l'élaboration des politiques et de la prestation des soins, quand vient le temps de concevoir des interventions adaptées aux besoins de la population.

Comme c'est le cas pour les données quantitatives, il importe de soupeser les mérites et les limites des données à caractère qualitatif. Le projet de recherche est-il crédible? Dans quelle mesure prend-il appui sur les quatre concepts fondamentaux de l'AIGS? Même si les mots et les images offrent une perspective de rechange sur la santé et la maladie, ils ne brossent pas forcément un portrait complet de la situation, pas plus que les chiffres d'ailleurs. À l'égal des données quantitatives, il faut se demander qui pose les questions et qui y répond. Si on n'interroge que des médecins sans consulter les patients – ou l'inverse –, on n'obtiendra qu'une partie des réponses à nos interrogations. Comme le démontre la réflexion sur la santé mentale proposée au chapitre sept, une analyse qui négligerait de tenir compte des réalités rurales ne pourrait brosser qu'un portrait incomplet des besoins en cette matière au Canada. De plus, même si les données qualitatives fournissent habituellement des détails précieux sur un sujet, il reste difficile de tirer des généralisations des propos tenus et des expériences vécues par quelques personnes seulement et de les étendre à un groupe entier [8]. Le projet évoqué dans l'étude de cas sur la prestation des soins non rémunérés, par exemple, offre un moyen important de tempérer les généralisations fondées sur des données quantitatives, mais rien ne permet de conclure, par contre, que les expériences de quatorze répondantes de la Nouvelle-Écosse reflètent adéquatement celles de l'ensemble des prestataires de soins au Canada.



Idéalement, toute analyse devrait se fonder à la fois sur des données qualitatives et quantitatives. Le caractère itératif de l'AIGS est particulièrement propice à l'intégration de données de types et de sources variées, en ce qu'elle aide à discerner les aspects dont on a tenu compte et ceux qu'on a négligés; le même commentaire s'applique aux populations. À mesure qu'on découvre des lacunes dans nos connaissances, on est porté par le fait même à obtenir des données nouvelles ou d'une autre nature et à réévaluer notre hypothèse initiale; ceci s'applique aussi bien à l'élaboration de politiques qu'à la recherche. L'étude sur l'obésité et la sécurité (chapitre six), de même que celle sur les temps d'attente pour une chirurgie de remplacement de la hanche ou du genou (chapitre cinq), illustrent bien en quoi l'AIGS instaure un va-et-vient entre problématique à l'étude et données à notre disposition.

Analyser les implications

Après avoir défini clairement le problème de fond et les populations concernées, puis réuni les meilleures données disponibles, on dispose de tous les éléments nécessaires pour examiner l'influence effective ou souhaitable du sexe, du genre, de la diversité et de l'équité sur l'état de santé, les politiques et la planification, la prestation des soins et la recherche. Les études de cas et les réflexions présentées plus loin illustrent ce volet de la démarche par leur analyse de différentes problématiques. Deux en particulier, l'une sur le tabagisme et l'autre sur le VIH/sida (voir le chapitre sept), confirment la justesse de notre

approche, c'est-à-dire considérer l'AIGS comme une démarche plutôt qu'une formule. Appliquée à des problématiques et à des populations différentes, elle permet en effet de dégager des implications distinctes sur le plan de la prestation des programmes et des orientations. Voici un exemple. En analysant l'épidémie de tabagisme et les politiques internationales de lutte contre ce problème à la lumière d'une AIGS, d'une part, on est amené à conclure qu'il faudrait repenser les efforts de prévention en fonction des réalités féminines, car les mesures prônées jusqu'à maintenant (de type « taille unique ») n'ont pas répondu adéquatement aux besoins des femmes. Dans le cas du VIH/sida, par contre, la même méthode analytique nous fait prendre conscience qu'il serait nécessaire d'adopter des politiques et des programmes qui tiennent compte à la fois de la diversité au sein de la population féminine et de la présence des femmes dans presque tous les groupes « à risque » ciblés par les gouvernements et les organismes. En considérant le VIH/sida comme un risque pour certains groupes uniquement et en omettant d'examiner le rôle du sexe et du genre, les programmes en place relèguent la prévention et le traitement aux marges de la société. De plus, ils négligent le fait que les risques d'exposition diffèrent selon les populations, féminines ou masculines. Par conséquent, dans ce cas précis, les auteures recommandent l'adoption de programmes universels plutôt que ciblés. Dans les deux cas, les conclusions divergent du courant dominant parce qu'elles renvoient directement au problème de fond et au contexte. Elles reflètent l'évolution distincte de la maladie, les politiques d'intervention, la physiologie de la toxicomanie, l'infection et la maladie, ainsi que la façon dont le genre, la diversité et le pouvoir façonnent le comportement sexuel et la consommation du tabac.

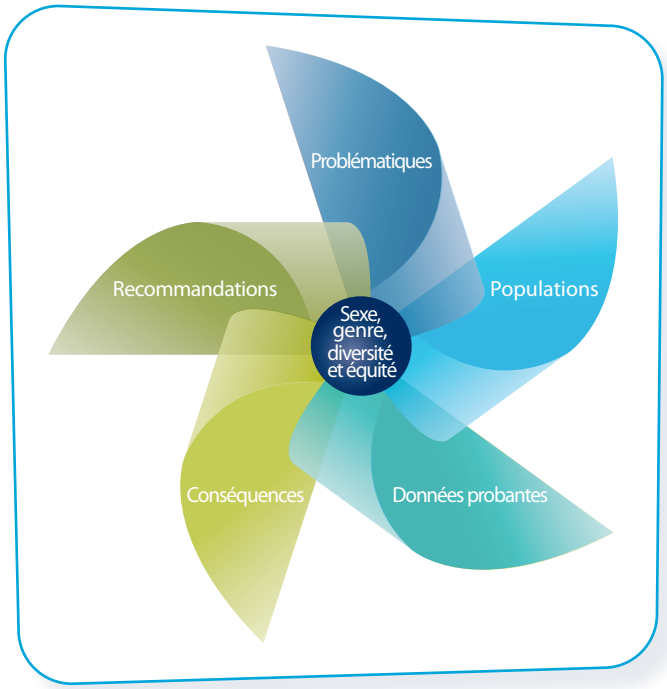
Une approche fondée sur l'AIGS peut nous amener dans des directions insoupçonnées. L'étude de cas sur l'obésité chez les enfants, citée précédemment, a révélé des liens surprenants entre obésité, intimidation et genre. Ce qui a eu pour effet de faire évoluer la réflexion vers la prévention de la violence et la création de lieux et d'espaces sécuritaires, plutôt que de préconiser uniquement des interventions axées sur l'activité physique et l'alimentation.

Comme pour les autres volets de l'AIGS, l'analyse doit être menée avec discernement. Même s'il est possible de réduire ou d'éliminer plusieurs des biais décrits par Eichler et Burke en prenant soin de bien définir la problématique, d'identifier les principaux intéressés et de rassembler des données utiles, on ne peut s'appuyer sur ces mesures seules pour espérer parvenir à des conclusions et à des recommandations équilibrées et équitables. Tout au long de l'analyse, il faut continuer à garder le cap sur les quatre dimensions fondamentales de l'AIGS et rester à l'affût de ce qui aurait pu nous échapper.

Pour donner un exemple, réfléchissons un instant sur le point de vue qu'on pourrait adopter dans le cadre d'une analyse sur le rapport entre race et santé. Plusieurs études de cas révèlent, à partir de données fiables, des taux supérieurs de maladie chez les minorités ethniques, les autochtones et les personnes de couleur au Canada, comparativement à la population globale ou à la majorité de race blanche. Quiconque chercherait à expliquer ces différences en invoquant les forces ou les limites des individus appartenant à l'un de ces groupes serait taxable de biais, plus précisément, de rejeter le blâme sur la victime et de la pathologiser, pour emprunter les termes employés par Eichler et Burke. L'erreur serait de même nature si on supposait qu'au sein des groupes concernés, seuls

certains individus sont capables de renverser la tendance, car cela reviendrait à nier toute liberté d'action. Même avec les meilleures données et les meilleures intentions, il reste toujours possible de tomber dans le piège du stéréotype, de la généralisation à outrance, de la partialité, de l'exagération des différences, de l'omission des ressemblances et d'une pléthore d'autres biais du même ordre.

Selon Eichler et Burke, il est essentiel, pour « réussir à mettre au jour les trois principaux types de biais, de poser systématiquement les bonnes questions et en nombre suffisant [1, p. 66] ». Celles-ci ont préparé une liste qui renferme vingt de ces « bonnes questions », mais on trouve aussi d'autres listes, dont certaines figurent dans les ressources fournies à la fin du présent ouvrage. Comme nous l'avons souligné au début de ce chapitre, ce genre d'énumération peut s'avérer très utile comme outil de vérification, car elle permet d'assurer qu'on a évité tous les biais et réellement tenu compte de tous les aspects. De plus, nous croyons qu'une démarche itérative est essentielle pour contourner les biais, car elle nous amène à scruter nos a priori (concernant les problématiques, les populations et les données) et à corriger le tir.



Structurer les recommandations

Après avoir dégagé un certain nombre d'interprétations et de conclusions, l'étape suivante consiste à formuler des recommandations. La tâche peut paraître simple en raison des nouvelles données qu'on a en main. Or, il faut aussi se rappeler que la recherche, l'élaboration de programmes et de politiques et la prestation des services s'inscrivent dans un contexte social, politique, historique ou géographique précis. Il importe donc, au moment d'élaborer des propositions à partir d'une AIGS, de connaître les obstacles et les risques, ainsi que les forces et les occasions propres au contexte. Il faut aussi tenir compte de l'auditoire particulier à qui les recommandations s'adresseront, notamment les décisionnaires et les responsables de la planification et de la prestation des soins; leur capacité à les assimiler et à y répondre sera déterminée par le contexte dans lequel ces personnes évoluent. Les décisionnaires, par exemple, sont fréquemment soumis à des échéanciers relativement serrés (souvent subordonnés aux cycles électoraux) et à des contraintes budgétaires, ainsi qu'aux orientations stratégiques du gouvernement en place. Par conséquent, des recommandations multiples, à long terme et coûteuses ne leur apparaîtront pas comme une solution réaliste ou attrayante. Pour leur part, les prestataires de soins pourraient se montrer réticents envers des propositions nouvelles qui s'écartent des pratiques établies; si c'est le cas, ces personnes risquent de ne pas accueillir favorablement les innovations en matière de traitement ou de modèles de soins.

Attardons-nous un instant sur l'étude de cas sur l'obésité chez les enfants et son contexte. Ce travail avait démarré sous forme de projet dans le cadre de l'Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé qui se tient annuellement dans la région de l'Atlantique. L'Institut vise à renforcer la capacité des collectivités et à en favoriser le développement en examinant les liens entre les déterminants

sociaux de la santé et les causes profondes du crime et de la victimisation. Les responsables du projet cherchaient une problématique qui leur permettrait de démontrer concrètement les recoupements entre santé et sécurité; leur choix a porté sur l'obésité chez les enfants. L'étude de cas a été présentée aux participantes et participants, issus pour la plupart d'un éventail de ministères et d'organismes communautaires, qui l'ont accueillie très favorablement. Dans un premier temps, elle les a obligés à repenser la façon dont on compartimente les problématiques, dans ce cas-ci la santé et la sécurité. Dans un deuxième temps, elle les a amenés à saisir qu'une intervention qui ne tiendrait pas compte de ces deux dimensions pourrait involontairement causer du tort.

Lorsque, quelques mois plus tard, nous avons présenté ces mêmes conclusions à un groupe plus homogène de prestataires de soins et de responsables en matière de politiques de promotion de la santé, leur réaction fut assez différente. Ceux-ci ont admis les liens établis par notre analyse entre santé, sécurité et obésité; ils ont estimé toutefois que leur contexte professionnel ne leur permettait pas d'agir sur le facteur sécurité ou d'autres déterminants de la santé, les politiques et programmes préconisant d'abord et avant tout la promotion d'une vie active et d'une saine alimentation. Si bien que les recommandations découlant de notre étude, sur la nécessité de tenir compte de la sécurité dans les interventions, n'ont pas été bien accueillies.

Dans un cas analogue, l'étude citée plus haut sur les accidents de la route au Belize illustre la nécessité pour les scientifiques et leurs auditoires d'échanger leurs connaissances au moment de formuler des recommandations. Préparée à l'origine pour le compte de l'Organisation panaméricaine de la santé, celle-ci fut présentée dans le cadre d'un atelier réunissant le monde de la biostatistique ainsi que des épidémiologistes et des décisionnaires du Belize et des pays des Caraïbes voisins. Les auteures et auteurs s'attendaient à débattre des risques au travail chez les hommes et de la possibilité d'améliorer, pour réduire les accidents de la route et les décès au sein de ce groupe, la promotion de la santé et de la sécurité. Or, le personnel responsable des politiques et programmes présent à l'atelier a estimé que des problèmes plus pressants figuraient à l'ordre du jour, dont la nécessité d'améliorer la condition des routes, de renforcer l'application du code de la route et de resserrer les exigences en matière de conduite automobile.

Notre but n'est pas de laisser entendre que c'est le contexte qui doit déterminer la démarche d'AIGS. Peu importe l'issue de celle-ci, il importe de ne pas perdre de vue les concepts fondamentaux du sexe, du genre, de la diversité et de l'équité si notre ambition est d'aboutir à de meilleurs politiques et interventions et d'améliorer l'état de santé de tous et de toutes. Nous désirons plutôt insister sur la nécessité de choisir un auditoire en fonction des recommandations et de connaître les besoins de ce dernier en matière d'information, de sorte que ses membres puissent être des agents du changement. Une connaissance du contexte est essentielle, car elle permet d'établir un échéancier pour le déroulement de l'analyse, de cerner des paramètres pour l'enquête, d'identifier des auditoires réceptifs à nos recommandations et de déterminer le meilleur moyen de présenter les solutions aptes à réduire les iniquités.

Conclusion

Tout au long du présent chapitre et du précédent, nous avons présenté les idées et les approches qui sous-tendent l'analyse des influences du genre et du sexe dans les sphères de la recherche, de l'élaboration des politiques et de la planification en matière de santé. Nous avons passé en revue les concepts fondamentaux et les principes à observer pour les intégrer à la démarche. Même s'il est nécessaire, pour mener à bien une analyse rigoureuse, d'acquérir une connaissance approfondie des notions et des méthodes en jeu, les exemples concrets offrent de précieux exemples du passage de la théorie à la pratique. C'est pourquoi nous avons rassemblé, dans les chapitres qui suivent, près d'une vingtaine d'études de cas et de réflexions qui illustrent bien toute la richesse et la diversité du processus. Ces exemples proviennent, en grande partie, des organisations membres du Programme de contribution pour la santé des femmes, financé par le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes, de Santé Canada. Ils représentent le fruit d'une dizaine d'années d'expérience dans le domaine de la recherche et de l'échange de connaissances sur la santé des femmes.

Les études de cas sont réparties en quatre chapitres présentés de façon à intéresser un lectorat diversifié sur le plan des connaissances et des expériences en matière d'AIGS, actif dans différents secteurs et organismes. Dans le chapitre quatre (« Le sexe en question »), nous soulignons la nécessité de relever les ressemblances et les différences entre les sexes et entre les individus du même sexe en s'appuyant à la fois sur des données quantitatives et qualitatives. Au chapitre cinq (« De l'importance du genre »), nous examinons l'incidence des rôles et des stéréotypes associés au genre sur la santé et la maladie, ainsi que des différences entre les sexes. Le chapitre six (« Les déterminants de la santé ») fait ressortir les points d'intersection entre le sexe, le genre et d'autres facteurs comme la race et l'âge; nous allons au-delà des définitions médicales de la santé pour réfléchir aux implications découlant de multiples contextes, de nature physique, économique, historique, sociale, etc. Enfin, au chapitre sept (« Agir sur les politiques publiques »), nous traitons de la relation entre santé et politiques publiques, en insistant sur le rôle important de l'AIGS dans l'élaboration et l'adoption de programmes d'action inclusifs, équitables et efficaces.

Références bibliographique

1. Eichler M, Burke MA. The BIAS FREE framework: a new analytical tool for global health research. Can J Public Health. 2006;97(1):63-8.

2. Rosser SV. Women's health – missing from U.S. medicine. Bloomington: Indiana University Press; 1994.

3. Sherwin, S. The politics of women's health: exploring agency and autonomy. Philadelphia: Temple University Press; 1998.

4. hooks b. Contemplation and transformation. Dans : Dresser M, éditeur. Buddhist women on the edge: contemporary perspectives from the Western frontier. Berkeley: North Atlantic Books, 1996; p.287-92.

5. Centre for Research on Youth at Risk. Myths about youth crime in Canada: factsheet. Non daté. [cité le 15 août 2009]. http://www.stthomasu.ca/research/youth/myths.htm

6. John Howard Society of Alberta. Youth crime in Canada: public perception versus statistical information. Edmonton: John Howard Society of Alberta; 1998.

7. Taylor-Butts A, Bressan A. Youth crime in Canada – 2006. Juristat. 2008;28(3). Ottawa : Statistique Canada. Catalogue numéro 85-002-XIE.

8. Les femmes et la réforme de la santé. Les faits, rien que les faits, m'dame. Lire et interpréter les données probantes sur la santé et les soins de santé : Guide à l'intention des femmes. Winnipeg : Réseau canadien pour la santé des femmes; 2005.

9. La Source – Répertoire de données sur la santé des femmes. [en ligne] c.2007 [cité le 18 sept 2009]. http://womenshealthdata.ca/french-splash.aspx

Chapitre quatre :

Une démarche qui tient compte du sexe

Dans le premier groupe d'études de cas, nous voyons qu'on peut commencer le processus d'analyse des influences du genre et du sexe en utilisant une information séparée selon les catégories homme et femme – c'est-à-dire des données « ventilées selon le sexe ». Les données de surveillance médicale et les données de gestion de la santé sont habituellement recueillies par sexe – ainsi que d'autres déterminants de la santé – et sont conservées dans des bases de données provinciales ou nationales. Toutefois, l'accès à ces données dans les rapports ou les sites Web publics peut s'avérer difficile et onéreux et exiger de la persévérance. L'étude de cas sur les examens systématiques révèle combien la recherche en santé ne considère pas le sexe comme une variable importante. S'assurer que les données sont non seulement *consignées*, mais qu'elles sont aussi *présentées* selon le sexe améliorera donc la possibilité d'entreprendre l'AIGS dans tous les secteurs et les disciplines.

Une fois que les données sont ventilées selon le sexe, il est possible de poser des questions sur la façon dont le problème ou l'état touche les hommes et les femmes. Par exemple, dans l'étude de cas sur les accidents de transport, on utilise les données ventilées selon le sexe pour découvrir les différences dans les risques pour les femmes et les hommes, puis, comme les accidents de transport sont beaucoup plus élevés chez les hommes que chez les femmes, on examine ensuite les risques spécifiques aux hommes. De même, l'étude de cas sur le diabète indique que les taux de diabète sont comparables chez les femmes et les hommes, mais que les résultats relativement à la santé sont pires pour les hommes que pour les femmes souffrant de cette maladie.

Deux études de cas – l'une sur le diabète et l'autre sur l'exposition au méthylmercure – mettent en évidence l'importance des soins reçus par les femmes et les hommes qui sont examinés dans une analyse donnée. Ces études de cas démontrent la plus grande vulnérabilité des femmes et des hommes autochtones, tant à la maladie qu'à l'exposition aux contaminants de l'environnement.

L'analyse des influences du genre et du sexe dans l'avenir n'a pas à se limiter aux comparaisons entre les femmes et les hommes. Parce que le sexe et le genre font partie de la vie de tous, l'AIGS nous pousse à poser des questions sur la façon dont fonctionnent les rôles, les identités et les rapports de genre lorsqu'une étude se penche sur seulement un des sexes. L'étude de cas sur le méthylmercure et le commentaire sur l'utilisation de la statine se concentrent tous les deux sur les femmes, mais ce faisant, ils mettent à jour des préjugés importants dans nos approches en matière de politique de réglementation et d'éducation sanitaire.

Enfin, ce chapitre fait la lumière sur les façons dont l'AIGS contribue à une évaluation plus rigoureuse des données probantes utilisées pour prendre des décisions concernant le traitement, la prévention et la politique. Lorsque la recherche ne tient pas compte du sexe comme variable ou ne présente pas de données selon le sexe, nous ne pouvons pas être sûrs que les interventions et les traitements seront appropriés pour les femmes et les hommes, les garçons et les filles.

Pour cerner les incidences du diabète : l'utilisation de données désagrégées selon le sexe dès la première étape d'une analyse

par Lissa Donner et Margaret Haworth-Brockman

Introduction

Cette étude de cas sur le diabète figurait à l'origine dans un guide portant sur le genre et la planification sanitaire, publié par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies, dans le but d'illustrer l'interaction entre le sexe biologique, l'âge et l'appartenance à une sous-population particulière [1]. Les responsables de la planification sanitaire du Manitoba et des autres provinces ont apprécié cette approche analytique puisqu'elle offrait des consignes simples sur les étapes à suivre pour appliquer l'analyse des influences du genre et du sexe à partir de données à la fois familières et facilement accessibles. Bien que les chiffres reproduits dans ce document soient précis, ils ne représentent en aucune manière un portrait complet de la situation sanitaire au Manitoba en ce qui a trait au diabète [a]. Les chiffres et les statistiques servent plutôt à guider le lectorat dans le processus d'une analyse des influences du genre et du sexe en utilisant des données désagrégées. Cette étude de cas démontre comment notre compréhension des populations « à risque » peut varier selon la méthode d'étude des données.

L'étude du diabète selon le sexe biologique

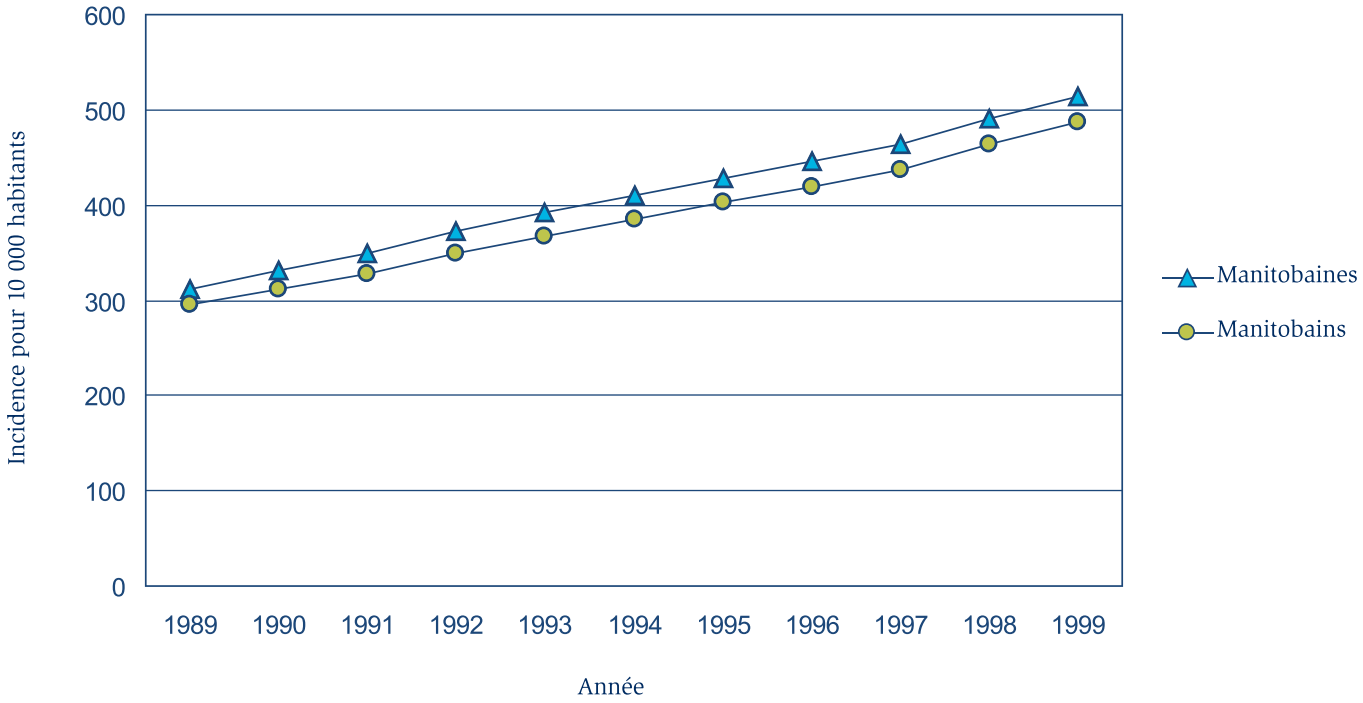
Le diabète est un problème de santé majeur au Manitoba. Selon Santé Manitoba, en 1999, 57 391 Manitobains souffraient du diabète, ce qui représente 5,01 pour cent de toute la population ou 7,4 pour cent des adultes âgés de 25 ans et plus. Parmi les personnes ayant reçu un diagnostic de diabète, 29 850 étaient des femmes et 27 541 étaient des hommes [2]. Par ailleurs, à l'échelle du Canada, 4,4 pour cent des hommes et 3,9 pour cent des femmes souffraient du diabète [3]. La situation est tout autre au Manitoba, où plus de femmes que d'hommes sont atteintes de diabète. En 1999, la prévalence (nombre total de cas) de diabète chez les Manitobaines (enfants et adultes) était de 515 pour 10 000 habitants (5,2 pour cent) alors qu'elle était de 487 pour 10 000 habitants (4,9 pour cent) chez les Manitobains. Indépendamment du sexe, le nombre de cas de diabète continue à grimper dans cette province. Chaque année, cette maladie frappe de plus en plus de femmes et d'hommes (figure 1).

Non seulement le taux de prévalence de cette maladie augmente-t-elle de façon constante, le taux d'incidence (le nombre de nouveaux cas ayant fait l'objet d'un diagnostic, dans une année précise) grimpe également, tant chez les Manitobaines que chez les Manitobains. Pour toutes les années qui ont précédé 1994, les femmes étaient plus nombreuses à recevoir un diagnostic de diabète. Toutefois,

a Pour une analyse des influences du genre et du sexe plus récente et complète portant sur le diabète au Manitoba, consultez Donner L, Isfeld H, Haworth-Brockman M, Forsey C. le document A Profile of Women's Health in Manitoba. Winnipeg: Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies; 2008[4]

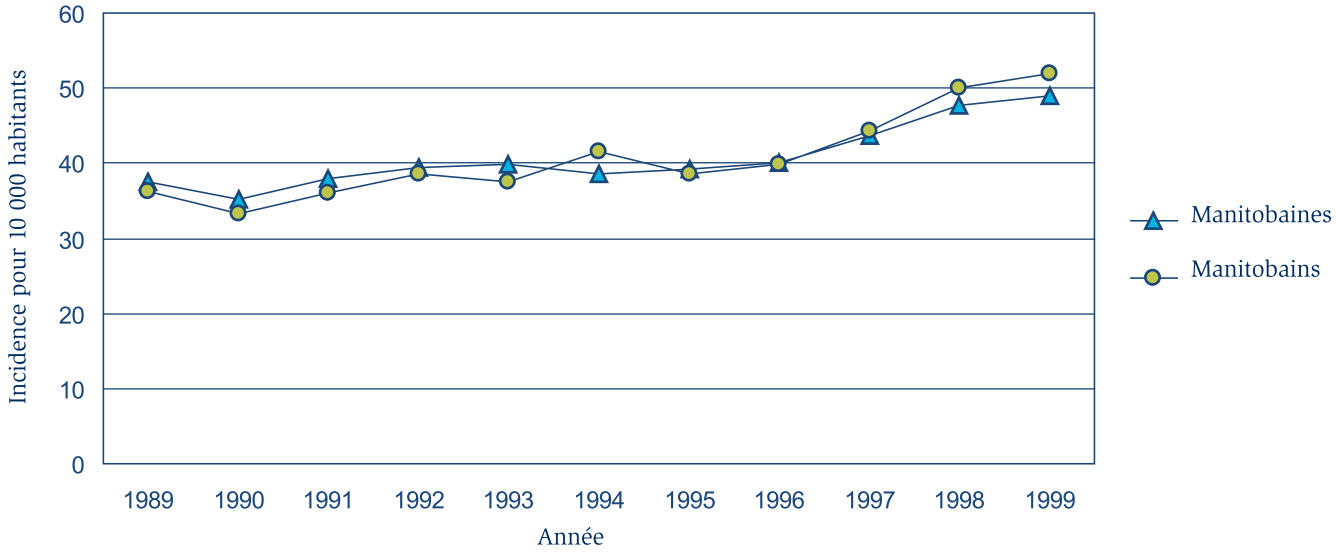
à partir de 1996, le taux était toujours à la hausse chez les deux sexes, mais de nouveaux cas étaient annuellement signalés chez les hommes. Par exemple, la figure 2 démontre que l'incidence annuelle de diabète chez les Manitobains en 1990 était de 33,2 pour 10 000 habitants. En 1999, le chiffre avait augmenté à 51,9 pour 10 000 habitants, soit une augmentation de 56 pour cent. Chez les femmes, l'incidence annuelle de diabète a grimpé de 35,2 pour 10 000 habitants en 1990 à 49 pour 10 000 habitants en 1999, soit une hausse de 39 pour cent (figure 2). Puisque le nombre de nouveaux cas chez les hommes augmentait plus rapidement que les taux recensés chez les femmes, nous prévoyons qu'au cours du temps, la prévalence de diabète chez les hommes augmentera aussi.

Figure 1. Prévalence du diabète selon l'année et le sexe, Manitoba, 1989 à 1999



Source : Diabetes and Chronic Disease Unit, Santé Manitoba. 2002.

Figure 2. Incidence de diabète selon l'âge et le sexe, Manitoba 1999



Source : Diabetes and Chronic Disease Unit, Santé Manitoba. 2002.

Les données publiées par Santé Manitoba, en collaboration avec la Fédération métis du Manitoba, démontrent qu'en 1997, la prévalence du diabète normalisée selon l'âge chez les Métis âgés de 15 ans et plus est de 9,8 pour cent cahez les hommes et 11,3 pour cent chez les femmes. Ces chiffres étaient considérablement plus élevés, comparativement à la prévalence relevée auprès de toute la population manitobaine (6,1 pour cent chez les hommes, 5,7 pour cent chez les femmes) [5].

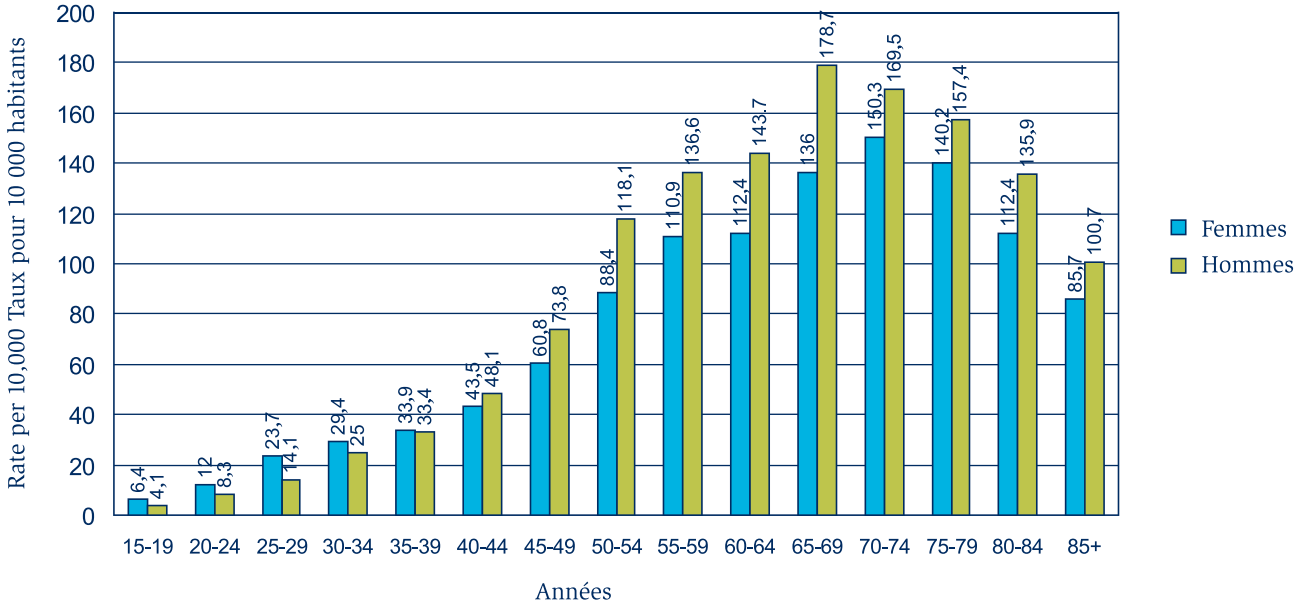
Une étude des taux d'incidence et de prévalence selon le sexe nous donne beaucoup d'information sur l'état de santé des Manitobains et des Manitobaines relativement au diabète. Par ailleurs, si nous omettons d'intégrer d'autres facteurs dans le cadre de cette analyse, des données importantes risquent de nous échapper.

Le sexe biologique et l'âge

Si nous étudions les mêmes données tout en tenant compte du sexe biologique et de l'âge des personnes atteintes, nous constatons qu'au Manitoba, les femmes âgées de 15 à 39 ans sont plus nombreuses à recevoir un diagnostic de diabète, comparativement aux hommes des mêmes tranches d'âges (figure 3) [b]. Par ailleurs, la situation change du tout au tout à partir de 40 ans, période de vie à laquelle les hommes sont plus nombreux à recevoir un tel diagnostic. Ces données nous indiquent que les programmes de prévention, de détection et de traitement du diabète seront plus efficaces s'ils intègrent une approche tenant compte du sexe et de l'âge.

b Notez que les données incluent le diabète gestationnel en plus des autres types de diabète. Les femmes qui développent un diabète gestationnel pendant une grossesse risquent davantage de développer un diabète patent à une étape ultérieure de leur vie. Il s'agit d'une information importante puisqu'un déclenchement précoce de diabète chez une personne signifie que celle-ci risquera davantage de développer des complications à un âge plus avancé.

Figure 3. Incidence de diabète selon l'âge et le sexe, Manitoba 1999



Source : Diabetes and Chronic Disease Unit, Santé Manitoba. 2002.

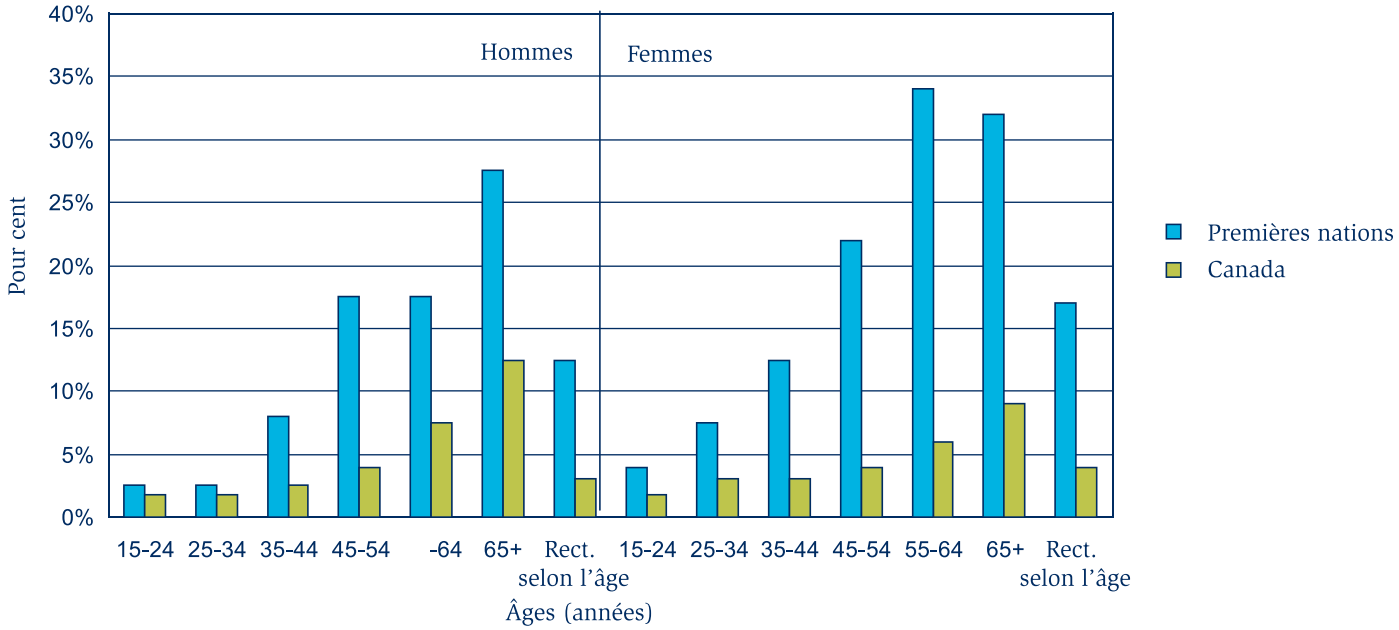
Le sexe biologique, l'âge et les Premières nations : prévalence et incidence

Si, en plus d'intégrer l'âge et le sexe biologique, nous nous penchons sur une sous-catégorie de la population, nous obtenons un portrait plus précis des personnes qui sont davantage à risque de développer un diabète au Manitoba. En général, les femmes et les hommes autochtones [c] sont plus frappés par des problèmes de santé, comparativement aux autres Canadiennes et Canadiens, et les taux de troubles cardiaques, d'hypertension, d'arthrite rhumatoïde et de diabète sont supérieurs chez cette population [3].

En comparaison aux autres Canadiennes et Canadiens, le taux de diabète est généralement plus élevé chez les populations des Premières nations vivant sur les réserves, notamment chez les femmes vivant dans ces milieux (figure 4). En fait, pour chaque tranche d'âges, nous constatons que cette maladie touche davantage les femmes des Premières nations, comparativement aux hommes des Premières nations et aux autres Canadiennes et Canadiens.

c Le terme « autochtone » englobe les Premières nations (Indiens), les Métis et les Inuits du Canada. Les ensembles de données varient selon l'inclusion des diverses composantes de la nation autochtone.

Figure 4. Prévalence selon l'âge et prévalence rectifiée selon l'âge pour les cas de diabète autodéclarés chez les Premières nations vivant sur les réserves et chez la population canadienne



Source : Rapport national sur l'Enquête sur la santé des Premières nations et des Inuits. 1999.
(Repris de Santé Canada, Le diabète dans les populations autochtones (Premières nations, Inuits, Métis) du Canada : Les Faits, 2000)

De récentes recherches sur le diabète chez les Manitobains des Premières nations vivant sur les réserves ont révélé que la prévalence de cette maladie était associée de façon significative au revenu et au lieu de résidence. Les taux de diabètes recensés chez les Premières nations habitant les régions nordiques étaient inférieurs aux taux recensés dans les collectivités autochtones résidant dans le sud de la province. De plus, les régions plus nanties administrées par un conseil de bande affichaient un taux de prévalence proportionnellement inférieur. Il est intéressant de noter que l'accès à des spécialistes n'exerçait aucune influence sur le taux de prévalence de diabète [4, p.5-36].

Dans un même ordre d'idées, lorsque nous étudions les occurrences de diabète à l'échelle provinciale, nous constatons que les Manitobaines et Manitobains des Premières nations sont beaucoup plus à risque de développer cette maladie que les autres Manitobaines et Manitobains [d]. Par exemple, en 1999, l'incidence de nouveaux cas de diabète chez les Manitobaines et Manitobains des Premières nations était de 74 pour 10 000 habitants, comparativement à 40 pour 10 000 habitants chez les autres Manitobaines et Manitobains. Chez les Manitobaines et Manitobains des Premières nations âgés de 50 et plus, 36 à 44 pour cent avaient déjà reçu un diagnostic de diabète, et ce, pour chaque tranche d'âges [2].

Par conséquent, les programmes conçus pour prévenir, détecter ou traiter le diabète seront plus efficaces s'ils intègrent l'âge et le sexe biologique, et ils le seront davantage s'ils tiennent compte des besoins particuliers des Premières nations et des autres Autochtones, femmes et hommes.

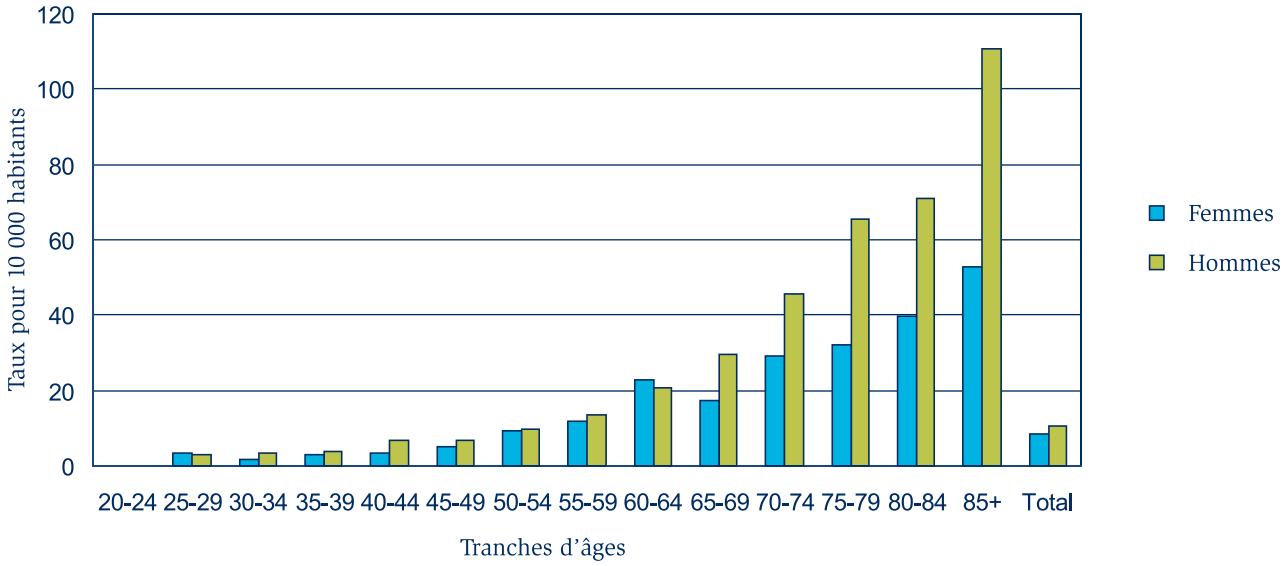
d Les données sur le diabète chez les Manitobaines et Manitobains des Premières nations sont plus nombreuses que pour tout autre peuple autochtone. Les Manitobaines et Manitobains des Premières nations sur lesquels porte cet ensemble de données sont celles et ceux reconnus par Santé Manitoba comme ayant le statut d'Indien.

Les complications du diabète

Les gens atteints de diabète sont plus à risque de subir des complications à long terme découlant de cette maladie, notamment une maladie cardiaque, un accident vasculaire cérébral, une perte permanente de vision, une amputation d'un membre inférieur et une défaillance rénale (reins). La figure 5 démontre que tant les femmes que les hommes risquent de développer une défaillance rénale, l'une des complications les plus graves entraînées par le diabète. Bien que les risques augmentent chez les deux sexes au fil des ans, les risques chez les hommes augmentent de façon marquée après 65 ans. Selon une même tendance, la figure 6 révèle des taux d'amputation de membres inférieurs plus élevés chez les hommes.

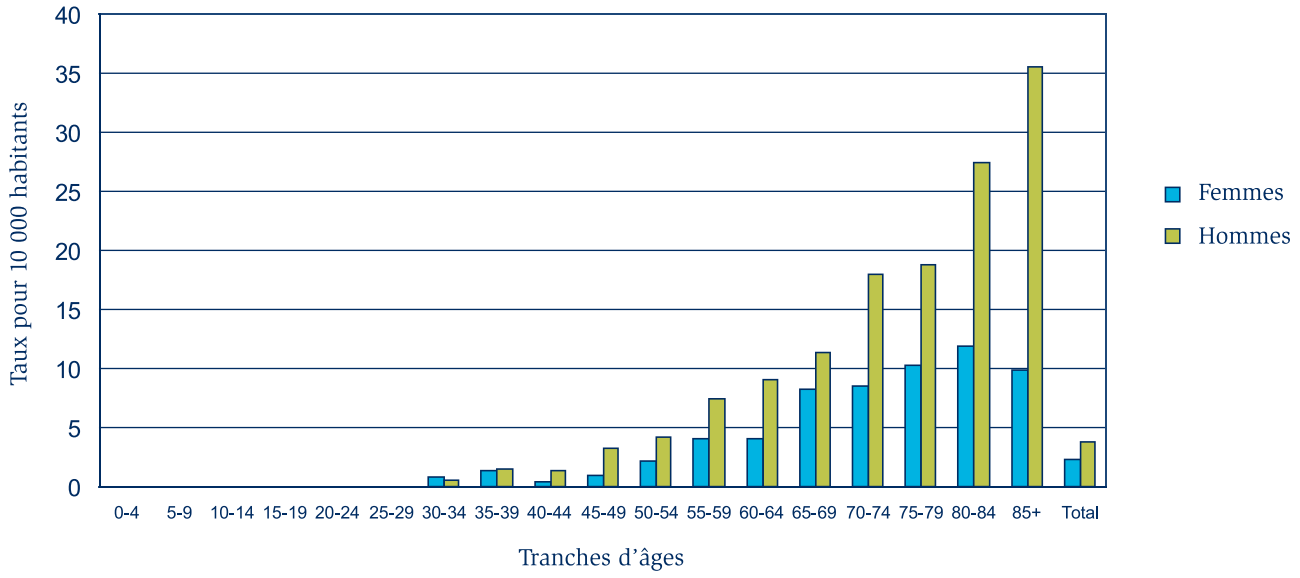
Puisque les hommes sont plus à risque de développer des complications liées au diabète, une approche tenant compte du genre doit être adoptée pour prévenir les complications.

Figure 5. Taux de déficience rénale - Manitoba 1999



Source : Diabetes and Chronic Disease Unit, Santé Manitoba. 2002.

Figure 6. Amputations de membres inférieurs – Manitoba, 1999



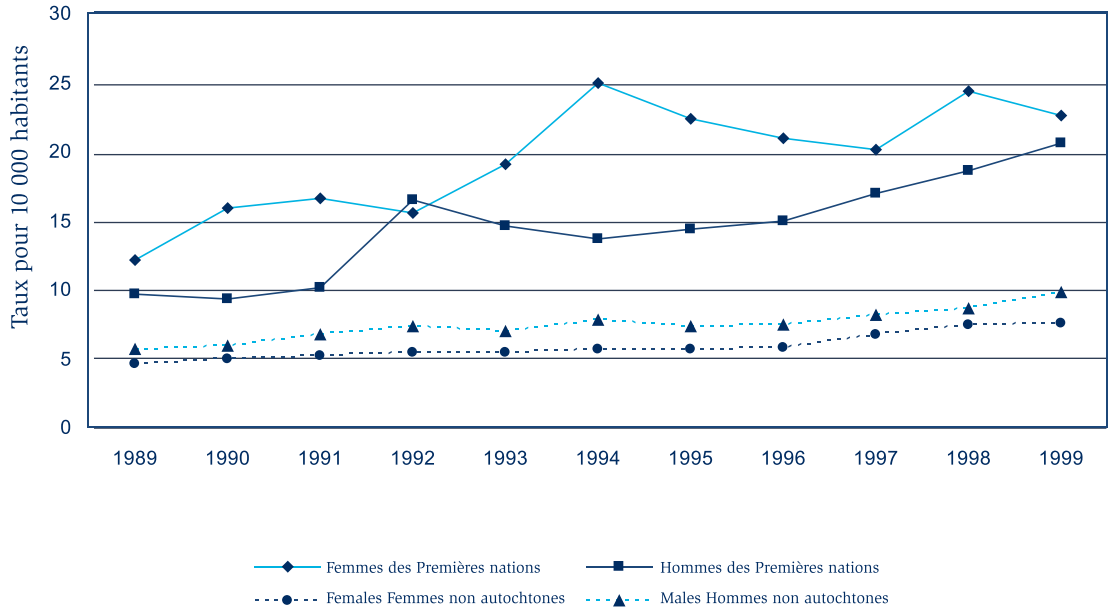
Source : Diabetes and Chronic Disease Unit, Santé Manitoba. 2002.

Les personnes autochtones atteintes de diabète affichent des taux de complications liés à cette maladie très élevés. Par exemple, en 1998, chez les Premières nations du Manitoba, les personnes atteintes de diabète comptaient pour :

- 91 pour cent des amputations de membres
- 60 pour cent des hospitalisations dues aux maladies cardiaques
- 50 pour cent des hospitalisations dues à un accident vasculaire cérébral
- 30 pour cent des hospitalisations[6]

Il importe de se pencher non seulement sur les taux de complications chez les femmes et les hommes, mais aussi sur d'autres facteurs comme la filiation. Une étude des différences entre les femmes et les hommes des Premières nations et des personnes non autochtones nous indique que les Manitobaines et Manitobains des Premières nations sont beaucoup plus à risque de développer des complications liées à cette maladie. Par ailleurs, les différences entre les sexes sont aussi significatives. La figure 7 démontre que les femmes des Premières nations risquent davantage de développer une insuffisance rénale que les hommes des Premières nations ou les Manitobaines et Manitobains non autochtones. Toutefois, si nous considérons uniquement les données portant sur l'âge et le sexe biologique, cette information importante nous échappe.

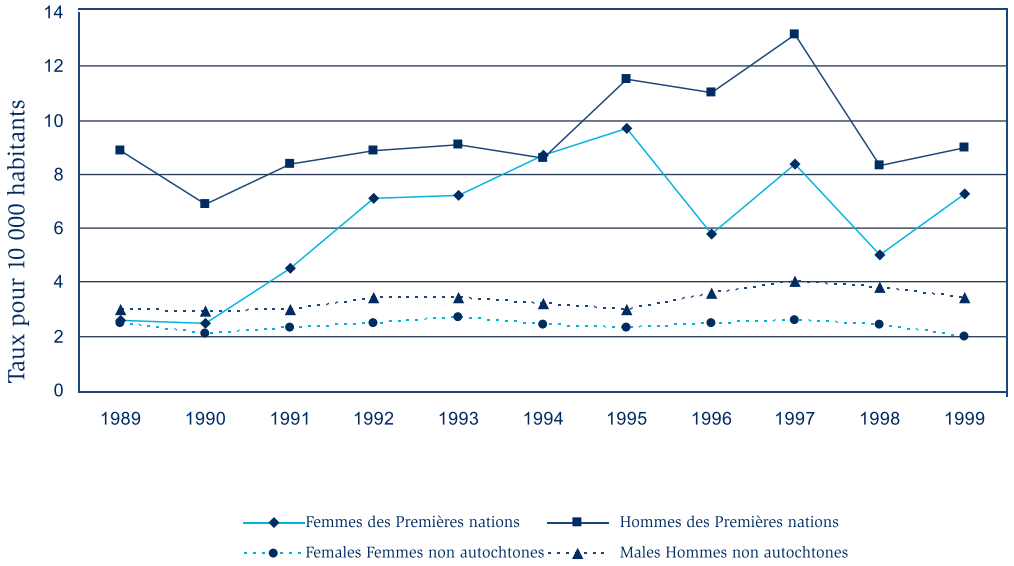
Figure 7. Déficience rénale au Manitoba - 1989 à 1999



Source : Diabetes and Chronic Disease Unit, Santé Manitoba. 2002.

Selon les données, les Manitobaines et Manitobains des Premières nations sont aussi plus à risque de subir une amputation d'un membre inférieur. Par ailleurs, pour ce qui est des amputations, ce sont les hommes des Premières nations qui sont le plus à risque, et non les femmes (figure 8).

Figure 8. Amputation d'un membre inférieur au Manitoba



Source : Diabetes and Chronic Disease Unit, Santé Manitoba. 2002.

Les planificateurs sanitaires régionaux peuvent jouer un rôle de premier plan dans la conception de programmes de lutte au diabète qui intègrent des connaissances approfondies issues de l'analyse des influences du genre et du sexe. Voici quelques points que les responsables de la planification sanitaire doivent intégrer à leurs programmes de lutte au diabète, dans leur région respective.

La prévention primaire du diabète de type II cible les facteurs de risques modifiables.

Ces facteurs modifiables sont : l'obésité, l'inactivité physique et une insuffisance de revenue [e] [9].

- Que savons-nous de l'obésité et de l'inactivité physique dans notre région?
- Quels facteurs contribuent à l'inactivité physique et à l'obésité chez les femmes et les hommes? En quoi diffèrent-ils?
- Comment pouvons-nous promouvoir l'activité physique et la notion de poids santé chez les femmes de façon à promouvoir et véhiculer des images d'un corps sains chez les femmes de tout âge et de toute grosseur?
- Comment pouvons-nous concevoir des programmes qui véhiculent la notion de poids santé et d'activité physique qui sont accessibles aux femmes et aux hommes autochtones et appropriés à leur réalité? Quelles organisations autochtones et quels ministères fédéral et provincial devons-nous consulter?
- Au Canada et au Manitoba, la pauvreté frappe davantage les femmes. Les femmes autochtones et les femmes âgées font partie des populations particulièrement à risque. Que savons-nous des revenus des femmes et des hommes dans notre région?

La prévention secondaire du diabète s'appuie sur le dépistage précoce au moyen de tests.

- Comment pouvons-nous inciter les femmes et les hommes à se soumettre à un test de dépistage du diabète si nécessaire? Devons-nous établir des stratégies distinctes pour les atteindre? Quelles seraient-elles?
- Quels types de stratégies faut-il mettre en place pour atteindre les femmes et les hommes autochtones dans notre région? Quelles sont les organisations et les ressources autochtones qui pourraient nous aider?

La prévention tertiaire du diabète s'appuie sur la prévention et la temporisation des complications causées par le diabète.

Un contrôle serré de la glycémie (maintenir les niveaux de glycémie sanguine aux paramètres ciblés) réduit le taux de complications causées par le diabète. Pour effectuer un tel contrôle, les personnes atteintes de diabète doivent posséder l'information qui les habilitera à gérer leur condition.

- Faut-il dispenser une éducation sur le diabète différente selon qu'elle s'adresse aux femmes ou aux hommes, pour enseigner les personnes touchées à contrôler leur taux de glycémie de façon efficace? Si oui, quelles seraient les approches utilisées? Comment pouvons-nous répondre à ces questions?
- Quels changements devons-nous apporter à nos programmes d'éducation sur le diabète pour qu'ils servent les femmes et les hommes autochtones de façon maximale? Quelles organisations et ressources autochtones pouvons-nous consulter et avec lesquelles pouvons-nous travailler?

La prévention constitue une démarche essentielle en ce qui a trait au diabète. Elle peut réduire le nombre de nouveaux cas, alléger le fardeau des complications chez les personnes qui en sont atteintes et diminuer les pressions sur le réseau de santé. L'identification des populations qui sont les plus à risque permet d'améliorer la planification sanitaire. La prise en compte du sexe biologique, de l'âge et des besoins des sous-populations, notamment des Premières nations, permettra aux responsables de la planification sanitaire de concevoir des programmes de prévention plus efficaces.

L'intégration du sexe et du genre dans la planification des mesures de prévention, du dépistage et du traitement du diabète

Antérieurement, la planification pour traiter, dépister et prévenir le diabète était faite sans tenir compte du sexe biologique et du sexe social. Dans nombre de documents, le sexe social ne figurait pas comme déterminant de la santé et les femmes et les hommes n'étaient pas considérés comme des populations nécessitant une attention distincte. Les tendances indiquent que de nouvelles approches sont graduellement adoptées. Par exemple, dans le document *Le diabète au Canada* publié en 1999 par Santé Canada [7], les femmes autochtones sont reconnues comme un groupe nécessitant une attention particulière, puisque le taux de prévalence de diabète et les risques de complications pendant la grossesse sont plus élevés chez cette population. Leurs enfants risquent aussi de développer la maladie à une période ultérieure. De plus, en 2001, Santé Manitoba et la Direction générale de la condition féminine du Manitoba ont publié conjointement le document *La Stratégie du Manitoba en matière de santé féminine* [8]. Celle-ci reconnaît l'importance du sexe sociale en tant que déterminant de la santé de la population.

Références bibliographique

1. Donner L. Including Gender in Health Planning: A Guide for Regional Health Authorities. Winnipeg Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies; 2005.

2. Santé Manitoba. Regional Diabetes Profile: A Statistical Summary. Winnipeg : Santé Manitoba; 2002.

3. Statistique Canada. Problèmes de santé : Problèmes de santé chroniques (en ligne). c2002 [cité le 30 janv. 2009]. www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/00502/status-etat/4061096-fra.htm

4. Donner L, Isfeld H, Haworth-Brockman M, C. Forsey. A Profile of Women's Health in Manitoba. Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies; 2008.

5. Kliewer E, Mayer T, Wajda A. The health of Manitoba's Métis Population and their utilization of medical services: a pilot study (en ligne). c2002 [cité le 30 janv. 2009]. www.gov.mb.ca/health/publichealth/epiunit/docs/metis.pdf

6. Santé Manitoba. Diabetes: a Manitoba strategy. Winnipeg : Santé Manitoba; 1998. www.gov.mb.ca/health/diabetes/documents/strategy/diabetes_strategy.pdf

7. Health Canada. Diabetes in Canada. 2nd edition. Ottawa: Health Canada; 2003. www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-doc2/english/05contents-eng.php

8. Manitoba Health and Manitoba Women's Directorate. The Manitoba women's health strategy. Winnipeg: Manitoba Health and Manitoba Women's Directorate; 2001.

9. Santé Canada. Le diabète au Canada. Le diabète dans les populations autochtones (Premières nations, Inuits, Métis) du Canada : Les Faits. Ottawa : Santé Canada; 2001.

e Santé Canada considère que le revenu est un facteur de risque modifiable. Notre compréhension de cette position est que le revenu est une construction humaine et certains changements introduits à l'échelle sociétale peuvent le modifier, contrairement aux antécédents génétiques par exemple, qui ne sont pas modifiables.

Tenir compte du sexe et du genre dans les examens systématiques

par Madeline Boscoe, Marion Doull et Vivien E. Runnels

Introduction

L'apport de données probantes précises et exhaustives est une démarche essentielle dans le cadre de toute démarche décisionnelle saine, tant dans le secteur public que privé [3]. L'examen systématique des données de recherche est une méthode pour cerner, évaluer et synthétiser les données probantes disponibles sur un sujet précis. Dans le cadre de ce processus, les recherches répondant à des critères précis sont compilées, soumises à la critique et évaluées pour en déterminer la qualité. Elles sont ensuite synthétisées dans l'intention de dresser un portrait complet des connaissances existantes. Dans le domaine de la santé, les examens systématiques des données de recherche constituent un outil important qui permet de traduire les résultats de recherches en politiques, programmes, initiatives de réglementation et pratiques cliniques. Les examens systématiques permettent d'évaluer les données probantes en matière d'interventions en santé, notamment en matière de médicaments, de dispositifs, de techniques chirurgicales, et aussi d'exercices, d'alimentation et autres programmes conçus pour améliorer, soulager ou guérir des problèmes de santé particuliers [3].

De plus en plus, les examens systématiques sont considérés comme l'un des meilleurs outils permettant de composer avec de grande quantité de données probantes. Il s'agit donc d'un processus de grande importance pour la médecine fondée sur des données probantes. L'idée selon laquelle cette approche utilisée pour analyser et évaluer les données probantes est méthodique, logique, rigoureuse et, par conséquent, fiable est inhérente à l'appellation « examen systématique » [4]. Notamment, cette démarche devrait nous aider à répondre à la question suivante : « À qui s'appliquent ces données probantes? » Or malgré la présence de lignes directrices qui invitent le monde de la recherche à intégrer des données démographiques et autres caractéristiques relatives aux populations [5], diverses études d'examens systématiques ont révélé une absence d'attention adéquate envers des facteurs d'équité en matière de santé, dont le sexe et le genre [6-8]. En l'absence d'analyse des influences du genre et du sexe, les politiques, programmes et interventions cliniques fondés sur des examens systématiques peuvent s'avérer inéquitables et peuvent entraîner involontairement des effets délétères pour certaines populations.

Cette étude de cas décrit l'élaboration d'un outil d'évaluation axé sur le sexe et le genre à des fins d'examens systématiques et fait état de son utilisation dans le domaine des maladies cardiovasculaires. Comme c'est le cas pour d'autres types d'analyse, cette étude de cas renforce la conclusion selon laquelle les modèles d'examens systématiques actuels ne sont pas suffisamment sensibles à la question du sexe et du genre, tout en proposant des occasions pour redresser la situation.

Comment pouvons-nous appliquer une approche axée sur le sexe et le genre pour évaluer les examens systématiques?

En quoi consiste une révision documentaire systématique?

Les révisions documentaires systématiques offrent un résumé de la documentation professionnelle, sur un sujet précis. Par définition, les révisions documentaires résument, évaluent et communiquent les résultats et les implications d'une grande quantité de recherches, dont le volume serait impossible à gérer [1]. Les révisions documentaires systématiques rassemblent des études distinctes (dont les résultats sont parfois contradictoires), en font l'évaluation à l'aide de critères précis et présentent une synthèse des résultats [2]. Ces révisions contribuent donc à l'évaluation des technologies et des pratiques tant existantes que nouvelles [2].

Notre équipe de recherche, composée d'individus qui maîtrisent les problématiques touchant la santé des femmes et l'analyse des influences du genre et du sexe et qui connaissent les rouages de l'examen systématique, a examiné un échantillonnage d'examens systématiques dans le domaine des maladies cardiovasculaires pour déterminer si ceux-ci avaient tenu compte du sexe et du genre. Si l'équipe repérait des lacunes, une démarche était amorcée pour déterminer la meilleure façon d'intégrer l'analyse de l'influence du genre et du sexe au processus d'examens systématiques, afin d'en améliorer la qualité.

Puisqu'en général, les examens systématiques traitent d'une seule problématique ou d'un seul trouble de santé à la fois, nous devions choisir un sujet d'investigation précis. Nous avons donc opté pour les examens systématiques dans le domaine des maladies cardiovasculaires. Ce choix est justifié par le fait que les différences sexospécifiques ont été largement documentées quant aux facteurs de risques, l'âge auquel apparaissent les troubles, les symptômes, la progression de la maladie, les comportements relatifs à la recherche de traitement, l'efficacité des tests de dépistage et des médicaments, et les taux d'hospitalisation et de mortalité [9]. Par exemple, des études récentes ont démontré que le sexe et le genre constituent des facteurs de risque distincts pour ce qui est des complications à la suite d'une intervention de pontage aorto-coronarien par greffe (IPACG) et d'une angioplastie, connue sous l'appellation technique d'*intervention coronarienne percutanée* (ICP). Les femmes sont plus à risque d'éprouver des complications et risquent davantage de mourir à la suite d'une IPACG [10], et sont plus nombreuses à requérir des soins intensifs à la suite d'une chirurgie de pontage et d'une angioplastie [11]. Puisque les femmes et les hommes atteints de maladies cardiaques affichent des différences bien connues sur le plan du vécu et des résultats en matière de santé, nous nous attendions à ce que les évaluations documentaires systématiques traduisent ou reflètent ces écarts, peut-être même plus que ne le feraient certaines évaluations documentaires systématiques portant sur d'autres troubles ou maladies.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons choisi de nous pencher sur les évaluations documentaires systématiques menées par Cochrane Collaboration, un réseau international de plus de 20 000 spécialistes, lesquels révisent et analysent régulièrement les essais cliniques et autres types de recherches dans le domaine de la santé. Les examens effectués par le groupe de Cochrane sont fondés sur une méthode normalisée et sont reconnus pour leur très grande qualité [12].

Puisant dans la documentation de recherche traitant de l'analyse des influences du genre et du sexe [13-15], nous avons élaboré un outil d'évaluation axé sur le sexe et le genre à des fins d'examen systématique (OEASG – ES) pour déterminer si la question du sexe et du genre est traitée dans le cadre des évaluations documentaires systématiques et, si elle l'est, de quelle manière. L'outil comporte 35 questions, lesquelles correspondent aux neuf sections standards contenues dans un examen effectué par le groupe de Cochrane (voir l'encadré). Nous avons conçu l'outil de façon à ce que les personnes qui effectuent des examens systématiques et qui ne sont pas initiées à l'analyse des influences du genre et du sexe puissent l'utiliser facilement. Nous avons donc articulé les questions dans un langage accessible dans le but d'obtenir des réponses précises concernant l'inclusion ou la non-inclusion du genre et du sexe dans le processus d'examen. Par exemple, dans la section « Discussions et Conclusions », l'outil pose la question suivante : « Cet

En quoi consiste une révision documentaire systématique?

Cochrane Collaboration a conçu un guide à l'intention des personnes qui effectuent des révisions documentaires systématiques. On y trouve les grandes lignes des étapes à suivre pour traiter des questions visées. Donc, selon le *Cochrane Handbook* [5], un examen systématique comporte sept étapes :

1. Formuler le problème
2. Trouver et sélectionner des études
3. Effectuer une évaluation critique des études
4. Recueillir des données
5. Analyser et présenter les résultats
6. Interpréter les résultats
7. Améliorer et mettre à jour les révisons documentaires

En général, la révision documentaire finale doit comporter neuf sections standards :

1. L'information d'arrière-plan
2. Les objectifs
3. Les critères d'inclusion/ d'exclusion de la recherche
4. La stratégie de recherche
5. Les méthodes utilisées dans le cadre de la révision documentaire
6. L'analyse
7. Les discussions et les conclusions
8. L'évaluation de la qualité
9. La liste des études citées

examen révèle-t-il la présence ou l'absence d'une analyse des résultats selon le sexe dans les principales études? » Par la suite, l'outil, à l'état d'ébauche, a été évalué par un groupe expert du domaine pour en assurer la conformité avec les définitions et les concepts standards de sexe et de genre. Il a également été évalué par une personne qui connaissait les examens du groupe de Cochrane pour en assurer la comptabilité avec ceux-ci.

La conception, l'évaluation et les révisions terminées, une ressource d'évaluation indépendante a appliqué l'outil à un échantillonnage aléatoire d'examens systématiques effectués par le groupe de Cochrane, lesquels portaient sur des interventions dans les domaines de l'hypertension, des troubles cardiaques et autres maladies vasculaires. Trente-huit examens, qui couvraient huit sujets élargis et dont la majorité portait sur des traitements pharmacologiques, ont été scrutés. Ces examens analysaient au total 669 essais de recherche, qui représentaient des études menées auprès de 473 666 participantes et participants.

Les examens effectués par le groupe de Cochrane portant sur des recherches dans le domaine des maladies cardiovasculaires se penchent-ils sur la question du sexe et du genre de façon constante?

Selon notre étude, la majorité des sujets traités dans le cadre des examens comportaient des éléments liés au sexe ou au genre, comme les différences relevées quant aux symptômes et aux traitements. Toutefois, les données présentées dans les recherches évaluées étaient rarement désagrégées selon le sexe. En d'autres termes, ces études généraient rarement de l'information qui nous permettait de savoir si les femmes et les hommes réagissaient différemment aux traitements ou affichaient des résultats différents.

Dans le passé, l'absence de connaissances en matière de santé des femmes était habituellement attribuable au fait que les recherches en santé ne se penchaient pas sur la population féminine. Par ailleurs, ce n'était pas nécessairement le cas pour les examens effectués par le groupe Cochrane que nous avons étudiés. Près de 75 pour cent des examens, soit 28 sur 38, portaient sur des recherches qui incluaient tant les femmes que les hommes. [a] Malgré ce fait, 20 des 38 examens ont souligné la présence de résultats adverses découlant du traitement, mais aucun n'a souligné la présence de résultats adverses selon le sexe. De plus, seulement deux des 38 examens ont comporté des commentaires concernant les lacunes de la recherche en lien avec le sexe et le genre et seulement 25 pour cent des examens comportaient une argumentation expliquant les raisons pour lesquelles les résultats n'ont pas été analysés selon des « sous-groupes », entre autres selon les sexes. Seulement un seul examen a signalé des implications pour la pratique clinique en ce qui a trait au sexe et au genre et aucun n'a traité des implications de la recherche pour ce qui est du sexe et du genre en matière de politiques ou de réglementations sanitaires. En résumé, l'outil d'évaluation axé sur le sexe et le genre a révélé qu'aucun des 38 examens ne s'est systématiquement penché sur la question du sexe et du genre dans le domaine de la recherche en santé.

a Chaque examen systématique effectué par le groupe de Cochrane comporte une section intitulée *Table of included studies* [liste des études citées], ce qui permet aux chercheuses et aux chercheurs de constater si les deux sexes ont été inclus dans la recherche faisant l'objet de l'examen.

Conclusions et implications

Malgré l'accumulation de données probantes importantes confirmant la pertinence du sexe et du genre dans la gestion de la santé cardiovasculaire, ce projet pilote a démontré que ces deux éléments n'étaient pas adéquatement pris en compte dans les examens systématiques étudiés. Plusieurs raisons expliquent ce fait, y compris la possibilité que les recherches primaires incluses dans les examens systématiques n'identifiaient pas les participantes et les participants selon le sexe et ne rapportaient pas leurs résultats selon le sexe et le genre. Par conséquent, les examens systématiques refléteraient les limites que comportent ces études originales. Toutefois, les examens systématiques, par définition et conception, ont pour objectifs d'aider le monde de la recherche, le milieu clinique et les responsables des politiques à évaluer la qualité des données probantes et identifier les lacunes importantes en ce qui a trait à nos connaissances. Ils ne doivent pas reproduire ou perpétuer les failles qu'affiche la recherche en santé, dont une absence d'attention aux influences qu'exercent le sexe et le genre. Il semble donc que certains auteurs et auteurs d'examens systématiques ne soient pas au fait des différences établies ou potentielles liées au sexe et au genre dans le cadre de la recherche en santé et que les outils d'examens systématiques utilisés aujourd'hui pour vérifier la qualité des recherches ne soient pas suffisamment sensibles aux variables liées au sexe et au genre.

Ces résultats nous servent un avertissement. Si nous nous appuyons sur les examens systématiques pour prendre des décisions en matière de soins et de politiques et réglementations dans le domaine de la santé, les examens systématiques doivent toujours inclurent de l'information sur le sexe et le genre, y compris les résultats positifs et négatifs. Ils doivent aussi signaler clairement l'absence de telles données et en expliquer les raisons. En l'absence de ce type de données probantes, nous risquons de concevoir des politiques et des pratiques qui soient inefficaces, délétères ou inéquitables pour les femmes et les hommes, les filles et les garçons au Canada.

Ces résultats soulignent aussi la nécessité de cerner l'état de santé de diverses populations – ou sous-populations –, de relever les défis méthodologiques qui s'imposent et de comprendre comment certaines différences au sein d'une population peuvent influer sur les symptômes, l'accès aux soins, les résultats des traitements et les taux de mortalité. Comme le soulignent Bailey et al., les variations les plus subtiles quant à la conception des recherches peuvent influer sur l'interprétation livrée par un examen systématique [16] et il importe de reconnaître que les analyses de sous-groupes à l'intérieur de tout l'échantillon de participantes et de participants ne sont pas nécessairement plus précises que les résultats généraux [17]. Toutefois, les différences en matière de sexe et de genre constituent souvent des facteurs essentiels, dans le cadre de l'évaluation de la qualité et des résultats des soins de santé [11,18]. Nous appuyons Blauwet et ses collègues, qui recommandent de relever les résultats d'études selon une approche sexospécifique universelle, puisqu'une telle pratique « peut révéler des différences sexuelles inattendues méritant une étude plus approndie et fournir au moins des données en vue de subséquentes méta-analyses. » [19,p169]

Les prochaines étapes

Pour établir une base solide sur laquelle reposeront de futurs travaux, nous suggérons de raffiner les méthodologies utilisées pour effectuer des examens systématiques et des analyses des influences du genre et du sexe, puis de les jumeler pour améliorer la collecte, la synthèse et l'analyse de données probantes à des fins décisionnelles. Notamment, cette étude propose les recommandations suivantes :

- Élaborer des outils pour évaluer l'intégration d'une AIGS dans les examens systématiques.
- Établir des indicateurs de qualité concernant l'AIGS dans les recherches primaires et les examens systématiques.
- Relever les défis méthodologiques inhérents à une analyse des différences possibles en ce qui a trait au sexe et au genre, quant à l'état de santé, les résultats et le vécu au sein de sous-groupes et entre sous-groupes.
- Favoriser la collaboration et le partage des connaissances concernant les examens systématiques et l'AIGS entre les chercheuses et chercheurs, les personnes qui effectuent des examens systématiques, les comités d'examen par les paires et pairs, le personnel de soins, les expertes et experts en matière de sexe et de genre, et le public.

Notre équipe de recherche se penche sur ces recommandations de plusieurs manières. Nous travaillons à redéfinir et à valider l'OEASG-ES et nous collaborons avec les groupes d'examens de Cochrane pertinents et avec le Domaine Cochrane équité et santé. Nous participons également à des discussions constructives avec le personnel de biostatistique, le monde de la recherche, des personnes qui effectuent des examens systématiques et le personnel de soins concernant l'élaboration d'indicateurs de qualité pour l'application de l'analyse des influences du genre et du sexe à toutes les étapes de la collecte et de l'analyse de données probantes – de l'élaboration de protocoles à l'application des connaissances découlant des examens systématiques.

La mise en place de collaborations créatives interdisciplinaires constitue la meilleure façon de favoriser l'application rigoureuse et pertinente de l'analyse des influences du genre et du sexe aux données probantes synthétisées par la voie d'examens systématiques. Un large éventail d'interlocuteurs concernés génèrent, analysent et utilisent les résultats de recherche pour établir des politiques en matière de santé, des réglementations et des pratiques cliniques, dans l'intention d'améliorer la santé des individus et des populations. Les gouvernements et les organisations de recherche s'initient de plus en plus à l'AIGS et en exigent l'application dans le domaine de la recherche en santé dans le but d'améliorer les résultats sanitaires et réduire les méfaits. [b] Ces objectifs peuvent être atteints en acquérant une compréhension méticuleuse des interrelations entre

b Au Canada, l'application de l'analyse des influences du genre et du sexe aux politiques, programmes et recherches a été mandatée par la voie du Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes (1995) et est exigée par le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada pour la préparation de présentation au Conseil du Trésor (www.tbs-sct.gc.ca/pubs_pol/opepubs/TBM_162/gptbs-gppct03-fra.asp). La Politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes (2000) a été mise à jour et une version révisée a été publiée sous le nom la politique de Portefeuille de la Santé l'analyse des influences du genre et du sexe (2009). Pour d'autres exemples à l'échelle internationale, voir : Caron, J. Rapport sur les politiques gouvernementales en matière de recherche en santé favorisant la prise en compte des différences selon le sexe et le genre, Institut de la santé des femmes et des hommes, IRSC, février 2003 (www.cihr-irsc.gc.ca/f/pdf_25502.htm).

le sexe et le genre et d'autres déterminants de la santé, en élaborant de solides indicateurs pour assurer la qualité des données probantes [c] et en démontrant le rôle important que joue l'analyse des influences du genre et du sexe dans une démarche scientifique, stratégique et clinique objective.

Références bibliographique

1. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Undertaking systematic reviews of research on effectiveness: CRD guidelines for those carrying out or commissioning reviews. CRD Report 4. York: NHS Centre for Reviews and Dissemination; 1996.

2. Agence de la santé publique du Canada. Sites présentant des examens systématiques sélectionnés (en ligne). c2009 [cité le 9 avril 2009]. www.cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/index-fra.html

3. Egger M, Davey-Smith G, Altman D, éditeurs. Systematic reviews in health care: meta-analysis in context. 2e édition. Hoboken: Wiley; 2001.

4. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care [page d'accueil sur Internet]. York: NHS Centre for Reviews and Dissemination. c2008 [cité le 9 avril 2009]. www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/

Systematic_Reviews.pdf

5. Higgins JPT, Green S, éditeurs. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version 5.0.1. The Cochrane Collaboration. c2008 [cité le 9 avril 2009]. www.cochrane-handbook.org

6. Grady D, Chaput L, Kristof M. Diagnosis and treatment of coronary heart disease in women: systematic reviews of evidence on selected topics. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2003. AHRQ Publication No. 03-0035 Evidence Report/Technology Assessment No. 80.

7. Tugwell P, de Savigny D, Hawker G, Robinson V. Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. Br Med J. 2006;332:358-61.

8. Mackenbach JP. Tackling inequalities in health: the need for building a systematic review evidence base. J Epidemiol Community Health. 2003;57:162.

9. Pilote L, Dasgupta K, Guru V, Humphries KH, McGrath J, Norris C, et al. A comprehensive view of sex-specific issues related to cardiovascular disease. Can Med Assoc J. 2007;176(6):S1-44.

10. Kim, C, Redberg RF, Pavlic T, Eagle KA. A systematic review of gender differences in mortality after coronary artery bypass graft surgery and percutaneous coronary interventions. Clin Cardiol. 2007;30(10):491-5.

11. Fowler RA, Sabur N, Li P, Juurlink DN, Pinto R, Hladunewich MA, et al. Sex- and age-based differences in the delivery and outcomes of critical care. Can Med Assoc J. 2007;177:1513-9.

12. Grimshaw JM, Santesso N, Cumpston M, Mayhew A, McGowan J. Knowledge for knowledge translation: the role of the Cochrane Collaboration. J Contin Educ Health Prof. 2006;26(1):55-62.

13. Santé Canada. Exploration de concepts liés à la santé et au sexe social (en ligne). Ottawa : Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada; 2003 [cité le 9 avril 2009]. No catalogue : H21-216/2003E-IN. www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/women-femmes/explor-fra.php

14. Spitzer D. Analyse des influences du genre et du sexe – Guide pour les chercheurs et les évaluateurs (en ligne). Ottawa : Instituts de recherche en santé du Canada; 2007 [cité le 9 avril 2009]. www.cihr-irsc.gc.ca/f/32019.html

15. Donner L. Including gender in health planning: a guide for regional health authorities (en ligne). Winnipeg, MB : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies; 2003 [cité le 2009]. www.pwhce.ca/pdf/gba.pdf

16. Bailey KR. Reporting of sex-specific results: a statistician's perspective. Mayo Clin Proc. 2007;82(2):158.

17. Aulakh AK, Anand SS. Sex and gender subgroup analyses of randomized trials: the need to proceed with caution. Women's Health Issues. 2007;17:342-50.

18. Bierman AS. Sex matters: gender disparities in quality and outcomes of care. Can Med Assoc J. 2007;177(12):1520-1.

19. Blauwet LA, Hayes SN, McManus D, Redberg RF, Walsh MN. Low rate of sex-specific result reporting in cardiovascular trials. Mayo Clin Proc. 2007;82:166-70.

c Pour une discussion sur l'absence de cohérence quant aux normes de présentation de l'information dans les examens systématiques et le besoin d'évaluer les résultats sous un angle critique, voir Moher D, Tetzlaff J, Tricco AC, Sampson M, Altman DG (2007) Epidemiology and Reporting Characteristics of Systematic Reviews. PLoS Med 4(3): e78. doi:10.1371/journal.pmed.0040078

Les accidents de transport au Belize[a] : Une étude de cas internationale

par Harpa Isfeld et Margaret Haworth-Brockman

Introduction

En 2008, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a demandé au Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies de rédiger deux guides portant sur l'application de l'analyse des influences du genre et du sexe (AIGS) dans le cadre d'une planification des services de santé, en utilisant des exemples fondés sur des données provenant du Belize. Cette étude de cas est une adaptation tirée de l'un des guides, avec la permission de l'OPS.

La croissance urbaine d'un bout à l'autre des Amériques a augmenté les besoins de transport, ce qui a mené à une augmentation des risques de blessures [1]

Le Belize est un petit pays d'Amérique centrale. Sa superficie est de 274 km de long sur 109 km de large (22 700 km2). En date de la mi-année de 2005, la population était estimée à 291 800 habitants (144 400 femmes et 147 400 hommes). Les accidents de transport [2] au Belize causent de nombreux décès chaque année ainsi que des blessures graves qui entraînent des coûts pour les individus et leur famille et des conséquences économiques, sans parler des frais facturés par les services médicaux et sociaux responsables des soins et de la réadaptation [b]. Le thème des accidents de transport a été choisi pour illustrer comment une analyse des données de surveillance médicale, effectuée en tenant compte des influences du genre et du sexe, peut révéler des renseignements importants sur les hommes.

Une analyse des accidents de transport sans les déterminants sexe biologique et genre

Si nous amorcions une analyse courante des décès et des blessures découlant d'accidents de transport au Belize, nous pourrions émettre les conclusions suivantes :

> En 2005, 78 personnes sont décédées dans des accidents de transport. Ce chiffre représente 5,7 pour cent de tous les décès pour cette année, ce qui classe les accidents de transport au 4e rang des principales causes de mortalité dans ce pays. Par ailleurs, le nombre d'accidents mortels a diminué, comparativement aux années antérieures. Comme le démontre la figure 1, au cours des

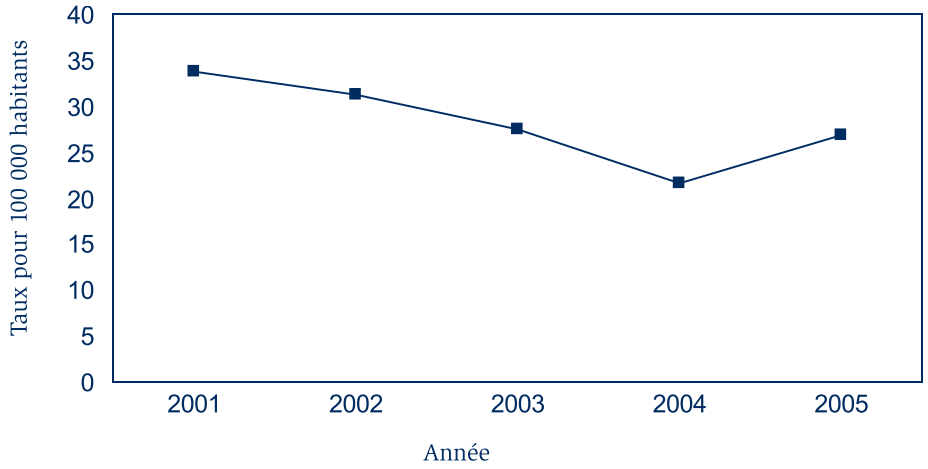
a À moins d'indications contraires, toutes les données citées dans cette étude de cas proviennent des statistiques sur la santé au Belize, 2006. Bureau d'épidémiologie, ministère de la Santé, Belize. Ces données sont utilisées pour illustrer l'analyse des influences du genre et du sexe (AIGS) et ne constituent en aucun cas une analyse complète des accidents de transport au Belize.

b Les hospitalisations et les décès découlant des blessures causées par les accidents de transport sont définis selon des critères établis par le CIM-10 portant sur les accidents de transport (Chapitre XX, V01-V99), qui identifie le mode de transport de la victime (p. ex. piéton, occupant d'un véhicule, d'un autobus ou d'un bateau) et fait la distinction entre les accidents de transport et d'autres causes externes de blessures accidentelles. Ces critères précisent les événements qui constituent un accident de transport et qui sont la principale cause des blessures. Ces événements sont consignés dans les dossiers hospitaliers, aux sections des admissions et congés. Tel est le cas aussi pour les décès qui ont pour première cause un accident de transport, cette information figurant dans le certificat médical de décès. Voir Organisation mondiale de la Santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. c2007 [cité le 19 déc. 2008]. www.who.int/occupational_health/publications/en/oehicd10.pdf

dernières années, le nombre de décès causés par des accidents de transport est passé d'environ 34 morts à 27 pour 100 000 habitants, soit un déclin global de 20 pour cent.

Cette analyse nous offrirait une vue générale des incidences d'accidents de transport et serait suivie d'une démarche qui nous emmènerait à cerner les raisons de la diminution en 2004 et de l'augmentation en 2005.

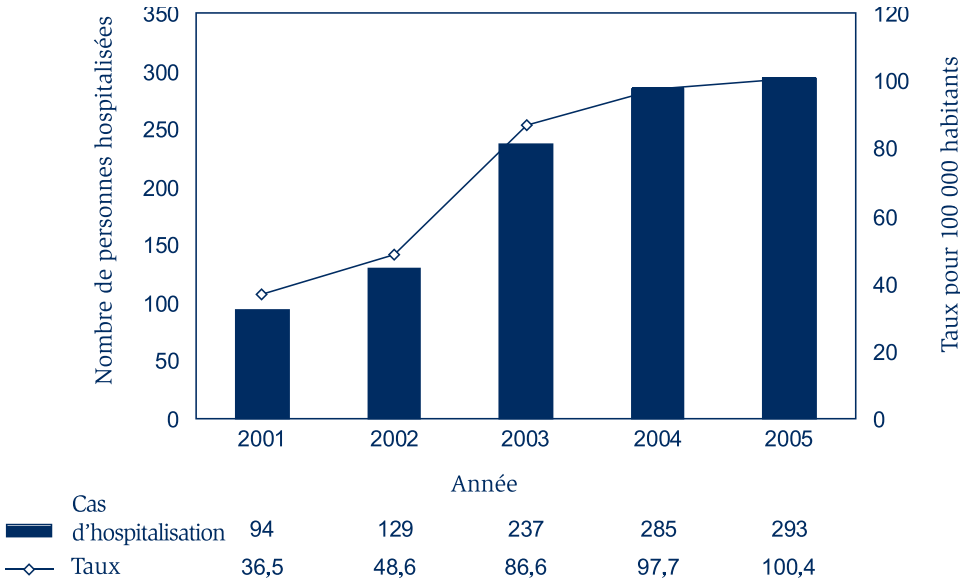
Figure 1. Taux de décès causés par des accidents de transport, Belize, 2001-2005



	2001	2002	2003	2004	2005
Taux	33,8	31,3	27,4	21,6	26,7
Décès	87	83	75	63	78

Bien que les taux de décès causés par des accidents de transport soient relativement faibles, la figure 2 démontre que nombre d'accidents de transport entraînent l'hospitalisation des victimes. Selon les dossiers d'hôpitaux, en 2005 seulement, 293 individus ont été hospitalisés à la suite de blessures infligées dans des accidents de transport, soit trois fois plus qu'en 2001.

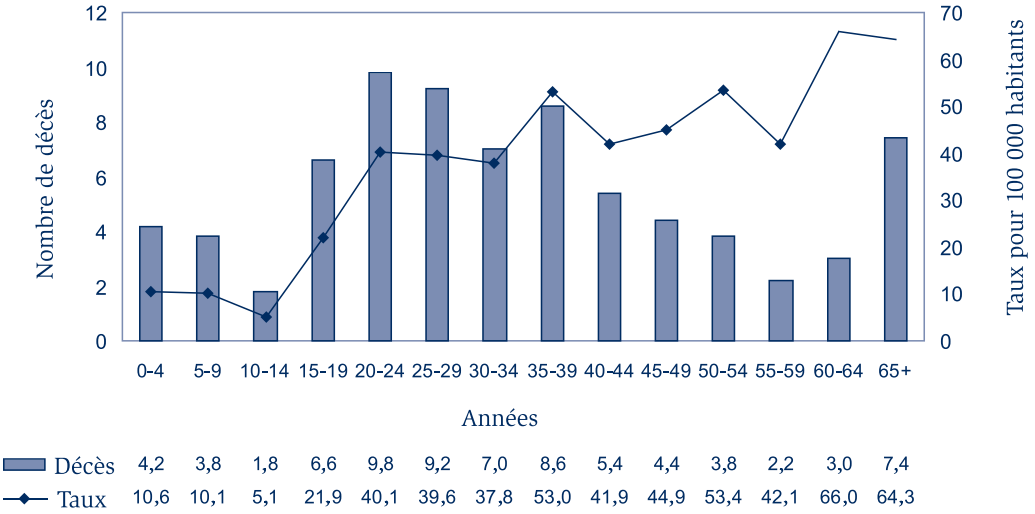
Figure 2. Taux d'hospitalisations pour des blessures causées par des accidents de transport, Belize, 2001-2005



En d'autres termes, le taux de Béliziennes et de Béliziens hospitalisés pour de telles blessures s'élève à 100 personnes pour 100 000 habitants en 2005, soit un individu pour mille habitants. Bien que certains progrès aient été relevés quant au nombre de *mortalités* dues à ces accidents de transport, un nombre supérieur de personnes ont été traitées dans les hôpitaux à la suite de tels accidents. En examinant ces données, nous ne pouvons pas cerner si ces tendances sont le résultat d'une diminution du nombre d'accidents de transport graves, si les accidents qui sont fatals et qui causent des blessures traitables sont à la baisse ou si les tendances observées résultent du fait que les individus blessés bénéficient d'un meilleur accès aux soins hospitaliers que dans le passé.

Puisque les décès et les blessures causés par des accidents sont étroitement associés à l'âge (un fait bien connu), une analyse courante désagrégerait ensuite les décès et les hospitalisations selon diverses catégories de populations. La moyenne des données sur les décès pour la période de 2001 à 2005 (figure 3) démontre que 54 pour cent des individus qui décèdent dans des accidents de transport sont âgés de 15 à 39 ans. De plus, les aînés (65 ans et +) comptent pour un nombre disproportionnellement élevé des décès causés par des accidents de transport, vu leur nombre dans la population. Par conséquent, leur taux de décès liés à de telles circonstances est le plus élevé de toute la population (64,3 pour 100 000 habitants).

Figure 3. Décès et taux de décès causés par des accidents de transport, selon l'âge, Belize, Moyenne pour 2001-2005



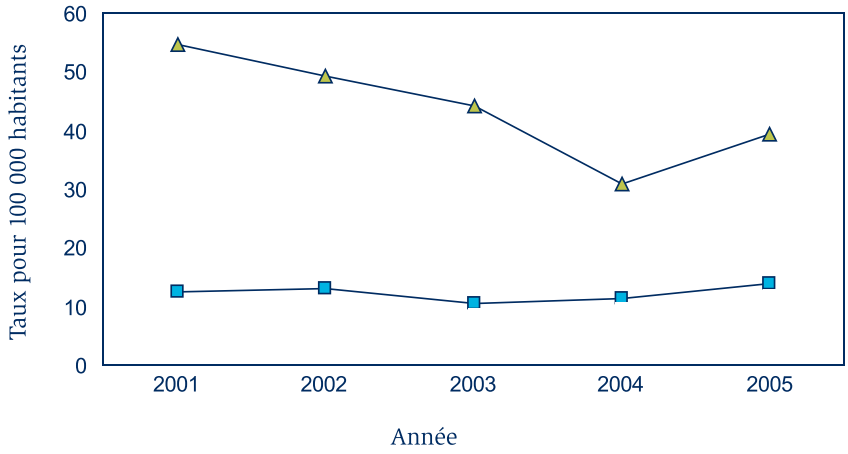
À partir de cette analyse, les responsables de la planification peuvent conclure qu'il serait judicieux de réaliser des recherches et de mettre en place des politiques et programmes qui cibleraient les jeunes adultes et les aînés, une démarche qui, selon eux, ferait un bon usage des ressources limitées. Toutefois, leur analyse ne leur permet pas de recueillir certaines données qui leur permettraient de maximiser l'efficacité des programmes.

L'ajout des déterminants sexe biologique et genre

Lorsque les déterminants sexe et genre sont intégrés à l'analyse, la différence entre les hommes et les femmes est frappante quant aux décès causés par des accidents de transport et des blessures nécessitant une hospitalisation.

> En 2005, 58 des 78 personnes décédées dans des accidents de transport étaient des hommes et les 20 autres des femmes. Dans le même ordre d'idées, les hommes comptaient pour 211 des 293 personnes hospitalisées en raison de blessures causées dans ce type de circonstances. Par conséquent, les hommes affichaient un taux de décès liés à des accidents de transport près de trois fois plus élevé et un taux d'hospitalisation pour des blessures 2,5 fois plus élevé, comparativement aux femmes (39,3 contre 13,9 pour 100 000 habitants et 143,1 contre 56,8 pour 100 000 habitants respectivement). La collecte et la diffusion de données selon le sexe démontrent que les hommes sont apparemment beaucoup plus à risque que les femmes de décéder et de subir des blessures nécessitant une hospitalisation à la suite d'un accident de transport.

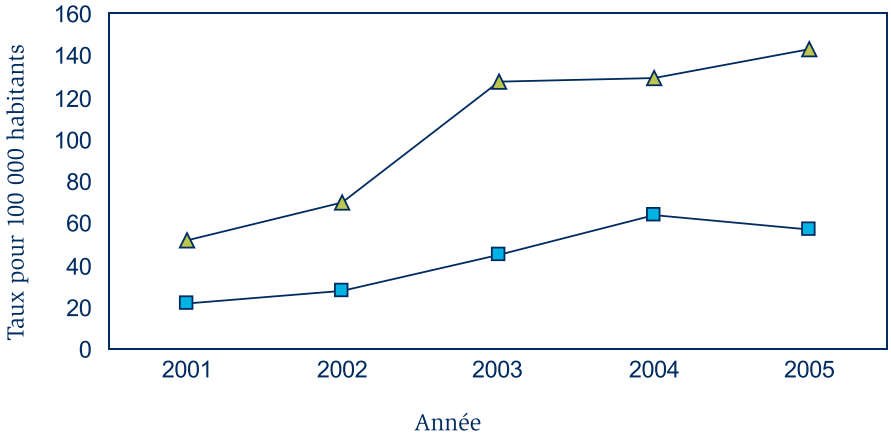
Figure 4. Taux de décès causés par des accidents de transport, selon le sexe, Belize, 2001-2005



Taux H	54,7	49,3	44,1	31,0	39,3
Taux F	12,6	12,9	10,3	11,4	13,9
Décès H	71	66	61	47	58
Décès F	16	17	14	16	20

Bien que les taux de décès chez les hommes aient généralement diminué au cours des dernières années, peu de changements ont été relevés quant aux taux de décès féminins, relativement faibles. Par contre, les taux d'hospitalisation chez les hommes et les femmes liés à des accidents de transport ont grimpé en flèche et les taux recensés pour les deux sexes ont près de triplé entre 2001 et 2005 (figure 5).

Figure 5. Taux d'hospitalisations pour des blessures causées par des accidents de transport, selon le sexe, Belize, 2001-2005



Taux H	51,6	69,5	127,3	129,2	143,1
Taux F	21,2	27,4	45,1	63,6	56,8
Cas H	67	93	176	196	211
Cas F	27	36	61	89	82

Clow, Pederson, Haworth-Brockman, et Bernier (2009)

Pour ce qui est des décès causés par des accidents de transport, on retrouve dans presque tous les pays des Amériques des taux supérieurs de mortalité chez les hommes, comme l'illustrent les chiffres de divers pays dans le tableau 1, pour 2000 à 2005. Bien que les données démontrent que le ratio de décès féminins/masculins causés par des accidents de transport au Belize (0,2:1) est identique à celui de nombreux autres pays (16 des 39 pays affichaient un ratio de 0,2:1), elles démontrent également que les hommes béliziens affichaient le plus haut taux de décès causés par des accidents de transport (56,0 pour 100 000 habitants) et les femmes le deuxième plus haut taux de décès (12,9 pour 100 000 habitants) parmi les 20 pays américains.

Table 1. Taux de décès* pour les accidents de transport
Pays américains choisis, 2000-2005

	Femmes	Hommes	Ratio F:H
Belize	**12,9**	**56,0**	**0,2**
Guatemala	1,2	5,3	0,2
Mexico	7,1	28,5	0,2
Îles Turks et Caicos	6,4	39,4	0,2
Brésil	8,5	37,6	0,2
El Salvador	11,0	42,3	0,3
Bahamas, les	10,4	39,6	0,3
Canada	5,6	14,0	0,4
États-Unis	9,7	22,5	0,4
St. Lucia	13,9	28,7	0,5
Haïti	6,6	6,2	1,1

Source : Adapté de Gender, Health and Development in the Americas, Basic Indicators 2007 OPS. [2]
**Note : Taux pour 100 000 habitants. Données les plus récentes, 2000-2005*

Si, à la désagrégation selon le sexe, nous ajoutons une désagrégation selon l'âge, certaines tendances intéressantes émergent pour ce qui est des Béliziens.

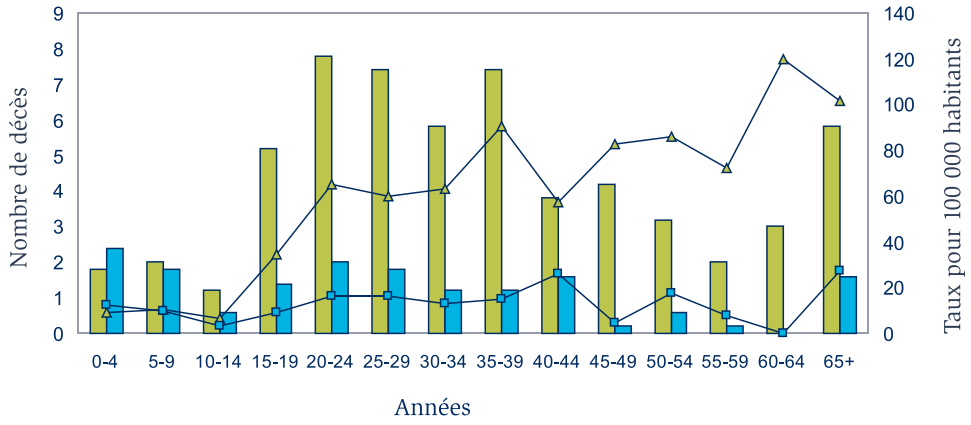
Les jeunes hommes âgés de 15 à 39 ans affichaient des taux de mortalité de 35 à 90 décès pour 100 000 habitants, ce qui représente une moyenne de 5 à 8 décès par année. En contraste, les garçons affichaient un faible risque de mortalité (10 décès pour 100 000 habitants ou moins). Les hommes d'âge moyen et les hommes plus âgés affichaient un niveau de risque disproportionné considérant leurs nombres, avec des taux de décès moyens de 80

à 120 décès pour 100 000 habitants. Toutefois, le taux de mortalité chez les femmes et les filles variait très peu au cours de leur vie. Même les taux de décès chez les jeunes femmes étaient stables, demeurant sous la barre de 15 décès pour 100 000 habitants (2 décès ou moins par année).

Les jeunes hommes sont beaucoup plus nombreux à être hospitalisés pour des blessures, comparativement aux hommes plus âgés et aux femmes de tous les âges. Par exemple, pendant la période couvrant 2001 à 2005, le taux d'hospitalisation dues aux accidents de transport chez les hommes de 20 à 24 ans était de 218 pour 100 000 habitants, ce qui représente environ 130 hommes par année. Par ailleurs, le taux chez les femmes de cette catégorie d'âges était de 62,5 pour 100 000 habitants, ce qui représente 39 femmes hospitalisées pour des blessures. Bien que les ratios demeurent relativement constants, les hommes et les femmes de ces âges affichent une fois de plus les plus fortes hausses de taux d'hospitalisation, soit quatre fois plus en 2005 qu'en 2001.

Donc, il est évident que les hommes âgés de 15 à 39 ans vivent de graves séquelles à la suite d'accidents de transport, avec un taux de mortalité quatre fois plus élevé et un taux de blessures nécessitant une hospitalisation près de trois fois plus élevé, comparativement aux femmes. Les jeunes femmes subissent aussi de plus en plus de telles blessures.

Figure 6. Taux de décès causés par des accidents de transport, selon le sexe et l'âge, Belize, Moyenne pour 2001-2005



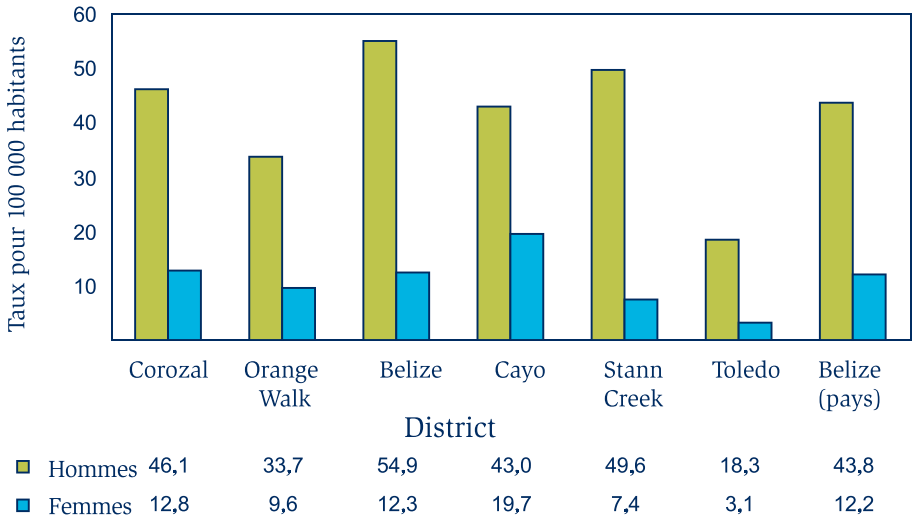
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+
Décès H	1,8	2,0	1,2	5,2	7,8	7,4	5,8	7,4	3,8	4,2	3,2	2,0	3,0	5,8
Décès F	2,4	1,8	0,6	1,4	2,0	1,8	1,2	1,2	1,6	0,2	0,6	0,2	0,0	1,6
Taux H	9,0	10,5	6,7	34,3	65,4	60,1	63,5	90,6	57,0	82,7	85,8	72,3	119,6	101,5
Taux F	12,3	9,7	3,5	9,3	16,0	16,5	12,8	14,9	25.8	4.2	17.7	8.1	0,0	27,6

Au-delà de cette analyse : quels apprentissages peut-on tirer des données locales?

Nous pouvons en apprendre davantage en examinant les accidents de transport et les décès qui en découlent selon le lieu géographique.

> Les hommes vivant dans le district de Belize sont les plus à risque de décéder d'un accident de transport (figure 7). Selon les moyennes de 2001 à 2005, le taux de décès dans de telles circonstances chez les hommes de ce district était d'environ 55 pour 100 000 habitants, soit trois fois le taux relevé chez les hommes du district de Toledo. Le taux de décès plus élevé dans le district de Belize peut être lié à un plus grand nombre d'accidents de transport lié aux industries de la pêche et du transport de marchandises, aux conditions de transport urbain dans la ville de Belize ou à d'autres facteurs qui doivent davantage être explorés. Puisque l'écart entre les hommes et les femmes est plus accentué dans ce district qu'il ne l'est dans les autres, les facteurs influents relèvent probablement des différences entre les sexes, notamment les rôles, les responsabilités et les types d'emploi que les hommes et les femmes exercent au Belize.

Figure 7. Taux de décès causés par des accidents de transport, selon le sexe et le district



Questions à l'intention des responsables de la planification

L'analyse ne se limite pas à une collecte de données à des fins de surveillance sanitaire. L'analyse des influences du genre et du sexe vise à recueillir plus d'information en nous invitant à poser entre autres les questions suivantes :

- Quels sont, à l'échelle locale, les rôles, les responsabilités, l'accès aux transports, la mobilité et les besoins prédominants des femmes et des hommes qui peuvent expliquer les écarts de taux de mortalité et de blessures entre les deux sexes?

- L'éventail de personnes qui utilisent les routes (piétonnes et piétons et utilisatrices et utilisateurs de vélos, motos, voitures et transports en commun), les divers niveaux de vulnérabilité, de formation et de sensibilisation à la sécurité peuvent influer sur les taux d'accidents et de blessures. Quelles influences peuvent exercer les différences entre les sexes et les âges (relativement à l'utilisation des routes) sur les taux de blessures et de décès causés par des accidents de transport?

- Que savons-nous de la vie des jeunes hommes au Belize et des contextes dans lesquels ils vivent? Comment les rôles et les responsabilités qu'ils détiennent et les conditions de travail qu'ils vivent influent-ils sur les risques de décès et de blessures qu'ils encourent? Quelles seraient les stratégies qui permettraient de changer les mécanismes sociaux plaçant les hommes dans ces situations de risque? Par exemple, la mise en place d'activités de loisirs plus sécuritaires, d'un plus grand nombre de panneaux de circulation, d'un processus d'émission de permis différents ou de politiques de santé et de sécurité au travail améliorées pourrait-elle réduire les risques chez les hommes?

- Quels facteurs ont contribué à la baisse de décès causés par des accidents de transport au cours des dernières années? Et les femmes? Que savons-nous de la vie des femmes et des facteurs liés au transport qui ont réduit le nombre de décès, mais augmenté les taux d'hospitalisation chez cette population? Les changements relativement aux rôles des femmes (p. ex. un plus grand nombre de femmes sur le marché du travail, une plus grande tolérance face aux femmes qui consomment de l'alcool) influent-ils sur ces taux?

- Les différences relatives aux accidents de transport et leurs conséquences chez les femmes et les hommes relèvent-elles du milieu de vie (rural ou urbain), du niveau de revenu ou de la situation d'emploi?

- Lorsque nous nous penchons sur des projets de transport, actuels et futurs, comment pouvons-nous évaluer leurs impacts sur les hommes, les femmes, les jeunes hommes et les hommes âgés? Comment éliminer les risques?

Quelle information supplémentaire l'AIGS requiert-elle?

- Que dit la documentation sur les différences de comportements au volant selon le sexe et quels liens établit-elle avec les taux d'accidents?

- Que savons-nous des types d'accidents qui se produisent? Combien sont des accidents de transport terrestre, de transport par eau? Combien d'incidents liés au transport aérien? Quelles sont les personnes les plus vulnérables dans les accidents de transport terrestre : les automobilistes, les occupantes et occupants d'un véhicule, les piétonnes et piétons, ou les cyclistes? S'agit-il d'accidents de véhicules publics ou de véhicules conduits par les personnes qui en sont propriétaires?

- Quelle information révèlent les réclamations d'assurance, les rapports de police et autres statistiques de l'industrie sur les décès et blessures causés par des accidents de transport?

- Quels sont les taux d'accidents au sein de diverses industries locales? Quelles sont les normes de sécurité au travail appliquées par les industries locales?

- Quels sont les attitudes et les comportements locaux qui influent sur la disponibilité et l'utilisation de dispositifs ou de mesures de sécurité qui pourraient réduire les accidents de transport et leurs conséquences?

Comment l'AIGS pourrait-elle aider à cerner les besoins en matière de programmes et politiques?

- Les hommes et les femmes ont-ils besoin d'une approche de sensibilisation différente en matière de sécurité sur les routes et au volant?

- Les besoins sont-ils différents chez les jeunes et chez les aînés?

- Quels changements pourraient être faits en matière de circulation et d'infrastructures qui amélioreraient la sécurité des piétonnes et piétons et qui tiendraient compte des besoins, des circonstances et des situations de vie des hommes, des femmes, des jeunes ou des aînés?

Quels sont les collaborateurs et les collaboratrices que vous devez recruter pour élaborer une stratégie qui tient compte du genre?

La réduction des décès et des blessures causés par des accidents chez les hommes et les femmes nécessitent une planification concertée qui vise à prévenir les accidents, éliminer les dangers en milieu de travail et au sein de la collectivité et améliorer les mesures de protection qui peuvent minimiser les risques et les préjudices pour les individus. Les responsables de la planification de la santé publique et leurs partenaires communautaires doivent bien comprendre les différences entre les sexes et les influences du sexe social sur les résultats et les risques découlant des attitudes, des comportements et des situations. Une telle compréhension leur permet de concevoir des programmes, des politiques et des infrastructures axés sur une prévention et des traitements efficaces.

- Quelles instances devraient participer à la planification de programmes, de politiques et d'initiatives qui seraient axées sur la prévention des accidents de transport et protégeraient mieux les jeunes hommes de graves séquelles (p. ex. industries locales, organismes communautaires, représentantes et représentants du gouvernement)?

- Pour répondre aux besoins locaux, comment pouvons-nous intégrer les points de vue des femmes et des hommes sur les meilleures options à adopter dans le domaine du transport et autres créneaux?

L'élaboration d'un corpus d'information composé d'une documentation récente, de rapports communautaires et des connaissances locales sur la situation permet d'élargir les données probantes qui peuvent être utilisées dans le cadre

de l'analyse des influences du genre et du sexe. Les ressources limitées peuvent donc être allouées avec plus d'efficience et d'efficacité dans le domaine de la santé et autres domaines connexes afin d'améliorer les résultats sanitaires.

Postscriptum

Cette étude de cas internationale a été intégrée au guide destiné à l'OPS, comme prévu. Il est toutefois intéressant de noter qu'elle a été soumise à un test dans le cadre d'un atelier auquel participaient des spécialistes en biostatistiques et des épidémiologistes du Belize et d'autres pays d'Amérique centrale et des Caraïbes. Sur le thème des décès liés au transport, la discussion qui a eu lieu a généré des explications axées sur le genre qui ne relèvent pas strictement du domaine de la « santé ». Bien que le taux de mortalité élevé chez les hommes constitue un problème de santé publique, les solutions sont possiblement liées, selon les participantes et les participants de l'atelier, au secteur des infrastructures publiques et de la voirie, aux besoins du secteur policier et à la gestion publique de la délivrance des permis, entre autres.

Références bibliographique

1. Organisation panaméricaine de la santé. Health in the Americas 2007: Volume I – Regional. Washington : Organisation panaméricaine de la santé; 2007.

2. Organisation panaméricaine de la santé. Gender, health and development in the Americas: basic health indicators 2007. Washington : Organisation panaméricaine de la santé; 2007.

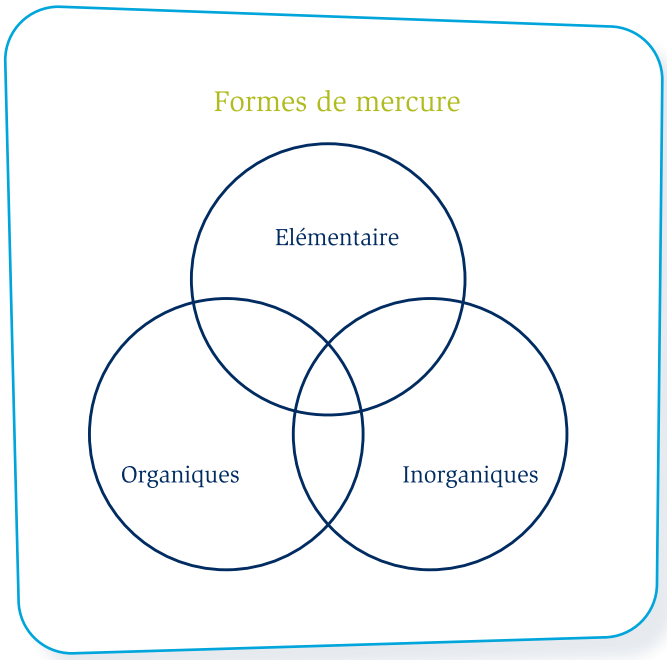
L'exposition au méthylmercure et les effets sur le corps des femmes

par Dayna Nadine Scott et Alexandra Stiver

Introduction

Cette étude de cas a été réalisée en réponse à une inquiétude croissante de la part du public et des milieux politiques face aux problèmes environnementaux et leurs conséquences sur la santé humaine. Nous cernons de plus en plus les liens entre les désastres naturels – comme les tremblements de terre, les incendies de forêt et les inondations – et les changements qui bouleversent l'environnement. Dans un même temps, le monde de la recherche en apprend davantage sur les contaminants chimiques, notamment le radon, les polluants atmosphériques et les produits chimiques dans les denrées alimentaires, et sur les dangers qu'entraîne une exposition à ces substances. Par ailleurs, seuls un petit nombre de chercheuses, de chercheurs et de militants et un nombre encore plus restreint de décideuses et de décideurs se penchent sur les différences entre les femmes et les hommes quant aux effets des dangers environnementaux sur leur corps. Par conséquent, cette étude traite de la contamination au mercure avec l'intention de démontrer la nécessité de reconnaître les vulnérabilités respectives des hommes et des femmes dans le cadre de la planification ou de l'élaboration de politiques environnementales.

Comment une exposition au mercure se produit-elle?



Le mercure existe sous trois formes – élémentaire, inorganique et organique – et une exposition peut se produire en respirant, en mangeant, en avalant ou par la voie d'un contact cutané [1]. Le type de mercure qui est le plus toxique pour les humains est le méthylmercure. C'est sous cette forme que le mercure s'accumule dans les poissons, les crustacés et les coquillages d'eau douce et d'eau salée. La consommation de ces animaux – notamment de poissons de taille supérieure, qui ont vécu plus longtemps et dont le corps a accumulé de plus grandes quantités de mercure au fil du temps – constitue la principale source d'exposition chez les humains. De plus, la consommation de mammifères marins comme le phoque, qui s'alimentent de poissons fortement contaminés au mercure, entraîne aussi des risques pour la santé humaine.

Bien que le mercure émane naturellement de l'environnement, il peut être produit au moyen de procédés industriels comme la combustion, l'extraction de minerais métalliques et la fusion. Lorsqu'il est déversé dans l'eau, le mercure se transforme en méthylmercure, un élément toxique, qui est ensuite absorbé par les poissons, dans les milieux aquatiques [2,3].

Les activités humaines redistribuent et concentrent aussi le mercure en l'intégrant dans certains produits de consommation comme les produits d'obturation dentaire et certains cosmétiques [1]. De plus, les effets du mercure peuvent être aggravés à la suite d'expositions issues d'activités industrielles, énergétiques, commerciales, résidentielles et agricoles ou liées au transport.

Quelle est l'ampleur de la menace que le mercure exerce sur la santé?

Il serait logique de penser que le monde de la recherche aurait cerné avec certitude les dangers associés au mercure et que les décideuses et les décideurs auraient mis en place une réglementation adéquate. En réalité, les débats sont nombreux et l'incertitude règne quant à la quantité de mercure qui constitue un danger. Il existe plusieurs méthodes d'estimation des niveaux d'exposition et les experts continuent de débattre la question de l'existence d'un « seuil » minimum de contamination qui entraînerait des effets sur la santé. De plus, l'ampleur des dommages causés par le mercure peut fluctuer et il importe de cerner si l'exposition est saisonnière ou chronique, aiguë ou indirecte. Par ailleurs, nous savons, au-delà de tout doute, que l'empoisonnement au mercure cause une panoplie d'effets nocifs [4].

Le mercure est particulièrement dangereux pour la santé humaine, et ce, pour trois raisons : cette substance est toxique, elle ne se dégrade pas dans l'environnement et elle peut s'accumuler dans les organismes vivants au fil du temps par un processus de « bioaccumulation » [4]. Une exposition au mercure peut causer des dommages au cerveau, à la moelle épinière, au cœur, aux reins et au foie. Notamment, le mercure a été associé aux retards développementaux, à diverses formes de cancer, à l'infertilité, à des troubles visuels, à des problèmes d'élocution, à une faiblesse musculaire et un manque de coordination, et aux maladies cardiovasculaires [5-7]. Bien que de plus amples études soient nécessaires, les recherches qui ont été réalisées indiquent que le mercure peut potentiellement entraîner le développement de troubles neurologiques comme une altération des cycles du sommeil, des tremblements et des difficultés de coordination oculo-manuelle, à des étapes ultérieures de la vie [7].

Pourquoi la pollution au mercure touche-t-elle particulièrement les femmes?

Bien qu'une exposition au mercure constitue une menace pour toute la population, nous savons avec certitude que cette substance touche les femmes de façon disproportionnée [5].

Des différences physiques entre les hommes et les femmes augmentent les risques associés à une exposition au mercure. En général, les corps féminins sont dotés d'une quantité supérieure de tissus adipeux, comparativement aux corps masculins. Puisque le mercure adhère à ce type de tissus et s'accumule au fil du temps, la plupart des femmes risquent d'absorber une quantité de mercure beaucoup plus importante au cours de leur vie, comparativement à la moyenne des hommes. Les effets provenant d'une seule exposition au mercure peuvent donc être plus aigus chez les femmes [6]. Non seulement la pollution au

COMMENTAIRE

Des preuves invitant à la prudence : Les femmes et l'utilisation de statines

par Harriet G. Rosenberg et Danielle Allard

Les statines – qui ont pour fonction de réduire le taux de cholestérol – sont les médicaments les plus prescrits au monde, et environ la moitié des personnes qui en font usage sont des femmes. Les médecins prescrivent souvent des statines aux femmes pour prévenir les maladies cardiovasculaires. Or, chez les femmes qui n'ont jamais éprouvé de troubles cardiaques, il existe peu de preuves selon lesquelles la réduction du taux de cholestérol réduit vraiment le risque d'incidents cardiovasculaires tels une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou même la mort [1-4]. En fait, aucun essai clinique n'a été réalisé pour démontrer les bienfaits des statines chez les femmes qui n'ont jamais eu de problèmes cardiovasculaires [5], même si 75 pour cent des femmes qui prennent ces médicaments correspondent à cette catégorie. Chez les femmes qui ont déjà vécu des problèmes cardiaques, les statines réduisent assurément le risque de crises cardiaques, de troubles nécessitant une angioplastie, de pontage coronarien et de décès causé par des atteintes coronariennes, sans toutefois réduire le taux général de mortalité [1,6]. Donc, le traitement aux statines ne semble pas exercer d'effets quant à la prévention générale de décès chez les femmes qui ont ou qui n'ont pas d'antécédents de troubles cardiaques [1,3,7-8]. Ceci soulève certaines questions, à savoir si nous échangeons les décès causés par des maladies cardiaques pour des décès causés par d'autres maladies, comme le cancer. Dans un même temps, il existe de plus en plus de preuves confirmant l'existence d'un lien entre les statines et le cancer du sein [9-10], les avortements spontanés [11], et les anomalies congénitales [9,12-13]. De plus, les statines ont été liées à la dépression [14-15] et à la déficience musculaire [16], tant chez les femmes que chez les hommes. Les femmes et leur médecin peuvent difficilement faire des choix éclairés sur l'utilisation des statines ou comprendre les raisons qui expliquent l'augmentation normale du taux de cholestérol pendant la grossesse ou à la ménopause puisqu'aucune analyse sexospécifique n'a été menée dans ce domaine. Des fonds publics doivent être alloués pour réaliser des essais cliniques aléatoires auprès de groupes exclusivement féminins pour approfondir les connaissances sur les effets des statines. De plus, il faut recueillir des données sur les événements adverses cruciaux vécus tant par les femmes que les hommes et les diffuser de façon intégrale. Il faut aussi mener d'autres recherches axées sur le genre qui porteraient sur les diagnostics et le traitement des maladies cardiovasculaires, y compris la prescription de statines.

mercure touche-t-elle les femmes, mais la bioaccumulation de cette substance peut être transmise aux enfants, tant au stade fœtal qu'après la naissance, par le truchement du lait maternel [1,8].

Le mercure entraîne-t-il des risques pour toutes les femmes?

Bien que les risques soient les mêmes pour toutes les femmes qui subissent une exposition au mercure, la recherche démontre que le type et la fréquence d'exposition varient selon divers groupes de femmes. Par exemple, les femmes des Premières nations et les femmes vivant dans les communautés côtières risquent davantage d'être exposées au mercure parce qu'elles consomment du poisson, des crustacés, des coquillages et des mammifères marins en quantités supérieures et plus fréquemment que les autres femmes du pays. Les études confirment que les femmes des Premières nations affichent des taux élevés de mercure dans leur san g et vivent avec le risque de développer les problèmes de santé associés au mercure, tout comme les femmes qui vivent dans les collectivités côtières, particulièrement le long de la côte atlantique. [9] La communauté de la recherche présume que les femmes de ces régions consomment du poisson en plus grande quantité, ce qui se traduit par une augmentation du méthylmercure dans leur sang ainsi qu'une bioaccumulation de cette substance. Cette bioaccumulation aggrave le risque de problèmes de santé au fil du temps et d'une génération à l'autre [9].

Quelles sont les politiques en vigueur qui ont pour but de prévenir la pollution au mercure? Sont-elles efficaces?

À ce jour, les gouvernements – tant fédéral que provinciaux – ont une réponse usuelle au problème de la contamination au mercure. Ils émettent des avis sur la consommation du poisson vendu au détail et issu de la pêche sportive, dans lesquels ils communiquent les seuils de consommation acceptables et les seuils dangereux [1].Vu les risques reconnus associés à une exposition au mercure, cette réponse est tout à fait inadéquate. Elle ne

considère pas l'accumulation des effets et la régularité avec laquelle certaines populations consomment du poisson hautement contaminé [10]. Par exemple, dans les collectivités des Premières nations et les communautés côtières, la consommation de poissons, de crustacés, de coquillages et de mammifères marins comporte des bienfaits socioculturels, économiques et nutritionnels importants, bienfaits que ces populations doivent contrebalancer avec les risques sanitaires associés à l'absorption de mercure. Dans un même temps, l'émission d'avis sur la consommation de poissons, de crustacés et de coquillages est une approche qui ne tient pas compte du rôle de l'industrie et de l'obligation des gouvernements de réglementer les industries de manière à prévenir la pollution au mercure [3].

Bien que les taux de mercure déversé dans l'environnement par des particuliers et des industries soient à la baisse [2] (tel qu'établi et mesuré au moyen des normes fédérales sur les émissions industrielles, sur les lampes contenant du mercure et sur les amalgames dentaires [a]) et que la création d'outils de gestion des risques et le déploiement d'efforts de planification visant à prévenir la pollution soient cités comme d'importantes mesures à prendre, d'autres normes et protocoles ayant force exécutoire doivent être mis en place pour éliminer les émissions [2]. Une réglementation plus stricte en matière d'émissions constitue la mesure la plus directe qui permettra de réduire la contamination au mercure et les dangers associés à la consommation de poissons, de crustacés et de coquillages. Pour l'instant, la population canadienne doit sous-peser les risques et les avantages liés à ce type d'alimentation.

Conjointement aux efforts déployés pour réduire la contamination au mercure, les initiatives en matière de politiques doivent intégrer une approche axée sur le genre et tenir compte du fait que le mercure ne produit pas le même impact dans toutes les communautés. Par exemple, les femmes enceintes reçoivent présentement des messages contradictoires

a The Canada-wide Standards (CWSs) for mercury emissions refer specifically to smelters and waste incinerators as well as emissions from lamps and waste.

Références bibliographique

1. Walsh JME, Pignone M. Drug treatment of hyperlipidemia in women. J Med Am Assoc. 2004;291(18):243-52.

2. Do statins have a role in primary prevention? Therapeutic Letter [sérial en ligne]. 2003 [cité le 10 avril 2007] Avril-juin;1-2. www.ti.ubc.ca/PDF/48.pdf

3. Abramson J. Overdosed America: the broken promises of American medicine. New York: Harper Collins; 2004.

4. Hayward RA, Hofer TP, Vijan S. Narrative review: lack of evidence for recommended low-density lipoprotein treatment targets: a solvable problem. Ann Intern Med. 2006;145(7):520-30.

5. Wright J, Abramson J. Are lipid-lowering guidelines evidence based? J. Lancet. 2007;369(9557):168-9.

6. Criqui MH, Golomb BA. Low and lowered cholesterol and total mortality. J Am Coll Cardiol. 2004;44(5):1009-10.

7. Shepard J, Blauw GJ, Murphy MB, Bollen EL, Buckley BM, Cobbe SM, et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomized controlled trial. J Lancet. 2002;360(23):1623-30.

8. Lewis SJ, Sacks FM, Mitchell JS, East C, Glasser S, Kell S, et al. Effect of pravastatin on cardiovascular events in women after myocardial infarction: the cholesterol and recurrent events (CARE) trial. J Am Coll Cardiol. 1998;32(1):140-6.

9. Kenis I, Tartakover-Matalon S, Cherepin N, Drucker L, Fishman A, Pomeranz M, et al. Simvastatin has deleterious effects on human first trimester placental explants. Hum Reprod. 2005;20(10):2866-72.

10. Edison RJ, Muenke M. Mechanistic and epidemiological considerations in the evaluation of adverse birth outcomes following gestational exposure to statins. Am J Med Genet. 2004;131A:287-98.

11. Forbes K, Hurst LM, Gibson JM, Aplin JD, Westwood M. Statins are detrimental to human placental development and function: use of statins during early pregnancy is inadvisable. J Cell Mol Med. À venir en 2008.

12. Eisenberg T, Wells MT. Statins and adverse cardiovascular events in moderate-risk females: a statistical and legal analysis with implications for FDA pre-emption claims. J Empirical Legal Stud. 2008; 5(3):507-50.

13. Petretta M, Costanzo P, Perrone-Filardi P, Chiariello M. Impact of gender in primary prevention of coronary heart disease with statin therapy: a meta–analysis. Int J Cardiol. 12 sept. 2008 [publié sur Internet avant impression]. National Centre of Biotechnology Information.

14. Adverse Drug Reactions Advisory Committee, Adverse Drug Reactions Unit of the Therapeutic Goods Administration. Ezetimibe and depression - a possible signal. Australian Adverse Drug Reactions Bulletin [sérial en ligne]. 2006 [cité le 10 déc. 2008];5(5). www.tga.gov.au/adr/aadrb/aadr0610.htm#a3

15. Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA) and the Commission on Human Medicines (CHM). Statins: class effects identified. Drug Safety Update. 2008;1(7):2.

16. Radcliffe K., Campbell W.W. Statin myopathy. Curr Neurol Neurosci Rep. 2008;8(11):66-72.

16. Radcliffe K, Campbell WW. Statin myopathy. Curr Neurol Neurosci Rep. 2008;8(11):66-72.

concernant la consommation de poissons, de crustacés et de coquillages. Les éducateurs sanitaires font l'éloge des bienfaits de ce type d'aliments (p. ex. présence de protéines, d'acides gras non saturés, d'acide gras oméga-3) tout en prévenant la population des dangers liés à cette alimentation (p. ex. présence de contaminants, de méthylmercure) [11]. Les produits qui proviennent de la mer constituent la base de l'alimentation de nombre de femmes vivant dans les communautés côtières. Les messages contradictoires et la menace de contamination au mercure causent de plus en plus de stress chez les femmes enceintes de ces collectivités. Il faut donc mettre au point de meilleurs outils pour mieux mesurer les niveaux de contamination au mercure et les données doivent être désagrégées selon le sexe, l'âge, l'origine ethnique, la situation géographique et autres déterminants de la santé. Finalement, le dossier de la contamination au mercure doit être traité à l'aide d'une approche rigoureuse et efficace, une démarche qui nécessite la participation de tous les paliers de gouvernement et la collaboration des dirigeantes et des dirigeants autochtones ainsi que des unités de santé publique.

Conclusion

L'analyse des influences du genre et du sexe nous permet de mieux comprendre les raisons qui expliquent pourquoi les contaminants environnementaux exercent des effets différents sur les hommes et les femmes. Elle nous incite aussi à considérer les effets de la pollution sur la santé de diverses populations de femmes et d'hommes. L'étude de la contamination au mercure démontre l'importance de désagréger les données selon le sexe pour cerner les causes et les effets. Dans ce cas, la reconnaissance du fait que la contamination au mercure entraîne des risques particuliers pour les femmes, notamment les femmes des communautés des Premières nations et des collectivités côtières, constitue une importante percée. Des mesures peuvent donc être prises pour concevoir et évaluer de futures politiques en matière de contamination au mercure et jeter un éclairage sur les problèmes de bioaccumulation, les taux d'exposition faibles, mais chroniques, et la contamination in utero.

Références bibliographique

Santé Canada. Le mercure et la santé humaine. (en ligne). c2004 [cité le 18 déc. 2008]. www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/environ/merc-fra.php

2. Le Conseil canadien des ministres de l'Environnement. Mercure (en ligne). Sans date [cité le 31 juillet 2008]. www.ccme.ca/ourwork/air.fr.html?category_id = 85

3. Office of Environmental Health Hazard Assessment. Methyl mercury in sport fish: information for fish consumers (en ligne). c2007 [cité le 31 juillet 2008]. http://oehha.ca.gov/fish/hg/index.html

4. Dumont C. Ecological Monitoring and Assessment Network. Environment Canada. Mercury and Health: the James Bay Cree Experience. Actes de l'atelier sur le mercure au Canada, 1995 29-30 sept. 1995; Burlington: Ecological Monitoring Coordinating Office; 1995.

5. United States Environmental Protection Agency. Mercury: human exposure (en ligne). c2008 [cité le 18 déc. 2008]. www.epa.gov/mercury/exposure.htm

6. Ginty MM. On Earth Day, women battle rising mercury hazards [sérial en ligne], 2005 [cité le 18 déc. 2008]. www.womensenews.org/article.cfm/dyn/aid/2266

7. National Academy of Sciences. EPA's methyl mercury guideline is scientifically justifiable for protecting most Americans, but some may be at risk [communiqué de presse]. c2000 [cité le 29 juillet 2008]. www8.nationalacademies.org/onpinews/newsitem.aspx?recordid = 9899

8. Roe A. Fishing for identity: mercury contamination and fish consumption among indigenous groups in the United States. Bull Sci Technol Soc. 2003;23:369.

9. Eilperin J. Women in coastal areas are found to have higher mercury levels. Washington Post, 23 sept. 2005;A03.

10. Wood ME, Trip L. L'examen des avis sur la consommation des poissons liés à la contamination au mercure au Canada. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2004.

11. Xue F, Holzman C, Hossein Rahbar M, Trosko K, Fischer L. Maternal fish consumption, mercury levels, and risk of preterm delivery. Environ Health Perspect. 2007;115:42.

Chapitre cinq :

Reconnaître l'importance du genre

Les études de cas et les commentaires du chapitre quatre étaient regroupés pour mettre en lumière l'importance de considérer le sexe comme un déterminant de la santé et de comprendre son lien avec les autres déterminants. Le matériel du chapitre cinq a été organisé de manière à illustrer les différences existant entre le sexe et le genre et à faire ressortir en quoi l'analyse du genre est critique à l'amélioration de la science, des politiques, de la planification ainsi qu'à une meilleure santé pour tous.

Dans l'étude de cas sur les temps d'attente pour le remplacement d'une hanche ou d'un genou, on explore les facteurs biologiques qui accroissent le besoin d'intervention chez les femmes par rapport aux hommes ainsi que les facteurs sociaux qui engendrent un temps d'attente plus long pour les femmes et les hommes. De même, les auteures de l'étude de cas sur la santé cardiovasculaire décrivent comment le sexe et le genre interagissent pour augmenter le risque de maladies cardiovasculaires chez les femmes. Le commentaire sur la consommation et la production de viande pose également des questions importantes sur les croisements du sexe et du genre.

Les autres études de cas et commentaires dans ce chapitre se concentrent davantage sur le rôle du genre dans l'état de santé, l'accès aux soins de santé et la prestation des services de santé. Que les prestataires de soins soient rémunérés ou non, qu'ils travaillent à la maison, dans des établissements de soins de santé ou en première ligne lors de désastres et d'urgences, ils sont touchés par les rôles, les attentes et les stéréotypes liés au genre. Dans l'étude de cas sur la prestation de soins non rémunérée, par exemple, on examine comment les stéréotypes, les rôles et les attentes liés au genre exercent des pressions sur les femmes pour qu'elles assument des rôles de soins, souvent au détriment de leur propre santé et de leur sécurité économique. Le commentaire sur l'assurance-maladie privée permet de mieux comprendre les effets du genre sur la prestation des soins et l'accès aux soins. L'étude de cas sur la préparation aux situations d'urgence et à la gestion des catastrophes met en lumière les mécanismes des stéréotypes de genre à chaque étape, de la planification à la préparation, l'atténuation et le rétablissement, et précise que ces préjugés peuvent empêcher les hommes et les femmes de donner et de recevoir une aide optimale lors d'une catastrophe.

Enfin, l'étude de cas sur la chirurgie de remplacement de la hanche et du genou constitue aussi un exemple extraordinaire de la nature itérative de l'analyse des influences du genre et du sexe. Alors que les auteures approfondissaient l'analyse des temps d'attente pour l'arthroplastie totale articulaire, elles se sont retrouvées à emprunter de nouvelles voies imprévues qui ont mené finalement à une riche et solide analyse des mécanismes et des effets du sexe et du genre.

Sexe et genre, hanches et genoux : Une analyse des influences du genre et du sexe dans le domaine de l'arthroplastie totale d'une articulation

par Beth Jackson, Ann Pederson, et Madeline Boscoe

Introduction

Au cours des deux dernières décennies, le nombre de demandes adressées au réseau de santé et les coûts inhérents à la prestation de soins ont grimpé en flèche. Comme de nombreux autres pays dans le monde, le Canada a donc dû mettre en place une série de réformes dans le domaine de la santé, allant de la restructuration administrative au retrait de certains services du système de santé financé par le gouvernement. Par ailleurs, la multiplication de délais de plus en plus longs imposés pour accéder à des soins et à des services – connu sous le terme de « temps d'attente » – continue de miner le système de santé. En 2004, les premiers ministres provinciaux et territoriaux du Canada ont élaboré une stratégie de réduction des temps d'attente dans le cadre du Plan décennal pour consolider les soins de santé.[1] Cette stratégie prévoyait un Fonds pour la réduction des temps d'attente et la nomination de Brian Postl au poste de conseiller fédéral sur les temps d'attente.

À l'automne 2005, le conseiller fédéral a convié un groupe de travail composé de représentantes des quatre Centres d'excellence pour la santé des femmes et du Réseau canadien pour la santé des femmes pour effectuer une analyse des influences du genre et du sexe (AIGS) dans le cadre du rapport qu'il préparait. Nous avons choisi de nous pencher sur la question de l'arthroplastie totale articulaire (ATA) – le remplacement chirurgical de la hanche et du genou – puisque les premiers ministres avaient identifié ce dossier comme une question prioritaire nécessitant une action. Notre objectif était d'illustrer de façon plus exhaustive la valeur de l'AIGS dans le cadre d'une étude des problématiques liées aux temps d'attente et dans le cadre de l'élaboration de politiques en matière de santé. Le Dr Postl a mis notre AIGS en annexe dans son rapport final [2], qu'il a remis en juin 2006.

Cette étude de cas a pour but d'illustrer l'analyse des influences du genre et du sexe comme processus qui nécessite un apport de certaines questions. Ces dernières jettent un éclairage sur les hypothèses, les données probantes et les interprétations d'un enjeu, qui peut susciter une vision différente d'un problème ou des solutions possibles.

Matière à réflexion

L'analyse des influences du genre et du sexe exige l'apport de « nouvelles questions » qui prennent en compte les différences possibles entre les femmes et les hommes et au sein de ces deux populations.

Voici quelques questions proposées dans le cadre d'une AIGS, lesquelles peuvent jeter un éclairage différent sur la question des temps d'attente :

- Dans quel cadre s'inscrit le problème des temps d'attente?
- Comment définit et mesure-t-on les temps d'attente?
- Comment évalue-t-on l'état de santé en question?
- Les outils d'évaluation sont-ils valides pour les femmes et les hommes de divers lieux géographiques?
- Les données sont-elles désagrégées selon le sexe biologique et selon divers milieux sociaux?

Les temps d'attente : un problème

Dans le Canada d'aujourd'hui, le problème des temps d'attente s'inscrit dans le cadre d'une préoccupation croissante quant à l'état du système de santé. Il existe aussi une inquiétude croissante quant aux importants coûts individuels, sociaux et économiques et quant aux implications en matière d'équité. Cette inquiétude génère également une baisse de confiance envers le système de

santé. Nombre de bénéficiaires, de professionnels de la santé et de directrices et directeurs s'entendent sur le fait que les temps d'attente augmentent. Les médias renforcent cette perception en signalant des cas d'attente extrêmes. Bien que les temps d'attente pour certaines procédures aient augmenté, des données probantes publiées par Statistique Canada et certaines données provinciales suggèrent que dans l'ensemble, les temps d'attente pour les chirurgies non urgentes et les services de diagnostics d'importance, comme les examens IRM, sont stables depuis les dernières années (entre 2001 et 2005) [3].

Définir la problématique et les termes

Les discussions concernant les temps d'attente sont compliquées par le fait que les milieux de la recherche et de l'élaboration des politiques de toutes les juridictions utilisent diverses définitions du terme « temps d'attente » – le temps qui s'écoule « entre le moment où on démarre le chronomètre et le moment où on l'arrête » – et diverses approches pour le mesurer. Certains affirment que l'attente commence le jour où une patiente ou un patient est aiguillé par son médecin généraliste. D'autres considèrent que le chronomètre démarre à partir du moment où une ou un spécialiste décide de prescrire un traitement précis, et d'autres à partir du moment où la patiente ou le patient est mis sur une liste d'attente.

En date de décembre 2005, faute d'un consensus concernant la définition du terme « temps d'attente », une définition unique a été choisie pour évaluer cette attente et tenter d'apporter des changements à ce chapitre. Par conséquent, le ministre fédéral et les ministres provinciaux et territoriaux ont décidé que le temps d'attente commençait au moment où une ou un médecin, ou une ou un spécialiste émettait une ordonnance pour un service (comme un test ou une procédure chirurgicale) et prenait fin lorsque la patiente ou le patient commençait à bénéficier de ce service. Dans le cas d'une ATA, une ou un spécialiste fixe la date de la chirurgie. Le temps chronométré commence donc au moment où la date est fixée et s'arrête lorsque la patiente ou le patient subit la chirurgie.

Bien que cette décision ait peut-être été nécessaire, la définition d'un temps d'attente – comme c'est le cas pour d'autres définitions antérieures ou actuelles – exclut des parties importantes et significatives du « périple » que la patiente ou le patient entreprend au sein du réseau de santé. Dans le processus, la définition exclut aussi des éléments importants de l'attente qui comptent pour la patiente ou le patient, et pour le réseau de santé. Lorsque nous prenons en compte le sexe et le genre et que nous examinons plus attentivement tout le périple de la ou du bénéficiaire, nous constatons que les femmes passent énormément de temps à « attendre pour attendre ». En d'autres termes, elles commencent à rechercher des soins bien avant que le chronomètre ne soit activé, mais les listes d'attente contiennent peu de noms de femmes en raison de la façon dont celles-ci sont traitées par le personnel soignant et du fait que les données afférentes au temps d'attente sont rarement classées selon le sexe. Par conséquent, notre processus d'AIGS nous a ramenées à la documentation de recherche pour cerner les besoins d'ATA, les expériences des deux sexes et les effets de l'attente sur les femmes et les hommes, dont le lien entre cette attente et les rôles sexuels sociaux, comme la prestation de soins.

Les temps d'attente et l'ATA

La question des chirurgies de remplacement de la hanche et du genou a fait l'objet de nombreuses discussions dans le cadre du débat sur les temps d'attente, à cause en partie de l'augmentation de la demande pour ce type d'intervention au Canada. Entre 1995 et 2002, le nombre de remplacements de la hanche a augmenté de 19 pour cent et le nombre de remplacements du genou de 62 pour cent [4]. L'intervention doit être exécutée dans les plus brefs délais puisque les coûts de l'opération sont moins élevés lorsque l'articulation est moins endommagée. Tout retard d'une chirurgie de remplacement de la hanche ou du genou peut aussi engendrer d'autres problèmes de santé. Nous savons que les besoins des femmes et des hommes diffèrent pour ce qui est du nombre d'incidences, de la façon d'être diagnostiquées et diagnostiqués et de l'aiguillage vers un traitement. Il existe aussi des différences pour ce qui est des types de soutien offert aux femmes et aux hommes, avant et après la chirurgie. Des disparités sexuelles ont également été relevées pour ce qui est des responsabilités en tant que pourvoyeuses et pourvoyeurs de la famille ou en tant que personnes dispensant des soins à ses membres, une situation qui influe sur les possibilités de se retrouver sur une liste d'attente et sur le vécu de la personne en attente de traitement. De plus, certains facteurs indépendants du sexe biologique – comme le revenu, le niveau de scolarité et la race – ont aussi un impact sur l'attente de soins et il importait d'en tenir compte dans notre analyse.

L'analyse des influences du genre et du sexe appliquée à l'ATA

L'application de l'analyse des influences du genre et du sexe à l'étude des temps d'attente pour une arthroplastie totale de la hanche et du genou nous guidera dans l'interprétation des données probantes existantes dans ce créneau. Il serait tentant d'analyser les écarts entre les femmes et les hommes en matière de temps d'attente relatifs au remplacement de la hanche ou du genou en se penchant tout simplement sur les données de listes d'attente, en les désagrégeant selon le sexe et en constatant les écarts entre les femmes et les hommes quant au temps d'attente. Toutefois, une telle démarche passerait sous silence un facteur important, notamment le parcours que les femmes et les hommes font pour aboutir sur une liste d'attente ainsi que l'impact de l'attente dans la vie de chacune et chacun. Donc, cette analyse des influences du genre et du sexe commence d'abord en examinant la situation sous-jacente qui mène à une « demande » d'ATA.

Qui développe des troubles d'arthrite?

L'arthrite est l'une des maladies chroniques les plus répandues au Canada et l'une des principales causes de handicaps et de douleurs à long terme qui mènent à l'augmentation des demandes de soins adressées au système de santé. La plupart des remplacements de la hanche et du genou découlent de cette affection sous-jacente. Le taux d'ostéoarthrite est environ deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes [5] et les causes de cette maladie diffèrent selon le sexe et le genre. Notamment, les femmes et les hommes affichent des taux d'occurrence corrélée différents et mènent des activités différentes qui constituent des prédicateurs d'ostéoarthrite (p. ex. des blessures antérieures aux genoux, l'obligation de s'agenouiller ou de s'accroupir dans le cadre d'un emploi) [6]. Puisque le taux d'ostéoarthrite est plus élevé chez les femmes, il serait logique de penser que le monde de la recherche se serait penché sur l'impact

de l'activité physique et de l'exposition à des postures et des gestes délétères en milieu de travail dans le but de cerner le vécu des femmes à ce chapitre. Bien au contraire, les recherches portent principalement sur les hommes, notamment sur les anciens athlètes et sur les domaines d'emploi « masculins », comme l'agriculture, la foresterie, les pêcheries et les transports [6,7]. Il existe donc une importante lacune en matière de données probantes.

Il existe également des différences quant à la prévalence de l'arthrite qui sont liées à la classe sociale, la race, l'état civil et la participation au marché du travail. Par exemple, les taux d'arthrite sont plus élevés chez les personnes à plus faible revenu et moins scolarisées [5]. L'arthrite est aussi la maladie chronique la plus répandue chez les populations autochtones canadiennes. Ces nations affichent un taux de 10 pour cent supérieur à celui recensé chez les Canadiennes et Canadiens non autochtones [8]. Les Autochtones canadiennes et canadiens ont signalé l'arthrite comme l'un des cinq plus importants problèmes de santé dans leurs communautés [8]. Aux États-Unis, les recherches indiquent que les Afro-américaines affichent des taux d'ostéoarthrite au genou supérieurs comparativement aux Caucasiennes [9].

Les besoins dispensés aux femmes et aux hommes relativement à l'ATA sont-ils différents?

Une étude canadienne menée auprès de la population estime que le besoin potentiel d'ATA est deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes en raison de la plus grande prévalence d'arthrite de la hanche et du genou chez la population féminine [10]. En comparaison avec les hommes, les femmes éprouvent plus de douleurs arthritiques, sont plus à risque de développer un handicap et d'avoir besoin d'aide dans les activités quotidiennes. Par ailleurs, elles sont moins nombreuses à bénéficier d'une aide non rémunérée (d'abord, parce qu'elles sont plus nombreuses à vivre seules) [10,11]. Selon la même étude, on ne recourt pas à l'ATA aussi souvent qu'il serait souhaitable, tant chez les hommes que chez les femmes, mais le degré de sous-recours est trois fois plus élevé chez les femmes [10].

Puisqu'une intervention précoce dans le cours de la maladie d'ostéoarthrite de la hanche et du genou mène à des résultats postopératoires supérieurs, les auteures ont conclu « qu'un sous-recours à l'arthroplastie peut occasionner au système de santé des coûts directs importants et causer à la société des coûts indirects, et qu'une plus grande partie de ces coûts sont occasionnés par un sous-recours de cette intervention chez les femmes » [10,p.1020].

Pourquoi n'y a-t-il pas plus de femmes qui subissent de chirurgies de remplacement de la hanche et du genou?

Comment pouvons-nous expliquer le sous-recours à l'ATA chez les femmes? Dans le cadre de notre analyse, nous nous sommes penchées sur trois questions : (1) Comment les femmes et les hommes sont-ils diagnostiqués? (2) Comment les femmes et les hommes signalent-ils les symptômes ET comment le personnel clinicien décide-t-il du traitement? (3) Comment les patientes et les patients

prennent-ils des décisions en matière de traitement? Tous ces facteurs peuvent exercer un « effet en amont » qui influera sur les listes d'attente et déterminera si une personne aboutit ou non sur une telle liste.

L'analyse des influences du genre et du sexe peut révéler les limites importantes de certains outils de mesure dits « objectifs » et révéler un besoin d'obtenir des données plus fiables et plus équitables. Par exemple, les dommages causés à la hanche et au genou sont souvent évalués à l'aide d'images radiographiques, par exemple des radiographies. Ces images sont jugées objectives. Notamment, nous croyons qu'elles mesurent la gravité des dommages ou l'évolution de la maladie de façon précise, sans égard au sexe de la personne qui subit l'examen (selon la croyance générale, il n'y a pas de différences entre les deux sexes pour ce qui est des articulations). En effet, les radiographies ne révèleront peut-être pas les effets distincts de l'arthrite chez les femmes et les hommes. Une étude effectuée auprès de patientes et de patients en attente d'un remplacement du genou a révélé que les femmes souffraient d'une plus grande perte de capacités et qu'elles étaient plus souvent handicapées que les hommes, bien que les images radiographiques montraient une détérioration de l'articulation similaire [12].

Avec la permission de Femmes et réforme du système de santé

Les résultats de telles études suggèrent que les aiguillages pour des ATA et la gestion des listes d'attente axée sur le recours à l'outil « objectif » qu'est l'imagerie radiographique peut créer des iniquités entre les sexes, puisque cet outil sous-estime la sévérité de la maladie et l'urgence du besoin d'une chirurgie chez les femmes. Les femmes dont la gravité du cas est sous-estimée ne seront pas placées sur une liste d'attente pour une chirurgie. Selon certaines chercheuses et chercheurs, la décision d'aiguiller une personne vers une chirurgie plutôt que vers des examens radiographiques pour cerner l'ampleur de la détérioration doit reposer sur les symptômes qu'éprouve la patiente ou le patient et sur ses perceptions relatives à la perte de capacités et sa tolérance à la douleur [11]. Cette recommandation élargit les paramètres

Clow, Pederson, Haworth-Brockman, et Bernier (2009)

définissant ce qui compte comme données probantes dans le cadre d'une prise de décision. Il se peut que ces données probantes soient plus sensibles aux différences de sexe et de genre.

Dans un même temps, d'importantes données probantes suggèrent que les médecins font plus d'erreurs de diagnostic et choisissent des options de traitement moins agressives lorsqu'ils traitent des femmes. Hawker et al. ont constaté que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à demander des soins pour cause d'arthrite, mais les femmes qui présentent un besoin potentiel d'ATA ont moins tendance que les hommes à affirmer qu'elles discuteraient d'une telle intervention avec un médecin [10]. Les médecins peuvent aussi détenir certaines croyances concernant les risques d'une ATA, les indications confirmant le besoin d'un tel traitement et les résultats escomptés, croyances qui les amènent à conclure que cette intervention convient moins aux femmes qu'aux hommes [10]. Par exemple, les médecins peuvent conclure que l'urgence d'une telle chirurgie est moindre pour les femmes parce que selon eux, elles sont moins nombreuses à participer au marché du travail. Si le besoin est perçu comme non urgent, ils auront moins tendance à aiguiller les femmes vers un spécialiste ou les référeront à un chirurgien qu'après une longue période de souffrances et d'incapacité.

En dernier lieu, des préoccupations quant à l'absence d'un soutien post-opératoire peuvent augmenter dès le début la réticence qu'éprouve une personne concernant la possibilité de subir une ATA. Par conséquent, les décisions que peuvent prendre les personnes touchées peuvent influer sur le recours à l'ATA chez les femmes et les hommes [13]. Puisque les femmes âgées sont plus nombreuses que les hommes âgés à vivre avec des ressources limitées, il se peut qu'elles ne puissent se permettre des services de soins. De plus, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à prendre soin d'une personne de leur entourage. Elles sont donc occupées *à dispenser* un soutien plutôt que d'en recevoir [14].

Implications

Les objectifs sur la réduction des temps d'attente mis de l'avant dans les politiques sont louables et incluent : la diminution des souffrances, l'amélioration de la qualité de vie, la réduction des coûts soutenus par le système de santé en traitant les personnes à un stade plus précoce de la maladie et la mise en place d'un mode de fonctionnement équitable au sein du réseau de santé, qui offre « un accès à des soins en fonction de priorités axées sur les besoins et les bienfaits potentiels » [15,p.171]. Toutefois, ces objectifs ne peuvent pas être atteints si les personnes dont les besoins sont les plus grands – les femmes – ne sont pas reconnues comme telles et n'aboutissent jamais sur la liste d'attente.

Le Conseil canadien de la santé reconnaît que « l'une des tâches les plus difficiles qui incombent aux directrices et directeurs des services de santé est d'évaluer avec précision la demande et les besoins réels ». Le Conseil « soutient les efforts continus pour cerner les besoins réels. » Par ailleurs, cette instance recommande « d'accepter les tendances d'utilisation historiques comme la meilleure estimation des besoins actuels » [16,p.7]. Cette approche est de toute évidence minée. En ce qui a trait à l'ATA, elle continue de masquer le taux supérieur de besoins chez les femmes et leur taux supérieur de sous-recours à ce type de chirurgie. Cette recommandation illustre clairement comment l'élaboration de politiques sur les temps d'attente effectuée *sans* l'intégration d'une analyse des influences du genre

et du sexe peut déformer les objectifs d'une meilleure gestion desdits temps d'attente. En fait, l'absence d'une telle analyse peut provoquer une *aggravation* des iniquités en matière de santé. La mesure des temps d'attente doit prendre en compte les réalités distinctes que vivent les femmes et les hommes dans le cadre de leur périple au sein du système. Le personnel clinicien doit comprendre davantage les contextes de vie des femmes et des hommes pour pouvoir évaluer de façon plus équitable leurs symptômes et leurs besoins (tant avant qu'après l'intervention). Des outils de diagnostic et d'aiguillage sensibles au genre doivent également être élaborés et mis en place pour assurer l'accès des femmes et des hommes aux interventions médicales requises. Ces efforts mèneront peut-être à l'intégration d'un plus grand nombre de femmes dans les listes d'attente pour des interventions chirurgicales, l'allégement du fardeau financier que porte le système et la diminution des coûts sociaux à long terme.

Les femmes « attendent pour attendre »

Cette analyse des influences du genre et du sexe indique que le taux d'ostéoarthrite est deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes, que les femmes éprouvent plus de douleurs arthritiques et qu'elles risquent davantage d'être handicapées et d'avoir besoin d'aide pour accomplir leurs activités quotidiennes. Les femmes sont moins nombreuses à bénéficier d'une aide rémunérée, comparativement aux hommes. Malgré une prévalence et un taux de handicaps supérieur chez les femmes, celles-ci ont moins tendance à discuter d'ATA avec leur médecin. Par conséquent, les femmes sont moins nombreuses à bénéficier d'un aiguillage, ou elles sont aiguillées vers des services chirurgicaux orthopédiques après une plus longue période. Les femmes atteintes d'ostéoarthrite de la hanche ou du genou passent donc beaucoup de temps à « attendre pour attendre ».

Dans un même temps, l'analyse des influences du genre et du sexe contribue à une plus grande compréhension de la problématique des temps d'attente en nous invitant à approfondir notre étude du sujet. Elle met en évidence des éléments importants relatifs à l'attente qui ne sont pas inclus dans les données officielles sur les temps d'attente et nous aide à cerner les limites des politiques et des approches existantes. Puisque le temps d'attente est défini comme le temps entre la prise d'un rendez-vous et la prestation d'une procédure, le temps supplémentaire que les femmes attendent est assurément occulté.

Références bibliographique

1. Health Canada. 10-year plan to strengthen health care. [internet]. c2004 [cité 2009 12 jan] www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php

2. Postl BD. Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente. Ottawa : Santé Canada; 2006.

3. Institut canadien d'information sur la santé. Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé; 2006.

4. Institut canadien d'information sur la santé. 2006. Tableau 1. Nombre total de remplacements de la hanche et du genou, 2001–2002 comparé à 1994–1995 et 2000–2001 (en ligne). c2006 [cité le 30 mars 2006]. http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/media_25oct2006_tab1_f.html

5. Badley EM, Kasman NM. The impact of arthritis on Canadian women. BMC Women's Health. 2004;4(sup.1):S18-27.

6. Cooper C, Coggon D. Physical activity and knee osteoarthritis. Lancet. 1999;353:2177-78.

7. Manninen P, Heliovaara M, Riihimaki H, Suoma-Iainen O. Physical workload and the risk of severe knee osteoarthritis. Scand J Work Environ Health. 2002;28(1):25-32.

8. Santé Canada. L'arthrite au Canada : une bataille à gagner. Ottawa : Santé Canada; 2003.

9. Sowers M, Lachance ML, Hochberg M, Jamadar D. Radiographically defined osteoarthritis of the hand and knee in young and middle-aged African American and Caucasian women. Osteoarthritis Cartilage. 2000;8(2):69-77.

10. Hawker GA, Wright JG, Coyte PC, Williams JI, Harvey B, Glazier R. et al. Differences between men and women in the rate of use of hip and knee arthroplasty. N Engl J Med. 2000;342(14):1016-21.

11. Ethgen O, Bruyere O, Richy F, Dardennes C, Reginster J-Y. Health-related quality of life in total hip and total knee arthroplasty. J Bone Joint Surg. 2004;86A(5):963-74.

12. Pagura SMC, Thomas SG, Woodhouse LJ, Ezzat S. Women awaiting knee replacement have reduced function and growth hormone. Clin Orthop Relat Res. 2003;415:202-13.

13. Hudak PL, Clark JP, Hawker GA, Coyte PC, Mahomed NN, Kreder HJ. et al. "You're perfect for the procedure! Why don't you want it?": elderly arthritis patients' unwillingness to consider total joint arthroplasty surgery: a qualitative study. Med Decis Making. 2002;22:272-8.

14.Clark JP, Hudak PL, Hawker GA, Coyte PC, Mahomed NN, Kreder HJ. et al. The moving target: a qualitative study of elderly patients' decision-making regarding total joint replacement surgery. J Bone Joint Surg. 2004;86(7):1366-74.

15. Pitt DF, Noseworthy T, Guilbert J, Williams JR. Waiting lists: management, legalities and ethics. Can J Surg. 2003;46(3):170-5.

16. Conseil canadien de la santé. 10 steps to a common framework for reporting on wait times. Toronto: Conseil canadien de la santé; 2005.

Influence du genre et du sexe sur la santé cardiovasculaire des femmes

par Lorraine Greaves, Ann Pederson et Natalie Hemsing

Introduction

Une étude récente réalisée par Raymond Fang [1] a démontré que l'espérance de vie des femmes en Colombie-Britannique (C.-B.) connaît un recul relativement à celle des hommes de la province ainsi qu'à celle des femmes et des hommes d'autres pays à revenu élevé. Également, les taux de mortalité des femmes attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire (MAC) et aux cardiopathies ischémiques (CI) diminuent moins rapidement en C.-B. que ceux des hommes pour les mêmes affections. Bien que le taux de mortalité des femmes de la C.-B. attribuable aux MAC soit moins élevé que celui des femmes canadiennes en général, la prévalence de ce type d'affection chez les femmes de cette province décroît à un rythme inférieur à ce qu'on observe chez les autres femmes au Canada. Compte tenu du fardeau des maladies cardiovasculaires chez les Britanno-Colombiennes ainsi que de la volonté de réduire ce fardeau, la présente étude de cas se penche sur les éléments de l'influence du genre et du sexe, qu'on sait être des facteurs en jeu dans les maladies cardiovasculaires chez les femmes, de même que sur les initiatives stratégiques qui peuvent être entreprises pour améliorer la santé cardiovasculaire des femmes.

Examen des données

Afin de contribuer à l'élaboration d'une intervention éclairée visant à réduire le nombre des maladies cardiovasculaires chez les femmes en C.-B., nous avons réalisé un examen des données sur la prévention, le traitement et les enjeux stratégiques qui touchent les femmes et sont en lien avec les maladies cardiovasculaires [2].

L'équipe de recherche du Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes a effectué une recherche documentaire approfondie ciblant les écrits publiés principalement entre 2000 et 2007 au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie, dans les bases de données suivantes : EMBase, PubMed, Academic Search Premier, les revues Cochrane, Elsevier, Ovid et Contemporary Women's Issues. Durant cette recherche, nous avons utilisé différents termes clés renvoyant notamment aux sujets suivants : la santé cardiovasculaire, les maladies cardiovasculaires (tous les types pris séparément, notamment les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux et les maladies vasculaires), le sexe, les femmes, le genre, l'ethnicité, l'obésité, l'hypertension, le diabète, le tabagisme, l'âge, la race, le statut socio-économique, les facteurs psychosociaux et le stress. Notre recherche documentaire nous a permis de cerner 350 articles pertinents, dont 149 sur la prévention et la promotion de la santé, 133 sur le diagnostic et le traitement (nous n'aborderons pas ces articles dans le présent document) et 53 sur les enjeux stratégiques. Les 15 autres articles, qui comprenaient des commentaires et des tours d'horizon sur le sujet, ont été retenus en raison des renseignements généraux qu'ils comportaient sur la santé cardiovasculaire des femmes. Tous les articles trouvés ont ensuite fait l'objet

Définition des termes :

Maladies cardiovasculaires : Éventail de maladies touchant le cœur lui-même ou le réseau de vaisseaux sanguins menant au cœur ou partant de celui-ci.

Maladies de l'appareil circulatoire (MAC) : Maladies touchant l'appareil qui assure le transport du sang dans l'ensemble du corps.

Coronaropathie ou insuffisance coronaire : Accumulation de plaques sur les parois intérieures des artères alimentant le cœur, ce qui entraîne des obstructions complètes ou partielles.

Angine de poitrine : Douleur thoracique.

Infarctus du myocarde (IM) : Crise cardiaque.

Cardiopathie ischémique (CI) : Maladie cardiovasculaire caractérisée par une diminution de l'alimentation en sang des organes.

Hypertension : Pression artérielle élevée.

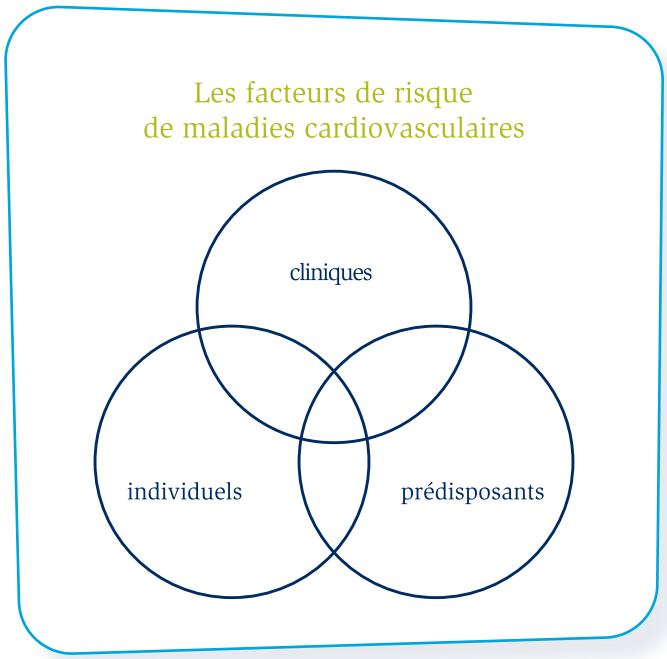
Insuffisance cardiaque congestive (ICC) : Insuffisance provoquée par tout trouble empêchant le cœur de se remplir de sang ou de pomper le sang dans l'ensemble du corps.

Espérance de vie : Nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre, déterminé en fonction de la longévité moyenne d'une population.

Longévité : Âge moyen atteint par les membres d'une population.

d'un dépouillement et d'une analyse portant sur les questions rattachées au sexe, au genre et à la diversité en lien avec la santé cardiovasculaire des femmes.

La majorité des données examinées portait principalement sur la santé et les maladies cardiovasculaires des femmes aux États-Unis; peu de données provenaient du Canada. Par conséquent, tandis que certaines constatations, comme celles portant sur les facteurs de risque physiologiques, sont applicables au contexte canadien, certaines autres, comme celles portant sur les enjeux stratégiques, pourraient être moins pertinentes en raison des différences relatives aux contextes politique, social et démographique.



Que savons-nous des causes des maladies cardiovasculaires?

Les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires peuvent être regroupés en trois grandes catégories : les facteurs prédisposants, les facteurs cliniques et les facteurs individuels. Les facteurs de risque prédisposants comprennent les facteurs qui sont programmés dans le corps, comme les prédispositions génétiques ou l'influence hormonale. Les facteurs de risque cliniques correspondent aux conditions physiologiques qui peuvent être évaluées et mesurées en clinique et qui, à certains niveaux, sont associées à une augmentation du risque de maladie ou de mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires. Une tension artérielle élevée est un bon exemple de facteur de risque clinique des maladies cardiovasculaires. Les facteurs de risque individuels sont les facteurs qu'il est possible de modifier en effectuant des changements dans le comportement ou les habitudes de vie, comme le tabagisme ou le niveau d'activité physique. Ces trois types de facteur de risque se chevauchent généralement au cours de la vie d'une femme et sont également soumis à l'influence d'autres facteurs de nature sociale, économique ou environnementale, ces derniers facteurs pouvant contribuer à améliorer ou à dégrader la santé cardiovasculaire.

Les risques de développer une maladie cardiovasculaire sont-ils les mêmes chez les femmes et les hommes?

À l'exception de l'état hormonal découlant des changements dans les hormones sexuelles féminines qui se produisent durant la ménopause, aucun facteur de risque ne touche *que* les femmes ou *que* les hommes, quoique certains aient un effet plus prononcé chez les femmes [3, 4]. Les facteurs ayant un effet plus prononcé sont le taux de lipide, la dépression, le diabète, le tabagisme, les antécédents familiaux et l'inflammation [4, 5]. Les femmes sont également exposées à des facteurs particuliers rattachés à des conditions propres au sexe ou à certaines étapes du cycle de la vie qui accroissent leur risque de développer une maladie cardiovasculaire, notamment les modifications du bilan lipidique causées par la grossesse et la ménopause ainsi que l'utilisation d'hormones exogènes [6].

COMMENTAIRE

Pourquoi la question de l'assurance-maladie privée est-elle un enjeu lié au genre?

par Alison Jenkins

Les Canadiennes et les Canadiens sont fiers, et avec raison, du système d'assurance-maladie en vigueur au Canada, lequel est financé à même les fonds publics et conçu pour être accessible à toute la population. Il faut tout de même avouer que ce système fait présentement face à plusieurs problématiques. En plus des pénuries de personnel soignant et des controverses entourant la question des temps d'attente pour obtenir des soins à la suite d'aiguillages, les services de soins dentaires et ophtalmologiques, les médicaments et les programmes de réadaptation ne sont aucunement couverts par l'assurance-maladie publique. Par conséquent, les personnes nécessitant de tels services doivent payer de leur poche. Les frais des soins médicaux non couverts par l'assurance-maladie pouvant être élevés, nombre de compagnies d'assurances offrent des régimes d'assurance-maladie privés. Selon les lois en vigueur dans la plupart des provinces, ces régimes privés de ne peuvent offrir que les services qui ne sont pas offerts par l'assurance-maladie publique. Des assurances privées sont, dans la plupart des cas, offertes par la voie de régimes d'assurance collective auxquels contribuent certains employeurs, par le truchement d'un assureur pour compte de tiers, comme la Croix Bleue. Selon des estimations établies pour 2000, 65 pour cent de la population canadienne bénéficiait de ce type d'assurance-maladie privée [1].

Le rôle approprié des régimes d'assurance-maladie privés fait présentement l'objet d'un intense débat politique, juridique et économique. Malheureusement, il existe peu d'études sur les implications de ce type d'assurances sur le plan sexospécifique. La majorité des personnes qui nécessitent des soins de santé et les dispensent, avec ou sans rémunération, sont des femmes. Celles-ci sont donc particulièrement touchées par les décisions portant sur le rôle des régimes d'assurance privés.

Certains plaident en faveur de régimes privés qui incluraient une protection parallèle pour des services déjà fournis par l'assurance-maladie publique en affirmant que cette voie offrirait des solutions de rechange qui réduiraient la pression exercée sur le système public. Toutefois, les données probantes à l'échelle internationale contredisent cette position. Dans les pays où la population peut « choisir une autre voie » que celle du système d'assurance-maladie public, l'impact de l'assurance-maladie privée est très évident : perte de ressources, disparition de services et une charge de soins plus grande remise aux personnes soignantes non rémunérées, dont la plupart sont des femmes. Par ailleurs, même dans les

Les facteurs de risque peuvent être influencés par le sexe ou le genre, ou par les deux. Le tabagisme offre à ce titre une excellente illustration de la différence entre l'influence du sexe et du genre sur la santé cardiovasculaire des femmes et sur celle des hommes. Par exemple, étant donné que l'usage du tabac nuit à la production et à l'utilisation d'œstrogènes, les femmes qui fument risquent de perdre une défense naturelle contre les maladies cardiovasculaires, ce qui les expose à un risque beaucoup plus élevé que les hommes. Les recherches ont en outre démontré que le tabagisme constitue un facteur de risque de crise cardiaque – infarctus du myocarde (IM) – plus important chez les femmes que chez les hommes; le risque relatif est d'environ 50 % plus élevé chez les fumeuses que chez les fumeurs [7].

Par ailleurs, les spécificités du genre en ce qui a trait à l'usage du tabac chez les femmes exposent également ces dernières à un risque plus élevé. Par exemple, les femmes étant plus enclines à fumer dans le but de les aider à faire face au stress [8], elles ont plus de difficulté à abandonner le tabagisme et ont par conséquent besoin d'un soutien social plus important que les hommes [7]. De plus, contrairement aux tendances historiques [8], le taux de tabagisme chez les femmes est plus susceptible de rejoindre ou même de dépasser celui des hommes, ce qui accroît davantage le risque chez les femmes de développer une maladie cardiovasculaire.

Les risques de développer une maladie cardiovasculaire sont-ils les mêmes au sein des différents groupes de femmes?

Les risques de maladie cardiovasculaire varient selon les groupes de femmes. Les diverses sous-populations de femmes sont exposées à des risques distincts pour la santé selon leurs différences sur les plans biologique, social, historique et économique. Notamment, les femmes de couleur, à faible revenu et appartenant à une minorité ethnique sont parmi celles qui sont le plus à risque de développer une maladie cardiovasculaire et qui rencontrent le plus grand nombre d'obstacles en ce qui a trait aux soins de santé préventifs. Au Canada, par exemple, les femmes autochtones présentent

en moyenne un revenu annuel de ménage ainsi qu'un niveau de scolarisation et d'emploi inférieurs aux Canadiennes de descendance européenne, et on observe au sein de cette sous-population des taux de facteurs de risque (comme le tabagisme et l'obésité) et de maladies cardiovasculaires plus importants que chez les Canadiennes de descendance européenne [9]. Les changements historiques qui se sont produits dans les habitudes alimentaires et le niveau d'activité physique des Autochtones ont probablement eu une influence sur le taux d'obésité plus élevé au sein de cette tranche de la population, en particulier le taux d'obésité abdominale, un facteur de risque connu de maladies cardiovasculaires [9]. Dans le même ordre d'idée, des études réalisées aux États-Unis ont démontré que les femmes noires et autochtones sont les plus susceptibles de présenter des facteurs de risque multiples de maladies cardiovasculaires, alors que les femmes d'origine asiatique sont les moins susceptibles de présenter de tels facteurs de risque [10,11]. D'autres études ont constaté que les femmes noires aux États-Unis présentent plus de facteurs de risque que les autres et qu'elles constituent la sous-population de femmes dont le taux de morbidité et de mortalité causées par la coronaropathie est le plus élevé, suivie des femmes hispaniques et des femmes blanches [6, 12-14]. Il est nécessaire d'effectuer davantage de recherche pour établir clairement les raisons de ces tendances.

Des travaux de recherche ont démontré que les femmes qui sont peu scolarisées, ont un faible revenu et ont difficilement accès à l'emploi ont davantage tendance à présenter plus d'un facteur de risque en vieillissant [10]. Par exemple, le tabagisme et l'obésité sont plus courants chez les personnes défavorisées socialement [15-17]. Notamment, les femmes ayant un faible revenu sont généralement plus susceptibles d'être sans emploi, d'être peu scolarisées et de jouir de réseaux sociaux plus restreints, des situations qui d'une part réduisent leur capacité à adopter des comportements sains [18] et qui d'autre part sont associées à un taux plus élevé de coronaropathie [19] et d'insuffisance coronaire [20]. Certaines données laissent également entendre que les femmes ayant un faible revenu de subsistance sont plus

pays comme le Canada, où les soins de santé publics sont financés à même les impôts, la mise en place d'un régime d'assurance-maladie privé peut exacerber les pressions sur le système public en créant un climat de concurrence, en favorisant la hausse des tarifs et en drainant les rares ressources du secteur public vers le secteur privé [2]. Des comparaisons entre les pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE) suggèrent que les temps d'attente au sein du système de santé publique augmentent. En effet, le personnel soignant obtient une rémunération supérieure dans le secteur privé et quitte donc le réseau public pour de meilleurs salaires [3]. En l'absence d'un accès à des services et à un personnel soignant en temps raisonnable, les femmes se voient contraintes à prendre en charge la prestation des soins.

Dans un même temps, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à bénéficier de régimes d'assurance-maladie privés. Leurs revenus sont inférieurs et les ressources dont elles disposent pour payer des soins sont plus modestes[4]. Les régimes d'assurance-maladie privés sont surtout offerts par des employeurs importants. Or les femmes sont plus nombreuses à travailler pour de petites entreprises et dans des secteurs non syndiqués et peu valorisés – des employeurs qui offrent peu d'avantages sociaux sinon aucun. Par exemple, les industries qui embauchent principalement une main-d'œuvre féminine, comme le secteur des services, affichent les plus faibles taux d'assurance-maladie privée offerte au personnel de tout le Canada [5, p.9].

Dans le même ordre d'idées, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à travailler à temps partiel ou de façon occasionnelle en raison de leurs responsabilités en tant que personnes soignantes. Elles ne sont donc pas admissibles à un éventail d'avantages sociaux, dont l'assurance-maladie privée. Les femmes entrent sur le marché du travail et en sortent plus fréquemment que les hommes en raison des grossesses et d'un taux de maladies chroniques plus élevé. Pendant leur absence, elles perdent non seulement la protection accordée par une assurance-maladie privée, mais aussi le droit de bénéficier à nouveau d'une telle protection lorsqu'elles retournent au travail en raison des problèmes de santé qu'elles ont développés pendant leur absence [6]. Certains changements d'ordre personnel placent les femmes dans une situation de vulnérabilité lorsqu'elles sont inscrites au régime d'assurance privé en tant que personne à charge. Le décès d'un conjoint ou un divorce peut leur enlever la protection dont elles bénéficient.

De plus amples recherches doivent être faites pour évaluer pleinement les conséquences que peut entraîner pour les femmes la mise en place d'un système d'assurance-maladie privé, notamment des recherches qui se penchent sur les besoins de différents groupes de femmes et sur les forces et

les faiblesses de divers régimes d'assurance-maladie privés. Par ailleurs, l'analyse des études existantes confirme de façon générale que cette façon de financer les soins de santé est profondément préjudiciable à l'équité des sexes [5].

Références bibliographique

1. Colombo F, Tapay N. L'Assurance santé privée dans les pays de l'OCDE. Paris : Organisation de Coopération et de Développement économiques; 2004.

2. Hurley J, Vaithianathan R, Crossley T, Cobb-Clark D. Parallel private health insurance in Australia: a cautionary tale and lessons for Canada [sérial en ligne]. c2002 [cité le 18 déc. 2008]. ftp://repec.iza.org/RePEc/Discussionpaper/dp515.pdf

3. Tuohy, CH, Flood CM, Stabile M. How does private finance affect public health systems?: marshalling evidence from the OECD. J Health Polit Policy Law. 2004;29:359-96.

4. Ostlin P. What is the evidence about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health? (en ligne). c2005 [cité le 18 déc. 2008]. www.euro.who.int/Document/E87674.pdf

5. Jenkins A. Women and private health insurance: a review of the issues. Toronto: Les femmes et la réforme de la santé; 2007.

6. Miles S, Parker K. Men, women and health insurance. N Engl J Med. 1997;336:218-21.

susceptibles de vivre dans des milieux qui ne sont pas propices à un mode de vie sain, ce qui augmente leur risque de coronaropathie [21,22]. Dans les quartiers défavorisés, on retrouve généralement plus de restaurants à service rapide et moins d'épiceries offrant une pleine gamme de produits alimentaires, moins de centres de conditionnement physique et peu d'espaces verts publics, ce qui peut restreindre le niveau d'activité physique de leurs habitants. Les facteurs sociaux et environnementaux entraînant un stress chronique, dont la pauvreté et un milieu non sécuritaire, peuvent également contribuer à favoriser les comportements nuisibles pour la santé ou à empêcher les femmes de prendre soin de leur santé [23]. Le manque d'accès à des soins de santé, à des choix alimentaires sains, à des centres d'exercice et à des réseaux de soutien social constitue un ensemble d'obstacles sociaux, économiques et environnementaux à une bonne santé cardiovasculaire chez les femmes.

Comment pouvons-nous concevoir des programmes et des politiques favorisant la santé cardiovasculaire et prévenant les maladies du cœur au sein des différents groupes de femmes?

Lutter contre les inégalités économiques et sociales

Pour que les femmes puissent adopter des comportements sains favorisant la santé cardiovasculaire, il est nécessaire que les politiques et les programmes visent à éliminer les obstacles financiers et sociaux à la santé. C'est dans les régions où les femmes ont un statut inférieur et où l'inégalité des revenus est importante que l'état de santé des femmes et des enfants est le plus déplorable [24]. Les politiques ont une influence directe sur le statut et les inégalités. Par exemple, une étude examinant les effets de politiques d'État sur la santé des femmes aux États-Unis a permis de démontrer qu'un statut socio-économique inférieur constitue le principal indicateur de mortalité associée aux maladies cardiovasculaires chez les femmes et représente un facteur de risque plus important chez les femmes que chez les hommes [24].

Les questions culturelles et environnementales sont également pertinentes en ce qui a trait à la santé cardiovasculaire des femmes. Les participantes de groupes de discussion composés de femmes présentant un risque élevé ont signalé un certain nombre de facteurs les empêchant d'être actives physiquement, notamment les barrières culturelles (par exemple, les valeurs culturelles associées à l'activité physique, à l'image du corps), le soutien social, les exigences familiales, les obstacles physiques de même que certaines questions d'intérêt public, comme le coût et le manque de sécurité personnelle ou de services de garde [25]. Divers facteurs environnementaux constituent des obstacles à la capacité des femmes à réduire leur risque de maladies cardiovasculaires, notamment les intempéries, la durée limitée de la lumière du jour, le manque de trottoirs, la circulation et la distance [25]. Dans le même ordre d'idée, des travaux de recherche ont démontré que des obstacles environnementaux comme le manque de choix alimentaires sains ou l'absence de lieu abordable ou sécuritaire pour faire de l'exercice physique nuisent à la capacité des femmes de s'alimenter de façon saine et de s'adonner à des activités physiques [26]. Il est par conséquent nécessaire de mettre en place des politiques et des programmes visant à éliminer les obstacles économiques (par exemple, le manque d'accès à des lieux de loisir et à des aliments sains abordables), environnementaux (par exemple, le manque d'espaces sécuritaires pour l'activité physique) et sociaux (par exemple, le manque de soutien social) à la santé des femmes.

Le programme WISEWOMAN

Le programme Well-Integrated Screening and Evaluation for Women Across the Nation (WISEWOMAN) constitue un bon exemple d'intervention à plusieurs niveaux ayant été soumise à une évaluation. WISEWOMAN visait la promotion de la santé cardiovasculaire et la prévention des maladies du cœur chez les femmes mal desservies et dans la quarantaine [26-28]. Le programme combinait le dépistage des facteurs de risque à une intervention à composantes multiples axée sur l'amélioration du régime alimentaire et du niveau d'activité physique des femmes, ainsi que sur la cessation du tabagisme. Il ciblait la réduction des facteurs de risque environnementaux et individuels dans le cadre d'activités en clinique. Il visait à entraîner des changements comportementaux multiples et à établir un lien entre les personnes et les ressources communautaires, les accompagnateurs communautaires et les milieux favorables. Le programme encourageait également les femmes à participer à des activités destinées à promouvoir les changements environnementaux et de politiques. Bien que le programme ait aidé les femmes à faire plus d'activité physique, à cesser de fumer et à améliorer leur alimentation, certaines difficultés des femmes ciblées par le programme demeurent : l'isolement social, des voisinages peu sécuritaires et le manque d'accès à des aliments sains. Ces constatations laissent entendre que malgré l'efficacité des programmes multifactoriels, des approches environnementales et sociétales sont également nécessaires afin de réduire efficacement le risque de maladies cardiovasculaires chez les femmes [29].

Répondre aux besoins des femmes et tenir compte de la nature multifactorielle des maladies cardiovasculaires

Il est nécessaire de mettre en place des programmes à composantes multiples tenant compte de la spécificité des femmes. Les stratégies qui ont donné de bons résultats dans certains segments de la population ne sont pas nécessairement appropriées pour les femmes ou tous les groupes de femmes, notamment les femmes disposant de ressources sociales et économiques restreintes. Les recommandations que nous proposons comprennent ce qui suit : examiner les causes profondes de l'usage du tabac et de la dépendance à ce produit, trouver de meilleurs moyens de donner accès à l'activité physique tenant davantage compte de la spécificité des sexes, élaborer des interventions nutritionnelles axées sur les besoins des femmes, intégrer le soutien social et la réduction du stress aux programmes, et recourir à des interventions à composantes multiples de réduction du risque [30]. Ces recommandations sont appuyées par d'autres travaux de recherche qui ont démontré que les femmes préfèrent les programmes qui visent les facteurs de risque multiples, mettent l'accent sur l'importance

de rester en santé pour soi, enseignent des compétences précises sur la façon d'adopter des comportements sains et offrent des choix quant aux changements à effectuer dans sa vie personnelle [31].

Conclusion

Les femmes présentent des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires différents de ceux des hommes. On observe également des différences entre les diverses sous-populations de femmes relativement aux facteurs de risque prédisposants, cliniques et individuels. La présente étude de cas a illustré certaines différences entre les femmes et les hommes et entre divers groupes de femmes attribuables au sexe et au genre concernant les risques de maladies cardiovasculaires.

Les maladies cardiovasculaires chez les femmes constituent un problème multifactoriel, et la promotion de la santé cardiovasculaire chez celles-ci est à ce titre un défi qui doit être relevé à la fois sur le plan de la personne, sur le plan clinique et sur le plan stratégique. Les données sur tous les aspects de l'influence du sexe et du genre ainsi que sur la santé cardiovasculaire des femmes sont encore nouvelles et évoluent constamment. Il n'y a pas de doute que le sexe, le genre et la diversité sont tous des éléments ayant une influence sur le taux de maladies cardiovasculaires chez les femmes, sur la capacité des femmes à prévenir ces maladies et sur l'efficacité des programmes et des politiques. Des modifications des programmes et des politiques peuvent être effectuées pour améliorer la santé cardiovasculaire des femmes, en mettant par exemple sur pied des initiatives de promotion de la santé cardiovasculaire et de prévention des maladies du cœur, mais ces modifications devront porter une attention particulière à la réduction des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires au sein des différentes sous-populations de femmes à risque. Également, dans certains cas, des efforts peuvent être déployés pour adapter les programmes et les pratiques aux besoins de groupes particuliers de femmes et pour réduire les inégalités entre les femmes relativement à la santé. Dans l'ensemble, il est important d'adopter des politiques et des programmes multifactoriels reflétant la nature complexe de la santé et des maladies cardiovasculaires chez les femmes.

Références bibliographique

1. Fang R. Life expectancy as a measure of population health: comparing British Columbia with other Olympic and Paralympic Winter Games host jurisdictions. Vancouver : Provincial Health Services Authority de la Colombie-Britannique; 2007.

2. Greaves L, Hemsing N, Humphries, K. Women's heart health: an evidence review. Vancouver : Provincial Health Services Authority de la Colombie-Britannique; 2008.

3. van Lennep JER, Westerveld HT, Erkelens DW, van der Wall EE. Risk factors for coronary heart disease: implications of gender. Cardiovasc Res. 2002;53:538-49.

4. Ong KL, Tso AWK, Lam KSL, Cheung BMY. Gender difference in blood pressure control and cardiovascular: risk factors in Americans with diagnosed hypertension. Hypertension. (en ligne) 2008;51:1-7. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.107.105205. [article consulté le 10 juin 2009].

5. Polk DM, Naqvi TZ. Cardiovascular disease in women: sex differences in presentation, risk factors, and evaluation. Curr Cardiol Rep. 2005;7:166-72.

6. Noori M, Anim-Nyame N. Long Term Cardiovascular risk in women. Vascular Disease Prevention. 2005;2:261-5.

7. Office of the Surgeon General. Women and smoking: a report of the Surgeon General. Washington: US Department of Health and Human Services, Public Health Services, Office of the Surgeon General; 2001.

8. Graham H. When life's a drag: women, smoking and disadvantage. London: Her Majesty's Stationary Office; 1993.

9. Anand SS, Yusef S, Jacobs R, Davis AD, Yi Q, Gerstein H. et al. Risk factors, atherosclerosis, and cardiovacsular disease among Aboriginal people in Canada: the Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples (SHARE-AP). The Lancet. 2001;358:1147-52.

10. Hayes DK, Denny CH, Keenan NL, Croft JB, Sundaram AA, Greenlund KJ. Racial/ethnic and socioeconomic differences in multiple risk factors for heart disease and stroke in women: behavioral risk factor surveillance system. J Womens Health. 2006;15(9):1000-8.

11. Sundaram A, Ayala C, Greenlund KJ, Keenan NL Differences in the prevalence of self-reported risk factors for coronary heart disease among American women by race/ethnicity and age. Am J Prev Med. 2005;29(551):25-9.

12. Johnson PA Racial and ethnic disparities in coronary heart disease in women: prevention, treatment, and needed interventions. ACC Curr. J. Rev. 2004;13(11):22-5.

13. Finkelstein EA, Khavjou OA, Mobley LR, Haney DM, Will J.C. Racial/ethnic disparities in coronary heart disease risk factors among WISEWOMAN enrollees. J Womens Health. 2004;13(5):503-18.

14. Graham-Garcia J, Raines TL, Andrews JO, Mensah GA. Race, ethnicity, and geography: disparities in heart disease in women of color. 2001;12:56-67.

15. Anand SS, Razak F, Davis AD, Jacobs R, Vuksan V, Teo K, et al. Social disadvantage and cardiovascular disease: development of an index and analysis of age, sex, and ethnicity effects. Int J Epidemiol. 2006;55:1239-45.

16. Nazmi A, Victora CG. Socioeconomic and racial/ethnic differentials of c-reactive protein levels: a systematic review of population-based studies. BMC Public Health. 2007;7:212-24.

17. Lawlor DA, Smith GD, Ebrahim S. Association between childhood socioeconomic status and coronary heart disease risk among postmenopausal women: findings from the British women's heart and health study. Am J Public Health. 2004;94(8):1386-92.

18. Lawlor D, Smith GD, Patel R, Ebrahim S. Life-course socioeconomic position, area deprivation, and coronary heart disease: findings from the British women's heart and health study. Am J Public Health. 2005;95(1):91-7.

19. Sundquist K, Theobald H, Yang M, Li X, Johansson S.-E, Sundquist J. Neighborhood violent crime and unemployment increase the risk of coronary heart disease: a multilevel study in an urban setting. Soc Sci Med. 2006;62:2061-71.

20. Lawlor D, Ebrahim S, Smith GD. Adverse socioeconomic position across the lifecourse increases coronary heart disease risk cumulatively: findings from the British women's heart and health study. J Epidemiol Community Health. 2005;59:785-93.

21. Chaturvedi N. Ethnic differences in cardiovascular disease. Heart. 2003;89:681-6.

22. Mobley LR, Root ED, Finkelstein EA, Khavjou O, Farris RP, Will JC. Environment, obesity, and cardiovascular disease in low-income women. Am J Prev Med. 2006;30(4):327-32.

23. DeSalvo K, Gregg J, Kleinpeter M, Pedersen BR, Stepter A, Peabody J. Cardiac risk underestimation in urban, black women. J Gen Intern Med. 2005;20:1127-31.

24. Wisdom JP, Berlin M, Lapidus JA. Relating health policy to women's health outcomes. Soc Sci Med. 2005;61:1776-84.

25. Eyler AA, Matson-Koffman D, Vest JR, Evenson KR, Sanderson B, Thompson JL, et al. Environmental, policy, and cultural factors related to physical activity in a diverse sample of women: the women's cardiovascular health network project - summary and discussion. Women Health. 2002;36(2):123-34.

26. Jilcott SB, Keyserling TC, Samuel-Hodge CD, Rosamond W, Garcia B, Will JC, et al. Linking clinical care to community resources for cardiovascular disease prevention: the North Carolina enhanced WISEWOMAN project. J Womens Health. 2006;15(5):569-83.

27. Will, JC, Farris RP, Sanders CG, Stockmyer CK, Finkelstein EA. Health promotion interventions for disadvantaged women: overview of the WISEWOMAN projects. J Womens Health, 2004;13(5):484-502.

28. Khavjou OA, Clarke J, Hofeldt RM, Lihs P, Loo RK, Prabhu M, et al. A captive audience: bringing the WISEWOMAN program to South Dakota prisoners. Womens Health Issues, 2007;17:193-201.

29. Yancey AK. Building capacity to prevent and control chronic disease in underserved communities: expanding the wisdom of WISEWOMAN in intervening at the environmental level. J Womens Health, 2004;13(5):644-9.

30. Krummel DA, Koffman DM, Bronner Y, Davis J, Greenlund K, Tessaro I, et al. Cardiovascular health interventions in women: what works? J Womens Health Gend Based Med. 2001;10(2):117-36.

31. Gettleman L, Winkleby M. Using focus groups to develop a heart disease prevention program for ethnically diverse, low-income women. J Community Health. 2000;25(6):439-53.

Les femmes, les rapports sociaux entre les sexes et la prestation de soins non rémunérés

par Jennifer Bernier et Barbara Clow

Les glissements démographiques en Nouvelle-Écosse et leurs répercussions sur la prestation de soins

Au cours des 50 dernières années, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus vivant en Nouvelle-Écosse a plus que doublé. Cette province compte la plus grande population d'aînées et d'aînés du pays et la moyenne d'âge de ses résidantes et résidants (41,8 ans) surpasse celle des autres provinces. Le vieillissement de la population s'explique par un taux de fertilité faible et un exode de jeunes en âge de procréer. La Nouvelle-Écosse doit donc entreprendre urgemment des actions pour soutenir les personnes qui dispensent des soins, vu le nombre croissant de personnes aînées qui nécessiteront probablement des soins et le nombre décroissant de gens qui pourront potentiellement les dispenser [2].

Introduction

La prestation de soins – ainsi que la santé et le bien-être des personnes soignantes – font l'objet d'une attention de plus en plus grande au cours des dernières années. Divers facteurs ont contribué à la mise au premier plan des problèmes liés à la prestation de soins, tant rémunérés que non rémunérés, y compris le glissement démographique vers une population plus âgée [1,2], le nombre croissant de personnes atteintes de problèmes de santé à long terme vivant au sein de la collectivité [1] ainsi que la transformation de la structure familiale qui a entraîné au sein des familles une diminution du nombre de personnes disponibles pour administrer des soins [3,4]. Dans cette étude de cas, nous examinons les dimensions sexospécifiques de la prestation de soins non rémunérés et nous démontrons que les stéréotypes, les rôles et les attentes liées au genre déterminent lequel des deux sexes dispense des soins, le type de soins prodigués ainsi que les implications économiques et sanitaires découlant de ce travail.

La prestation de soins : quelles sont les implications?

Il existe de nombreux points de vue sur les multiples dimensions que comporte la prestation de soins. Celle-ci est souvent associée aux aînés, mais les soins peuvent aussi être dispensés à des enfants, des jeunes (avec ou sans handicaps) et des adultes non autonomes. Dans un même ordre d'idées, prendre soin d'une personne implique, pour la plupart, la prestation de soins à des individus atteints de troubles ou de limites physiques, cognitives ou mentales, à court ou à long terme. Cette notion inclut aussi les soins aux enfants et les tâches quotidiennes associées à cette responsabilité.

La prestation de soins comprend un large éventail d'activités, y compris des tâches accomplies au foyer, comme la préparation des repas, le nettoyage des lieux, la lessive, les travaux d'entretien extérieur de la maison et du jardin, et le déneigement. Nombre de personnes soignantes s'occupent aussi de fournir un transport aux personnes qu'elles aident, notamment pour les aider à faire leurs courses et leur épicerie et à se rendre à leurs rendez-vous. Elles les aident aussi à se retrouver dans le dédale du système, à négocier des services et à y accéder. Une aide aux tâches personnelles quotidiennes, comme la prise des repas et les soins d'hygiène, ainsi qu'aux tâches essentielles de tous les jours, comme la gestion des médicaments et des finances, figurent parmi les responsabilités d'une personne soignante.

Qui prodiguent des soins?

En exécutant une analyse des influences du genre et du sexe, nous constatons qu'il existe des différences importantes entre les femmes et les hommes au chapitre de la prestation de soins. Le fait que les femmes sont beaucoup plus

nombreuses que les hommes à dispenser des soins, tant rémunérés que non rémunérés, constitue la différence la plus visible [5-8,1]. La présence de stéréotypes sexuels, qui présentent les femmes comme des « aidantes naturelles », et donc la prestation de soins comme un travail féminin, joue un rôle important dans l'attribution de ces tâches principalement aux femmes [1]. De fortes pressions sont exercées sur les femmes pour qu'elles assument les rôles de soins, même si elles occupent un emploi rémunéré sur le marché du travail ou qu'elles ne possèdent pas les compétences nécessaires pour prodiguer les soins complexes qui sont maintenant dispensés au foyer [4]. Interrogées sur leur situation, les femmes qui dispensent des soins disent qu'elles se sont senties presque sinon totalement obligées d'épouser ce rôle, sans en connaître les implications [9].

Les activités liées aux soins : qui accomplit quoi?

Les différences entre les sexes sont aussi visibles lorsque l'on considère les types d'activités accomplis par les femmes et les hommes. Selon la tendance, les tâches correspondent aux rôles sexuels traditionnels. Les hommes accomplissent les travaux d'extérieur (p. ex. tondre la pelouse) ou l'entretien des bâtiments (p. ex. peinturer), alors que les femmes accomplissent la plus grande part des tâches quotidiennes liées aux soins à la personne (p. ex. l'habiller, la nourrir, lui brosser les dents, soigner son apparence), ainsi que la plus grande part des tâches domestiques (p. ex. faire les lits, préparer les repas, nettoyer les lieux, passer l'aspirateur) [1]. En plus, les femmes prodiguent les types de soins les plus exigeants sur le plan personnel et émotionnel, comme donner le bain, changer les vêtements d'incontinence ou les poches pour colostomie, tout en offrant un soutien émotionnel. Elles participent également à des activités exigeantes, qui nécessitent beaucoup de temps, notamment administrer des médicaments, prendre quotidiennement des décisions à la place de la personne prise en charge, la lever si elle est physiquement limitée, la conduire à ses rendez-vous et la ramener à la maison. De plus, les femmes dispensent la plupart des soins dans des situations difficiles, à la suite d'une crise ou d'une hospitalisation, et aux personnes qui ont des besoins élevés en soins continus, comme des enfants et des adultes atteints d'un handicap grave [1,10,11]. En d'autres termes, on attend des femmes qu'elles dispensent des soins de façon quotidienne et continue, ce qui leur enlève la souplesse nécessaire pour occuper un emploi rémunéré ou mener des

Qui prodiguent des soins en Nouvelle-Écosse?

Les statistiques démontrent que 11 pour cent de la population canadienne dispense des soins non rémunérés. Or ce taux est beaucoup plus élevé en Nouvelle-Écosse. Selon les estimations, plus du tiers (36 pour cent) de la population néo-écossaise prodigue des soins à une personne atteinte d'une maladie, d'un handicap ou de limites causées par un trouble de santé [1]. Les bénéficiaires de ces soins sont principalement des personnes âgées affligées de problèmes de santé chroniques. Dans cette province, les personnes soignantes dispensent des soins non rémunérés majoritairement à des membres de la famille, y compris des parents, des conjointes et conjoints, des beaux-parents, des enfants et des petits-enfants [1]. De plus, 25 pour cent des individus prodiguent des soins à des amies et amis, des voisines et voisins ou des collègues de travail [1].

Avec la permission de Femmes et réforme du système de santé

Diversité et prestation de soins : la situation en Nouvelle-Écosse

L'analyse des influences du genre et du sexe nous donne les outils nécessaires pour cerner les similitudes et les différences entre divers groupes. Selon cette approche, il existe des différences entre les femmes, entre les hommes et entre les sexes. La prestation des soins doit être étudiée en tenant compte du fait que les vécus diffèrent.

Une étude récente [6] a examiné l'expérience de 14 soignantes néo-écossaises venant de divers milieux socioculturels et vivant dans diverses régions : des femmes des Premières nations, des immigrantes, des Afro-néo-écossaises, des lesbiennes, des aînées et des femmes vivant en milieu rural. Les résultats de cette étude qualitative démontrent que les expériences de prestation de soins ne sont pas les mêmes pour toutes. En fait, divers antécédents personnels entraînent des joies et des défis uniques.

Par exemple, les femmes des Premières nations ont signalé une absence de services de soutien, notamment de services adaptés à la culture, et ce, dans nombre de leurs communautés. Les immigrantes d'antécédents divers éprouvaient souvent des difficultés à s'y retrouver dans le dédale du système de santé, lequel différait souvent du système en place dans leur pays d'origine. Comme c'était le cas pour les femmes des Premières nations, elles ont souvent indiqué que les services étaient rarement offerts dans leur langue ou adaptés à leur culture. Les femmes afro-néo-écossaises ont parlé des liens entre les normes culturelles et les rôles sexuels, en précisant que les attentes sociales imposaient aux filles aînées l'obligation de prendre soin de leurs parents âgés, surtout de la mère. Les femmes lesbiennes disaient que leur famille prenait pour acquis qu'elles étaient naturellement disponibles pour remplir le rôle de soignantes, parce qu'elles étaient perçues comme sans attaches et ayant moins de responsabilités familiales [13]. Les femmes plus âgées disaient avoir moins d'énergie et d'endurance, malgré le fait qu'elles avaient les mêmes responsabilités, une situation qui entraînait des conséquences additionnelles sur le plan physique et émotionnel. En dernier lieu, les femmes vivant en région rurale devaient souvent parcourir de plus grandes distances pour prendre soin de la personne à charge et pour accéder à des services.

activités sociales et poursuivre des loisirs. Quant aux hommes, ils prodiguent généralement des soins qui exigent des interventions à moindre fréquence, dont la planification est plus simple et qui peuvent être plus facilement organisés en fonction d'autres engagements [4].

Quelles sont les implications économiques associées à la prestation de soins?

La forte fréquence et la grande intensité avec laquelle les femmes s'engagent dans des activités de soins génèrent des conséquences économiques sexospécifiques [1]. Par exemple, les femmes modifient plus souvent leurs horaires de travail pour s'acquitter de leurs responsabilités de soignantes. Comparativement aux hommes, elles ont aussi deux fois plus tendance à modifier leurs parcours d'emploi pour pouvoir dispenser ces soins [3]. Les femmes qui occupent un emploi rémunéré doivent souvent prendre des congés pour répondre à leurs obligations en tant que prestatrices de soins non rémunérés. De nombreuses femmes qui ont des responsabilités de soignantes n'ont nul autre choix que de prendre des congés de maladie pour prendre soins des autres [9,10], ce qui les prive de congés lorsqu'elles sont elles-mêmes malades. De plus, les femmes doivent souvent passer à un emploi à temps partiel ou renoncer carrément à leur emploi rémunéré pour se consacrer à leur rôle de soignante, alors que les hommes demeurent en général sur le marché du travail [9]. Nombre de femmes perdent donc leurs avantages sociaux liés à leur emploi, comme la participation à une assurance-maladie et à un régime de retraite.

Les femmes qui prodiguent des soins doivent composer avec des diminutions d'heures de travail, des taux d'emploi faibles et des salaires inférieurs. Pour ces raisons, elles ont plus de difficulté à gagner leur vie [3,6]. Par conséquent, nombre de soignantes doivent s'appuyer sur d'autres sources de revenus pour survivre (p. ex. la rente d'invalidité de la personne prise en charge ou les services sociaux). De plus, les personnes soignantes doivent souvent payer de leur poche les coûts des appareils fonctionnels et de transport ainsi que les services d'entretien ménager et de soins de santé à domicile [6,3]. Par conséquent, il arrive

souvent que les personnes soignantes, dont la plupart sont des femmes, vivent des inquiétudes liées à l'argent, à l'insécurité financière, à un endettement important et même à la pauvreté [1,2,6].

Quels sont les effets de la prestation de soins sur le plan de la santé?

La prestation de soins s'avère souvent une expérience enrichissante et positive, mais c'est aussi un travail. Les exigences émotionnelles et physiques qu'elle nécessite peuvent entraîner des conséquences négatives sur la santé des personnes soignantes. En fait, une étude a démontré que pendant une période de prestation de soins bénévoles, près de la moitié des personnes soignantes ont souffert d'une détérioration importante de leur santé dans son ensemble [12]. Les problèmes de santé physiques sont fréquents et sont partiellement causés par l'absence d'une formation adéquate. Les tâches liées aux soins – comme soulever et donner un bain à une personne sans connaître les techniques et sans l'aide d'appareils fonctionnels – mènent à divers types de blessures physiques [1,6,9]. De plus, vu le stress inhérent à ce type de travail, les personnes soignantes

La stratégie de soins continus en Nouvelle-Écosse

Le gouvernement provincial de la Nouvelle-Écosse s'est engagé à répondre aux besoins des personnes soignantes et des personnes qui nécessitent des soins et une assistance en introduisant une initiative intitulée *10-year Continuing Care Strategy* [stratégie de soins continus pour une période de 10 ans] [16].

Selon la vision du gouvernement, chaque personne de la Nouvelle-Écosse doit pouvoir vivre de façon adéquate tout en demeurant à la maison. Cet objectif sera atteint en mettant en place un système de soins continus de haute qualité, axé sur la clientèle, accessible et à coûts abordables. Ce système visera les objectifs suivants :

- Reconnaître le rôle des individus et des familles dans les efforts pour assurer une santé et une autonomie optimales.
- Célébrer et soutenir les initiatives locales qui aident les gens à demeurer à la maison et au sein de leur collectivité le plus longtemps possible.
- Veiller à fournir un soutien adéquat aux personnes soignantes et au personnel soignant.
- Offrir un éventail de services aux enfants, aux jeunes, aux adultes et aux aînés.

Cette approche est fondée sur la mise en place d'une stratégie exhaustive axée sur les personnes soignantes et l'introduction d'un plus grand éventail de services de soutien. L'objectif est de répondre aux besoins sociaux, économiques et sanitaires des soignantes et soignants. De plus, cette stratégie présente les grandes lignes d'un plan qui aidera cette population à se retrouver dans le dédale du système, ce qui améliorera l'accès aux services tout en sensibilisant davantage le public et en acheminant aux personnes soignantes et aux personnes soignées l'information dont elles ont besoin.

La stratégie comporte un autre objectif, qui est de soutenir les initiatives communautaires en augmentant le nombre de services à domicile et au sein de la communauté, tout en ayant pour but de favoriser le plus possible l'autonomie et la qualité de vie des personnes soignantes et des personnes soignées. Cette stratégie repose sur les engagements suivants : multiplier les options de soins à domicile et de services de répit; améliorer les services de transport pour améliorer la mobilité; offrir des soins dans le cadre du système d'éducation; et élaborer un programme de soins palliatifs et des mesures qui favoriseront un réseau de santé intégré.

Ces initiatives constituent des progrès importants dans le cadre des efforts pour répondre aux besoins des personnes soignantes de cette province. Toutefois, cette stratégie de soins continus comporte une lacune importante – elle ne considère pas la question du sexe et du genre. Sans analyse des influences du genre et du sexe, il est fort probable que les besoins distincts des femmes et des hommes soignants ne seront pas satisfaits, peu importe les programmes et services mis en place.

sont plus à risque de développer un trouble de santé ou une maladie chronique [4]. Les maux de tête, les troubles de dos chroniques, l'arthrite, les problèmes d'hypertension et les ulcères gastriques sont des problèmes de santé physique souvent recensés chez les personnes soignantes [9].

En plus des implications sur le plan de la santé physique, la prestation de soins entraîne également des effets sur la santé mentale des personnes soignantes, surtout celles qui prennent soin d'une personne 24 heures sur 24, 7 jours semaine. Pour nombre d'entre elles, les exigences imposées par la prestation de soins entraînent des changements de style de vie significatifs. Par exemple, les personnes soignantes endurent souvent une absence de spontanéité et d'intimité dans leur vie, vivent des transformations non désirées dans leurs relations, deviennent isolées sur le plan social et n'ont plus le temps de faire les activités qu'elles aiment [9]. Ces changements, ainsi que d'autres défis qu'elles doivent affronter, entraînent des effets psychologiques et émotionnels significatifs, dont des sentiments de frustration, de colère, d'impuissance, de solitude, d'inquiétude, de culpabilité, etc. De plus, nombre de personnes soignantes se sentent dépassées par la situation, épuisées ou découragées face à l'ampleur des responsabilités qui leur sont attribuées [9]. Souvent, les personnes soignantes souffrent d'insomnie [1,6] et de dépression [9].

Avec la permission de Femmes et réforme du système de santé

Nous savons que les femmes sont plus nombreuses à vivre les conséquences associées à la prestation de soins, pour plusieurs raisons : les femmes sont plus nombreuses à dispenser des soins; elles accomplissent plus souvent des activités de soins intensifs; et [1,8,11] elles vivent une « surcharge » de rôles en tant que soignantes, mères, membres de la famille, conjointes et travailleuses rémunérées [14]. Les statistiques démontrent que les soignantes âgées de plus de 45 ans sont trois fois plus nombreuses que les hommes à signaler des problèmes de santé [3]. Des études sexospécifiques ont aussi démontré, de façon constante, que les femmes vivent des

niveaux de stress et de fardeau supérieurs [7,10,15], même lorsqu'elles font des tâches comparables. De plus, des études récentes ont révélé que les mères qui prennent soin d'un enfant atteint d'un handicap ou d'un trouble chronique sont dans un état de santé comparable à celui de personnes qui fument quotidiennement, alors que l'état de santé des pères demeure le même [17].

Comment répondons-nous aux besoins des personnes soignantes et des individus recevant leurs soins?

Le gouvernement fédéral a reconnu l'importance de s'attaquer aux problèmes liés à la prestation de soins. En 2004, le gouvernement du Canada a mis en place le programme de *Prestation de compassion*. Cette initiative de l'assurance emploi offre un soutien de revenu pendant une période allant jusqu'à six semaines, aux travailleuses et travailleurs rémunérés qui doivent prendre un congé pour prodiguer des soins ou offrir un soutien à un membre de la famille gravement malade et qui risque fortement de mourir. Cette prestation d'assurance emploi constitue un pas important dans la bonne direction, mais le nombre de personnes soignantes qui en ont bénéficié est inférieur aux chiffres prévus [18].

L'une des raisons qui expliquent la sous-utilisation du programme est le fait qu'il est lié à l'assurance-emploi, ce qui empêche de nombreuses personnes soignantes d'en bénéficier. Par exemple, celles qui sont sans emploi, qui travaillent à leur compte ou à temps partiel ou qui occupent des emplois saisonniers/temporaires/contractuels ne sont pas admissibles. Or ce sont surtout les femmes qui occupent ces catégories d'emploi ou qui sont sans emploi [18]. Par conséquent, la majorité des personnes soignantes – des femmes – ne peuvent bénéficier de cette initiative gouvernementale.

Une analyse des influences du genre et du sexe dans le dossier de la prestation de soins démontre que les politiques, programmes et services seraient plus efficaces s'ils reflétaient les besoins tant des femmes que des hommes, puisque leur vécu diffère à ce chapitre. Les initiatives qui ne tiennent pas compte du sexe et du genre peuvent priver un grand nombre de personnes soignantes des appuis et des services vitaux dont elles ont besoin. Tel est le cas en ce qui a trait au programme de P*restation de compassion*. Des changements au programme de soins fédéral permettraient à un plus grand nombre de personnes de bénéficier de cette initiative. D'autres services de soutien pourraient aussi être mis en place pour alléger le fardeau financier des personnes soignantes, tout en améliorant la santé et le bien-être de cette population.

Afin d'assurer un soutien financier adéquat aux personnes soignantes non rémunérées (et rémunérées), des programmes de compensation directe et indirecte doivent être mis en place [2]. Les initiatives de compensation directe pourraient inclure certaines mesures, comme l'octroi de crédits d'impôt qui ne portent pas atteinte aux autres avantages ou aux fonds de retraite. Des programmes favorisant des milieux de travail sains pourraient aussi être mis en place, permettant aux membres du personnel qui sont aussi des personnes soignantes d'accéder à certains accommodements. Les compensations directes pourraient inclure, entre autres, des subventions ou un remboursement intégral des frais déboursés par une personne soignante. Il aurait lieu aussi de payer les heures d'une employée

ou d'un employé qui doit s'absenter du travail pour accomplir des tâches liées à la prestation de soins. Cette mesure soulagerait immédiatement le fardeau financier et les autres pressions imposées à la personne soignante.

Des politiques, programmes, services et mécanismes de soutien doivent aussi être mis en place pour assurer la santé et le bien-être des personnes soignantes. L'une des mesures qui pourraient être prises pour minimiser les effets sur leur santé serait d'augmenter le nombre d'heures et la qualité des services de répit et de soins à domicile dans le but d'offrir l'assistance dont elles ont besoin. Ayant plus de moments de répit, les personnes soignantes pourraient participer à des activités qui produiraient un impact positif sur leur bien-être physique, émotif et mental. De plus, la mise en place de stratégies de promotion sanitaire qui s'attaquent aux effets de ce type de travail sur la santé des gens qui prodiguent des soins et qui assurent des ressources de soutien tant pour les personnes soignantes que les personnes soignées constituerait une mesure efficace [6].

Conclusion

La prestation de soins, encore grandement perçue comme une tâche féminine, n'a pas fait l'objet d'une attention adéquate. Prodiguer des soins peut s'avérer une expérience enrichissante et satisfaisante, tant pour les personnes soignantes que pour les personnes soignées, mais cela peut entraîner des responsabilités épuisantes pour les personnes qui dispensent les soins, puisqu'il s'agit assurément de travail. Cette étude de cas illustre les nombreuses différences que vivent les femmes et les hommes en matière de prestation de soins et démontre l'importance d'intégrer l'analyse des influences du genre et du sexe pour assurer la santé et le bien-être des personnes soignantes, des personnes soignées et de leur famille. Notamment, les décideuses et décideurs, les prestatrices et prestateurs de services et le personnel soignant doivent appliquer ce type d'analyse pour véritablement cerner les problématiques liées à la prestation de soins. À défaut d'une telle démarche, les programmes et services offerts seront inefficaces et ne répondront pas aux besoins de la clientèle visée.

Références bibliographique

1. Keefe J, Hawkins G, Fancey P. A portrait of unpaid care in Nova Scotia. Halifax: Healthy Balance Research Program; 2006.

2. Neumann B, Crewe C, Clow B, Amaratunga C. Priorities for caregivers: executive summary. Halifax: Healthy Balance Research Program; 2007.

3. Cranswick K. La prestation de soins dans une société vieillissante. Cat no. 89-582-XIF. Ottawa : Statistique Canada; 2003.

4. Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé. Women and home care [sérial en ligne]. c2002 [cité le 20 janv. 2009]. www.cewh-cesf.ca/PDF/health_reform/soins-domicile.pdf

5. Armstrong P, Armstrong H. Thinking it through: women's work and caring in the new millennium. Halifax: Healthy Balance Research Program; 2001.

6. Beagan B, Stadnyk R, Loppie C, Macdonald N, Hamilton-Hinch B, Macdonald J. Snapshots of the lives of caregivers: "I do it because I love her and I care." Halifax: Healthy Balance Research Program; 2005.

7. Gahagan J, Loppie C, MacLellan M, Rehman L, Side K. Caregiver resilience and the quest for balance: a report on findings from focus groups. Halifax: Healthy Balance Research Program; 2004.

8. Keating N, Fast J, Frederick J, Cranswick K, Perrier C. Soins aux personnes âgées au Canada : contexte, contenu et conséquences. Cat no. 89-570-XPF. Ottawa : Statistique Canada; 1999.

9. Sawatzky JE, Fowler-Kerry S. Impact of caregiving: listening to the voice of informal caregivers. Health Nursing. 2003; 10:277-86.

10. Kramer BJ, Kipnis S. Eldercare and work-role conflict: toward an understanding of gender differences in caregiver burden. Gerontological Society of America. 1995;35(3):340-8.

11. Morris, M. Étude sur les soins offerts à domicile et en milieu communautaire réalisées dans une perspective sensible différences entre les sexes : Document de synthèse (en ligne). c2001 [cité le 20 janv. 2009]. www.cewh-cesf.ca/reformesante/publications/sommaire/synthese.html

12. Hawranik P, Strain LA. Toujours disponibles : la santé des personnes soignantes non professionnelles prenant soins des personnes âgées. Bulletin de recherche des Centres d'excellence pour la santé des femmes. 2002; 3(1):8-10.

13. Crewe C. Great expectations for lesbians to provide unpaid care. Atlantis. 2008;33(1):5-15.

14. Duxbury L, Higgins C. Work-life balance in the new millennium: where are we? where do we need to go? Ottawa : Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques. Rapport de recherche no W/12; 2001.

15. MacDonald M, Phipps S, Lethbridge L. Taking its toll: the influence of paid and unpaid work on women's well-being. Fem Econ. 2005;11(1):63-94.

16. Government of Nova Scotia. Continuing care strategy for Nova Scotia: shaping the future of continuing care (en ligne). c2006 [cité le 20 janv. 2009]. www.gov.ns.ca/health/ccs_strategy/

17. Burton P, Lethbridge L, Phipps S. Children with disabilities and chronic conditions and longer-term parental health. J Socio Econ. 2008;37(3):1168-86.

18. Osborne K, Margo N. Analysis and evaluation: Compassionate care benefit (en ligne). c2005 [cité le 20 janv. 2009]. www.canceradvocacy.ca/ann/special.html/4269/Compassionate + Care + Benefits.pdf

« Travail caché à la vue de tous » : Une analyse des influences du genre et du sexe en matière de catastrophes et de planification des mesures d'urgence

par Elaine Enarson

Après avoir dormi 1,5 heure vendredi soir, j'ai rallumé la radio et on disait que la ville entière devrait être évacuée, plus particulièrement notre secteur. Je me suis réveillée (ainsi que mon mari et mon fils adulte) aux environs de 5 h. Les deux ont dit qu'ils n'iraient pas […]. Il m'a fallu jusqu'à l'après-midi du samedi pour [le] convaincre que nous devrions partir. Tous les services médicaux étaient fermés et je ne voulais pas avoir à m'inquiéter pour obtenir de l'aide médicale pour lui s'il devait en avoir besoin dans un secteur où il n'y en avait pas. [Mon fils] a refusé de partir. (Une femme vivant en milieu rural, se remémorant l'inondation de la rivière Rouge au Manitoba en 1997)

Introduction

La présente étude de cas propose aux lecteurs un aperçu des problèmes auxquels sont aux prises les femmes et les hommes, les filles et les garçons lorsque des catastrophes se produisent, qu'elles aient été déclenchées par des urgences environnementales, des dangers biologiques ou des risques technologiques, ou qu'elles aient été délibérément provoquées. L'étude s'adresse directement aux personnes responsables de la planification, en offrant des conseils pratiques pour s'assurer que le personnel soignant, les gestionnaires et les fournisseuses et fournisseurs de services, les décideuses et décideurs et les bénévoles disposent de l'information et des outils nécessaires pour assumer la gestion des risques liés aux catastrophes en tenant compte des influences du sexe et du genre. [a]

Pourquoi faut-il procéder à une analyse des influences du genre et du sexe en matière de situations d'urgence? Une catastrophe n'est-elle pas la même chose pour les femmes et les hommes?

En bref, la réponse à la seconde question est « non ». Il arrive que les femmes et les hommes, les filles et les garçons aient à faire face à la même catastrophe. Toutefois, il est probable qu'ils la vivront de manière différente. Les risques pour la santé selon le sexe peuvent constituer une importante différence entre les femmes et les hommes. Ceux-ci sont statistiquement plus sujets que les femmes à souffrir de cardiopathie [1], et le stress associé à une situation d'urgence peut accroître les risques d'une crise cardiaque. Les hommes occupant des emplois qui les exposent à des températures élevées (p. ex. les travailleurs de la construction, les travailleurs agricoles et les travailleurs des aciéries) et les femmes enceintes en fin de grossesse se montrent plus vulnérables aux effets des canicules. Cette population peut donc avoir besoin d'un soutien adapté durant les situations d'urgence, comme un accès à des services de transport particuliers [2]. Les rôles assignés aux femmes et aux hommes ainsi que les stéréotypes sexuels peuvent également avoir des répercussions sur l'expérience que vivent les femmes et les hommes durant les catastrophes. Les hommes sont censés être plus forts physiquement que les femmes et par conséquent, ils prendront souvent part à de durs travaux durant les situations d'urgence, tandis que les femmes doivent souvent s'occuper des malades et des blessés parce qu'elles semblent manifester des dispositions naturelles pour prendre soin des autres.

Il perdait du poids, il ne se rasait plus. Moi, au moins, je pouvais faire une pause et sortir les enfants dans la voiturette. À midi, il avalait rapidement quelques bouchées et reprenait son travail (lié à l'inondation_. […] Il s'est mis à pleurer. On ne peut pas savoir ces choses-là, à moins de vivre dans une petite ville. (Une femme vivant en milieu rural, se remémorant l'inondation de la rivière Rouge au Manitoba)

a Les lectrices et les lecteurs sont également invités à consulter le document Gender and Disaster Sourcebook [guide d'information sur le genre et les désastres] pour obtenir d'autres outils, listes de contrôle et lignes directrices en matière de politiques : The Gender and Disaster Sourcebook (en ligne). c2006 [cité le 30 mars 2008]. http://gdnonline.org/sourcebook/

Le genre marque chaque point du cycle des catastrophes, avant et après ainsi que durant les situations d'urgence. Par exemple, les priorités des hommes en matière de préparation aux situations d'urgence et de mesures de secours occupent souvent une place prépondérante dans les discussions familiales. De manière générale, les hommes sont ceux qui décident de souscrire ou non à une assurance et d'installer les contrevents. Ils déterminent le moment d'évacuer, l'endroit où se rendre, le matériel à apporter, la manière de vivre et le moment du retour [b]. Par ailleurs, les ménages dont le chef de famille est une femme sont souvent perçus comme étant vulnérables et ayant besoin d'aide financière ou d'autres formes de soutien parce qu'on croit que les mères ou les grands-mères seules ne prépareront pas leur foyer et leur famille à une catastrophe ou ne seront pas en mesure de le faire.

On fait l'éloge des infirmières pour ce qu'elles font, mais on les fuit parce qu'elles le font. Je vis le paradoxe d'être à la fois héroïne et paria. (Une infirmière se remémorant la réaction de collègues et de membres de la famille à la suite de l'éclosion du SRAS)

Au lendemain de catastrophes, les expériences des femmes diffèrent aussi grandement de celles des hommes. Par exemple, l'aide économique après la catastrophe et les mesures de rétablissement ne tiennent pas compte de la prédominance des femmes dans les secteurs du travail informel, à temps partiel et à domicile où elles gagnent des revenus modestes, mais essentiels, grâce à des occupations telles que la garde d'enfants en milieu familial ou des services de traiteur. Pour les femmes, les incidences économiques peuvent être considérables lorsque la perte d'une maison équivaut également à la perte de fournitures, d'espaces de travail, d'équipement, de marchandises, de marchés et de lignes de crédit.

Les femmes subissent également les contrecoups des catastrophes lorsque les réseaux sociaux s'effritent, lorsque des membres de la famille et de la parenté sont déplacés et lorsqu'elles ressentent les effets cumulatifs d'avoir à prendre soin des autres, particulièrement des hommes et des garçons pour qui les approches en santé mentale déjà existantes ne répondent pas bien à leurs besoins en matière de sinistre. Les femmes s'exposent également à un risque accru de violence conjugale : les études ont démontré que le nombre d'appels que reçoivent les refuges de femmes peut augmenter jusqu'à un an après la fin d'une situation d'urgence [3]. Non seulement les femmes sont-elles touchées d'une manière différente des hommes, mais les divers groupes de femmes et d'hommes ont des besoins particuliers et réagiront différemment lorsqu'ils se retrouvent au beau milieu d'une situation d'urgence. Par exemple, il est probable que les besoins des personnes âgées dans les familles métisses vivant à l'extérieur de la réserve ne soient pas du tout les mêmes que ceux des couples homosexuels financièrement aisés de Toronto. De même, les professionnelles et professionnels de la santé, de qui on exige des soins, peuvent être aux prises avec des défis uniques durant les crises, particulièrement si on les craint et on les évite en même temps.

b Pour obtenir un résumé de ces points ou d'autres sujets et des références complémentaires, voir Alice FOTHERGILL, The Neglect of Gender in Disaster Work: An Overview of the Literature. Dans : Enarson E., Morrow B.H., éditeurs. The Gendered Terrain of Disaster: through Women's Eyes. Westport : Praeger Publishers, 1998; 11-26. Au Canada, un grand besoin se fait sentir dans ce domaine pour des travaux de recherche contemporains et adaptés au contexte.

Selon la Croix-Rouge canadienne, [4] les femmes représentent le dixième de la population à haut risque durant les situations d'urgence, mais à l'intérieur de cette catégorie plutôt importante, une attention supplémentaire est apportée aux groupes particuliers de femmes, notamment à celles qui sont enceintes, qui ont plusieurs personnes à charge, qui ont vécu ou qui vivent de l'abus, qui sont socialement isolées et qui sont susceptibles de « passer à travers les mailles du filet ». Simultanément, une analyse des influences du genre et du sexe permet de dégager les besoins de certains groupes d'hommes, surtout ceux qui sont moins susceptibles de demander de l'aide ou qui sont isolés, par exemple les veufs et les hommes qui assument des rôles de premiers répondants.

Je ne saurais trop insister sur la nécessité d'embaucher des travailleurs en garderie. Pendant plusieurs mois, j'ai travaillé 18 heures par jour, tous les jours de la semaine et on a laissé mes enfants se débrouiller tout seuls. Ma communauté m'avait promis qu'elle s'occuperait de mes enfants pendant que je travaillais, mais cette promesse est vite tombée dans l'oubli. (Une coordonnatrice du rétablissement se remémorant son travail après l'inondation de la rivière Rouge au Manitoba en 1997)

Est-ce que ceux qui s'occupent de la préparation aux situations d'urgence et des mesures de secours comprennent les réalités et les besoins différents des femmes et des hommes, des filles et des garçons?

Au cours des 15 dernières années, notre compréhension du rôle du sexe social dans les catastrophes a progressé d'une manière marquée [c]. Les études de cas multidisciplinaires, provenant principalement des États-Unis et des pays d'Asie du Sud, de même que les enquêtes démographiques et les études expérimentales sur des sujets tels que l'évacuation et la perception des risques, ont permis d'obtenir d'importants renseignements sur les différences prévisibles entre les sexes et les genres ainsi que sur les inégalités axées sur les rapports sociaux qui portent atteinte à la résilience des gens en présence de catastrophes [d]. En 2005, l'organisme mondial Gender and Disaster Network a produit un court guide, intitulé *Six Principles For Gender-Fair Relief And Reconstruction*, lequel a été largement diffusé [e].

Malgré ces avancées dans nos connaissances, l'analyse des influences du genre et du sexe semble se dérouler principalement au lendemain de catastrophes. À la suite du tsunami dans l'océan Indien, par exemple, il s'est avéré que les filles et les femmes étaient au moins trois fois plus susceptibles que les hommes de mourir [f]. Inversement, après le passage de l'ouragan Katrina aux États-Unis, il est apparu clairement que les réseaux sociaux des femmes ont permis de sauver des vies [g]. De plus, les gouvernements et les organismes prennent souvent conscience qu'ils ont besoin d'aide en ce qui concerne les questions liées aux spécificités de chaque sexe une fois que la catastrophe a frappé. En 2008, à la

c Pour un survol de ce domaine, voir Fothergill A, Peek L, Enarson E, Gender and Disaster: foundations and possibilities. Dans : Rodriguez H, Quarantelli EL, Dynes R, éditeurs. Handbook of Disaster Research. New York : Springer, 2006;130-59. Voir également Enarson E. Gender. Dans : Phillips B, Thomas D, Fothergill A, Blinn-Pike L, éditeurs. Social vulnerability to disaster. Boca Raton : Taylor and Francis, CRC Press. 2009;p. 123-54. Voir également Enarson E, Meyreles L. International perspectives on gender and disaster: differences and possibilities. Int J Sociol Soc Policy. 2004;24(10/11):49-93.

d Le Gender and Disaster Network (www.gdnonline.org/index.php) fournit également des études de cas et d'autres bonnes sources. Voir également Fothergill A. Women's roles in a disaster. Appl Behav Sci Rev. 1999;7(2):125143.

e Pour obtenir plus d'information, voir Gender and Disaster Network. Gender equality in disasters: six principles for engendered relief and reconstruction (en ligne). c2005 [cité le 30 mars 2008]. www.gdnonline.org/resources/genderbroadsheet.doc. Voir également Comité permanent interorganisations des Nations Unies. Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire – Femmes, filles, garçons et hommes : Des besoins différents, des chances égales (en ligne). c2006 [cité le 30 mars 2008]. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page = content-subsidi-tf_gender-genderH. Pour un excellent guide destiné aux travailleuses et travailleurs humanitaires internationaux, voir Agence canadienne de développement international, Égalité entre les sexes et aide humanitaire : guide

f Publié dans Oxfam. The tsunami's impact on women [note d'information]. c2005 [cité le 30 mars 2008]. http://www.preventionweb.net/files/1502_bn050326tsunamiwomen.pdf.

suite du tremblement de terre en Chine et du cyclone en Birmanie, des appels urgents ont été lancés concernant la façon de répondre aux besoins particuliers des femmes : le besoin de sous-vêtements propres pour les femmes, le viol de jeunes filles dans les refuges, l'obligation pour des grands-mères en deuil de s'occuper d'enfants devenus orphelins, l'alimentation inadéquate ou le manque de vitamines pour les femmes enceintes – la liste est longue.

Lors de périodes où règnent la paix, le calme ou la sécurité entre les catastrophes, alors qu'il faudrait qu'une planification en fonction du sexe et du genre se poursuive, on n'y a que très peu recours, voire jamais; une planification de ce type ne guide pas les politiques gouvernementales; elle ne parvient pas à toucher ceux qui travaillent sur le terrain ni ceux dans le besoin et lorsqu'on en élabore une, elle est souvent trop générale pour être utile ou comporte tous les éléments précités. Au Canada, comme dans la plupart des pays développés, on tient rarement compte des questions liées aux spécificités de chaque sexe lors de la planification des situations d'urgence ou des interventions de secours, ni dans l'information publique ni dans les programmes de formation plus officiels [5]. En effet, en survolant les documents portant sur la préparation, on obtient beaucoup plus d'information sur les animaux de compagnie que sur les questions particulières que les femmes et les hommes devraient prendre en considération lorsqu'ils se préparent pour les imprévus.

L'absence d'analyse selon le genre et la mise en application limitée des connaissances existantes à propos des femmes, des hommes et du sexe social en présence de catastrophes nuit à la capacité des responsables de la planification de mesures d'urgence, tant à l'échelle nationale que locale, d'élaborer des plans qui soient complets, appropriés et rentables. Autrement dit, une analyse des influences du genre et du sexe permet d'obtenir des renseignements essentiels pour la planification d'enjeux importants, tels que le comportement en cas d'évacuation, la reprise de l'activité économique à long terme, le fardeau psychosocial sexospécifique et la prévention de la violence. Une analyse des influences du genre et du sexe s'impose également parce qu'il est possible de porter atteinte aux droits humains en situation de crise alors que les normes en matière d'équité entre les sexes ne font pas partie de la culture de travail des intervenants en cas d'urgence et que les connaissances liées au genre ne se retrouvent pas dans leurs trousses d'outils pratiques [h].

Pourquoi les femmes ne participent-elles pas à la planification des mesures d'urgence?

Pourquoi, pourrions-nous aussi demander, le sexe et le genre sont-ils si totalement absents tandis que l'ethnicité, l'âge, le revenu, l'alphabétisme, les capacités physiques et mentales et d'autres facteurs sont reconnus pour exercer une influence importante sur la vulnérabilité dans le contexte des catastrophes?

En 1976, j'étais à Gaspé lorsque l'ouragan Blanche a frappé […]. Nous n'avions pas été avisés de cette situation météorologique et c'est suite au changement de la couleur du ciel que j'ai téléphoné à une voisine que son antenne télé et ses poubelles étaient parties, poussés [sic] par le vent. J'avais deux jeunes enfants (1 an et 3 ans). J'ai pensé qu'en poussant une table contre le réfrigérateur et en me recroquevillant par dessus mes enfants, que nous serions protéger [sic]. J'ai pensé à me réfugier dans le sous-sol, mais j'ai eu trop peur que l'on ne nous trouve pas si par malheur des arbres atteignaient la maison et qu'un feu se déclare. Par la suite, j'ai créé mon plan de protection et ma trousse de secours car je savais maintenant que cette situation n'arrive pas qu'aux autres. Cela m'a servi car j'ai été prise dans la crise du verglas de 1998 à Montréal. Je résidais à l'hôtel […]. Quand la panne a atteint Montréal, je suis devenue le point de référence de l'hôtel car j'étais autonome et j'avais l'info par la radio. Cela a permis à l'hôtel d'informer les clients, car les gens étaient paniqués, et d'accueillir des gens car le personnel de l'hôtel connaissait l'ampleur du problème. Aujourd'hui, je suis prête. Mes enfants et mon petit enfant savent comment faire leur trousse car ils savent qu'ils peuvent être pris dans une situation imprévue. (Texte attribué à « Louise » et publié dans le site Web de Sécurité publique Canada : http://preparez-vous.gc.ca/prod/str/str005-fra.aspx)

g Le Rapport sur les catastrophes dans le monde – les crises négligées; 2006 de l'IFRC, www.ifrc.org/fr/publicat/wdr2006/summaries.asp comporte un chapitre sur le genre dans lequel on reconnaît qu'on a évité le pire avant le passage de Katrina grâce aux réseaux des femmes. Voir également Enarson E. Women and girls last? averting the second post-Katrina disaster (en ligne). c2006 [cité le 30 mars 2008]. http://understandingkatrina.ssrc.org/Enarson/. Voir également Enarson E. Sociologists for women in society factsheet: women and disaster (en ligne). c2006 [cité le 30 mars 2008]. www.socwomen.org/socactivism/factdisaster.pdf

h Voir, entre autres, Enarson E, Fordham M. From women's needs to women's rights in disasters. Environmental Hazards. 2001;3:133-36.

Une partie de la réponse réside dans la gestion des situations d'urgence dont les racines sont ancrées dans les cultures de travail, les occupations militaires et les emplois à majorité masculine. À cela s'ajoute, un manque d'intérêt de la plupart des femmes et des spécialistes en matière d'égalité entre les sexes dans la planification des mesures d'urgence à l'échelle communautaire qui permet de renforcer *le statu quo* du pouvoir masculin dans ce domaine. Les images de catastrophes que diffusent les médias contribuent à promouvoir la suprématie masculine parce qu'elles présentent notamment le dur labeur des hommes qui érigent un mur de sacs de sable, nettoient les décombres et aménagent des pare-feu. Les tâches considérables et exténuantes qu'accomplissent les femmes auprès des amis, de la famille et de la parenté élargie sont, par comparaison, moins visibles et valorisées, même si leurs efforts pour organiser un hébergement et des services de garde de rechange, pour fournir sans interruption des soins aux personnes à la santé fragile ou pour déplacer en lieu sûr d'importants objets culturels ou des ressources indispensables aux groupes de femmes s'avèrent tout aussi essentiels. Un langage trop souvent générique, comme « parents », « soignants », « intervenants », tend à masquer les importantes différences entre les sexes en ce qui a trait aux rôles et au travail qu'exercent les femmes et les hommes. Autrement dit, le travail des femmes en cas de catastrophes est « caché à la vue de tous ».

Une autre raison qui explique le manque d'attention portée au sexe, au genre et aux catastrophes au Canada repose sur le simple fait que nous avons vécu très peu d'événements ou de catastrophes qui ont semé la destruction. En l'absence d'événement dramatique qui captive l'imagination du public et monopolise les ressources gouvernementales et fiscales, le monde de la recherche et la communauté décisionnelle se montrent moins motivés à entreprendre une nouvelle recherche sur les catastrophes ou à réexaminer des stratégies de planification des mesures d'urgence. Par conséquent, nos données sur les différences en matière de sexe et de genre demeurent insuffisantes pour orienter la planification de mesures d'urgence. En nous intéressant uniquement à « LA » catastrophe, nous négligeons les urgences plus courantes, notamment les inondations, les canicules et la pollution localisée de l'eau, qui comportent également d'importants éléments liés au sexe social.

Comment intégrer pleinement le genre à la gestion des mesures d'urgence?

Planifier à l'aide du « prisme du genre » ne signifie pas « ajouter des femmes et remuer », mais demande plutôt que la gestion des mesures d'urgence soit faite selon une nouvelle approche qui considère que les femmes et les hommes sont des partenaires entiers et égaux. Il suffit d'apprendre à poser les bonnes questions, puis de se pencher sur les données, l'information, les connaissances et les indications des membres de la collectivité pour y trouver des réponses.

À chaque étape du cycle des catastrophes, les décideurs et les intervenants doivent recueillir des preuves concluantes en portant attention : 1) aux différences de sexe et de genre à diverses étapes de vie; 2) aux différences entre les divers groupes de femmes; 3) aux changements notés dans les modèles et les tendances

à l'échelle nationale; 4) aux applications durant les phases du cycle de vie des catastrophes, soit la préparation, l'atténuation et l'adaptation, l'intervention et le rétablissement.

Les bases de données déjà existantes peuvent fournir d'importants renseignements sur la planification, notamment le pourcentage de femmes et d'hommes selon les différents groupes qui présentent un risque (p. ex. les jeunes et les vieux) ou le pourcentage de femmes et d'hommes dont le langage fonctionnel ou les aptitudes en lecture sont limités. Des données sexospécifiques sur l'emploi peuvent indiquer plus précisément des conditions de travail ou une exposition relative à des matières dangereuses et du même coup, un risque accru en cas d'un déversement de matière dangereuse ou d'une pandémie. Par exemple, les femmes ont été touchées de manière disproportionnée lors de l'épidémie de SRAS parce qu'elles constituaient la grande majorité du personnel soignant. De même, les responsables de la planification des services médicaux d'urgence peuvent faire le suivi des conditions de santé liées au sexe et au genre et les prendre en considération. Ces mêmes responsables peuvent aussi utiliser les données sexospécifiques sur l'état de santé afin de mettre en place des fournitures ou de cibler des populations pour la communication des risques et de former des intervenants d'urgence.

Si des éléments d'information, notamment le nombre estimatif de femmes susceptibles d'être enceintes dans une population donnée ou à l'échelle locale, ne sont pas actuellement disponibles, il y aurait peut-être lieu d'encourager les responsables de la planification régionale à recueillir ce genre de renseignements [i]. D'autres types de données établissent un lien avec les stratégies en matière d'emploi et de revenu ainsi qu'avec la dépendance respective des femmes et des hommes aux ressources naturelles; jusqu'où l'itinérance amène les femmes et les hommes; quels organismes communautaires, le cas échéant, agissent comme bouée de sauvetage pour les minorités sexuelles; la disponibilité de réseaux de soutien constitués à partir de la famille élargie dans les différentes populations; les groupes et les organisations qui permettent aux femmes et aux hommes de s'ancrer dans leur collectivité tout en leur offrant du soutien.

Même si les données sexospécifiques s'avèrent essentielles pour les responsables de la planification des services de santé, elles constituent rarement la « formule magique ». En plus de recueillir des statistiques, le personnel de planification doit savoir comment le sexe et le genre ainsi que les inégalités à chaque phase du cycle de planification des mesures d'urgence façonnent la vie quotidienne des femmes et des hommes. La première étape dans la compréhension du rôle que joue le genre en matière de catastrophes consiste à « voir » les défis de la vie quotidienne pour les femmes et les hommes, les filles et les garçons et à en prendre conscience. Ces mêmes responsables doivent également aborder la gestion des mesures d'urgence en adoptant une approche axée sur les droits humains, parce que sans cet engagement, il est peu probable qu'ils comprennent les inégalités de pouvoir entre les sexes et qu'ils prennent des mesures à cet effet.

Enfin, les responsables de la planification doivent porter leur regard au-delà des vulnérabilités afin de pouvoir se pencher sur les capacités, les ressources et les compétences des femmes et des hommes dans différentes circonstances quotidiennes qui peuvent enrichir la préparation aux situations d'urgence, l'intervention et le rétablissement. Les réseaux sociaux, les compétences, les

ressources et les expériences de vie des femmes et des hommes peuvent tous être pertinents à la préparation aux situations d'urgence, à l'intervention et au rétablissement.

« Comment faire pour inclure le sexe et le genre dans une analyse des risques : Où trouver les données? »

- Demander des données sexospécifiques aux autorités provinciales, régionales et nationales
- Collaborer avec la communauté de recherche, y compris les étudiantes et les étudiants en études de genre
- Nouer des liens avec les groupes locaux de femmes afin de connaître les données sexospécifiques qu'ils ont recueillies ou auxquelles ils ont accès
- Consulter les rapports publiés par les fondations et les études de cas menées auprès des femmes ou portant sur les relations entre les deux sexes dans votre secteur
- Faire une estimation de la réalité locale en examinant les données supérieures de Statistique Canada (p. ex. la proportion de femmes qui sont locatrices ou celle des grands-pères qui sont responsables de jeunes enfants)
- Faire équipe avec les groupes de femmes ayant des activités dans des domaines tels que le développement durable, la sécurité des villes, les droits des immigrantes et des immigrants ou les limitations fonctionnelles afin de financer la recherche locale et les rapports circonstanciels
- Demander aux autorités municipales, aux responsables des opérations de santé ou aux spécialistes du logement de faire le suivi des tendances pertinentes selon le sexe que pourront ensuite utiliser les responsables de la planification de mesures d'urgence
- Faire parvenir des demandes précises au Gender and Disaster Network of Canada
- Former un comité consultatif communautaire qui comprend notamment des organismes travaillant avec les femmes à risque et leur famille, et les aider à utiliser des stratégies de recherche participative afin de répondre à leurs besoins en matière de connaissances en tant que responsables de la planification de la sécurité communautaire à l'échelle locale

Conclusion

L'utilisation d'une analyse des influences du genre et du sexe contribue directement à améliorer l'état de préparation des familles, des entreprises et des collectivités du pays pour toute éventualité, et peut s'avérer extrêmement utile pour prévoir et entreprendre les étapes qui permettent de réduire les incidences des catastrophes qui sont reconnues pour toucher les femmes et les hommes de manière différente et disproportionnée. À l'échelle internationale, la recherche et la planification en matière de mesures d'urgence progressent dans cette direction grâce au soutien des principaux spécialistes des Nations Unies et à la reconnaissance croissante de l'importance du genre en tant que « principe commun » dans les actions pour réduire et gérer les risques. Au niveau local, l'établissement de partenariats pour la recherche participative qui tient compte de la spécificité des sexes constitue une

i Voir, par exemple Callaghan W, Rasmussen S, Jamieson D, Ventura S, Farr SL, Sutton PD, et coll. Health concerns of women and infants in times of natural disasters: lessons learned from Hurricane Katrina. J Mat Child Health. 2007;11:307-11.

excellente base pour la gestion des risques liés aux catastrophes et une voie prometteuse pour réduire la vulnérabilité de la nation aux dangers et aux catastrophes à venir.

Références bibliographique

Health Canada. Just for you-men. [en ligne] non daté [cité le 16 sept 2009]. www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/jfy-spv/men-hommes-eng.php#4

2. Walker A. Vulnerability – who's most at risk? [en ligne]. 2006. [cité le 16 sept 2009]. www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/bull/2005-climat/2005-climat-6-eng.php

3. Enarson E. Violence against women in disasters: a study of domestic violence programs in the US and Canada. Violence Against Women. 1999;5(7):742-68.

4. Canadian Red Cross. Integrating emergency management and high-risk populations: survey report and action recommendations. [en ligne]. c2007. [cité le 16 sept 2009]. www.cnchl-cncdh.ca/cmslib/general/dm_high_risk_populations.pdf

5. Enarson E, Haworth-Brockman M. Gender mainstreaming in emergency management: opportunities for building community resilience in Canada. [en ligne]. c2008 [cité le 30 mars 2008]. www.gdnonline.org/resources/Enarson_GenderMainstreamingCanada.pdf

COMMENTAIRE

Les effets sexospécifiques sur la santé et l'environnement découlant d'une culture de consommation de viande

par Claire Askew et Kaitlin Pelletier

La mondialisation des élevages intensifs de bétail a provoqué la disparition de nombre de petites fermes canadiennes et a amené l'industrie à dépendre de plus en plus des technologies de production. L'élevage intensif de bétail s'appuie sur la mise en place d'infrastructures de grande superficie (relativement à la superficie des terres) pour abriter les cheptels, ainsi que sur des méthodes mécanisées visant un rendement élevé. Les antibiotiques, les hormones et autres médicaments de synthèse destinés à hausser la productivité sont également utilisés [1]. Ces pratiques intensives menacent non seulement le bien-être des animaux [2-4] mais aussi l'intégrité de l'environnement et la santé des humains, notamment des femmes et des filles.

Selon des études, l'industrie du bétail entraîne de graves problèmes environnementaux, y compris la dévastation des terres, la perte de biodiversité, les pénuries d'eau, la pollution de l'air et de l'eau, tout en contribuant aux changements climatiques [5]. Les effets nocifs de ces transformations environnementales n'ont probablement pas le même impact chez les femmes et les hommes. La pauvreté et la vulnérabilité sont liées aux changements environnementaux et les femmes, en tant que groupe, sont plus pauvres. De plus, leur pouvoir officiel est moindre que celui des hommes [6,7]. Par exemple, les femmes qui vivent dans les pays en développement risquent plus d'être touchées par la dévastation de l'environnement puisque leur survie est liée à l'utilisation et à la gestion de ressources naturelles, comme le bois à brûler, les produits de la forêt et l'eau, qu'elles utilisent pour produire et préparer la nourriture [6,7].

En plus de causer des effets délétères sur l'environnement, la production de viande intensive cause aussi, selon des études, de graves problèmes de santé et de sécurité aux humains [2]. Les nouvelles approches dans le domaine de la production de viande dépendent grandement d'une main-d'œuvre non qualifiée, laquelle travaille généralement à temps partiel, à des salaires peu élevés, et qui bénéficie de peu d'avantages sociaux pour ce qui est des indemnités de maladie [8]. Ces emplois sont surtout occupés par des femmes, des immigrantes et des immigrants, des minorités visibles et des personnes peu scolarisées. En raison de leur position sociale et économique au sein de la société, ces gens font face à des obstacles qui les empêchent d'accéder aux services de santé. Il sont aussi dépourvus du pouvoir nécessaire au sein de cette industrie pour améliorer leurs conditions de santé et de sécurité au travail.

Au chapitre de la santé et de la sécurité, les femmes et les filles font face à une augmentation des risques en raison des changements d'échelle et de méthodes de production de viande. Dans cette industrie, le travail de découpage et d'emballage de la viande est généralement réservé aux femmes. Sur le plan physique, elles doivent accomplir de petits mouvements répétitifs, qui peuvent entraîner des blessures causées par des tensions articulaires, comme le syndrome du canal carpien. Ces blessures chroniques, bien que sérieuses et débilitantes, sont le plus souvent minimisées par les employeurs, qui en font peu de cas, contrairement aux blessures liées à des travaux plus physiquement intensifs et généralement accomplis par des hommes [9]. Par conséquent, nombre de femmes qui travaillent dans l'industrie de la viande ne reçoivent pas de soins adéquats à la suite de blessures liées au travail. De plus, les emplois exigeant la manutention de la viande sont surtout occupés par des femmes. Celles-ci risquent donc d'être plus exposées à des produits chimiques toxiques, lesquels sont liés au cancer du sein [10].

En plus des effets nocifs découlant des pratiques de production, la consommation de viande et de ses produits semble provoquer des effets distincts chez les femmes et les hommes. Les recherches démontrent que les femmes et les filles risquent de développer des problèmes de santé liés aux hormones et aux médicaments utilisés pour accélérer de façon artificielle la croissance du bétail et la production de viande. Par exemple, la consommation de viande contenant des taux importants d'œstrogène a été liée à l'endométriose et à l'apparition précoce des premières règles, ainsi qu'à un risque accru de cancer du sein, du col utérin et de l'utérus [11]. Bien que nous disposions de peu d'information sur les effets de la consommation de viande chimiquement traitée sur la santé et le bien-être des garçons et des hommes, certains éléments probants suggèrent que les œstrogènes libérés dans l'environnement diminuent le taux de spermatozoïdes et peuvent causer l'infertilité masculine [12].

L'élevage intensif exige l'utilisation de médicaments et d'hormones synthétiques. Or la consommation de viande contaminée entraîne aussi des effets délétères. Notamment, les femmes enceintes, les très jeunes enfants, les personnes âgées (une catégorie à majorité féminine) et les gens dont les systèmes immunitaires sont déficients risquent davantage de subir des intoxications alimentaires causées par des produits de viande contaminés, comme ce fut le cas en 2008, avec la flambée de listériose provenant d'un établissement de traitement des viandes en Ontario [13]. Les viandes transformées, comme les produits Maple Leaf contaminés à la listériose, affichent un plus grand risque de contamination puisqu'elles sont faites de plusieurs viandes et nécessitent de plus nombreuses manutentions, contrairement à une viande qui provient d'un seul animal [14]. Pendant la flambée de listériose, les femmes risquaient davantage de consommer des viandes contaminées parce qu'elles étaient plus nombreuses à vivre dans des milieux qui achetaient des viandes transformées, comme les centres pour personnes âgées et les centres de convalescence [15]. En fait, nombre de femmes qui sont décédées des suites d'une contamination à la listériose étaient âgées.

La consommation de viandes contaminées ou produites à l'aide de substances chimiques ainsi que les rôles imposés aux femmes dans l'industrie de la viande entraînent des effets sur la santé. Pourtant, les politiques et les pratiques en matière de production de viande ne tiennent pas compte de ce constat.

Si nous omettons d'intégrer le sexe et le genre dans l'étude des liens entre la santé et la production/consommation de viande, nous risquons de sous-estimer l'impact des habitudes alimentaires et de la production d'aliments sur la santé et le bien-être des filles, des femmes, des garçons et des hommes.

Références bibliographique

1. Steinman D. Diet for a poisoned planet. New York: Thunder's Mouth; 2007.

2. Fraser D, Weary D. (2004). Quality of life for farm animals: linking science, ethics and animal welfare. Dans : Benson J., Rollin B., éditeurs. Animal welfare. Armes : Blackwell, 2004 : p. 38-58.

3. Mench J. The welfare of poultry in modern production systems. Poultry Science Review. 1992;4:112.

4. Appleby MC, Mench JA, Hughes BO. Poultry behaviour and welfare. Wallingford: CABI; 2004.

5. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Livestock's long shadow - environmental issues and options (en ligne). c2006 [cité le 20 oct. 2008]. www.fao.org/docrep/010/a0701e/a0701e00.htm

6. Nelson V, Meadows K, Cannon T, Morton J, Martin A. Uncertain predictions, invisible impacts, and the need to mainstream gender in climate change adaptations. Gend Dev. 2002;10(2):51-9.

7. Denton F. Climate change vulnerability, impacts, and adaptation: why does gender matter? Gend Dev. 2002;10(2):10-20.

8. Schlosser E. Fast food nation. Boston: Houghton Mifflin; 2001.

9. Stull D, Broadway M. Slaughterhouse blues. Canada: Wadsworth/Thomson; 2004.

10. Morton WE. Major differences in breast cancer risk among occupations. J Occup Environ Med. 1995;37:328-35.

11. Gossard MH, York R. Social structural influences on meat consumption. Human Ecology Review. 2003;10(1):1-9.

12. Sharepe RM, Skakkebaek NE. Are oestrogens involved in falling sperm counts and disorders of the male reproductive tract? (Hypothesis). Lancet. 1993;341:1392-7.

13. Officials confirm 4th death in listeriosis outbreak (en ligne). [cité le 3 fév. 2009] Aug 22 2008. www.ctv.ca/servlet/ArticleNews/story/CTVNews/20080822/second_death_080822?s_name = &no_ads =

14. Aleccia J. Tainted meats point to superbug C. diff in food (en ligne). [cité le 3 fév. 2009] 19 nov. 2008. www.msnbc.msn.com/id/27774614/

15. Turcotte M, Schellenberg G. Un portrait des aînés au Canada. Cat no. 89-519-XIE. Ottawa : Statistique Canada; 2007.

Chapitre six :

Au sujet des déterminants de la santé

Alors que certains documents des chapitres précédents portaient sur des déterminants de la santé autres que le sexe et le genre — tels l'âge et l'ethnicité —, les études de cas et les commentaires de ce chapitre ont été réunis spécifiquement pour illustrer comment l'AIGS nous pousse à dépasser les définitions traditionnelles de la santé et des soins.

L'étude de cas sur les indicateurs de santé mentale, par exemple, porte sur la relation entre les déterminants de la santé qui touchent les femmes et les hommes. Plutôt que de se fier aux outils de mesure standards des troubles de santé mentale, l'auteure explore une approche différente d'évaluation de la santé mentale qui tient compte du sexe et du genre ainsi que d'autres déterminants de la santé. Ce faisant, elle met en évidence non seulement l'importance de comprendre quelles femmes et quels hommes sont examinés, mais elle révèle aussi les limites des outils existants pour recueillir et analyser les données sur la santé mentale.

L'étude de cas sur le logement montre la relation importante qui existe entre le sexe, le genre et les autres déterminants de la santé ainsi que l'importance d'adopter une vision plus large de la santé. Bien que les budgets de santé et la prestation des services ne s'étendent pas généralement au logement, il est évident qu'avoir un logement adéquat est essentiel à une bonne santé. Aussi, le sexe et le genre (liés au fait d'être une famille monoparentale, une personne âgée vivant seule ou d'avoir un revenu relatif) et la diversité sont des facteurs fondamentaux qui déterminent qui obtient un bon ou un piètre logement. Le commentaire sur les femmes criminalisées illustre également comment des groupes précis de la société peuvent être désavantagés par les préjugés liés au genre et par le genre institutionnalisé.

De même, l'étude de cas sur l'accès aux soins pour les peuples des Premières nations illustre comment le sexe (être un homme) ou le genre (épouser une personne non autochtone) dans le contexte juridique canadien a des implications importantes pour les individus, les familles et les collectivités. Comme le commentaire sur les femmes et l'eau potable, l'étude de cas sur l'accès aux soins de santé montre comment les déterminants de la santé « lieu et politique publique » se conjuguent aux modèles culturels et sociaux pour influer sur la santé d'une collectivité et sur l'utilisation d'un programme de mieux-être.

Enfin, l'AIGS permet de créer de nouvelles perspectives et des analyses novatrices. L'étude de cas sur la santé mentale, par exemple, offre une nouvelle façon de voir la santé mentale et la collecte de données tandis que l'étude de cas sur l'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les jeunes donne un aperçu des aspects sécuritaires d'un problème qui, traditionnellement, était considéré comme la responsabilité des spécialistes des soins de santé et de la promotion de la santé.

Sexe biologique, sexe social et outils de mesure de la santé mentale

par Cara Tannenbaum

Introduction

En 2003, le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes a lancé un appel aux chercheuses et chercheurs pour les inviter à participer à un programme de recherche de Santé Canada portant sur les politiques de santé. Le but de ce programme était d'informer les décideuses et les décideurs sur l'utilisation de nouveaux indicateurs de santé qui tenaient compte du genre en prévision d'une future planification de services axés sur l'égalité des sexes. Dans un même temps, le sénateur Michael Kirby dirigeait un comité sénatorial canadien qui avait pour mandat de revoir l'approche du Canada en matière de santé et de maladie mentales [1,2]. Notre équipe de recherche, un conseil consultatif national composé de 12 membres qui alimente le programme de recherche sur les politiques en matière de santé, notamment sur les indicateurs tenant compte des écarts entre les hommes et les femmes, a étudié l'ordre du jour de ces deux programmes et posé les deux questions suivantes :

> Comment pouvons-nous espérer élaborer une stratégie pancanadienne en matière de santé mentale sans intégrer des indicateurs valides et fiables sur l'état de santé mentale de la population et sans cerner davantage les différences possibles entre les hommes et les femmes quant à leurs besoins en matière de santé mentale? Mais avant et par-dessus tout, comment pourrons-nous évaluer l'efficacité des nouveaux programmes de santé mentale mis en place sans intégrer des indicateurs qui peuvent aider à surveiller et suivre adéquatement les réactions des femmes et des hommes à ces programmes et politiques?

Nous avons ensuite présenté une demande de participation à ce projet et nous avons reçu un financement pour évaluer les diverses données probantes tirées des études et des bases de données existantes, tout en déterminant si elles pouvaient potentiellement être utilisées comme indicateurs de santé mentale tenant compte du genre. Notre objectif était de démontrer que ces données antérieurement recueillies pouvaient constituer une riche source d'information sexospécifique, laquelle permettrait dans un premier temps d'élaborer et de mettre en place des programmes axés sur le genre, et dans un deuxième temps de surveiller et de suivre les résultats. Cette étude de cas met en lumière le potentiel d'une étude axée sur les genres et réalisée à partir de données quantitatives tirées de grandes bases de données pancanadiennes, tout en cernant les pièges possibles.

Le « mal-être » inclut l'expérience de tout ensemble de symptômes de détresse (p. ex. la tristesse) qui ne répondent pas aux critères officiels confirmant la présence d'une maladie mentale, tels que définis dans le DSM IV.

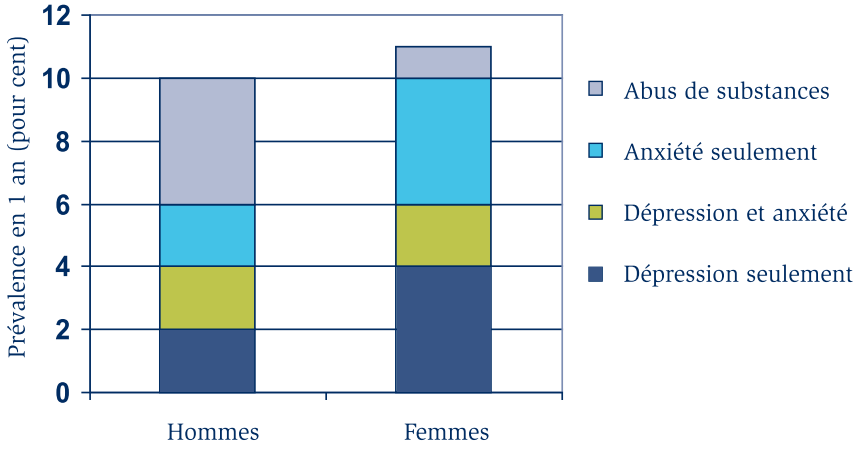
Mal-être ou maladie?

Ce projet comportait un défi important – décider s'il fallait évaluer les indicateurs existants qui servent à mesurer les troubles de santé mentale caractérisés , ou adopter un cadre de travail préventif comportant des indicateurs qui mesurent les déterminants de la santé mentale. Dans le cadre d'une approche préventive, le réseau de santé interviendrait auprès des personnes qui souffrent d'un « mal-être »

avant que la maladie ne se déclenche. Utilisant des données désagrégées selon le sexe tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC cycle 1.2) et le bien-être menée auprès de 15 889 hommes et 19 347 femmes de 18 ans et plus, nous avons relevé des taux similaires de troubles mentaux chez les deux sexes. Notamment, nous avons noté que 11 pour cent de femmes ont éprouvé au moins un trouble de santé mentale pendant une période d'un an (figure 1), comparativement à 10 pour cent chez les hommes [3].

En termes absolus, ces chiffres indiquent un écart relativement minime. Toutefois, si nous examinons les données plus attentivement, nous constatons que la gamme de problèmes de santé mentale diffère selon le sexe (figure 1). Par exemple, les femmes sont plus nombreuses à signaler des troubles anxieux et dépressifs (10 pour cent), en comparaison aux hommes (6 pour cent). Par ailleurs, les taux d'abus de substances chez les femmes sont moins élevés (1 pour cent) qu'ils ne le sont chez les hommes (4 pour cent). Ces écarts en matière de santé mentale sont extrêmement importants puisqu'ils indiquent qu'il y aurait peut-être lieu de faire certains ajustements pour ce qui est des diagnostics, des traitements, des ressources et des messages d'éducation sanitaire afin de répondre aux besoins et aux réactions des femmes et des hommes, qui diffèrent.

Figure 1. Taux d'hommes et de femmes qui signalent des troubles de santé mentale au cours des 12 derniers mois. Source : ESCC cycle 1.2 (2002)



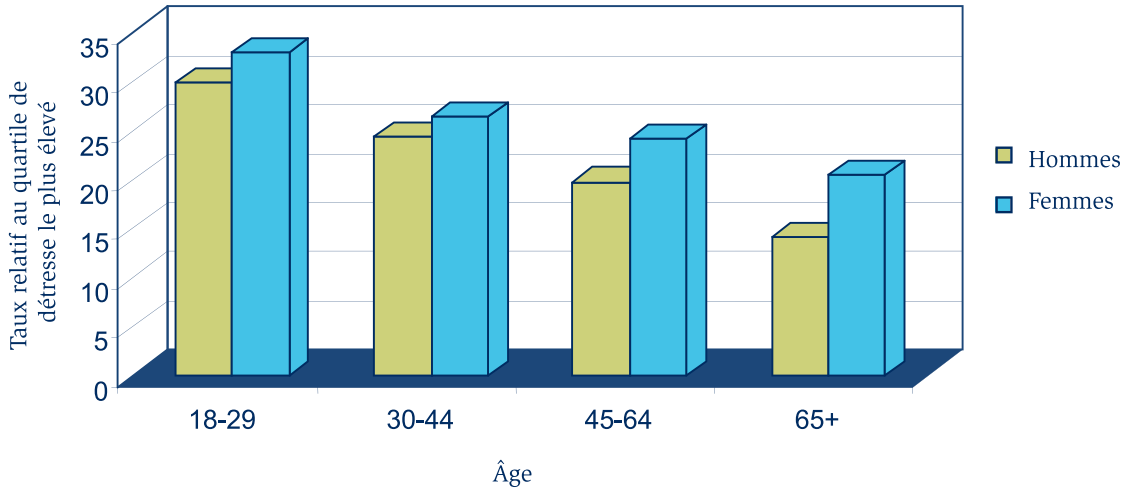
Source : ESCC cycle 1.2 (2002)

Établissant la détresse comme un précurseur de trouble de santé mentale, nous avons utilisé le même ensemble de données pour dresser une courbe des scores de détress [a] et nous avons ensuite calculé les scores des femmes et des hommes selon l'âge. L'échelle de détresse reposait sur 10 questions portant sur des états de détresse psychologiques non spécifiques qu'une personne peut vivre au cours d'une période correspondant aux quatre dernières semaines. Plus le score

a L'échelle de détresse est fondée sur celle de Kessler. Voir Tannenbaum, C. Towards a better understanding of women's mental health and its indicators. No de proj. 6795-15-2003/63800006. Rapport final. Montréal : Centre de Recherche de l'Institut de Gériatrie de Montréal; 2006.

était élevé, plus la détresse était grande (score min. = 0, score max. = 40) [4]. Nous avons utilisé le quartile de détresse le plus élevé pour définir les taux de détresse élevés (figure 2).

Figure 2. Comparaison des proportions d'hommes et de femmes affichant des taux de détresse élevés, selon l'âge



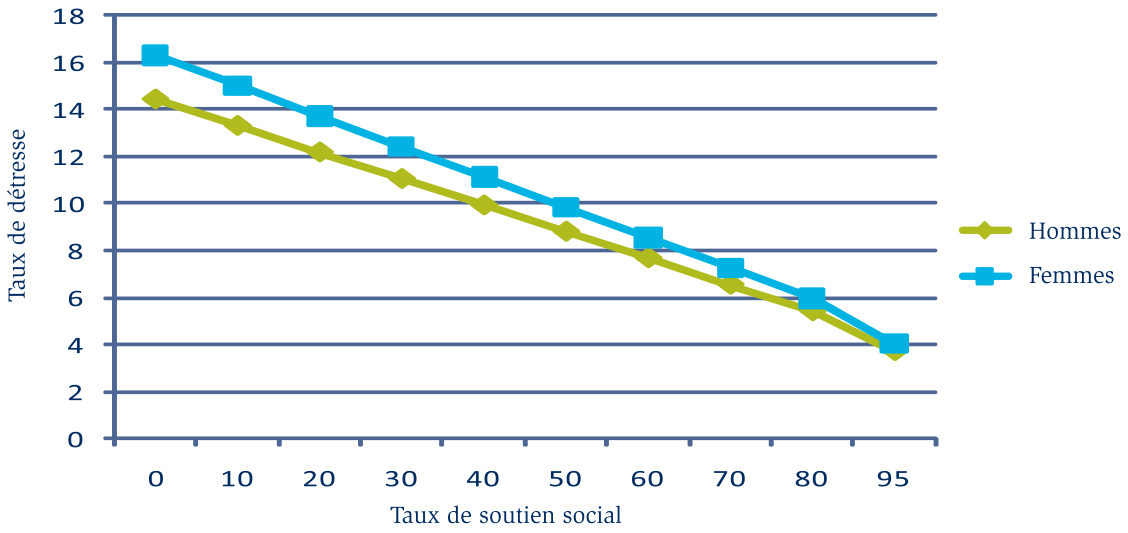
Source : ESCC cycle 1.2 (2002)

Les femmes de toutes les catégories d'âges signalaient des taux de détresse supérieurs à ceux vécus chez les hommes. Dans l'ensemble, les scores de détresse moyens relevés chez les femmes étaient plus élevés que ceux des hommes. Dans le quartile de détresse le plus élevé, les femmes affichaient des taux supérieurs à celui des hommes, et ce, pour chaque catégorie d'âges. Les niveaux de détresse les plus élevés ont été relevés chez les plus jeunes, mais l'écart entre les sexes était au plus fort chez les adultes plus âgés. Nous aurions souhaité explorer les raisons qui expliquaient cet important écart de détresse chez les adultes plus âgés, mais le type de données recueillies dans le cadre de l'étude ne nous le permettait pas. Par exemple, l'étude de certains facteurs comme le veuvage, le logement et les taux supérieurs de handicaps chez les femmes plus âgées aurait révélé des données intéressantes qui nous auraient permis d'établir des corrélations et de cerner certaines causes profondes de détresse.

Les déterminants de la détresse

Heureusement, certaines données issues de l'ESCC portaient sur les causes profondes de détresse et nous avons pu explorer les liens entre la détresse et le soutien social, le revenu, la situation d'emploi et le niveau de scolarité chez les femmes et les hommes. Nous avons constaté qu'un faible taux de soutien social était associé à des taux de détresse supérieurs et que pour chaque palier de soutien social, les femmes vivaient des taux de détresse supérieurs (figure 3).

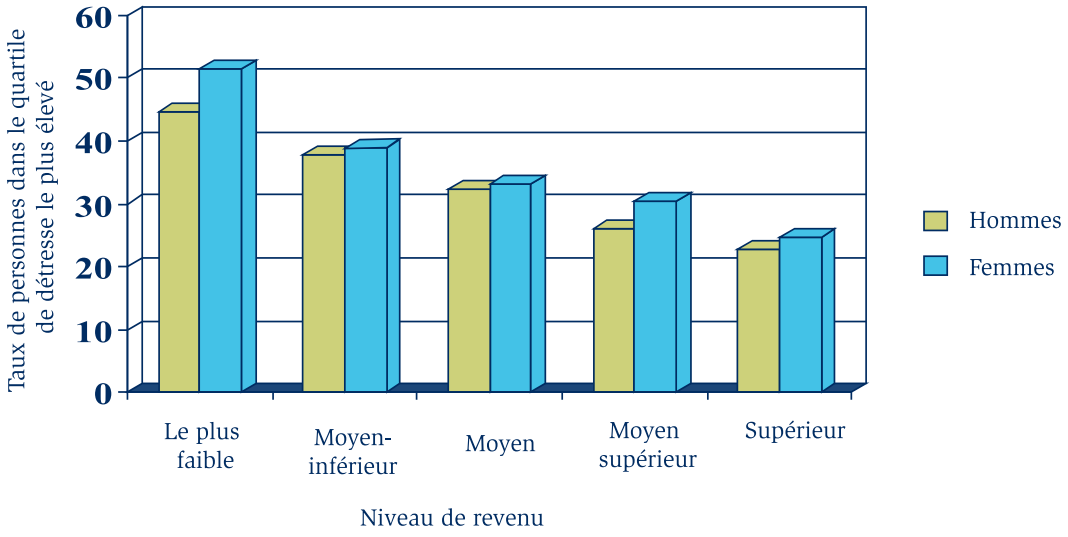
Figure 3. Lien entre la détresse et le soutien social, chez les femmes et les hommes



Source : ESCC cycle 1.2 (2002)

Nous avons également recensé un plus grand nombre de femmes aux niveaux de revenu les plus faibles ou moyens-inférieurs (12 pour cent chez les femmes contre 8 pour cent chez les hommes). Les niveaux de revenu plus faibles étaient aussi associés à des taux de détresse supérieurs. Pour chaque niveau de revenu, les taux de détresse chez les femmes étaient plus prononcés (figure 4).

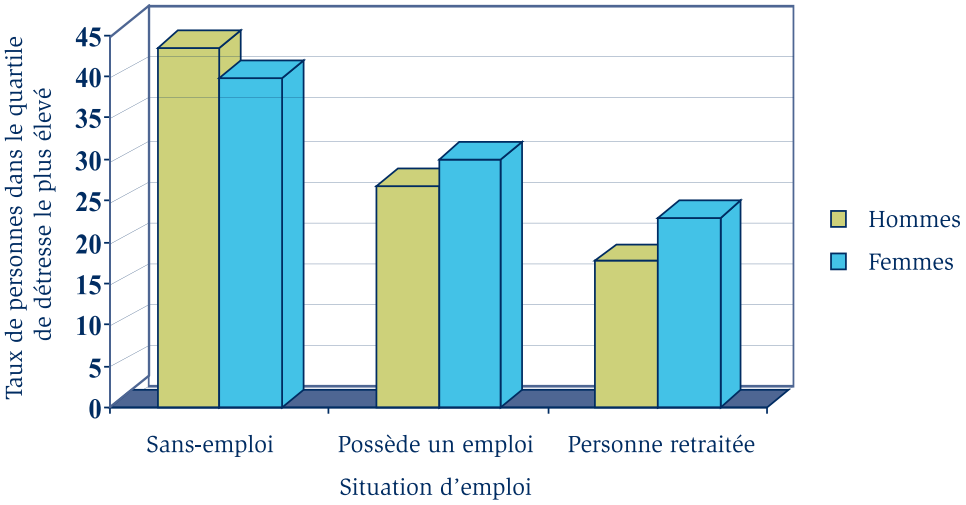
Figure 4. Association du taux de détresse aux niveaux de revenu chez les hommes et les femmes



Source : ESCC cycle 1.2 (2002)

Selon l'ESCC, une personne était considérée comme ayant un emploi si elle avait travaillé au cours de la dernière semaine. L'enquête recensait également les personnes qui étaient inaptes au travail de façon permanente. Les plus hauts taux de détresse ont été relevés chez les sans-emploi. Dans cette catégorie, les taux de détresse étaient supérieurs chez les hommes. Ces différences peuvent être associées aux attentes sexospécifiques qui exercent des pressions considérables sur les hommes et leur imposent l'obligation d'être des pourvoyeurs et de faire vivre leur famille. Toutefois, nous avons noté un fait intéressant. Chez les personnes qui détenaient un emploi ou qui étaient retraitées, les femmes étaient plus nombreuses à vivre de la détresse. Cet écart était particulièrement prononcé chez les personnes retraitées (figure 5).

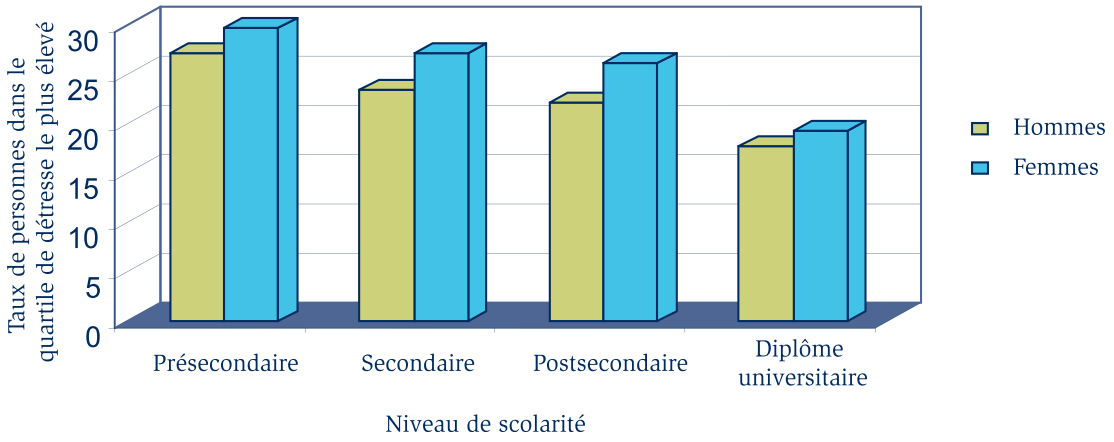
Figure 5. Association du plus haut taux de détresse à la situation d'emploi



Source : ESCC cycle 1.2 (2002)

Un niveau de scolarité inférieur était aussi également associé à des taux de détresse supérieurs, notamment chez les femmes (figure 6). L'écart entre les sexes diminuait chez les personnes qui détenaient un diplôme universitaire.

Figure 6. Association du plus haut taux de détresse au niveau de scolarité



Source : ESCC cycle 1.2 (2002)

Grâce à ces analyses, nous commençons à cerner les facteurs qui mènent à l'augmentation de la détresse et, par conséquent, à des troubles de santé mentale chez les femmes. Cette information importante nous aide à cerner les besoins en santé mentale et à mieux planifier les services dans ce créneau. Les indicateurs de détresse nous fournissent donc de l'information complémentaire qui aide à expliquer les différences fondamentales entre les sexes dans les statistiques sur la population.

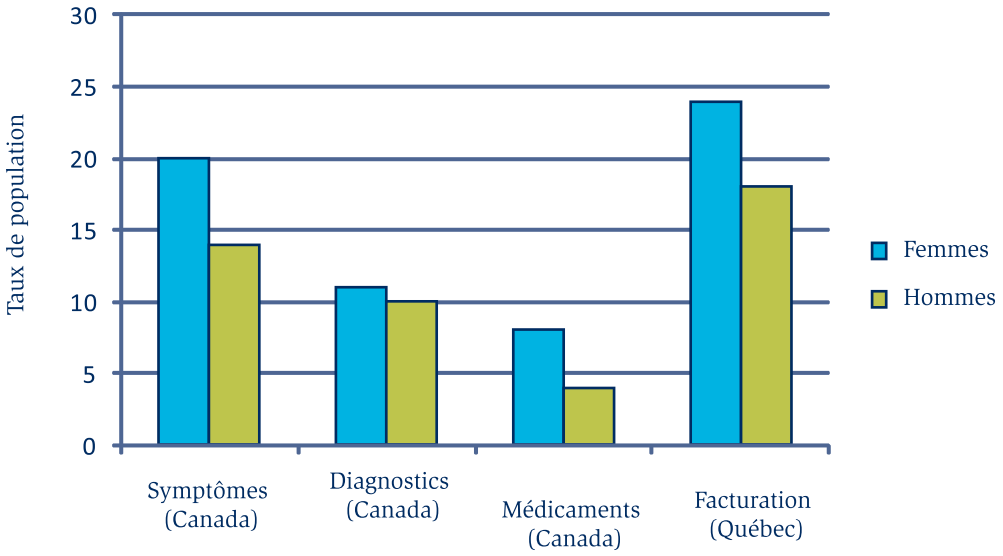
Quatre indicateurs différents en santé mentale

Puisqu'il existe un grand éventail de maladies mentales et que la détresse en tant que précurseur est un élément important, nous avons initialement décidé de mesurer uniquement la prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les adultes plutôt que de regrouper tous les types de maladies mentales de façon monolithique. Il existe très peu d'études qui mesurent le taux de détresse comme tel. Il est donc impossible d'utiliser la détresse à titre d'indicateur à grande échelle. Les symptômes de troubles mentaux constituent un outil de mesure davantage utilisé, ceux-ci étant définis dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) IV, lequel établit les critères pour diagnostiquer les troubles de dépression et d'angoisse. Nous avons donc utilisé les données des bases de données existantes pour tester l'utilité de cette mesure.

Nous avons choisi de mesurer la prévalence de symptômes de troubles mentaux à l'aide de quatre approches méthodologiquement différentes : nous étudions les symptômes de troubles mentaux autodéclarés et non perçus consciemment par le sujet; les troubles autodéclarés pleinement diagnostiqués; l'utilisation autodéclarée de médicaments psychotropes pour traiter ces troubles; et la facturation émise par les médecins à la suite de consultations pour des problèmes de santé mentale. La prévalence de symptômes de troubles mentaux non perçus consciemment, notamment la présence de certains critères (et non tous) identifiant un trouble de santé mentale a été utilisée « en remplacement » ou comme indicateur substitut de détresse [5].

Ces analyses ont été faites à partir de la base de données de l'ESCC pour l'ensemble du Canada et de la base de données sur les réclamations pour services médicaux qui recensent les consultations auprès des médecins spécifiquement dans la province de Québec (RAMQ) (figure 7). Les réclamations médicales étant gérées par la législation provinciale, nous avons choisi, pour simplifier le processus, de nous pencher sur une seule province pour l'analyse de la facturation des médecins. Ces résultats devront être validés dans les autres provinces.

Figure 7. Quatre indicateurs de dépression et d'anxiété chez les hommes et les femmes âgées de 18 ans et plus, au Canada et au Québec (uniquement les données de facturation)



Source : ESCC cycle 1.2 (2002)

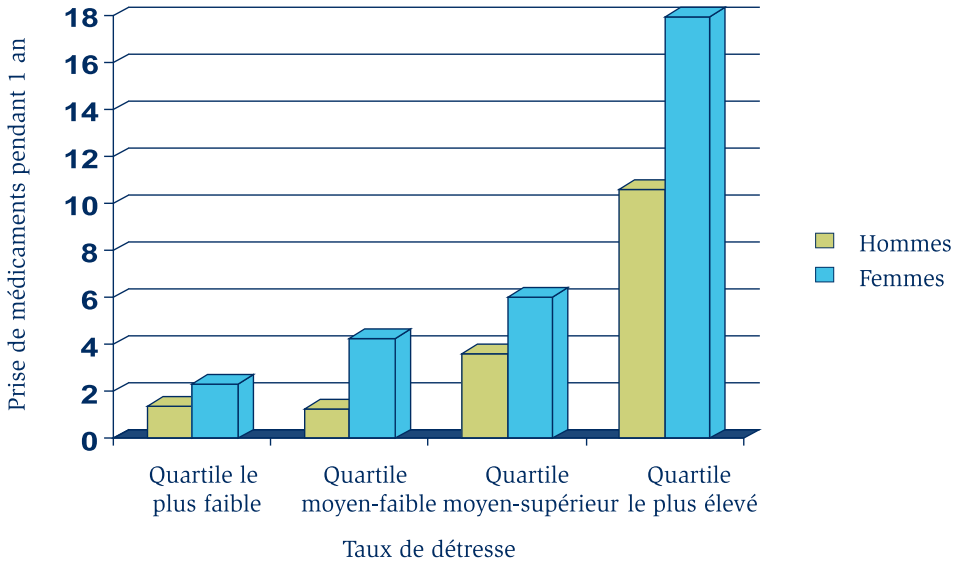
Le plus faible taux estimé de dépression et d'anxiété, soit huit pour cent chez les femmes et quatre pour cent chez les hommes, a été relevé dans la catégorie de l'utilisation autodéclarée de médicaments pour soigner ces deux troubles. Les taux estimés intermédiaires relèvent de la population qui a signalé des symptômes correspondant aux critères de diagnostic du DSM IV pour les troubles de dépression et d'anxiété. Les taux estimés les plus élevés sont issus de la population qui affiche un diagnostic non perçu consciemment.

Une interprétation sexiste des indicateurs

Loin de nous mener à des conclusions, l'analyse que nous avons réalisée a soulevé de nombreuses questions. Quelle est la « meilleure » méthode pour évaluer l'état de santé mentale? Quelle est la « vraie » mesure estimée? Sur quel indicateur devons-nous fonder nos politiques et programmes? Avant de répondre à ces questions, nous devons considérer les critères que les hommes et les femmes utilisent pour cerner les problèmes de santé mentale, donner

un sens à leur expérience et décider de traiter les symptômes de dépression et d'anxiété. Nous savons, par exemple, que lorsqu'il y a prévalence de symptômes identiques, les femmes sont plus ouvertes que les hommes à la possibilité de consulter une professionnelle ou un professionnel de la santé et d'accepter un traitement pharmacologique. Elles reçoivent aussi plus de prescriptions que les hommes. Selon les données de l'ESCC, pour toute la population, seulement six pour cent d'hommes disent avoir consulté un médecin pour des problèmes de santé mentale, comparativement à 12 pour cent chez les femmes. De plus, si nous nous étudions la figure 8, nous constatons que peu importe la présence de symptômes qui répondent aux critères du DSM IV, les femmes qui vivent des taux de détresse, quels qu'ils soient, sont plus nombreuses que les hommes à prendre des médicaments. Nous savons aussi que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à recevoir des ordonnances de médicaments pour soigner des troubles de santé mentale [6,7]. Les femmes sont-elles plus nombreuses à demander des médicaments ou est-ce les médecins qui prescrivent davantage des médicaments aux femmes atteintes de dépression ou d'anxiété? La réponse n'est pas claire [8,9].

Figure 8. La détresse et la prise de médicaments chez les femmes et les hommes



Source : ESCC cycle 1.2 (2002)

Des études ont démontré que les hommes et possiblement leur médecin sont plus réticents que les femmes à signaler des diagnostics de problèmes de santé mentale en raison du stigmate lié aux troubles mentaux [10,11]. Nonobstant cette réalité, nous ignorons si les femmes signalent leurs symptômes de façon exagérée, si les hommes ne les signalent pas assez ou s'il existe une réelle différence. Selon l'interprétation choisie, la planification des services pourrait signifier qu'il y a trop de services axés sur les femmes ou pas assez de services axés sur les hommes.

Conclusion

Nos résultats mettent en évidence une saga compliquée de signalement de symptômes, d'utilisation de services et de prescriptions de médicaments qui comporte des différences selon le sexe et le genre. La conception et la mise en œuvre adéquate de politiques et de programmes améliorés en santé mentale nécessiteront une intégration serrée de ces différences ainsi qu'une compréhension approfondie de l'impact des décisions relatives au mesurage sur la prévalence des symptômes dans toute la gamme de soins. Le choix du meilleur indicateur tenant compte du genre dans le domaine de la santé mentale repose sur le choix des questions. Notamment, devons-nous mesurer uniquement les problèmes de santé mentale ou les troubles de dépression autodéclarés? Devons-nous nous pencher uniquement sur les personnes à qui on a prescrit des médicaments pour des troubles de santé mentale ? Pouvons-nous prendre en compte la façon dont les hommes et les femmes signalent leur détresse mentale et la façon dont ils la gèrent à diverses étapes de leur vie? Il faut aussi tenir compte des déterminants socioéconomiques de la santé qui touchent les femmes et les hommes de façon différente. En plus des associations que nous avons faites dans ce document entre les taux élevés de détresse et le revenu, la situation d'emploi, le niveau de scolarité et le soutien social, d'autres études récentes démontrent que les femmes et les hommes signalent des niveaux de stress temporels différents liés à la quantité de travaux non rémunérés et de travaux ménagers qu'ils accomplissent [8,9,12]. D'autres recherches sont aussi nécessaires pour cerner les facteurs qui contribuent à la présence da dépression et d'anxiété chez les femmes et les hommes. L'une des façons de procéder pour ce faire est de raffiner et d'élargir les bases de données dans le but de recueillir un éventail de données plus large et plus nuancé. Ces renseignements devront ensuite être comparés et mis en contraste à l'aide d'une rigoureuse analyse comparative entre les sexes.

Références bibliographique

1. Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. De l'Ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada (en ligne). c2006 [cité le 19 juin 2008]. www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/rep02may06part3-f.htm.

2. Commission de la santé mentale du Canada. À propos de la Commission (en ligne). c2008 [cité le 19 juin 2008]. www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/default.aspx.

3. Statistique Canada. 2003. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 1.2 santé mentale et bien-être : questionnaire (en ligne). c2003 [cité le 28 déc. 2007]. www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/3226_Q1_V4-fra.pdf.

4. Andrews G, Slade T. Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). A NZ J Public Health. 2001;25:494-7.

5. Rowe SK, Rappaport MH. Classification and treatment of sub-threshold depression. Curr Opin in Psychiatry. 2006;19:9-13.

6. Currie J. The marketization of depression: the prescribing of SSRI antidepressants to women. Toronto : Action pour la protection de la santé des femmes; 2005.

7. Martens P, Burchill C, Fransoo R. Patterns of regional mental illness disorder diagnoses and service use in Manitoba: a population-based study. Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy; 2004.

8. Physical and Mental Health. Dans : Donner L, Isfeld H, Haworth-Brockman M, Forsey C. A profile of women's health in Manitoba. Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies, 2008; pp. 5-86-5-90.

9. Use of Health Services, dans Donner L, Isfeld H, Haworth-Brockman M, Forsey C. A profile of women's health in Manitoba. Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies, 2008; pp. 6-45-6-66.

10. Burke S, Kerr R, McKeon P. Male secondary school student's attitudes towards using mental health services. Ir J Psychol Med. 2008;25(2):52-6.

11. Halter M.J. (2003). The influence of stigma on help seeking attitudes for depression [dissertation]. Pittsburgh: Dusquesne University of Nursing; 2003.

12. MacDonald M, Phipps S, Lethbridge L. Taking its toll: the influence of paid and unpaid work on women's well-being. Fem Econ. 2005;11(1):63-94.

Le logement et la santé : une analyse des influences du genre et du sexe au Manitoba [a]

Par Margaret Haworth-Brockman et Lissa Donner

Introduction

Les organismes communautaires et les décisionnaires reconnaissent que le Canada traverse une crise du logement. Or nous savons intuitivement que la question du logement exerce une forte influence sur la santé des gens, un fait directement confirmé par des femmes et des hommes. Des femmes à faible revenu invitées à décrire les facteurs qui contribuent au maintien d'une bonne santé ou à sa détérioration ont affirmé de façon itérative que les habitations en mauvais état sont délétères pour la santé. Parmi ces facteurs, elles ont signalé une absence de chauffage, une présence de moisissure, de souris, de rats et de poux, des quartiers dangereux, des propriétaires harcelants et des menaces de violence. Elles décrivent aussi de façon répétée les effets du stress et des privations physiques causés par les efforts qu'elles déploient pour s'assurer un logement adéquat, notamment la détérioration de leur santé physique et mentale [1-5]. Les atteintes à la santé sont associées à de mauvaises conditions de logements liées à des dangers physiques, chimiques, biologiques et structurels. Par exemple, un logement inadéquat entraîne des problèmes d'asthme et d'autres maladies respiratoires. Les personnes âgées qui vivent dans des logements inadéquats pour leurs besoins risquent davantage de se blesser [6]. L'itinérance – une incapacité d'accéder au logement – est assurément nocive pour la santé et les femmes et les hommes itinérants sont beaucoup plus à risque de développer des maladies respiratoires (pneumonie, rhume, tuberculose, asthme) et des troubles d'arthrite, de rhumatisme, d'hypertension, de diabète, sans parler des problèmes de poux et de gale [7, 8].

Cette étude de cas, fondée sur une analyse des influences du genre et du sexe, examine l'information actuelle en matière de logement et de santé, en utilisant le cas du Manitoba comme exemple. Elle démontre notamment comment l'utilisation de données tant quantitatives que qualitatives peut enrichir une compréhension des déterminants de la santé qui tient compte des rapports sociaux entre les sexes.

Des logements disponibles et abordables

Une analyse des influences du genre et du sexe en matière de logement au Manitoba doit se pencher d'abord sur deux facteurs : la disponibilité et l'abordabilité du logement. La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) analyse et présente des données sur le logement recueillies par Recensement du Canada et Statistique Canada. En général, ces instances ne présentent les données qu'en fonction des ménages (et non du sexe des personnes qui constituent le ménage) et fournissent un portrait général des besoins en matière de logement, au Manitoba. Par contre, il est possible d'obtenir d'autres données auprès de la SCHL pour

a Cet article s'appuie sur une étude de cas présentée dans Donner L, Isfeld H, Haworth-Brockman M, Forsey C. A profile of women's health in Manitoba. Manitoba : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies; 2008.

cerner les liens entre les besoins en logements, le sexe biologique et d'autres déterminants de la santé. Cette étude de cas repose sur des données générales et déterminées.

Disponibilité

À quel point est-ce difficile de trouver un logement au Manitoba?

Un rapport émis par la SCHL en décembre 2006 [9] a recensé une baisse de logements vacants au cours de l'année antérieure, dans deux des quatre agglomérations urbaines du Manitoba – Winnipeg et Thompson. C'est à Winnipeg que le déclin le plus important a été relevé, soit de 1,7 à 1,3, alors que Portage La Prairie affichait dans l'ensemble une augmentation importante du taux de logements vacants. Winnipeg continue d'afficher l'un des plus faibles taux de logements vacants de toutes les régions métropolitaines recensées au Canada, et Brandon affichait le plus faible taux de logements vacants parmi toutes les villes manitobaines (tableau 1).

Définition des termes

La notion de « parc de logements » fait référence à toutes les habitations, y compris les maisons, appartements, condominiums, roulottes, etc. dans une région donnée.

La notion de « parc locatif » fait référence aux habitations qui sont occupées par des gens qui n'en sont pas propriétaires et qui paient un loyer pour y habiter.

La notion de « faible taux d'inoccupation » fait référence à un manque important de logements – les gens éprouvent des difficultés à se loger. La concurrence pour s'assurer les espaces limités fait monter les prix des habitations, mais les taux d'inoccupation n'indiquent aucune information concernant la qualité et la viabilité financière des habitations.

Tableau 1. Taux d'inoccupation (%) des appartements d'initiative privée selon le nombre de chambres, Manitoba [9].

Centre	Studios				1 chambre				2 chambres				3 chambres +				Tous les log.			
	2005		2006		2005		2006		2005		2006		2005		2006		2005		2006	
Winnipeg (RMR)	3,1	a	2,2	a	1,8	a	1,4	a	1,4	a	1,1	a	1,1	a	0,7	a	1,7	a	1,3	a
Brandon (AR)	0	b	0	b	1,1	a	1,4	a	0,9	a	0,6	a	0	a	0	b	0,9	a	0,9	a
Portage la Prairie (AR)	12,8	a	11,8	a	4,5	a	8,7	a	4,1	b	4,8	a	4,7	a	4,8	a	4,7	a	6,8	a
Thompson (AR)	9,7	a	13,3	a	17,8	a	17,3	a	0,6	a	1,1	a	3,4	a	0	a	8,3	a	8,2	a
Manitoba, centres de 10 000 +	3,2	a	2,4	a	2,1	a	1,8	a	1,3	a	1,1	a	1,3	a	0,8	a	1,9	a	1,6	a

Les lettres suivants indiquent le degré fiabilité des estimatives : a - Excellent, b - Très bon

Source : SCHL 2006

En 2008, la totalité du parc locatif d'initiative privée à Winnipeg s'élevait à 52 430 unités. Seulement 775 unités étaient inoccupées ou disponibles pour la location [10]. Ces chiffres indiquent une perte importante d'unités disponibles au cours des 15 dernières années. Cette diminution est en partie attribuable à une montée en flèche des conversions en condominiums privés et aussi par la démolition ou la condamnation de plusieurs unités [10].

Bien que la pénurie de logements au Manitoba et à Winnipeg soit très reconnue et que les femmes, les hommes, les organisations, le gouvernement et les médias en rapportent les taux, le nombre de personnes qui demandent et attendent de recevoir un logement subventionné par l'État à un moment précis s'avère difficile à cerner. Selon des études récentes, 2 300 à 3 037 ménages sont en attente de recevoir un tel logement. Le nombre de personnes qui n'ont pas accès à un logement viable est encore plus difficile à cerner et à comptabiliser. Le Bureau de logement du Manitoba offre des logements subventionnés et gère une liste de personnes en attente de tels logements. Ces listes sous-estiment très probablement [8,11].

Un logement à coût abordable

Quels sont les obstacles financiers à l'obtention d'un logement au Manitoba?

Selon une ligne directrice établie au Canada en matière de logement, un ménage ne doit pas débourser plus de 33 pour cent de son revenu pour se loger. Si tel est le cas, son logement est considéré comme abordable. Dans le cas contraire, ce ménage n'aura pas assez d'argent pour payer les autres nécessités.

La SCHL atteste qu'à Winnipeg, le loyer moyen des logements de deux chambres (dans les immeubles existants) a augmenté de 3,4 pour cent, une augmentation supérieure à celle permise en vertu de la ligne directrice sur le contrôle des loyers, soit 2,5 pour cent [9]. Les loyers à Brandon ont également grimpé dans l'année précédant octobre 2006, soit une augmentation d'environ 4 pour cent dans l'ensemble (tableau 2). En d'autres termes, non seulement le nombre d'unités disponibles a-t-il baissé, mais les coûts des logements ont augmenté.

Tableau 2. Loyer moyen ($) des appartements d'initiative privée, selon le nombre de chambres (excluant les frais des services publics) [9].

Centre	Studios				1 chambre				2 chambres				3 chambres +				Tous les log.			
	2005		2006		2005		2006		2005		2006		2005		2006		2005		2006	
Winnipeg (RMR)	405	a	420	a	539	a	557	a	683	a	709	a	795	a	839	a	589	a	608	a
Brandon (AR)	365	a	374	a	469	a	475	a	590	a	600	a	691	a	703	a	544	a	553	a
Portage la Prairie (AR)	301	a	305	a	445	a	446	a	559	a	564	a	468	b	536	a	494	a	501	a
Thompson (AR)	424	a	438	a	494	a	502	a	557	a	566	a	638	a	648	a	526	a	536	a
Manitoba, centres de 10 000 +	404	a	418	a	534	a	552	a	669	a	692	a	784	a	823	a	584	a	602	a

Les lettres suivants indiquent le degré fiabilité des estimatives : a - Excellent, b - Très bon (CV = coefficient de variation): a - Excellent ($0 \leq CV \leq 2,5$), b - Très bon ($2,5 < CV \leq 5$)

Source : SCHL 2006
Notes: Utilities not included in average rents

Le Manitoba a également enregistré une augmentation des prix du marché immobilier, notamment dans les 24 mois couvrant la période de janvier 2006 à décembre 2007 [12]. L'achat d'une première maison est devenu plus difficile en raison de l'augmentation des prix de l'immobilier. Les gens qui veulent déménager leur famille dans une maison plus grande ou de meilleure qualité doivent faire face à des difficultés encore plus importantes. En raison de l'augmentation des prix, peu de gens peuvent se permettre l'achat d'une maison.

Les prix inabordables des logements influent directement sur la santé des Manitobaines et des Manitobains, qui doivent perpétuellement « piger » dans les fonds destinés à la nourriture et aux imprévus pour payer le loyer. Puisqu'en moyenne les salaires des femmes sont inférieurs à ceux des hommes, il est logique de penser que les femmes seront surreprésentées dans la catégorie de gens qui luttent pour payer leur loyer. De plus, certaines femmes vivent dans une profonde pauvreté, notamment les femmes autochtones, les femmes handicapées et les femmes âgées vivant seules. Assurer les besoins de base constitue un énorme défi pour ces femmes. Mesdames McCracken et Watson [1, voir aussi 2] témoignent des propos tenus par les participantes à des groupes de discussion : « Selon leurs témoignages, elles doivent régulièrement utiliser l'argent destiné à l'achat de nourriture ou de vêtements pour payer le loyer si celui-ci est supérieur aux prestations d'aide sociale. » [p,14]

Les femmes qui reçoivent des prestations d'aide sociale ne sont pas les seules personnes à lutter pour payer leur loyer. Selon une étude sur les prix des loyers d'un bout à l'autre du Canada en corrélation avec le salaire minimum provincial, Winnipeg est la 18e de 28 villes où le salaire minimum ne suffit pas pour payer le coût du loyer. Cette recherche indique qu'un salaire de 8,08 $/heure permettait de payer le loyer d'un studio à Winnipeg, [b] en octobre 2006. Par ailleurs, le salaire minimum en vigueur à cette période au Manitoba était seulement de 7,60 $/heure [c] [13].

Avec de fréquentes températures hivernales de -20°C, le coût du chauffage constitue une dépense des plus importantes, laquelle peut atteindre des sommes très élevées en raison du mauvais état de certains immeubles [3]. Certaines femmes disent devoir puiser dans leur budget de nourriture pour payer les coûts des services publics [1]. D'autres disent devoir se passer de chauffage pendant les mois d'hiver à Winnipeg parce qu'elles ne peuvent pas payer les frais. Dans un même ordre d'idée, les femmes et les familles prestataires d'aide sociale qui doivent déménager ne reçoivent aucune aide financière supplémentaire pour couvrir les frais de rebranchement des services publics.

Besoins impérieux de logement

Quelle population risque le plus souvent de se retrouver dans un besoin impérieux de logement?

Les gens sont considérés comme ayant des besoins impérieux de logement s'ils vivent dans une unité d'habitation qui :

- est surpeuplée;
- a besoin de réparations majeures;
- coûte plus de 30 pour cent du revenu

Les pénuries de logements au Canada sont en général mesurées en termes de *besoins impérieux de logement*. Tout logement de taille inappropriée (surpeuplé), en mauvais état (qui a besoin de réparations pour répondre aux normes de santé et de sécurité) ou inabordable (le ménage doit consacrer plus de 30 pour cent de son revenu au loyer) alimente les besoins impérieux de logement. Plus précisément, tout logement qui comporte une ou plusieurs de ces lacunes alimente la catégorie « besoins impérieux de logement ».[14]

La figure 1 démontre que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à éprouver un besoin impérieux de logement, et ce, de façon constante. De plus, au Manitoba, en 2001, une incidence de besoin impérieux de logement de 20 pour cent a été recensée chez les femmes âgées vivant seules (65 ans et plus), une incidence de 36,1 pour cent chez les femmes chefs de famille monoparentale, et une incidence de 20,2 pour cent chez les femmes non âgées vivant seules (figure 2). Les résultats relevés à Winnipeg livrent un portrait plus précis. L'étude a révélé que 17,9 pour cent des femmes âgées vivant seules, 35,2 pour cent des femmes chefs de famille monoparentale et 18,2 pour cent des femmes non âgées vivant seules éprouvaient un besoin impérieux de logement en 2001. Pour résumer, 1/5 à 1/3 de toutes les Manitobaines vivent dans des unités d'habitations inabordables ou inadéquates, ou qui ne répondent pas à leurs besoins. Il n'est pas surprenant de constater que les besoins se font plus nombreux chez les femmes qui sont locataires (figure 2). Les unités de location comprennent les maisons, les appartements et les maisons de chambres.

b Calculé selon une semaine de 40 heures de travail, 52 semaines par année.

c Depuis la publication de l'étude en 2007, le ministère du Travail du Manitoba a haussé le salaire provincial minimum à 9,25 $/heure (en date de mise sous impression) mais les coûts des loyers ont également grimpé.

Figure 1. Incidence de besoins impérieux de logement, hommes et femmes, 2001

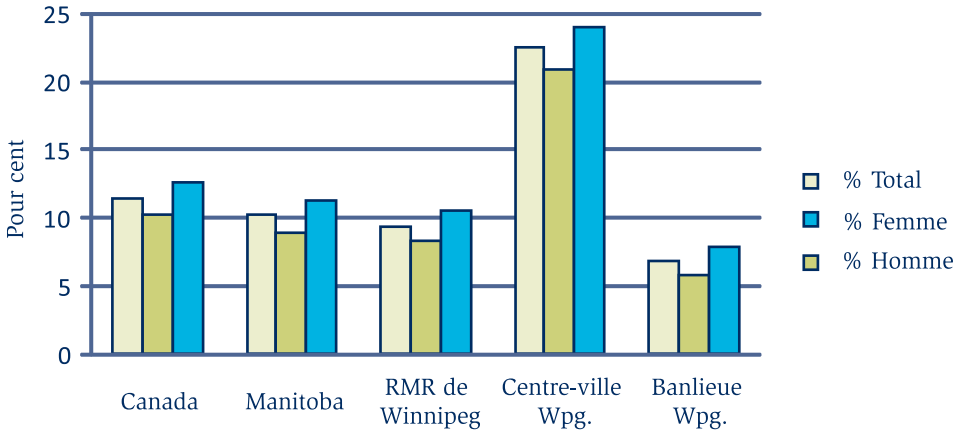
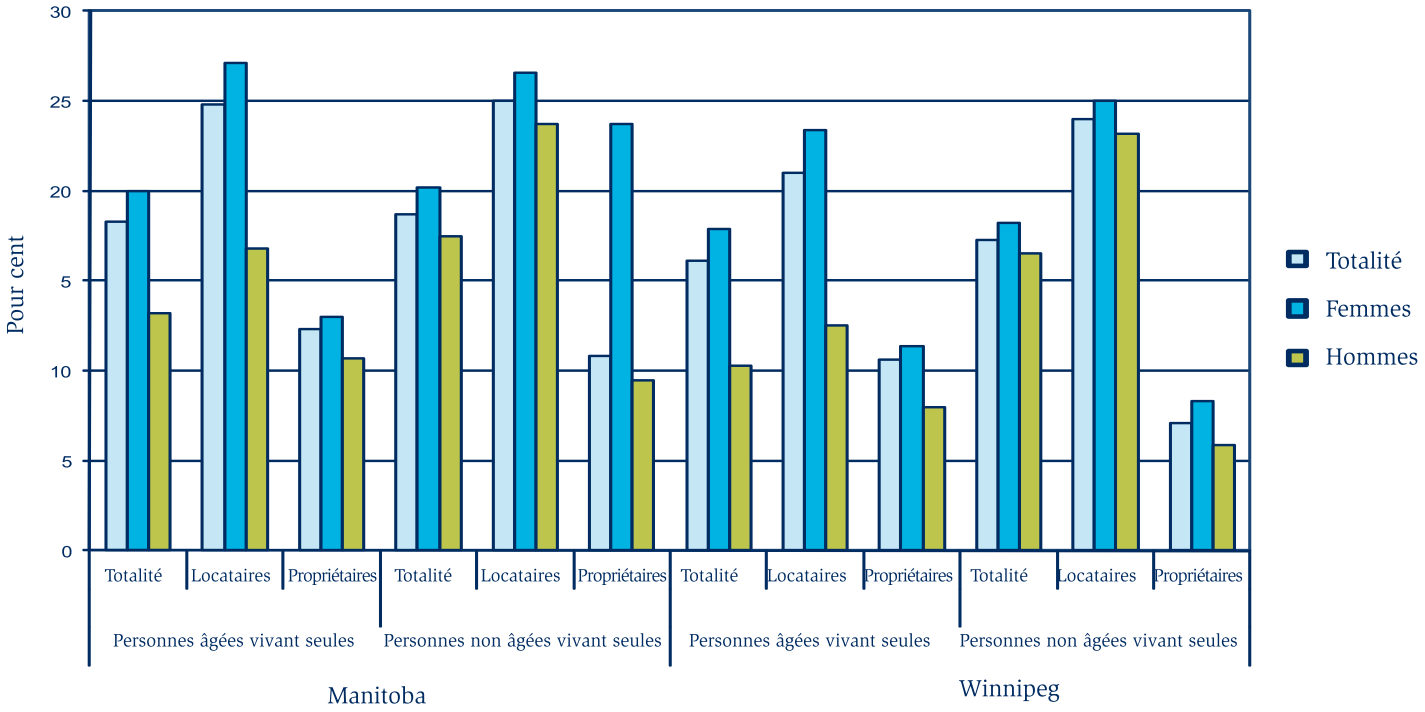


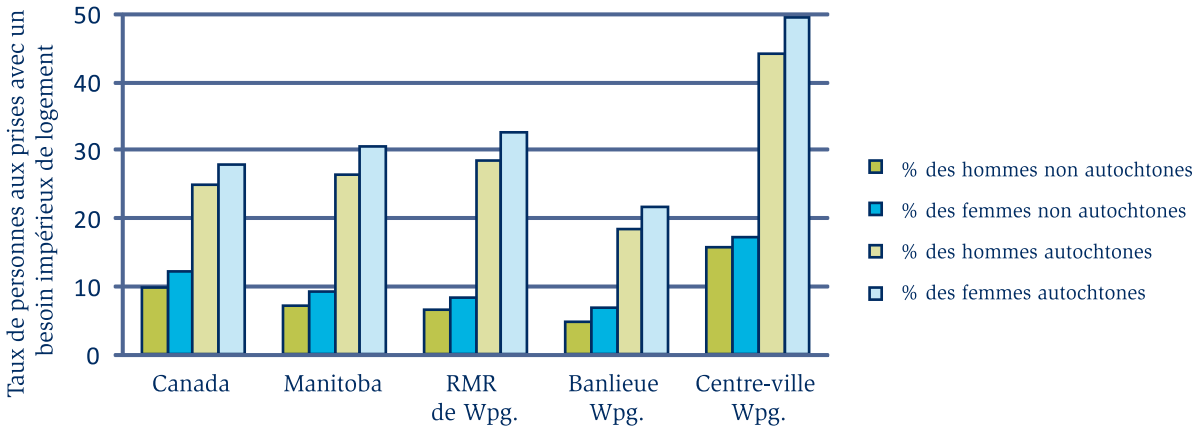
Figure 2. Besoin impérieux de logement chez les individus vivant seuls au Manitoba et à Winnipeg, 2001



Un examen plus approfondi des catégories de personnes qui éprouvent un besoin impérieux de logement révèle que les femmes et les hommes autochtones sont particulièrement vulnérables (figure 3). Un taux renversant de femmes autochtones qui vivent au centre-ville de Winnipeg, soit 50 pour cent, éprouvent un besoin impérieux de logement, ce qui est 2,85 fois plus élevé que les taux recensés chez les femmes non autochtones. Les hommes autochtones sont presque tout autant touchés, avec 44,2 pour cent d'entre eux aux prises avec un besoin impérieux

de logement. Le taux total de besoin impérieux de logement chez les femmes autochtones de la province est de 30,7 pour cent. À noter : les réserves qui n'ont pas participé au recensement ne figurent pas dans ces statistiques. Par ailleurs, le recensement couvrant la région métropolitaine de Winnipeg inclut la Première nation de Brokenhead.

Figure 3. Incidence de besoins imperiéux de logement chez les residents autochtones et non autochtones, 2001



La condition de certaines femmes immigrantes en matière de logement semble meilleure. Celles qui sont arrivées plus récemment, soit entre 1996 et 2001, affichent un besoin de logement impérieux de 11,9 pour cent, comparativement aux femmes non immigrantes vivant sur le territoire de la ville de Winnipeg, dont le taux est de 10,5 pour cent. Les femmes qui vivent au Canada depuis 20 ans ou plus affichent dans l'ensemble le plus faible taux de besoin impérieux de logement. Ces chiffres suggèrent que la majorité des résidantes qui sont au pays depuis longtemps ont accédé à une sécurité financière et bénéficient, de façon stable, d'un logement sécuritaire et adéquat.

Matière à réflexion

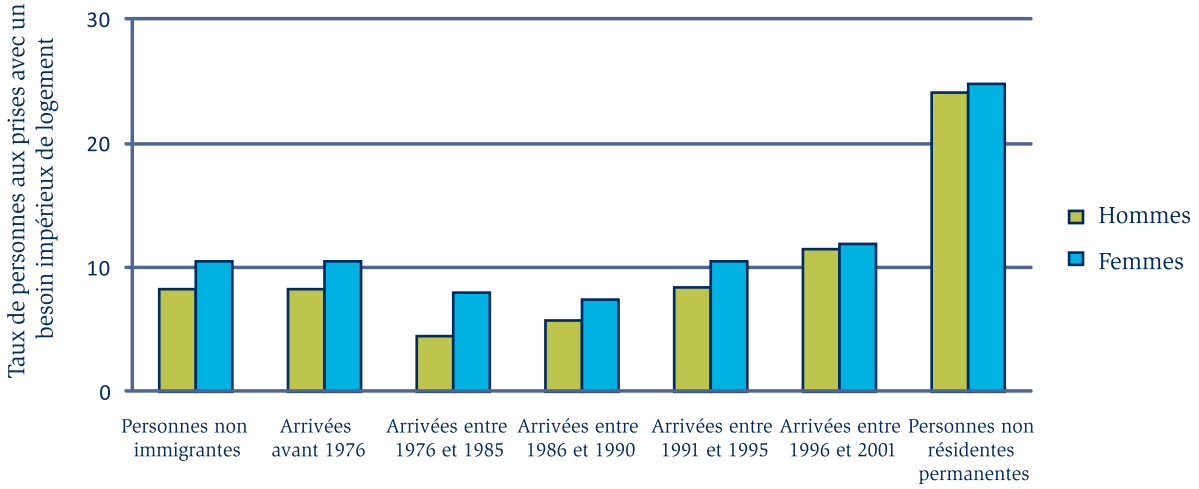
First Nations women living on reserve have, for years, been demanding changes to rectify jurisdictional disputes that prevent women from their share and entitlement to marital shared property. The federal Indian Act governs Status (Registered) people and the Reserve lands, but there is no provision made for equitable and equal distribution of shared property in marital breakdown, as there have been in provincial family law reforms.[16] Thus a woman is denied any right to claim ownership of a house and property, if the home is in her husband's name.[17, 18]

> … To date, the [federal] government has sought to frustrate NWAC's [Native Women's Association of Canada] ability to assert Aboriginal rights, by challenging NWAC's standing to bring a case challenging the Constitution, and by arguing that there is no Aboriginal right to remain secure in the community after marriage breakdown.[19,p12]

FAFIA, the Feminist Alliance for International Action, goes on to point out that the federal government is failing to uphold its constitutional and international obligations to ensure equality for Aboriginal women.[19]

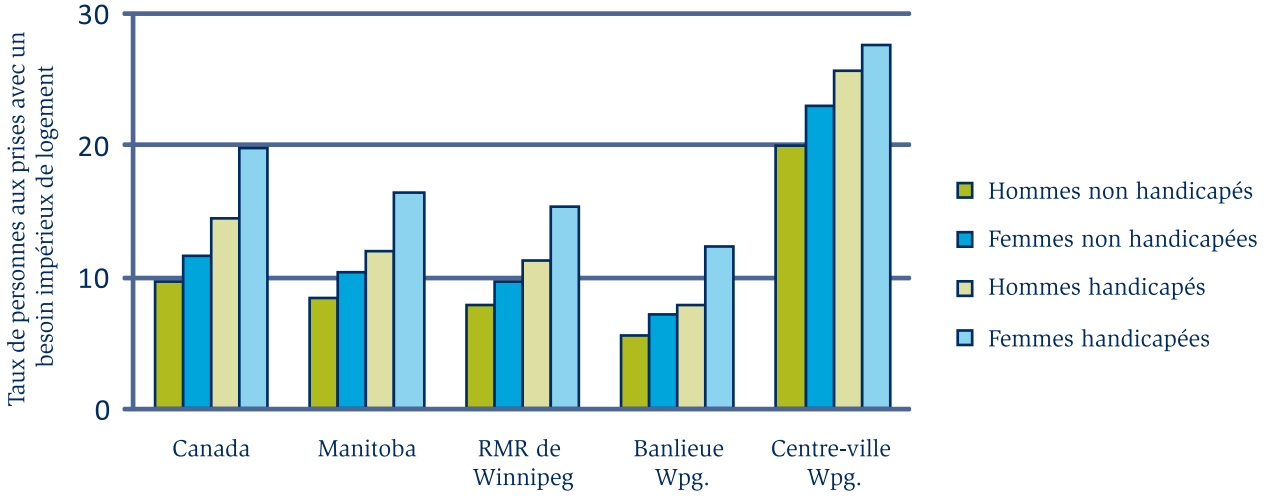
Native Women's Association of Canada has published a series of recommendations to move to rectifying this critical inequity, starting with appropriate and adequate community consultation and involvement.[17]

Figure 4. Incidence de besoins imperiéux de logement selon le sexe et la statut d'immigration, Winnipeg (RMR)



Les femmes handicapées font partie des populations les plus pauvres au Manitoba. La figure 5 illustre à quel point les besoins de cette catégorie de femmes sont critiques en matière de logement, notamment les besoins des femmes vivant au centre-ville de Winnipeg. Puisque le parc de logements dans le centre-ville a été construit avant que l'accessibilité ne devienne une préoccupation d'ordre public, il n'est pas étonnant de constater que les femmes handicapées vivant au centre-ville sont plus nombreuses à être aux prises avec un besoin impérieux de logement, comparativement au reste de la population, leur taux atteignant près de 28 pour cent.

Figure 5. Incidence de besoins imperiéux de logement selon le sexe et le statut d'handicap, 2001



COMMENTAIRE

Les femmes, le sexe social et la question de l'eau potable

par Margaret Haworth-Brockman

La disponibilité d'eau potable – une eau dont la qualité répond aux normes de consommation humaine – est un facteur essentiel à la santé de toute population. Au Canada, il n'existe aucune mesure normative évaluant l'accès qu'ont les foyers à l'eau potable [1]. Bien qu'il existe de nombreuses lois qui assurent la protection du public et la sauvegarde des approvisionnements en eau souterraine [2], la géographie, la météo, les tractations politiques et autres facteurs influent sur le respect des directives et la façon dont elles sont appliquées, ainsi que sur le temps de rétablissement des sources d'eau après un incident de contamination. Les communautés rurales, isolées et nordiques risquent davantage d'éprouver des problèmes d'approvisionnement en eau potable en raison des inondations et d'une pénurie d'infrastructures de traitement d'eau adéquates dans les régions [1].

Au Canada, en date du 31 mars 2008, les provinces ont émis 1 766 avis d'ébullition de l'eau. Ce chiffre exclut les avis émis dans les communautés des Premières nations[3]. La mauvaise qualité de l'eau destinée à la consommation humaine dans les collectivités des Premières nations, inuits et métisses est particulièrement critique, surtout dans les réserves. En date de janvier 2008, près de 100 avis d'ébullition de l'eau étaient en vigueur dans les communautés des Premières nations, partout au Canada. Or 85 de ces avis avisaient la population de risques élevés [4,5]. Souvent, les problèmes de contamination tardent à être réglés [6,7] et certaines communautés des Premières nations doivent composer avec des avis qui perdurent parfois plus d'une décennie [5,7]. Le nombre de collectivités autochtones aux prises avec des problèmes de qualité d'eau est difficile à cerner de façon précise puisque la plus grande part des données récentes portent surtout sur les communautés des Premières nations.

Ces avis enjoignent à la population à bouillir l'eau pour préparer les biberons des nourrissons, cuisiner, faire des glaçons, laver les aliments et se brosser les dents. La disponibilité de l'eau potable est donc clairement une question liée au sexe social, puisque les femmes sont encore principalement responsables de ces tâches accomplies au foyer. Les femmes sont aussi les principales personnes qui dispensent des soins aux populations considérées les plus à risque de conséquences graves si elles consomment de l'eau contaminée, notamment les nourrissons, les enfants de moins de deux ans, les femmes enceintes, les personnes âgées et les personnes dont les systèmes immunitaires sont déjà déficients [1,4]. Le temps et l'énergie supplémentaires qu'il faut déployer pour s'assurer que l'eau contaminée soit propre à la consommation humaine représentent un travail et

Discussion

Quelle autre information l'analyse des influences du genre et du sexe révèle-t-elle?

Les personnes qui demeurent dans les quartiers pauvres souffrent davantage de problèmes de santé, et ce, pour plusieurs raisons [15]. Nous ne connaissons pas avec certitude le degré d'atteinte à la santé provoquée par des mauvaises conditions de logement ni l'ampleur du rôle que jouent ces mauvaises conditions sur l'incapacité de quitter cet environnement. Par ailleurs, deux facteurs ont été clairement déterminés : (1) selon des études indépendantes, le manque de revenu entraîne une augmentation de la morbidité et de la mortalité, lesquelles sont directement liés à un état de santé déficient; et (2) les Manitobaines dont le revenu est peu élevé sont les plus à risque de vivre dans des habitations non sécuritaires, inadéquates et insalubres, qui ne répondent pas à leurs besoins.

Une étude réalisée en 2004 a constaté que la sécurité et l'abordabilité d'un logement sont les questions les plus importantes chez les femmes à faible revenue. Elles veulent aussi des logements qui correspondent à leurs besoins [1]. Les femmes qui ont participé à l'étude recherchaient des logements munis de détecteurs de fumée, de portes et de fenêtres pouvant être verrouillées et qui n'étaient pas au rez-de-chaussée ou au sous-sol. Elles voulaient aussi un lieu où elles ne seraient pas harcelées par un propriétaire ou un administrateur. Elles ont souligné l'importance d'avoir un téléphone dans leur logement, un élément qui leur permet de se sentir en sécurité.

L'état du quartier et la sécurité personnelle influent aussi beaucoup sur le bien-être physique et mental [6, 7]. En plus de la question des portes et des fenêtres sécuritaires, les femmes étaient préoccupées par le manque de sécurité et/ou de lumière dans les corridors et sur les trottoirs, la présence de gangs de rue, de vendeurs de drogues et des activités liées à ce trafic, et l'absence de voisins familiers et dignes de confiance [1]. Les femmes vivant à Winnipeg ont dit être inquiètes du fait que leurs enfants

sont exposés à la violence [2], au harcèlement sexuel, qu'ils peuvent trouver des seringues et des condoms sur les trottoirs, dans la rue, les ruelles et les cours. Elles ont également mentionné l'importance des clôtures, qui empêchent les étrangers de s'approcher de leur demeure [1].

Pour les femmes, la menace de violence ne plane pas uniquement à l'extérieur du foyer. Nombre de femmes doivent fuir la violence physique et sexuelle présente dans leur propre demeure. Elles doivent alors chercher un refuge temporaire et ensuite un logement où elles pourront enfin se sentir chez elles. Brownridge [20] a mené une étude sur le lien entre le statut d'occupation (propriétaire ou locataire) et la violence envers les femmes. Les Canadiennes qui étaient locataires étaient deux fois plus à risque de subir de la violence, comparativement aux femmes qui étaient propriétaires de leur habitation.

Une étude des expériences de violence et d'itinérance chez les femmes immigrantes examine les liens entre le sexe social et la culture [11]. Nombre de femmes qui ont participé à cette étude pancanadienne (incluant Winnipeg) n'avaient jamais vécu seules avant de quitter leur conjoint violent. Elles n'avaient jamais eu à chercher un logement ni à jongler avec les multiples éléments inhérents à la gestion d'un budget familial. Les auteures de cette recherche ont constaté l'existence de facteurs tant systémiques qu'individuels qui expliquaient le cheminement des femmes (qui fuyaient la violence) vers l'itinérance et ensuite vers un autre logement. En fait, une incertitude concernant leur futur lieu d'habitation causait chez elles plus de détresse que l'itinérance absolue.

Selon des études récentes sur les besoins particuliers en matière de logement chez les populations des villes des Prairies, les Autochtones éprouvent de grandes difficultés à obtenir et à conserver des habitations adéquates [21,22]. La SCHL a noté que les Autochtones (l'information n'est pas désagrégée selon le sexe) résidant à Winnipeg sont généralement plus jeunes que le reste de la population, qu'ils touchent un revenu inférieur et qu'ils sont moins scolarisés. Par conséquent, le taux de pauvreté est plus élevé

un stress considérables pour les femmes, lesquelles ont une charge de travail déjà importante. De plus, il faut tenir compte des graves conséquences socioéconomiques que peuvent entraîner ces avis à long terme puisque dans certains cas, les populations de collectivités déjà appauvries doivent acheter de l'eau embouteillée pour s'assurer un approvisionnement en eau potable. Alors que la santé de tous les membres d'une communauté privée d'eau potable est menacée, la responsabilité de gérer les conséquences quotidiennes que peut entraîner l'absence d'eau potable repose surtout sur les femmes.

Références bibliographique

1. Donner L, Isfeld H, Haworth-Brockman M, Forsey C. A profile of women's health in Manitoba. Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies; 2008.

2. Environnement Canada. Recommandations canadiennes pour la qualité des eaux au Canada (en ligne). c2004 [cité le 15 déc. 2008]. www.ec.gc.ca/ceqg-rcqe/Francais/ceqg/water/default.cfm.

3. Eggerston L. Investigative report: 1,766 boil-water advisories now in place across Canada. Can Med Assoc J. 2008;178(10):1261-3.

4. Santé Canada. Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones – Avis concernant la qualité de l'eau potable. c2008 [cité le 10 déc. 2008]. www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/public-publique/water-eau-fra.php#what_is.

5. Eggerston L. Despite federal promises, First Nations' water problems persist. Can Med Assoc J. 2008;178(8): 985.

6. La Commission de protection de l'environnement du Manitoba. Report on public hearings: Rural municipality of Brokenhead (Garson, Tyndall, and Henryville) water/sewer infrastructure project. Winnipeg : La Commission de protection de l'environnement du Manitoba; 2003.

7. Harden A, Levalliant H. Boiling point: six community profiles of the water crisis facing First Nations within Canada. c2008 [cité le 10 déc. 2008]. www.polarisinstitute.org/files/Boiling%20Point.pdf.

chez cette population [21]. Les personnes qui ont participé à l'étude ainsi que les informatrices et les informateurs clés ont souligné les effets cumulatifs causés par une situation d'emploi instable (découlant d'une absence de compétences) et des salaires peu élevés, des facteurs qui les empêchent d'accéder à un logement adéquat. En conséquence, les ménages aux prises avec une telle situation sont dans l'impossibilité d'établir leur crédit auprès des institutions financières et des propriétaires de logements.

L'étude de la SCHL a également relevé le fait que nombre d'habitations qui abritent des familles autochtones sont surpeuplées. Peu d'habitations sont dotées de trois chambres et plus, ce qui entraîne des problèmes pour les grandes familles ou les familles élargies [23]. Notamment, les femmes autochtones ont dit être régulièrement sollicitées pour héberger des visiteurs provenant de communautés éloignées et rurales. En raison de ces réalités, certains ménages autochtones risquent de ne pas trouver d'habitation. L'étude révèle également que la croissance de la population autochtone en milieu urbain multipliera la demande de logement à coût abordable.

Les locataires autochtones étaient plus nombreux à vivre dans des quartiers plus vétustes et non sécuritaires (en raison de la criminalité). Par ailleurs, les Autochtones propriétaires d'une habitation vivaient dans des espaces adéquats, se sentaient en sécurité dans leur quartier et étaient généralement satisfaits de leur condition de logement. Les habitations subventionnées étaient, en moyenne, de construction plus récente que les loyers privés du marché ou les maisons appartenant aux répondantes et répondants autochtones [20].

Implications en matière de politiques

Par conséquent, quelles sont les implications issues de cette analyse des influences du genre et du sexe et comment peut-on utiliser l'information qui en découle?

Depuis plus de 20 ans, la situation du logement au Manitoba est « critique ». Cette étude de cas révèle non seulement la nature du problème (qu'il y a crise de logement) et les personnes touchées (les femmes et autres personnes à faible revenu) mais aussi les conséquences dans la vie des personnes touchées. L'analyse des influences du genre et du sexe met en lumière les composantes d'une population sur lesquelles il faut porter attention. Puisque la problématique du logement a fait l'objet de recherches à l'échelle de Winnipeg ainsi qu'à une échelle provinciale élargie depuis un certain temps, les décisionnaires et les responsables de la planification peuvent se fonder sur des études et collaborer avec les communautés étudiées d'un bout à l'autre de la province pour élaborer des solutions fondées sur les préoccupations et les besoins locaux.

Par exemple, tôt en 2008, le gouvernement provincial a annoncé la mise en place d'initiatives visant à réduire la criminalité dans les quartiers de logements publics en expulsant quiconque était reconnu coupable d'un acte criminel [24]. Le plan manitobain n'inclut aucune proposition d'étude visant à déterminer si les femmes seront injustement touchées par cette mesure de sécurité. Il est probable que le plan touchera les femmes qui habitent les logements publics et qui se tournent vers le travail du sexe ou autres activités illégales pour assurer leur survie, ou les

femmes vivant avec d'autres adultes ou mineurs qui enfreignent la loi. De plus amples recherches doivent être menées, ainsi qu'une analyse des influences du genre et du sexe avant que le gouvernement ne mette en œuvre ce plan.

Dans un même esprit, une entente tripartite entre le Canada, le Manitoba et Winnipeg signée en 2002 a introduit certaines améliorations par la voie de nouveaux programmes incitant les groupes semi-publics et privés à investir pour réparer les habitations ou construire de nouvelles maisons destinées à des familles à faible revenu. L'Alliance féministe pour l'action internationale a noté que le cadre du gouvernement fédéral établi en 2001 pour soutenir des initiatives et des ententes fédérales-provinciales en matière de logements abordables ne mentionne aucunement la nécessité de fournir des fonds pour réduire les besoins impérieux de logement. Le cadre ne prévoit également aucune mesure visant à protéger les femmes contre des pratiques discriminatoires pouvant être exercées contre elles lorsqu'elles font la demande d'un logement [19].

Le gouvernement du Manitoba a amorcé les premières démarches importantes visant à augmenter l'accès à des habitations abordables dans la province. L'apport d'un investissement plus important destiné à cette fin permettra d'améliorer grandement la vie des femmes et de toute la population du Manitoba.

Références bibliographique

1. McCracken M, Watson G. Women need safe, stable, affordable housing: a study of social, private and co-op housing in Winnipeg. Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies; 2004.

2. Wiebe R, Keirstead P. Surviving on hope is not enough: women's health, poverty, justice and income support in Manitoba. Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies; 2004.

3. Rude D, Thompson K. Left in the cold: women, health and the demise of social housing policies. Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies; 2001.

4. MacKinnon S, Stephens S, Salah Z. Inner-city refugee women: lessons for public policy. In: Haworth-Brockman M, editor. Inner-city voices: community-based solutions state of the inner city report 2006. Winnipeg : Centre canadien de politiques alternatives, 2006; p. 25-42.

5. Alderson J, Ryan K. Refugee housing experience in Winnipeg: different languages - same ideas [article non publié]. Winnipeg:: University of Winnipeg; 2007.

6. Moloughney B. Housing and population health - the state of current research knowledge. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé; 2004.

7. Bryant T. Housing and health. Sous la direction de Raphael D. Social determinants of health: Canadian perspectives. Toronto : Canadian Scholars' Press, 2004; p. 217-32.

8. Kappel Ramji Consulting Group. Common occurrence: the impact of homelessness on women's health phase II: community based action research final report Toronto: Sistering; 2002.

9. Société canadienne d'hypothèques et de logement. Rapport sur le marché locatif : Faits saillants – Manitoba. Ottawa : Société canadienne d'hypothèques et de logement; 2006.

10. Mulligan S. Housing crisis in Winnipeg? Winnipeg: Institute of Urban Studies; 2008.

11. Thurston WE, Clow B, Este D, Gordey T, Haworth-Brockman M, McCoy L, et al. Immigrant women, family violence, and pathways out of homelessness. Calgary: University of Calgary; 2006.

12. Société canadienne d'hypothèques et de logement. Actualités Habitation – RMR de Winnipeg. Ottawa : Société canadienne d'hypothèques et de logement; 2008.

13. Pomeroy S. Le salaire minimum requis pour se loger en 2006 : Le logement de plus en plus hors de la portée des travailleurs rémunérés au salaire minimum. Ottawa : Association canadienne d'habitation et de rénovation urbaine; 2007.

14. Société canadienne d'hypothèques et de logement. Logement abordable (en ligne). c2008 [cité le 24 mars 2008]. www.cmhc-schl.gc.ca/fr/inso/faq/faq_002.cfm.

15. Dunn JR, Hayes MV, Hulchanski JD, Hwang SW, Potvin L. Housing as a socio-economic determinant of health. Can J Public Health 2006;97(supplément 3):S11-5.

16. Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. (2003). Après la rupture du mariage – Informations sur le foyer matrimonial dans la réserve. Ottawa, ON : Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien.

17. Association des femmes autochtones du Canada. (Sans date). Reclaiming our ways of being: Matrimonial real property solutions. Ottawa : Association des femmes autochtones du Canada.

18. Grant-John, W. (2007). Report of the ministerial representative: Matrimonial real property issues on reserves. Ottawa : Bureau du représentant ministériel.

19. Alliance canadienne féministe pour l'action internationale (AFAI). (2005). Women's civil and political rights in Canada 2005: submission to the United Nations Human Rights Committee. Ottawa, ON: Canadian Feminist Alliance for International Action.

20. Brownridge DA. Violence against women in renter versus owner-occupied housing: is homeownership a panacea? Women's Health and Urban Life. 2005;4(1):45-62.

21. Société canadienne d'hypothèques et de logement. Options de logement pour les Autochtones à Edmonton (Alberta) et à Winnipeg (Manitoba) [sérial en ligne]. 2005 [cité le 19 déc. 2008]; Série socio-économique 05-034. www03.cmhc-schl.gc.ca/b2c/b2c/init.do?language = fr&shop = Z01FR&areaID = 0000000044&productID = 00000000440000000063.

22. Jakubec L, Engeland J. Série sur le logement selon les données du recensement de 2001 – Numéro 6 : Révisé – Ménages autochtones. Le Point en recherche [sérial en ligne]. 2004 [cité le 19 déc. 2008]; Série socio-économique 06-036. www03.cmhc-schl.gc.ca/b2c/b2c/init.do?language = fr&shop = Z01FR&areaID = 0000000044&productID = 00000000440000000063.

23. Société canadienne d'hypothèques et de logement. Ménages autochtones vivant en milieu urbain : profil des conditions dans les prairies et les territoires par rapport à la démographie, au logement et à l'économie. Le Point en recherche [sérial en ligne]. 2006 [cité le 19 déc. 2008]; Série socio-économique 06-024. www03.cmhc-schl.gc.ca/b2c/b2c/init.do?language = fr&shop = Z01FR&areaID = 0000000044&productID = 00000000440000000063.

24. Manitoba Housing. M. Mackintosh dévoile un plan qui transformera Logement Manitoba (en ligne) c2007 [cité le 19 déc. 2007]. www.cmhc-schl.gc.ca/fr/inso/recherche/recherche_001.cfm.

Sexe, genre et générations : une journée de soins corporels

par Centre d'excellence pour la santé des femmes- région des Prairies

Nous vous souhaitons la bienvenue à la première Journée annuelle de soins corporels communautaire

Venez profiter de toute une journée de plaisirs et de soins corporels, gracieusement offerte par la Première nation. Nous espérons vous compter parmi nous à cet événement. Venez participer à des activités qui vous feront le plus grand bien.

Vous pouvez vous inscrire en téléphonant au centre de santé. Parmi les activités prévues :

- Des soins pour les cheveux
- Des traitements Reiki
- Des massages professionnels
- Une clinique pour les pieds
- Des soins du visage et de la peau
- Soins des pieds et manucures
- Des enseignements traditionnels sur le bien-être

Des boissons et des collations santé seront servies au cours de la journée. C'est l'occasion de prendre soin de nous, de nous détendre et de bénéficier de soins bienfaisants.

Voici les Robertson

Comme c'est le cas dans de nombreuses familles autochtones, l'inscription à un événement communautaire suscite de nombreuses discussions. Chez les Robertson, la discussion se déroule lors d'une réunion familiale.

L'aînée de la famille, Vanessa, réside dans la réserve avec son conjoint, un non-Autochtone. Vanessa souhaite participer à la journée entière et aimerait que son conjoint, Paul, aille à la clinique de soins des pieds et la clinique de massothérapie. Par ailleurs, Paul dit « qu'il ne veut rien savoir de ces histoires de bonnes femmes ». La sœur qui suit Vanessa, Colleen, vit dans une ville non loin de la réserve, avec son conjoint, aussi un non-Autochtone. Colleen éprouve de graves problèmes musculaires au dos, provoqués par un récent accident de voiture. Pour sa part, elle aimerait participer à la clinique de massothérapie. Elle pense qu'il serait vraiment amusant de participer à plusieurs autres activités en compagnie de sa sœur. Joe, l'un des frères, vit dans la réserve à temps partiel, en raison de son emploi. Il possède une terre et une maison dans la réserve, où il habite environ six mois par année. Joe est d'avis que certaines des activités qui seront offertes au cours de la journée peuvent être intéressantes, mais il hésite à s'y rendre s'il n'y a pas d'autres hommes présents. Albert, un autre frère, vit dans la réserve et veut participer à la clinique de soins des pieds, puisqu'il a

récemment reçu un diagnostic de diabète. Il a aussi subi dernièrement une crise cardiaque et pense qu'il pourrait bénéficier des enseignements sur la réduction du stress. Il aimerait y amener sa fille, Katie. Celle-ci étudie à l'université, à l'extérieur de la réserve, mais elle devrait être à la maison au cours de la semaine pendant laquelle aura lieu l'événement. Le frère cadet, Steven, est le père de deux filles, Lily et Mary, qui vivent dans la réserve avec leur tante. Elles participent à de nombreuses activités culturelles. Ses filles sont des Indiennes non inscrites et ne sont pas certaines si elles ont le droit de participer à cet événement. Le quatrième frère, Michael, ne vit pas dans la réserve. Par ailleurs, il est en visite chez sa famille lorsque la discussion sur la journée de soins corporels a lieu. Michael affirme que ces types d'événements communautaires ne l'intéressent pas et qu'il ne participera à aucune des activités prévues à cet événement. Ses trois enfants (Mark, Isabella et Emma) ne participeront pas non plus, puisqu'ils ne sont pas admissibles. Moira est la cadette de la famille Robertson. Elle et John, son conjoint, un aîné d'une autre Première nation, sont très intéressés, mais ils doivent s'absenter du travail s'ils veulent participer. De plus, il y a de nombreuses discussions dans la communauté sur le fait que John est présent à tous les événements alors qu'il devrait être dans sa propre communauté.

Le projet de loi C-31, adopté par le gouvernement fédéral en 1985, a redéfini les normes d'admissibilité au statut d'Indienne et d'Indien.

Les appellations 6(1) et 6(2) sont souvent utilisées à titre d'abréviation en référence aux deux articles du projet de loi C-31, qui définissent juridiquement les normes

Le dilemme que vit la famille Robertson concernant leur participation à la journée de soins corporels communautaire n'est pas unique. De plus, l'incertitude qui règne concernant l'admissibilité de l'un et l'autre à cet événement offert dans une réserve ressemble à celle que vivent de nombreuses autres familles autochtones, partout au pays.

Cette étude de cas examine, sous l'angle du genre, les aspects complexes des questions d'identité et de santé chez les peuples autochtones du Canada. Elle illustre notamment comment une journée de soins corporels peut se transformer en une affaire compliquée.

Bien plus qu'une simple étiquette

Les peuples autochtones du Canada sont définis non pas selon leurs propres critères, mais selon les normes du gouvernement canadien. Ce dernier les divise en trois groupes : les Premières nations, les Métisses et les Inuits. Chaque groupe possède différents niveaux de responsabilités fiduciaires et fait l'objet d'une importante réglementation d'inclusion et d'exclusion qui leur est imposée par l'État. L'étude de cas porte exclusivement sur les peuples des Premières nations qui résident au Canada. Cette démarche consacrée à un seul « groupe » peut paraître simplificatrice ou réductrice dans le cadre de ce champ d'études, mais en réalité, elle ouvre la voie à l'exploration d'un nouvel éventail de complexités. Les détails de cette complexité soulèvent également des questions historiques et contemporaines relativement à la discrimination fondée sur le genre et le sexe.

Au Canada, les Premières nations, en tant que groupe, sont divisées en catégories définies par la loi canadienne. Cette situation génère certains problèmes juridiques quant au droit d'accès aux services de santé, entre autres. La *Loi sur les Indiens* définit l'identité « indienne » [a] et attribue ce « statut » selon certains critères. En vertu de cette loi, il existe deux catégories, 6(1) et 6(2), lesquelles définissent

a Veuillez noter que « Indien » est un terme juridique. Le terme « Premières nations » est davantage utilisé aujourd'hui, mais cette appellation n'est pas entérinée par la loi en tant que terme juridique définissant une nation.

le degré « d'indiennitude » d'une personne ou la quantité de sang indien requis pour accéder au statut. En bref, 6(1) porte sur la première génération et 6(2) sur la deuxième génération. Ces critères d'admissibilité déterminent si l'individu peut transmettre le « statut » à sa descendance.

Ce qui mêle complètement les cartes au chapitre de l'admissibilité, c'est le facteur historique des femmes non indiennes qui épousent des hommes indiens. Dans le cadre d'une telle union, la femme non indienne aurait perdu ses droits en tant que citoyenne canadienne ordinaire, en vertu de la loi. Elle aurait pris le statut ou l'identité de son mari et aurait été considérée et légalement définie comme une « Indienne de plein droit ». Donc, jusqu'en 1985, lorsque le projet de loi C-31 a été adopté et que cette pratique a été abolie, nombre de femmes qui n'avaient aucun sang autochtone possédaient, en fait, des cartes d'identité attestant leur statut d'Indiennes.

Par ailleurs, considérons le cas des femmes indiennes qui répondaient aux normes de sang indien définies par la *Loi sur les Indiens* et qui épousaient des hommes d'une autre race, donc des non-Indiens. Ces femmes perdaient leur identité d'Indiennes et les droits stipulés dans la *Loi sur les Indiens*. Les femmes indiennes qui épousaient des non-Indiens perdaient le droit de résider dans une réserve, de transmettre le statut d'Indien à leurs enfants selon la loi et même le droit d'être inhumées sur des terres qui ont été expressément mises de côté pour les Indiens, en bref, les réserves. On retirait donc aux femmes le droit de jouer un rôle officiellement reconnu dans leur propre collectivité, y compris les rôles qui leur auraient été assignés en raison de leur identité sexuelle. Nombre de personnes sont d'avis que l'évincement des femmes de leur communauté pour des raisons de mariage a été le début d'un exode massif des nations indiennes, qui ont quitté les réserves pour aller vivre dans les villages et les petites et grandes villes. De ce mouvement est né le terme « hors-réserve ».

Le projet de loi C-31 a été adopté pour mettre fin à la discrimination fondée sur le sexe véhiculée dans la *Loi sur les Indiens* et pour restituer légalement aux femmes et à leurs enfants leur identité indienne. La nouvelle loi n'a pas retiré aux femmes non indiennes le statut d'Indiennes qu'elles avaient acquises en épousant un Indien, mais elle a permis aux femmes qui avaient perdu leur statut de faire une demande d'inscription. Les femmes qui se sont déjà inscrites ou qui sont actuellement en processus d'inscription en vertu de projet de loi C-31 ne bénéficient pas nécessairement de droits dans une réserve précise. Puisque certaines réserves autochtones contrôlent l'adhésion à leurs bandes (en vertu de la loi fédérale), certaines femmes et leurs enfants n'ont toujours pas le droit de bénéficier des services et du soutien offerts par la bande ou la réserve après leur inscription sous le projet de loi C-31. Cette situation perpétue la discrimination fondée sur le sexe et le genre infligée à certaines femmes.

De retour dans la famille Robertson

À cette étape, vous vous demandez peut-être quel est le lien entre toute cette histoire, l'accès à des services et une pause bien méritée dans le cadre d'une journée de soins corporels?

Et bien les questions suivantes s'imposent : Qui finance cet événement? Quelle est la clientèle ciblée? Qui veut participer? Qui est admissible à cette journée de soins?

Pour répondre à la première question, nous retournons à la réunion familiale des Robertson. Nous verrons comment la notion « d'identité » assignée (par le gouvernement) et assumée (par les individus) est fondée sur les caractéristiques entourant les notions de statut, non-statut et hors-réserve. L'étude de cas illustre aussi les influences de l'histoire et des lois sur l'accès de cette famille à une journée de soins corporels communautaire. Alors voici comment débute cette saga.

En 1921, dans une réserve autochtone de l'Ontario, un petit garçon naissait d'Ida et de James Robertson, deux Indiens objibways. Ses parents lui ont donné le nom de Charles. L'enfant a grandi et est devenu un homme. Il a alors rencontré une merveilleuse jeune femme non indienne, nommée Nora, qui habitait la ville située près de la réserve. Ils se sont épousés peu de temps après la Seconde Guerre mondiale, après quoi leur vie a changé. En tant que l'épouse de Charles et en tant que femme, Nora n'était plus considérée comme citoyenne canadienne. Mariée à cet homme, elle était maintenant considérée comme une Indienne.

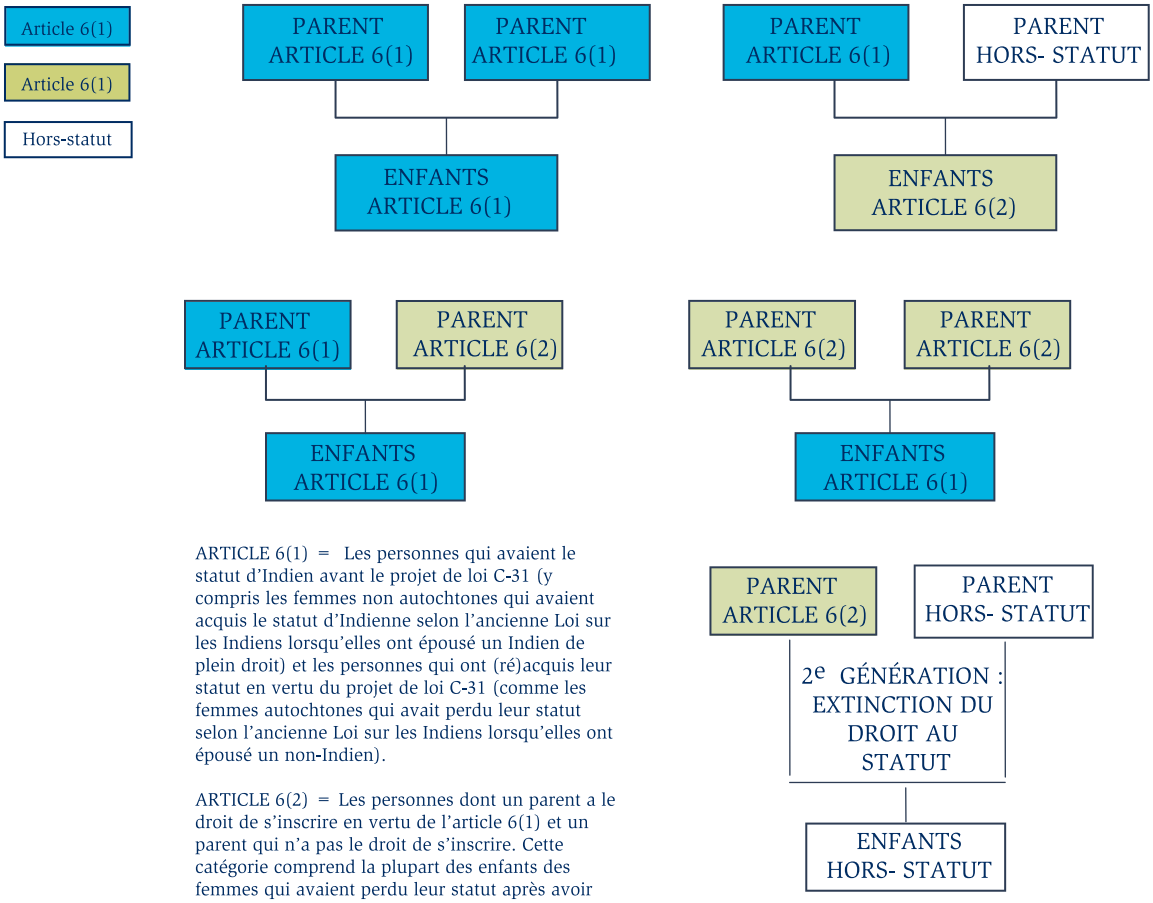
Alors Charles et Nora se sont installés dans la réserve et ont eu leurs trois premiers enfants d'une famille de sept. Ces trois premiers enfants étaient considérés pleinement comme des Indiens, selon la *Loi sur les Indiens*, puisqu'ils étaient nés de deux « Indiens ». Leur vie a pris un autre tournant lorsque le couple a décidé de déménager à la ville. L'agent des Indiens leur a dit que pour réaliser leur projet, ils devaient s'émanciper (vendre leur identité en tant qu'Indiens de plein droit et essentiellement se « joindre » à la société canadienne), ce qu'ils ont fait. Les Robertson ont donc vendu leur maison et ont donné leur terre à Ida (la grand-mère) Robertson pour ensuite quitter la réserve. Comme le faisait nombre de famille de l'époque, le couple a agrandi leur famille et a eu quatre autres enfants pendant qu'ils vivaient à l'extérieur de la réserve. Les quatre plus jeunes enfants « diffèrent » des trois plus vieux. Les trois premiers sont nés de deux « Indiens » et le jour où Charles et Nora se sont émancipés, les quatre enfants qui ont suivi sont nés de deux personnes « blanches ». C'est plutôt compliqué n'est-ce pas?

La vie a continué dans cette famille mixte jusqu'en 1985, année où le gouvernement du Canada a modifié la loi à la suite du projet de loi C-31. Selon cet amendement, les femmes Indiennes pouvaient dorénavant conserver leur identité juridique en tant « qu'Indiennes de plein droit », peu importe le statut de la personne qu'elles épousaient. Il permettait aussi aux personnes qui avaient été « émancipées par l'intermédiaire du chef de famille » de pouvoir accéder au statut d'Indien et donc de retrouver leur identité. Les enfants Robertson ont donc fait une demande d'inscription et ont obtenu leur statut, soit le droit d'être identifiés comme des Indiens de plein droit. Les trois premiers enfants nés de Charles et Nora lorsqu'ils étaient tout deux des « Indiens de plein droit » ont obtenu le statut 6(1) et les quatre autres enfants nés de personnes « blanches » ont accédé au statut 6(2).

Les trois premiers enfants peuvent transmettre leur droit au statut d'Indiens de plein droit à leurs enfants, peu importe le statut de la personne avec laquelle ils ont leurs propres enfants. Les quatre derniers enfants <u>doivent</u> s'unir avec un

autre Indien ou une autre Indienne de plein droit pour pouvoir transmettre leurs droits à leur progéniture. Si les enfants nés de parents 6(2) choisissent de fonder une famille (les petits-enfants de deux parents 6(2)) avec une personne qui n'a pas la même identité juridique qu'eux, le droit à l'identité juridique « Indien de plein droit » s'éteint, ainsi que les droits à la terre, au logement et aux services. La figure 1 illustre ce parcours compliqué :

Figure 1. Droit au statut d'Indien en vertu de l'article 6 des amendements proposés par le projet de loi C-31 à la *Loi sur les Indiens*, pour les enfants nés de parents de diverses combinaisons parentales



ARTICLE 6(1) = Les personnes qui avaient le statut d'Indien avant le projet de loi C-31 (y compris les femmes non autochtones qui avaient acquis le statut d'Indienne selon l'ancienne Loi sur les Indiens lorsqu'elles ont épousé un Indien de plein droit) et les personnes qui ont (ré)acquis leur statut en vertu du projet de loi C-31 (comme les femmes autochtones qui avait perdu leur statut selon l'ancienne Loi sur les Indiens lorsqu'elles ont épousé un non-Indien).

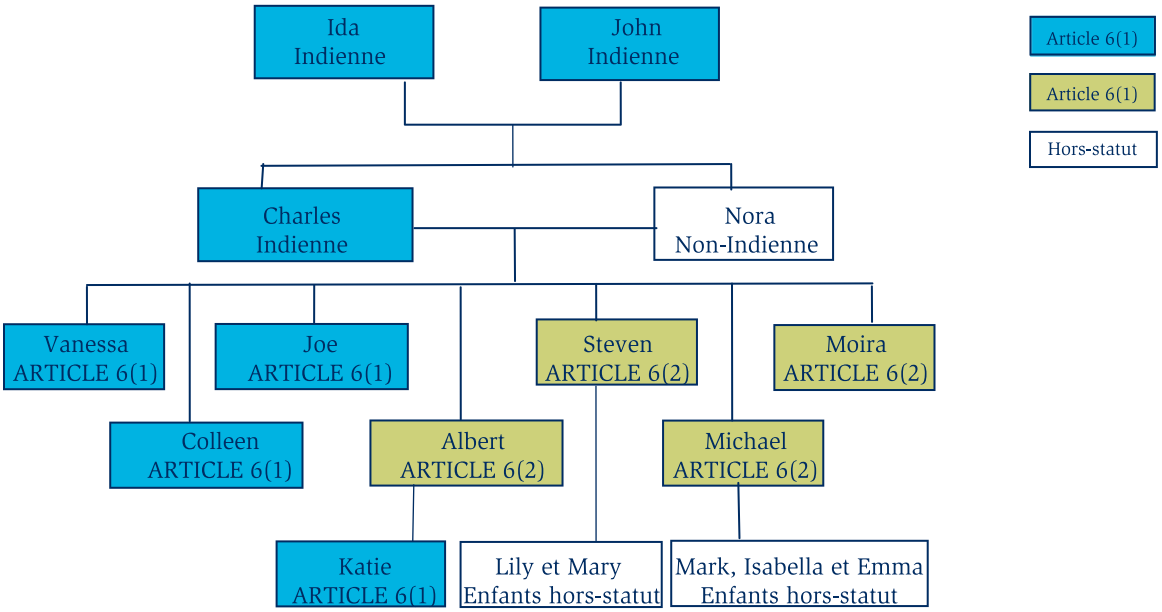
ARTICLE 6(2) = Les personnes dont un parent a le droit de s'inscrire en vertu de l'article 6(1) et un parent qui n'a pas le droit de s'inscrire. Cette catégorie comprend la plupart des enfants des femmes qui avaient perdu leur statut après avoir épousé un non-Indien, en vertu de l'ancienne Loi sur les Indiens (notamment, cette disposition n'inclut pas les enfants des femmes qui ont obtenu le statut d'Indiennes en épousant un Indien, en vertu de l'ancienne Loi sur les Indiens).

Utilisé avec la permission de MORN 2005 [1]

Seuls les enfants de parents 6(2) peuvent se voir refuser le statut d'Indien, en vertu de l'article sur l'extinction du droit au statut.

Utilisé avec la permission de MORN 2005 [1]

Figure 2. Indiens inscrits dans la famille Robertson



Donc, si nous accélérons dans le temps cette saga familiale pour en arriver à notre époque présente, les enfants Robertson ont suivi en général les traces de leurs parents. Ils ont épousé (ou non) une ou un conjoint et ils ont eu (ou non) des enfants. Par conséquent, la famille est constituée d'un mélange « d'Indiens » et de « non-Indiens » et, comme ce fut le cas pour de nombreuses nations autochtones au Canada, l'histoire et les choix individuels de ces personnes déterminent si elles ont le droit de participer à cette journée de soins corporels.

Vanessa, l'aînée, est considérée comme une 6(1). Elle a pleinement le droit de participer à l'événement et de bénéficier d'une assistance du gouvernement fédéral qui couvre les soins de santé. L'admissibilité de Paul, son conjoint non indien, est incertaine et conditionnelle à la question suivante : cette journée est-elle offerte à toutes les résidantes et résidants de la réserve (dont Paul) ou est-elle offerte aux gens qui ont un statut d'Indienne et d'Indien?

Colleen est également une 6(1) mais vit à l'extérieur de la réserve, avec son conjoint non indien. Elle a le droit de bénéficier des soins qui sont offerts aux Indiennes et Indiens de plein droit qui vivent hors-réserve.

Joe, le frère aîné, est aussi un 6(1). Puisqu'il vit sur la réserve à temps partiel, il est pleinement admissible à toutes les activités et aux soins particuliers offerts dans le cadre de l'événement – s'il veut participer.

Albert, le frère suivant, est le premier enfant à naître après que ses parents aient quitté la réserve. Lui et sa mère, qui a perdu son statut d'Indienne lorsqu'elle a déménagé à la ville, sont inscrits en vertu de l'article 6(2). Il peut toujours recevoir les soins des pieds dont il souhaiterait bénéficier

dans le cadre de l'événement. Sa fille, Katie, une 6(1), y a également droit, parce qu'il a épousé une femme qui possède également un statut d'Indienne 6(2).

Steven est inscrit en tant que 6(2) en vertu de la *Loi sur les Indiens*, mais ses deux filles, Lily et Mary, ne possèdent pas un statut d'Indienne. Bien qu'elles vivent dans la réserve avec leur tante et qu'elles prennent part à de nombreuses activités culturelles et communautaires, il se peut qu'elles ne soient pas admissibles à l'événement.

Michael est un 6(2), mais il ne s'est jamais identifié comme un « Indien ». Il s'identifie plutôt à la famille de Nora, sa mère, et il se considère comme un Irlandais. Il participe aux événements familiaux, mais il ne prend pas part à la vie de la communauté. Ses trois enfants (Mark, Isabella et Emma) ne sont pas inscrits et ne s'identifient pas comme des Indiennes et un Indien.

Moira, la cadette, est une 6(2) et a le droit de participer à l'événement. Le problème, c'est que John n'est pas né dans cette réserve, et il se peut qu'il n'ait pas le droit de participer à cette journée de soins.

Admissibilité et genre

Cette histoire est importante dans le cadre d'une analyse des influences du genre et du sexe, pour les raisons suivantes :

1. Les « Indiennes » et les « Indiens » sont les seules personnes au Canada dont l'identité juridique en tant que nation est définie par la loi fédérale. Cet état de fait influe tant sur l'admissibilité des individus aux services de santé que sur la prestation des soins. Il est essentiel de bien saisir les définitions et les clauses d'admissibilité précisées dans la loi pour mener une analyse des influences du genre et du sexe dans l'étude de toute question liée à la santé.

2. Sur le plan historique, les femmes perdaient leurs droits en tant qu'Indiennes si elles épousaient des non-Indiens ou elles perdaient leurs droits en tant que « Canadiennes » si elles n'étaient pas des Indiennes et épousaient un Indien. Cela signifie que les Indiennes étaient privées des devoirs au pays et de leur droit aux services de santé et autres avantages si elles épousaient un non-Indien, alors qu'on ne retirait rien aux hommes indiens. Les femmes subissent encore une discrimination supplémentaire, peu importe si elles vivent ou non dans la réserve, en raison de leur sexe.

3. Le projet de loi C-31, qui avait pour objectif de corriger cette iniquité sexiste et de restituer aux femmes leur statut d'Indiennes, génère encore des divisions. Selon la lignée matrilinéaire, les membres des familles perdent leur statut d'Indiennes et d'Indiens en deux générations, à moins que ces individus n'épousent d'autres Indiennes et Indiens de plein droit.

4. Le gouvernement fédéral maintient sa responsabilité fiduciaire, notamment dans le domaine de la santé, auprès des personnes définies en tant qu'Indiennes et Indiens selon la loi fédérale. Par ailleurs, les soins de santé relèvent de la juridiction provinciale. Bien que le gouvernement fédéral offre certains

avantages supplémentaires aux Indiennes et Indiens de plein droit en matière de santé, en plus de ceux offerts par les services de santé provinciaux, le système est complexe et relève directement de la *Loi sur les Indiens*. Pour ajouter à cette complexité, certains services financés par le gouvernement fédéral sont uniquement offerts aux personnes résidant dans les réserves des Premières nations. Bref, il faut demeurer dans une réserve pour y avoir droit. Les membres des Premières nations, avec ou sans statut, peuvent donc faire face à des situations extrêmement compliquées, lorsqu'il faut déterminer l'instance qui paie un service d'ambulance, des médicaments financés par le gouvernement provincial, des soins dentaires et autres services de santé. Nombre de personnes tombent dans un dédale de formalités administratives et ne connaissent pas pleinement leurs droits et ceux de leurs enfants.

Une simple invitation à venir se reposer et se détendre dans le cadre d'une journée de soins corporels peut s'avérer, comme nous pouvons le constater, une affaire extrêmement compliquée. Il est donc important d'appliquer une analyse des influences du genre et du sexe dans le domaine des soins ou des systèmes de santé et prendre en compte les intersections complexes issues de la rencontre de plusieurs éléments, notamment le sexe, le genre et l'identité juridique et personnelle.

Références bibliographique

1. Mother of Red Nations Women's Council of Manitoba. Bill C-31 Research Project. Dans : Mother of Red Nations Women's Council of Manitoba. Twenty years and ticking: Aboriginal women, human rights and Bill C-31, août 2006. Winnipeg : Mother of Red Nations Women's Council of Manitoba, 2006; p. 50.

Les efforts pour assurer la sécurité des enfants et des jeunes qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses, au Canada – un mince équilibre

par Barbara Clow et Jennifer Bernier

Introduction

Cette étude de cas est issue d'un désir de comprendre la relation entre les déterminants de la santé et les causes profondes du crime, de l'expérience de la victimisation et de la sécurité, un lien qu'explore l'Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé, une initiative du Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes. Cherchant une problématique généralement connue qui permettrait aux personnes participant à l'Institut d'été de l'Atlantique de cerner les liens entre la santé et la sécurité, nous avons opté pour le thème de l'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les jeunes. C'était là un excellent exemple puisqu'à peu près toutes les personnes présentes s'entendaient sur le fait que le poids influe sur la santé. Toutefois, rares sont celles et ceux qui considèrent les implications associées à l'obésité quant à la sécurité d'un individu. De plus, peu d'attention a été portée sur les questions de sexe et de genre au chapitre de l'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les jeunes, notamment en matière de politiques et de programmes traitant de la question du poids santé. L'étude de cas se penche donc sur l'embonpoint et l'obésité, mais plus précisément sur les implications sexospécifiques en matière de santé et de sécurité et aussi sur les implications relatives aux politiques et aux programmes mis en place en réponse à cette problématique.

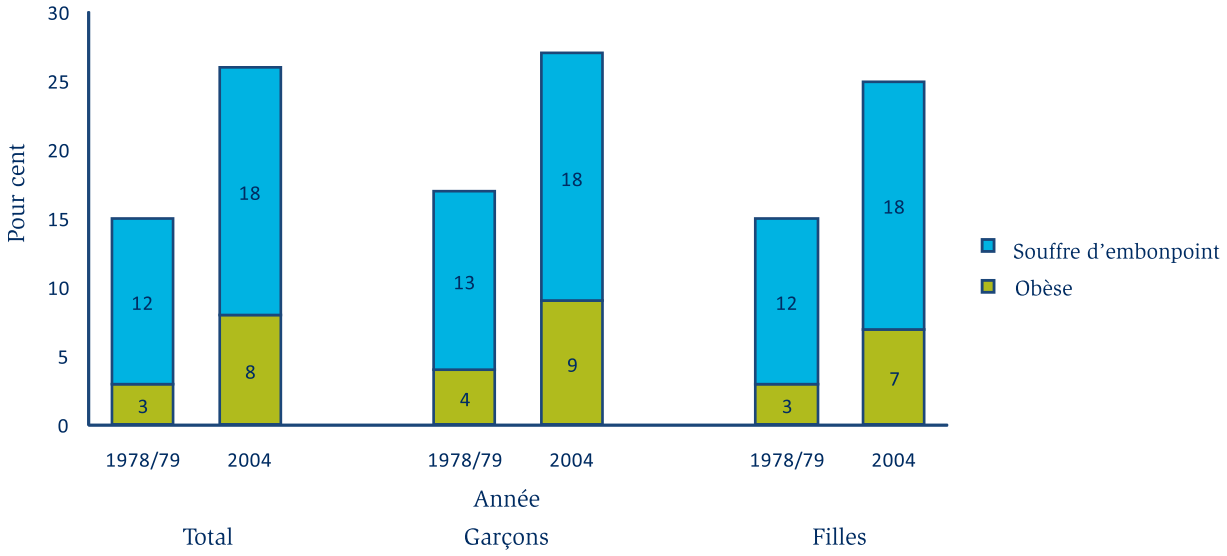
Quelles sont les différences entre les filles et les garçons?

La prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les enfants et les jeunes augmente de façon considérable depuis les deux dernières décennies. Par exemple, aux États-Unis et au Brésil, le nombre d'enfants et de jeunes qui font de l'embonpoint grimpe à un taux de 0,5 pour cent annuellement et de 1 pour cent par année dans les pays comme le Royaume-Uni, l'Australie et le Canada [1]. Par conséquent, un enfant sur 10 est maintenant considéré comme faisant de l'embonpoint. La International Obesity Task Force (IOTF) [Groupe de travail international sur l'obésité] estime que près de 155 millions d'enfants et de jeunes d'âges scolaires (5 à 17 ans) font de l'embonpoint. Parmi ces individus, 30 à 40 millions sont obèses [2].

Des données relevées au Canada et désagrégées selon le sexe suggèrent que les risques d'embonpoint et d'obésité sont les mêmes chez les filles et les garçons. De telles données ont tendance à orienter les interventions en matière d'embonpoint et d'obésité vers une approche plutôt générique, laquelle met l'accent sur l'alimentation saine et l'exercice, avec peu d'attention sur la question du sexe social ou les autres déterminants de la santé (voir figure 1). De plus, les politiques et programmes qui se penchent sur ces problèmes sont fondés sur une définition plutôt étroite du concept de la santé. Si nous voulons nous attaquer à

l'épidémie d'embonpoint et d'obésité chez les enfants et les jeunes, nous devons adopter une approche holistique et intégrer une analyse des influences du genre et du sexe à l'étape de la conception et de la mise en place des politiques, des programmes et des messages de santé publique.

Figure 1.Taux d'embonpoint et d'obésité chez les garçons et les filles de 2 à 17 ans au Canada, 1978/79 et 2004



Pourquoi parler de sécurité?

Bien que les risques à la santé associés à l'embonpoint et l'obésité soient bien connus, peu d'attention a été portée au thème de la sécurité. Par ailleurs, la question des sièges-autos offre un exemple bien concret des problèmes importants que peuvent entraîner l'embonpoint et l'obésité chez les enfants en matière de sécurité. Selon une étude réalisée aux États-Unis, près de 300 000 enfants étatsuniens âgés de 1 à 6 ans pouvaient difficilement s'asseoir sur un siège-auto en raison de leur taille. De plus, sur le marché étatsunien, il existe seulement quatre marques de sièges-autos qui peuvent accueillir un enfant de trois ans pesant plus de 18,14 kg et leurs prix varient entre 240 $ et 270 $ l'unité [3].

Toutefois, l'embonpoint et l'obésité peuvent présenter des risques pour les jeunes pour d'autres raisons, plus subtiles. Une bonne connaissance de ces risques peut fournir des données supplémentaires qui justifient la nécessité d'intervenir. Aux fins de cette étude de cas, nous nous pencherons sur deux sujets : l'intimidation et l'engagement scolaire.

L'intimidation

Au cours de la dernière décennie, l'intimidation a de plus en plus fait l'objet de l'attention du monde de la recherche, des parents, des enfants, du personnel enseignant, des médias et des décideuses et décideurs. L'omniprésence de l'intimidation chez les enfants et les jeunes, surtout dans les écoles, est alarmante.

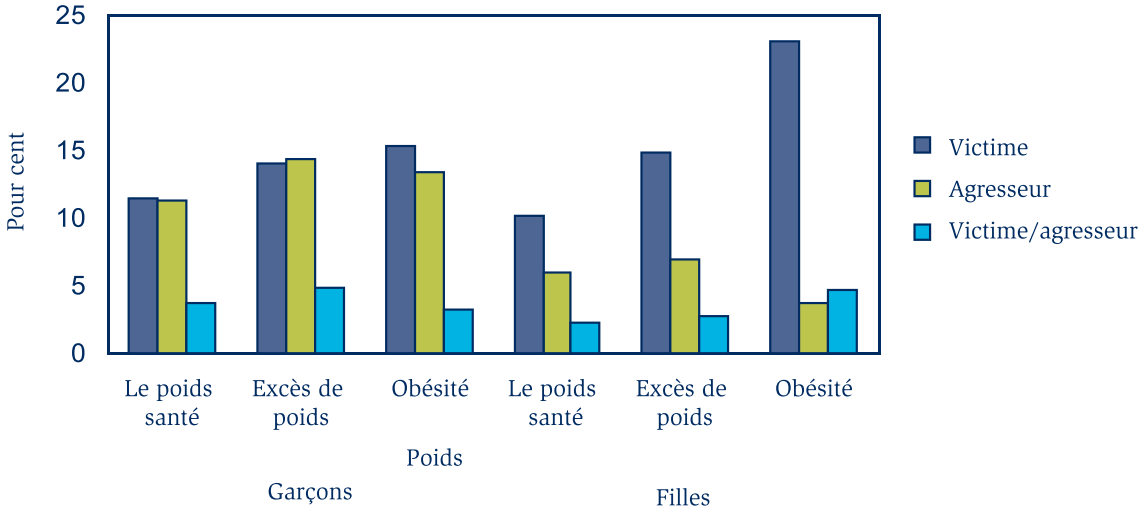
Au Canada, les taux d'actes d'intimidation signalés chez les enfants et les jeunes d'âges scolaires varient de 15 à 25 pour cent [4,5]. Toutefois, les taux peuvent être plus élevés dans certaines régions du pays. Par exemple, une étude portant sur la prévalence de l'intimidation chez les étudiants de l'école secondaire de premier cycle, réalisée dans six écoles de l'Ouest canadien, a révélé que 86 pour cent des 440 enfants et jeunes sondés ont été victimes d'intimidation [6]. Un corpus de recherche important a démontré que les individus qui subissent des actes d'intimidation risquent davantage de vivre des difficultés à long terme, contrairement aux enfants qui n'ont jamais fait l'objet d'intimidation par des pairs. Par exemple, les victimes d'intimidation font face à un éventail de problèmes, dont la dépression, l'anxiété et le suicide [7]. De plus, les individus qui en sont victimes dans la petite enfance sont plus à risque de subir de l'intimidation au cours des années ultérieures.

Tout comme les enfants et les jeunes qui sont victimes d'intimidation, les individus qui commettent des actes d'intimidation vivent aussi certaines difficultés au cours de leur vie. Notamment, ils sont plus à risque d'adopter des comportements agressifs et de commettre des actes de harcèlement sexuel et de violence dans le cadre des fréquentations pendant la période de l'adolescence. De plus, les jeunes qui posent des gestes d'intimidation sont plus à risque d'être impliqués dans des activités illicites, comme l'abus de substance et divers délits [7].

Un corpus de recherche de plus en plus important indique qu'il existe un lien entre l'intimidation (tant pour les victimes que pour les agresseurs), l'embonpoint et l'obésité. Selon des études, les filles et les garçons qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses risquent davantage de subir de l'intimidation [8]. De plus, comparativement à leurs pairs qui affichent un poids santé, les enfants et les jeunes qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses sont aussi plus à risque de commettre des actes d'intimidation [8]. L'une des raisons qui explique que les victimes d'intimidation peuvent à leur tour devenir des agresseurs est le fait que ces jeunes éprouvent une colère tellement grande provoquée par la violence qu'ils subissent continuellement aux mains de leurs pairs qu'ils deviennent eux-mêmes agressifs envers leur entourage [7].

Certaines différences ont été relevées entre les filles et les garçons faisant de l'embonpoint ou obèses quant au risque de commettre des actes d'intimidation et de vivre une expérience de victimisation, mais les résultats sont plutôt mixtes. Selon une étude réalisée au Royaume-Uni, les garçons préadolescents obèses étaient plus nombreux à vivre les deux réalités, celle d'être un agresseur déclaré et celle d'être une victime, comparativement à leurs pairs qui affichaient un poids santé. Toutefois, les filles étaient plus nombreuses à être uniquement des victimes [9]. Une autre étude sur les différences entre les sexes en matière de comportements intimidants chez les jeunes aux prises avec des problèmes de poids a constaté que les filles qui faisaient de l'embonpoint ou qui étaient obèses étaient beaucoup plus nombreuses à adopter des comportements intimidants ou à être victimes d'intimidation, comparativement à leurs pairs affichant un poids santé et aussi aux garçons qui faisaient de l'embonpoint ou qui étaient obèses (voir figure 2). Dans le même esprit, Fitzgerald a constaté que la tendance chez les filles à commettre des actes d'intimidation augmentait avec la masse corporelle [10].

Figure 2. Prévalence de victimes d'intimidation et d'agresseurs chez les garçons et les filles de 11 à 16 ans, selon le poids



Puisque les enfants et les jeunes qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses sont plus à risque d'être à la fois victimes d'intimidation et agresseurs, nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle ces individus sont plus nombreux à être aux prises avec des difficultés relativement à la sécurité, comparativement à leurs pairs qui ont un poids santé.

L'engagement scolaire

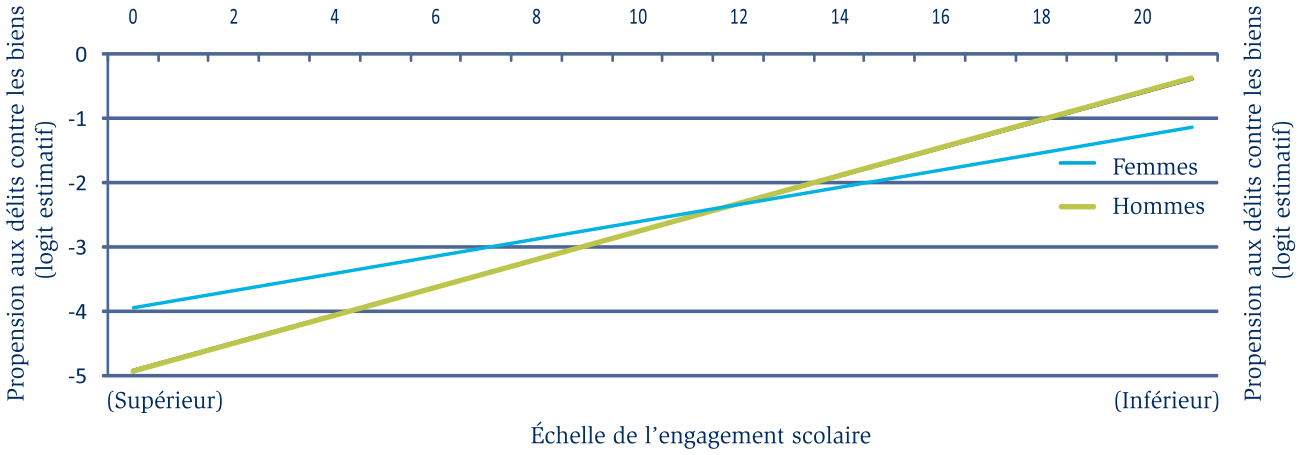
L'engagement scolaire constitue une autre expérience de l'enfance et de l'adolescence qui peut servir à mesurer le risque de problèmes de sécurité chez les enfants et les jeunes faisant de l'embonpoint ou obèses. L'engagement scolaire signifie le degré d'intérêt qu'un enfant ou un jeune éprouve envers l'école. Par exemple, les enfants sont engagés s'ils souhaitent réussir à l'école, s'ils ont hâte de s'y faire des amis, s'ils arrivent à l'heure pour les cours et s'ils participent en classe et aux activités parascolaires [10]. Un lien a été établi entre un faible engagement scolaire et l'intimidation. Par exemple, Kochenderfer et Ladd (1996) ont constaté que le sentiment de solitude et le sentiment d'aversion envers l'école étaient plus prononcés chez les enfants qui avaient subi de l'intimidation par des pairs [11].

Malheureusement, il n'existe aucune donnée précise sur l'engagement scolaire chez les enfants et les jeunes faisant de l'embonpoint ou obèses. Toutefois, puisque le milieu scolaire comporte de nombreuses occasions d'intimidation [12] et que les jeunes faisant de l'embonpoint ou obèses sont fréquemment la cible d'intimidation, nous pouvons raisonnablement suggérer que le lien que ces individus entretiennent avec l'école est plus précaire et que ces derniers éprouvent même de l'aversion envers le milieu scolaire.

Des liens ont été établis entre un faible engagement scolaire et l'adoption de comportements à risque. Des recherches ont démontré que les jeunes qui sont moins scolairement engagés risquent davantage de développer des comportements délinquants ou criminels. Par exemple, les enfants qui affichent un faible engagement scolaire commettent plus de délits contre la propriété (voir figure 3). Selon les statistiques canadiennes, les filles qui affichent un faible engagement scolaire sont plus nombreuses que les garçons à commettre ce type de crimes – vol, introduction dans des lieux par effraction, vente de biens volés, vandalisme, vol de voitures, incendies criminels.

Clow, Pederson, Haworth-Brockman, et Bernier (2009)

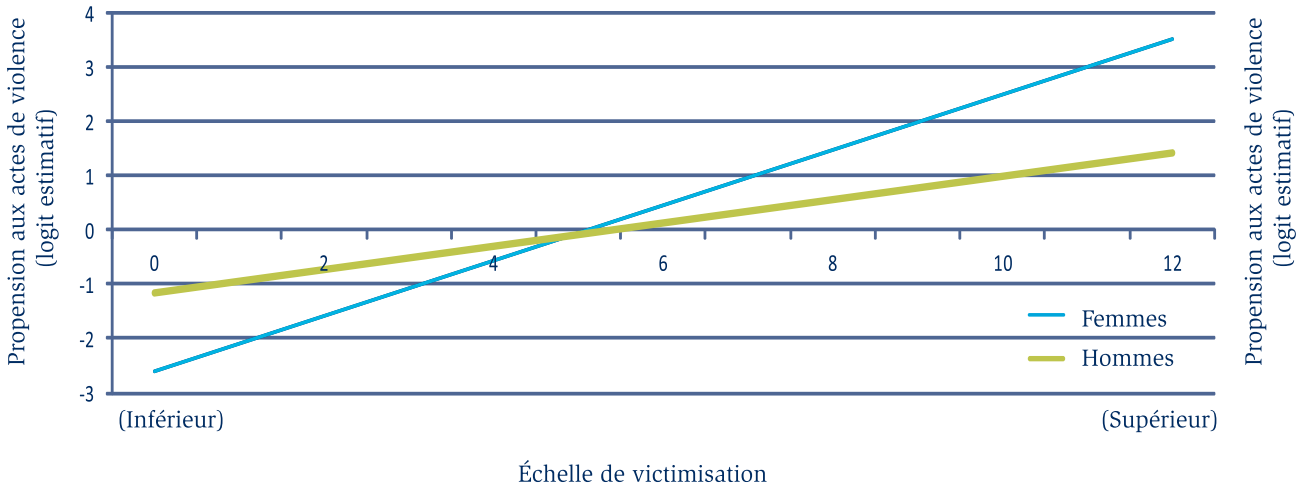
Figure 3. Lien entre le sexe et l'engagement scolaire pour ce qui est des délits contre les biens au Canada, 1998/99



Nota : Tracé du 1er modèle dans le tableau 3. On a tenu compte des autres facteurs sociodémographiques employés dans le modèle.
Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1998-1999, échantillon transversal.

En plus de commettre des délits contre la propriété, les jeunes qui affichent un faible engagement scolaire risquent davantage d'être associés à de graves formes de délinquances, comparativement à leurs homologues qui aiment l'école, notamment de se joindre à des gangs de rue et de commettre des crimes violents. [10] Bien que l'embonpoint et l'obésité ne mènent pas nécessairement à la délinquance, l'intimidation que ce groupe d'enfants et de jeunes subit et l'expérience de victimisation qui en résulte peuvent prédisposer ces individus à des comportements malsains et nocifs (voir figure 4).

Figure 4. Lien entre le sexe et la victimisation autodéclarée pour ce qui est des actes de violence au Canada, 1998/99



Nota : Tracé du 2e modèle dans le tableau 3. On a tenu compte des autres facteurs sociodémographiques employès dans le modèle.
Source : Enquéte longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1998-1999, échantillon transversal.

Quelles sont les mesures prises pour s'attaquer aux problèmes de l'embonpoint et de l'obésité chez les enfants et les jeunes?

Dans le but de freiner la hausse du taux d'embonpoint et d'obésité chez les jeunes, des stratégies et des programmes de vie saine ont été conçus pour encourager la consommation d'aliments nutritifs et la participation à des activités physiques. Par exemple, le gouvernement fédéral a introduit des crédits d'impôt pour les parents qui inscrivent leurs enfants à des activités physiques admissibles et a investi cinq millions de dollars pour ressusciter le programme ParticipACTION élaboré dans les années 1970. Dans le même esprit, les gouvernements provinciaux ont commencé à investir dans diverses initiatives, dont des incitatifs fiscaux, pour favoriser la participation des jeunes à des activités sportives.

Le déploiement d'efforts pour encourager les enfants et les jeunes à faire de meilleurs choix alimentaires et à s'engager dans des activités physiques semble être une démarche sensée, si l'intention est de contrer les effets négatifs sur la santé associés à l'embonpoint et à l'obésité. Bien que la participation des jeunes à des activités physiques mène souvent à des résultats positifs sur le plan de la santé, comme l'atteinte d'un poids plus sain et d'une meilleure condition physique, cette démarche n'entraîne pas nécessairement une amélioration quant à la sécurité des individus. En fait, dans certains cas, une augmentation ou une intensification des activités sportives peut aggraver les risques sur le plan de la santé et de la sécurité, chez les enfants et les jeunes.

Les sports et la sécurité

Bien que certains enfants et jeunes récoltent les multiples bienfaits associés à l'activité physique, d'autres peuvent développer des comportements malsains et délétères dans certaines activités, comme celles vécues dans un cadre sportif. De plus, les effets de l'activité physique ou sportive chez les enfants et les jeunes faisant de l'embonpoint ou obèses ne sont pas nécessairement les mêmes chez les filles et les garçons. Il importe de comprendre que les activités sportives se déroulent dans un contexte qui véhicule intensivement des rôles sexuels précis.

Dans l'arène du sport, les conventions sociales exigent que les filles soient mignonnes et gentilles. Les garçons, eux, doivent être agressifs et résilients, tant physiquement que mentalement. Les garçons adolescents qui accomplissent des prouesses sportives et athlétiques s'attirent directement les éloges et jouissent d'une popularité, dans un contexte acceptable. La situation des filles est toute autre, puisque le lien entre les rôles sexuels et le sport est beaucoup plus complexe. Les adolescentes doivent parfois lutter pour concilier leurs habiletés athlétiques et les normes de beauté et de comportements féminins. Par exemple, les jeunes filles qui s'engagent dans des activités sportives de haut niveau et concurrentielles risquent davantage de développer des troubles alimentaires et une attitude malsaine quant à la gestion de leur poids. Ces problèmes sont plus fréquents dans les sports qui imposent aux filles des critères de minceur pour des raisons associées à la performance ou l'apparence, comme le plongeon, le patinage artistique ou la gymnastique. Dans de tels contextes, des figures d'autorité adultes encouragent souvent les jeunes filles à adopter des comportements alimentaires malsains pour les amener à perdre du poids, pour des raisons dites sportives. Une recherche a révélé que 75 pour cent des gymnastes féminines avaient recours à des stratégies malsaines pour perdre du poids (p. ex. des régimes-chocs ou des régimes miracles) parce que la personne qui les entraînait leur disait qu'elles étaient trop lourdes [13,14].

La participation à des activités sportives génère de nombreux bienfaits chez les filles. Elle réduit notamment le risque de tabagisme ou de comportements sexuels nocifs. Malgré de tels résultats positifs en ce qui a trait aux comportements, nous devons prendre conscience que la participation à des activités sportives comporte certaines limites et peut générer des effets négatifs.

Des études ont démontré que les filles qui font du sport affichent un taux de tabagisme inférieur. Toutefois, peu d'effets n'ont été relevés, sinon aucun, en ce qui a trait au sport et à la réduction du taux de consommation d'alcool [15]. De plus, si nous intégrons le sexe social à l'analyse, les résultats positifs et les effets de protection découlant d'une participation à des activités sportives et relevés chez les adolescentes ne semblent pas s'étendre aux garçons. Par exemple, les athlètes masculins semblent plus à risque que les filles et autant à risque que les garçons qui ne font pas de sport de consommer de l'alcool de façon abusive et d'autres substances illicites, d'adopter des comportements sexuels nocifs, de porter une arme ou de se bagarrer [15-18]. Certaines données probantes suggèrent également que les garçons qui participent à des programmes sportifs affichent des niveaux d'agressivité élevés à l'extérieur des milieux du sport [17]. De plus, les recherches indiquent que les garçons qui se perçoivent comme de « vrais gars », par opposition à ceux qui se perçoivent simplement comme des « athlètes », sont beaucoup plus à risque de perpétrer des actes de violence envers leurs pairs, les membres de leur famille et des étrangers [17]. Par

conséquent, la participation à des activités sportives génère dans certains cas des bienfaits limités chez les garçons adolescents, tout en aggravant les risques d'atteinte à leur santé et à leur sécurité. En encourageant les enfants et les jeunes à augmenter leur participation à des activités physiques et sportives, il se peut que nous augmentions dans un même temps leur exposition à des risques sanitaires inhérents aux environnements sportifs.

Conclusions

L'application d'une analyse des influences du genre et du sexe dans le dossier de l'embonpoint et de l'obésité chez les enfants et les jeunes nous permet non seulement de comparer les réalités que vivent les filles et les garçons – et les réalités que vivent divers groupes de garçons et de filles – mais aussi d'acquérir une nouvelle perspective concernant les politiques et les programmes que nous mettons en place pour répondre à cette problématique. Nous devons assurément nous attaquer à l'augmentation actuelle de la prévalence d'embonpoint et d'obésité chez les enfants et les jeunes, mais les solutions ne peuvent être simples puisque la question est complexe. En d'autres termes, les politiques et les programmes doivent établir un équilibre entre la santé et la sécurité, une tâche qui s'avère difficile. Si nous n'appliquons pas une analyse des influences du genre et du sexe dans ce dossier et à l'échelle des solutions, nous pourrions nous avérer incapables de stopper la vague d'obésité et d'embonpoint qui déferle et nous pourrions stimuler activement des comportements chez les enfants et les jeunes qui sont tout aussi nocifs et débilitants que le sont les problèmes de poids.

Références bibliographique

1.. Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. Obesity Reviews. 2004;5(Sup.1):4-85.

2. International Obesity Task Force. Childhood obesity (en ligne). c2005 [cité le 18 déc. 2008]. www.iotf.org/childhoodobesity.asp.

3. Trifiletti LB, Shields W, Bishai D, McDonald E, Reynaud F, Gielen A. Tipping the scales: obese children and child safety seats. Pediatrics. 2006;117:1197-1202.

4. Beran T, Tutty L. Children's reports of bullying and safety at school. Cdn Jl School Psych. 2002;17:1-14.

5. O'Connell P, Sedighdilami F, Pepler DJ, Craig W, Connolly J, Atlas R, et al. Prevalence of bullying and victimization among Canadian elementary and middle school children [sérial en ligne]. 1997 [cité le 18 déc. 2008]; No. 427 834. Disponible chez ERIC Document Reproduction Service.

6. Ma Xin, Stewin LL, Mah D. Bullying in school: nature, effects and remedies. Research Papers in Education. 2001;16(3):247-70.

7. Boyce W. Les jeunes au Canada : leur santé et leur bien-être – 2001/02 Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (en ligne). c2004 [cité le 18 déc. 2008]. www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/hbsc-2004/index-fra.php.

8. Janssen I, Craig WM, Boyce WF, Pickett W. Associations between overweight and obesity with bullying behaviours in school-aged children. Pediatrics. 2004;113:1187-94.

9. Griffiths LJ, Wolke D, Page AS, Horwood JP, ALSPAC Study Team. Obesity and bullying: different effects for boys and girls. Arch Dis Child. 2006;91:121-5.

10. Fitzgerald R. Examen des différences entre les sexes quant à la délinquance. Ottawa : ministère de l'Industrie; 2003.

11. Kochenderfer BJ, Ladd GW. Peer victimization: cause or consequence of school maladjustment? Child Dev. 1996;67:1305-17.

12. Beran TN, Hughes G, Lupart J. A model of achievement and bullying: analysis of the Canadian Longitudinal Survey of Children and Youth data. Educational Research. 2008;50(1):25-39.

13. Sundgot-Borgen J. Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. Med Sci Sports Exerc. 1994;26(4):414-9.

14. Patel DR, Greydanus DE, Pratt HD, Phillips E. Eating disorders in adolescent athletes. J Adolesc Res. 2003;18(3):280-96.

15. Aaron DJ, Dearwater SR, Anderson R, Olsen T, Kriska AM, Laporte RE. Physical activity and the invitation of high-risk health behaviours in adolescents. Med Sci Sports Exerc. 1995;27(12):1639-45.

16. Miller KE, Barnes GM, Melnick MJ, Sabo DF, Farrell MP. Gender and racial/ethnic differences in predicting adolescent sexual risk: athletic participation versus exercise. J Health Soc Behav. 2002;43(4):436-50.

17. Garry JP, Morrissey S. Team sports participation and risk-taking behaviours among a biracial middle school population. Clin J Sport Med. 2000;10:185-90.

18. Steiner H, McQuivey RW, Pavelski R, Pitts T, Kraemer H. Adolescents and sports: risk or benefit? Clin Pediatr. 2000;39(3):161-6.

COMMENTAIRE

Les inégalités de genre influant sur la santé des femmes criminalisées [a]

par Jennifer Bernier

Lorsqu'on étudie l'histoire de la détention au Canada, on se rend compte que les prisons ont d'abord été construites, fréquentées et administrées par des hommes. La situation a peu évolué au fil des ans. Aujourd'hui encore, ce sont des hommes en majorité qui dirigent le système pénitentiaire ou qui sont condamnés à y purger une peine. Une chose a changé, toutefois : le nombre de femmes criminalisées augmente et celui des femmes et des jeunes filles incarcérées également. Au Canada, le taux de détention augmente plus rapidement chez les femmes racialisées [b] (incluant les femmes autochtones) que chez tous les autres groupes[3,4]. Les détenues sont incarcérées dans des lieux qui n'ont jamais été conçus pour les accueillir ou aménagés à cette fin. Leurs besoins et leurs expériences restent largement méconnus et ne suscitent guère d'attention.

Si l'on examine l'expérience et les besoins des détenus en fonction du sexe, on se rend compte que les inégalités de genre qui caractérisent la société sont amplifiées au sein de cette population. Ce constat touche tout particulièrement les femmes incarcérées; on peut affirmer, du point de vue des déterminants de la santé, qu'un certain nombre de facteurs sociaux, politiques, économiques et physiques ont une incidence négative sur leur santé et leur bien-être. À titre d'exemple, les femmes incarcérées à maintes reprises proviennent de ménages à faible revenu[6,7] et reçoivent une forme d'aide sociale[8]. On constate également un lien entre la pauvreté et les types de crime que commettent les femmes. La majorité des peines d'emprisonnement qu'elles reçoivent concerne des infractions à caractère non violent, commises contre la propriété ou liées à l'usage de drogues – à la différence des hommes, qui tendent à être incarcérés pour crime violent. [9] Par ailleurs, le degré de scolarité des détenues est inférieur à celui de leurs homologues masculins et leur taux de chômage, supérieur[10]. La majorité d'entre elles ont des enfants qu'elles élèvent seules. Elles sont plus nombreuses que les hommes à avoir des enfants à charge avant leur incarcération[11,12], mais elles ont moins de chances de pouvoir compter sur l'autre parent pour assurer la garde des enfants pendant la période de détention[7,13,14]. Tous ces facteurs rendent l'épreuve de la prison encore plus lourde à porter pour les détenues et leurs familles.

Au plan physique, mental et émotionnel, l'état de santé diffère selon qu'on est une femme ou un homme en prison. Si on compare les détenues à leurs homologues de sexe masculin et à l'ensemble de la population féminine, on constate qu'elles sont plus souvent victimes de maladies et de blessures et que ces dernières tendent à être plus graves[15]. On rapporte notamment, au sein de ce groupe, un plus grand nombre de cas de déficience visuelle[15], d'utilisation de drogues injectables[16] et de VIH[14-16]. Également, les détenues nécessitent des soins particuliers en matière de santé génésique, en ce qui concerne les maladies gynécologiques, l'hépatite C et la grossesse. D'ailleurs, cette dernière présenterait un risque élevé pour les détenues et leur bébé, aussi bien sur le plan médical que psychologique[19]. Les femmes criminalisées affichent des taux de problèmes de santé mentale considérablement plus élevés [19] que les détenus de sexe masculin et les surpassent pour tous les principaux diagnostics psychiatriques à l'exception de la personnalité antisociale [20]. De plus, elles sont plus nombreuses à avoir été victimes de traumatismes, de violence et de sévices, aussi bien durant l'enfance qu'à l'âge adulte[21, 22]. On estime que jusqu'à 80 % des femmes incarcérées ont subi de mauvais traitements sous une forme ou une autre au cours de leur vie[23]. Celles – ci se livrent plus fréquemment que les hommes à des comportements autodestructeurs–

a Les chercheuses et les militantes féministes utilisent l'expression « femmes criminalisées » pour attirer l'attention sur les forces sociales, politiques, économiques, psychologiques et culturelles à l'oevre dans la construction de la criminalité et la désignation de certaines femmes comme « criminelles » ou « contrevenantes »[1,2].

b Le terme « femmes racialisées » désigne les femmes victimes de racisme ou qui subissent un traitement différent en raison de leur race, leur origine ethnique, leur appartenance culturelle ou religieuse, ou la couleur de leur peau[3].

souvent une réaction à la victimisation qu'elles ont subie. Un plus grand nombre rapporte s'adonner de manière chronique à la consommation abusive de substances[19], en général pour les mêmes raisons. Pourtant, en dépit de tous ces problèmes, les femmes criminalisées ont un accès moindre aux services de santé et ne reçoivent pas des soins d'aussi bonne qualité que leurs homologues de sexe masculin[19].

On peut affirmer qu'il existe un rapport direct entre les injustices que subissent l'ensemble des femmes dans notre société et les inégalités de genre qui influent sur la santé et le bien être des femmes criminalisées. À ce constat s'ajoute le fait que les détenues sont incarcérées dans un système aménagé à l'origine par des hommes et pour des hommes. À mesure que le nombre de femmes criminalisées augmentera, « les questions de santé continueront de prendre de l'importance et finiront par éclipser d'autres préoccupations d'ordre pénitentiaire[19, p. 49] ». Une analyse des influences du sexe et du genre met donc en lumière la nécessité d'offrir des services adaptés aux femmes et d'adopter, en matière de détention, une approche qui tient compte de leurs besoins particuliers.

Références bibliographique

1. Laberge D. Women's criminality, criminal women, criminalized women? Questions in and for a feminist perspective. J Human Justice. 1991;2(2):37-56

2. Maidment MR. "We're not all that criminal." Getting beyond the pathologizing and individualizing of women's crime. Women Ther. 2006;29(3/4):35-56.

3. Institut canadien de recherche sur les femmes. Vivre le racisme au féminin. Ottawa : ICREF; 2002.

4. Neve., Pate K. Challenging the criminalization of women who resist. Dans Global lockdown: race, gender, and the prison-industrial complex. Sous la direction de Sudbury J. New York : Routledge, 2005; p. 19-34.

5. Sudbury J., dir. Global lockdown: race, gender, and the prison-industrial complex. New York : Routledge; 2005.

6. Balfour G, Comack E. Criminalizing women. Black Point : Fernwood; 2006.

7. Belknap J. The invisible woman: gender, crime, and justice (2e éd.). Belmont : Wadsworth; 2001.

8. Vir Tyagi S. An examination of psycho-social conditions under which provincially sentenced women offend. Thèse de doctorat. Toronto : Université de Toronto; 2004.

9. Statistique Canada. Les contrevenantes au Canada (85-002-XIF). Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique. Le Juristat. 2008;28(1).

10. Shaw M. Ontario women in institutions and under community supervision in Ontario. North Bay : ministère du Solliciteur général et des Services correctionnels de l'Ontario; 1994.

11. Phillips SD, Harm NJ. Women prisoners: a contextual framework. Women Ther. 1998;20(4):1-10.

12. Mumola C. Bureau of Justice Statistics bulletin: incarcerated women and their children. Washington : U.S. Department of Justice; 2000.

13. Enos S. Managing motherhood in prison: The impact of race and ethnicity on child placements. Women Ther. 1997;20(4):57-74.

14. Schafer NE, Dellinger AB. Jailed parents: an assessment. Women Crim Justice. 1999;10(4):73-91.

15. Maruschak L, Beck A. Medical problems of inmates 1997. Washington : Bureau of Justice Statistics; 1997.

16. Staton M, Leukefeld C, Webster JM. Substance use, health, and mental health: problems and service utilization among incarcerated women. Int J Offender Ther Comp Criminol. 2003;47(2):224-39.

17. Maruschak L. HIV in prisons 1997. Washington : Bureau of Justice Statistics; 1997.

18. Wees G. Inmate health care part II: women in prison accounting for an increasing percentage of HIV cases. Corrections Compendium. 1996;21(11):102-23.

19. Acoca L. Defusing the time bomb: understanding and meeting the growing health care needs of incarcerated women in America. Crime Delinq. 1998;44(1):49-70.

20. Laishes J. Stratégie en matière de santé mentale pour les délinquantes. Ottawa : Service correctionnel du Canada; 2002.

21. Fortin D. Stratégie des programmes pour délinquantes. Ottawa : Service correctionnel du Canada; 2004.

22. Owen B. "In the mix:" struggle and survival in a women's prison. Albany : State University of New York Press; 1998.

23. Groupe d'étude sur les femmes purgeant une peine fédérale. La création de choix : Rapport du groupe d'étude sur les femmes purgeant une peine fédérale. Ottawa : ministère du Solliciteur général; 1990.

Chapitre sept :

Intervention en matière de politiques

Les études de cas et les commentaires de ce chapitre illustrent comment l'AIGS peut contribuer à renforcer et à améliorer la politique publique. Bien qu'elle puisse être problématique sur les plans de la planification et de la politique, l'AIGS est cruciale pour cerner et réparer les inégalités de genre qui créent des inégalités sanitaires.

Comme le commentaire sur la stratégie en santé mentale du Canada, chacune des études de cas attire l'attention sur le besoin d'inclure l'AIGS dans la planification et l'élaboration des politiques. Dans l'étude de cas sur le VIH/sida, par exemple, on établit comment le sexe et le genre créent des degrés de risque différents pour les hommes, et on souligne l'importance d'élaborer des politiques répondant aux besoins des femmes et des hommes, mais surtout à la vulnérabilité croissante des jeunes et des femmes autochtones au Canada. L'étude de cas sur les politiques internationales de lutte contre le tabagisme approfondit notre compréhension de l'épidémie de tabagisme à l'échelle mondiale et montre la nécessité d'élaborer des politiques tenant compte du sexe, du genre et de la diversité. Parce que l'épidémie de tabagisme touche de plus en plus la santé des femmes, il est urgent de mettre en place des stratégies sur mesure pour divers groupes de femmes et de filles. L'étude de cas sur la publicité des médicaments d'ordonnance explore également le rôle du sexe, du genre et de la diversité dans les stratégies de commercialisation, et fait ressortir les lacunes dans la recherche ainsi que les limites des cadres réglementaires et des politiques.

La diversité des conclusions et des recommandations constitue l'un des aspects les plus intéressants de ce chapitre. Cette diversité non seulement prouve la justesse de notre opinion selon laquelle l'analyse des influences du genre et du sexe est un processus et non une formule, mais elle montre également que l'AIGS peut – et devrait – être adaptée à chaque contexte de recherche, de planification et de politique.

Accoucher d'une politique sur le VIH/sida fondée sur le genre

par Barbara Clow

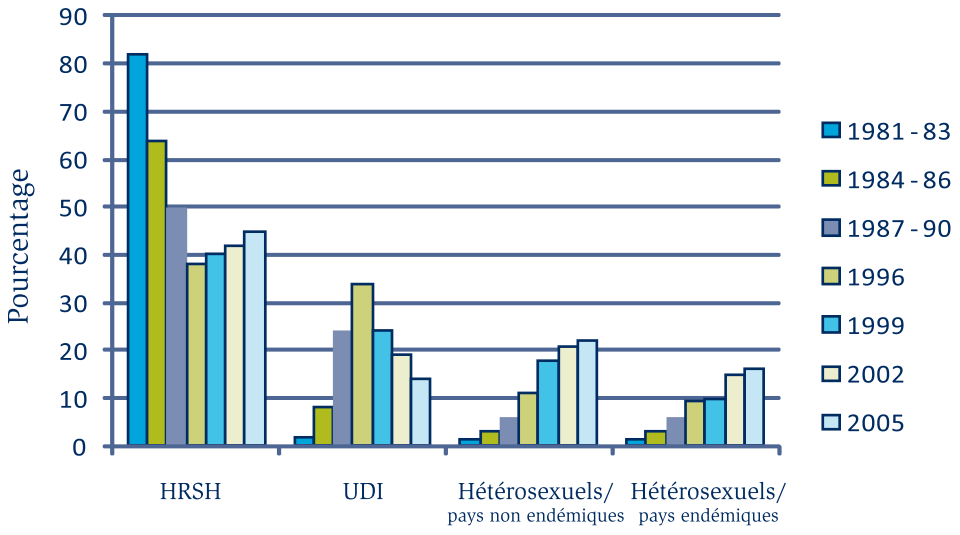
Introduction

Même si le premier cas de VIH/sida a été relevé au Canada dès 1982, il aura fallu attendre presque dix ans avant qu'une intervention stratégique soit mise en place à l'échelle nationale. Pendant les années 1990, les fonds investis dans la prévention du VIH, les soins, le traitement et le soutien sont restés assez modestes; ils s'adressaient principalement aux hommes gais et aux personnes infectées par un produit sanguin contaminé. Vers 1998, on s'est rendu compte que les taux d'infection avaient diminué chez certains groupes, mais que le risque d'infection et d'exposition était en croissance chez les jeunes et dans plusieurs autres populations vulnérables, comme les Autochtones, les détenus et les femmes vivant dans la pauvreté [1]. On a alors augmenté les fonds investis dans le cadre de la *Stratégie canadienne sur le VIH/sida* et adopté graduellement une approche « ciblée » face à la pandémie. En lançant son *Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida*, en 1995, le gouvernement avait déclaré son intention de concentrer ses efforts sur les besoins de huit populations jugées à haut risque : les personnes vivant avec le VIH/sida; les hommes gais; les utilisateurs de drogues injectables; les Autochtones; les détenus; les jeunes à risque, les femmes et les personnes issues de pays où le VIH est endémique. L'approche peut sembler appropriée, de prime abord, car elle vise à affecter une quantité limitée de ressources aux groupes qui en ont le plus besoin; or elle rate sa cible, puisqu'elle néglige de tenir compte des réalités sexospécifiques des personnes infectées et touchées par le VIH/sida. À titre d'exemple, on ne peut pas considérer les femmes comme une sous-population comme les autres, au moment de réfléchir à leurs besoins, puisqu'elles composent en fait plus de la moitié de la population et sont présentes dans tous les groupes cibles sauf un. Signalons par ailleurs que dans d'autres pays, les interventions de nature ciblée quant à la pandémie ont contribué à la propagation du VIH plutôt qu'à la freiner. La présente étude de cas vise à examiner, à la lumière d'une analyse des influences du genre et du sexe, la stratégie actuelle du Canada en matière de VIH/sida.

Le sexe, le genre et le VIH/sida au Canada

Le Canada continue d'être considéré comme un pays où l'incidence du VIH/sida est faible, car l'épidémie ne touche qu'un pourcentage infime de sa population, soit environ 60 000 personnes ou 0,3 % [2]. De plus, elle semble « circonscrite » à des populations précises. Fin 2005, près de 70 % des personnes vivant avec le VIH au Canada étaient des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH) (désignés auparavant par le terme « hommes gais ») ou des utilisateurs de drogues injectables (UDI) [3]. La baisse spectaculaire des taux d'infection au sein de ces deux groupes est régulièrement citée comme un signe de la gestion réussie de l'épidémie au Canada (figure 1).

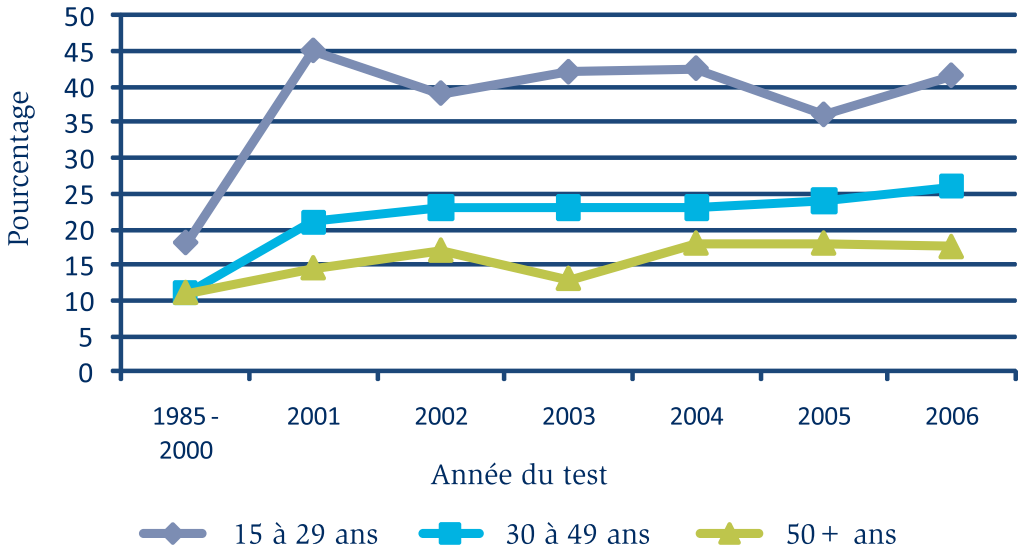
Figure 1. Distribution estimative (%) des nouvelles infections à VIH dans les différentes catégories d'exposition au Canada, selon la période.



Source : Agence de santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 2007.

Néanmoins, on constate dans l'évolution des infections à VIH certains changements importants qui méritent notre attention. De 1995 à 2006, notamment, les infections attribuables au contact hétérosexuel – comme unique facteur ou en association avec d'autres – ont connu une augmentation inquiétante : leur proportion est passée de 7,5 % à 35 % [3,4]. Au cours de la même période, le nombre de diagnostics de sida attribuables au contact hétérosexuel a augmenté lui aussi, passant de 7 % à environ 26 % [3-5]. Bien que la plupart des personnes vivant avec le VIH/sida au Canada sont encore largement susceptibles d'être HRSH ou UDI, les nouveaux cas d'infection concernent de plus en plus souvent des femmes. La plus grande augmentation s'observe chez les jeunes femmes âgées de 15 à 29 ans. Alors qu'elles représentaient 12 % des nouveaux cas d'infection au début des années 1990, leur proportion avait pratiquement quadruplé en 2006 (figure 2) [3-5].

Figure 2. Proportion de rapports de test positifs au VIH chez les femmes par groupe d'âge et par année du test (1985-2006).



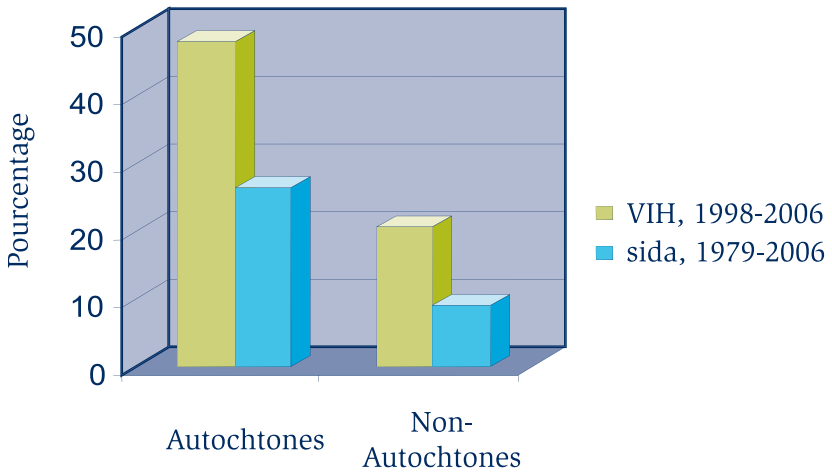
Source : Agence de santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 2007.

Les femmes et les filles courent non seulement un risque plus élevé de contracter une infection au VIH; il est aussi probable que leurs résultats de santé soient inférieurs à ceux des hommes et des garçons. Le taux de survie des femmes atteintes du sida est généralement inférieur à celui des hommes, en raison de la difficulté de diagnostiquer et de traiter précocement la maladie – une difficulté causée par la méconnaissance des premiers symptômes chez les femmes; l'exclusion de ce groupe des essais de médicaments et l'inaccessibilité des traitements antirétroviraux; l'absence de recherches sur l'histoire naturelle du VIH chez la femme; les taux de pauvreté supérieurs parmi les femmes; la difficulté d'obtenir des soins de santé adéquats; et enfin, la tendance de nombreuses femmes à accorder moins d'importance à leur propre santé qu'à celle de leurs enfants et de leur famille [6].

Certains groupes de femmes et de filles sont beaucoup plus vulnérables que d'autres. Les taux d'infection ont connu une augmentation disproportionnée ces dernières années chez les Noirs et les Autochtones, alors qu'ils ont diminué de façon constante chez les Blancs. À titre d'exemple, les Autochtones, qui représentent 3 % de la population canadienne, comptaient en 2006 pour 23 % de tous les nouveaux cas d'infection à VIH (figure 3) [3]. D'une façon générale, les femmes autochtones reçoivent un diagnostic de VIH/sida à un âge beaucoup plus jeune que les femmes non autochtones; l'usage de drogues injectables, plutôt que le contact hétérosexuel, est plus souvent susceptible d'en être la cause (figure 4). On constate également une variation importante sur le plan de l'âge du diagnostic et de l'exposition *parmi* la population des femmes et des filles autochtones au Canada. Les femmes des peuples inuits et celles des Premières nations sont beaucoup plus susceptibles de recevoir un diagnostic de

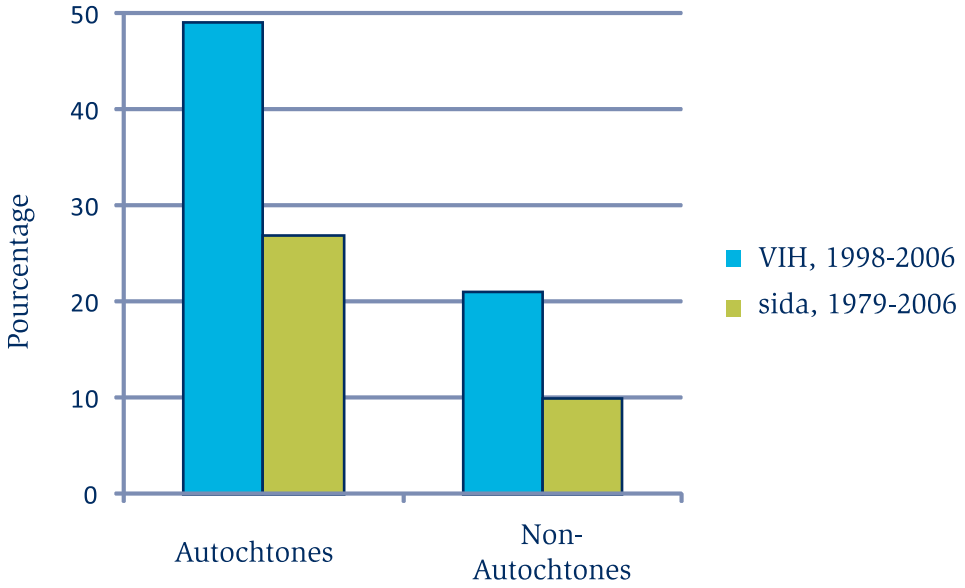
sida dans la vingtaine ou la trentaine, si on les compare aux femmes métisses ou de descendance autochtone non précisée, l'âge du diagnostic se situant plutôt dans la trentaine ou la quarantaine. L'usage des drogues injectables est le mode d'exposition le plus courant chez les Premières nations, alors que la transmission hétérosexuelle explique la plus grande partie des infections à VIH chez les Inuits[3].

Figure 3. Cas déclarés de sida et d'infection à VIH : une comparaison entre les femmes autochtones et non autochtones.



Source : Agence de santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 2007.

Figure 4. Distribution des catégories d'exposition parmi les rapports de tests positifs pour le VIH chez les femmes autochtones, de janvier 1998 au 31 décembre 2006.



Source : Agence de santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 2007.

Matière à réflexion

La stigmatisation et la discrimination peuvent toucher toute personne vivant avec le VIH au Canada, mais l'expérience des femmes et des filles, d'une manière générale, est pire. À titre d'exemple, des femmes et des hommes séropositifs pour le VIH ont été accusés de voies de fait graves pour avoir omis de divulguer leur état à un partenaire sexuel. En 2005, une femme accusée de cette infraction a été « décrite dans les médias comme une prédatrice sexuelle et une débauchée ». Comme l'accusation concernait un membre des Forces armées canadiennes, les autorités militaires ont décidé de divulguer à la face du monde le nom de l'accusée et le fait qu'elle était séropositive, « mais il n'[est] pas clair que l'armée ait fait quoi que ce soit pour souligner aux soldats leur propre responsabilité en ce qui a trait au sécurisexe ». [8,p27] De façon similaire, des femmes enceintes dont le test VIH est positif sont condamnées régulièrement pour avoir exposé un enfant à naître au risque d'infection. Une femme séropositive pour le VIH qui décide de nourrir son enfant au sein peut elle aussi s'exposer à des poursuites.

COMMENTAIRE

Genre, lieu géographique et santé mentale

par Margaret Haworth-Brockman et Jayne Melville Whyte

En 2006, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, dirigé par les sénateurs Michael Kirby et Joseph Keon, a publié un rapport intitulé De l'ombre à la lumière : *La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada.* [1] Ce rapport documente de façon exhaustive les orientations essentielles et possibles menant à des changements significatifs au sein des services de santé mentale au Canada. Tout en étant un document important quant aux efforts pour attirer l'attention sur la question de la santé mentale, ce rapport fait l'objet de certaines critiques puisqu'il omet de se pencher sur les influences du genre [a]. Par exemple, le rapport présente des témoignages de femmes et des discussions portant sur des thèmes précis, comme les femmes criminalisées [b] et le syndrome/l'effet de l'alcoolisme fœtal, mais il ne comporte aucune analyse des expériences et des besoins distincts des femmes et des hommes en matière de santé mentale.

Au nom du Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes et avec la collaboration de Johanne Havelock, Jayne Melville Whyte a étudié le contenu du rapport sénatorial [c]. En prenant pour cadre la Saskatchewan rurale, l'analyse réalisée démontre l'apport très important de la question du genre et du lieu géographique – le lieu de résidence – dans une compréhension des problématiques de santé mentale vécues par les femmes et la mise en place de mesures.

Les distances géographiques et les problèmes de transport peuvent empêcher les femmes d'accéder aux services de santé mentale et les priver des soins qu'elles recherchent. Mme Melville Whyte soutient les recommandations du rapport sénatorial pour ce qui est d'augmenter le nombre de services communautaires intégrés et souligne l'importance

a Voir le document Les femmes, la santé mentale, les maladies mentales et la toxicomanie au Canada : tour d'horizon, par le Groupe de travail ad hoc sur les femmes, la santé mentale, l'utilisation de substances et la toxicomanie (2006). c2007 [cité le 14 janv. 2009]. www.cwhn.ca/PDF/CWHN%20BackgrounderMentalhealth_updated_FR.pdf

b Les féministes utilisent aujourd'hui le terme « femmes criminalisées » pour « mettre l'accent sur le processus social, économique, politique, 'psy-entifique' et culturel qui mène à considérer certaines femmes comme des 'délinquantes' ». Voir Maidment MR. « We're not all that criminal » : Getting beyond the pathologizing and individualizing of women's crime. Women Ther. 2006;29(3/4);35-36, p. 40.

c Cette discussion résume les propos de Melville Whyte J. de Havelock J. dans Rural and Remote Women and the Kirby-Keon Report on Mental Health: A preliminary gender-place analysis, Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies; 2007.

En partie, ces différences peuvent s'expliquer par le fait que les Autochtones sont surreprésentés dans certains groupes à risque élevé comme les utilisateurs de drogues injectables, les travailleuses du sexe et la population carcérale. Les femmes autochtones sont deux fois plus susceptibles de vivre dans la pauvreté que leurs semblables non autochtones et d'être exposées à la toxicomanie et à la violence familiale. De plus, elles subissent de la discrimination, aussi bien au sein de leur propre communauté que de la part des services de santé non autochtones [7].

À différents égards, les expériences des femmes et des filles au Canada, en particulier celles des populations marginalisées, reflètent une situation qui s'observe partout dans le monde dans les pays développés ou en développement :

> … bien que les femmes au Canada ne soient pas nécessairement soumises à l'extrême subordination que vivent plusieurs de leurs sœurs dans d'autres régions du monde, l'inégalité et les violations de droits humains contribuent encore à leur vulnérabilité et aux défis qu'elles rencontrent dans la tentative d'accès à des traitements pour le VIH/sida. Au Canada comme dans d'autres parties du monde, les femmes sont particulièrement vulnérables au VIH/sida si elles vivent dans la pauvreté, s'injectent des drogues, sont autochtones, travailleuses sexuelles, ou venues de pays où le VIH est endémique… [8,pi]

Accoucher d'une stratégie de lutte contre le VIH/sida fondée sur le genre

Compte tenu de tous ces faits, on aurait pu s'attendre à ce que le gouvernement canadien et les organismes internationaux aient adopté des stratégies sexospécifiques en matière de prévention, de soins, de traitement et de soutien. Il faut reconnaître qu'on admet de plus en plus, aux échelons supérieurs, le rôle que jouent le sexe et le genre dans la pandémie. De

nombreux efforts ont été déployés et continuent de l'être dans le but de concevoir des méthodes de prévention destinées aux femmes et aux jeunes filles, dont le condom féminin et les microbicides. On trouve également dans de nombreux pays, dont le Canada, des programmes d'éducation et d'information s'adressant aux adultes et aux jeunes de chaque sexe. Malgré tout, le nombre de personnes – de femmes et de filles en particulier – qui vivent avec le VIH et en meurent ne cesse d'augmenter. Le temps est donc venu de revoir et de réévaluer, à la lumière d'une analyse différenciée selon les sexes, les politiques nationales et les directives internationales en la matière.

Ces dernières années, l'ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), deux organismes considérés comme des chefs de file en matière de VIH/sida, ont élaboré des publications et des recommandations en tenant compte du genre et des réalités des femmes et des filles. Une exception notable concerne toutefois, à notre avis, les recommandations sur la prévention dans les pays ***à faible incidence***. En effet, l'ONUSIDA et l'OMS établissent une distinction entre les interventions devant s'appliquer aux pays à faible incidence et celles qui s'adressent aux pays à forte incidence (ou « pays connaissant une épidémie généralisée »). Voici ce qu'on peut lire dans un rapport récent de l'ONUSIDA sur la prévention du VIH.

> Si l'on veut garantir que les stratégies de prévention du VIH sont adaptées aux conditions locales, il est nécessaire de comprendre la nature, la dynamique et les caractéristiques des épidémies localement. **Dans les milieux à faible et à forte prévalence où une épidémie se profile, les efforts de prévention doivent s'adresser en priorité aux personnes les plus à risque, qu'on aura identifiées par cartographie épidémiologique et sociale.** Dans les situations d'épidémie généralisée, il faut d'assurer la prestation de services dans les localités rurales. Par ailleurs, elle soulève le fait que la difficulté à maintenir une vie privée au sein des petites collectivités peut empêcher les femmes et les hommes de recourir à des services de soutien locaux. Le rapport sénatorial reconnaît le besoin d'éliminer les stigmates associés à la maladie mentale. Mme Melville Whyte recommande un recours à des services de télé-santé et de soutien téléphonique, lesquels peuvent constituer un complément efficace aux services locaux. Selon elle, le rapport sénatorial aurait pu accorder une plus grande attention au rôle que jouent la violence en milieu familial, la violence sexuelle et autres types d'agression dans le déclenchement de la maladie mentale chez les filles et les femmes. Il serait également judicieux de fournir une meilleure formation aux policiers œuvrant en région rurale afin de les amener à comprendre et à gérer les crises provoquées par des problèmes de santé mentale. Dans l'ensemble, Mme Melville Whyte insiste sur la nécessité de s'attaquer aux causes profondes du stress et des problèmes de santé chez les femmes vivant en région rurale et isolée, notamment l'économie en milieu agricole, la pauvreté, les questions relatives aux Autochtones, la violence au sein des familles. Il y aurait lieu aussi d'équilibrer les responsabilités liées au travail, à la famille et à la collectivité, de créer des liens intergénérationnels et de favoriser une compréhension entre les cultures. Elle souligne également l'importance d'assurer la participation des femmes des régions rurales et isolées dans le processus de planification.

En dernière analyse, le lieu géographique et le genre constituent des éléments qui jouent un rôle critique en santé mentale. Notre réponse aux besoins des Canadiennes et des Canadiens dans ce domaine doit tenir compte de ces facteurs si nous voulons mettre en place des politiques et des programmes efficaces et pertinents.

Références bibliographique

Kirby M, Keon W. Out of the shadows at last : transforming mental health, mental illness and addiction services in Canada (final report). Ottawa : Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology; 2006.

> assortir à ces stratégies des mesures globales d'ampleur suffisante, destinées à tous les segments de la société [9, p19] (c'est nous qui soulignons).

Même si l'idée de privilégier des interventions de nature ciblée peut sembler bonne en théorie, l'évolution du VIH indique que cette approche n'a pas permis d'endiguer la pandémie, bien au contraire, elle a plutôt contribué à sa propagation chez les groupes déjà soumis à un risque élevé, notamment les femmes et les filles. Les écueils associés à l'adoption d'une approche ciblée sont illustrés par les histoires comparées de l'épidémie au Canada et en Afrique du Sud.

Le Canada et l'Afrique du Sud : l'importance du genre

À de nombreux égards, l'expérience du Canada en matière de VIH diffère radicalement de celle de l'Afrique du Sud. Avec un taux de prévalence inférieur à 1 %, le Canada figure parmi les pays à faible incidence, tandis que l'Afrique du Sud compte parmi les pays où l'incidence est la plus élevée au monde, son taux de prévalence se situant à 20 % et au-delà. Or les analyses sur la pandémie, tout comme les directives internationales en matière de prévention, omettent souvent de tenir compte du fait que son évolution initiale en Afrique du Sud ressemble beaucoup à celle qu'elle a suivie au Canada. En Afrique du Sud, on a diagnostiqué le premier cas de VIH en 1982, c'est-à-dire la même année qu'au Canada. Pendant les premières années, ce sont surtout des hommes gais de race blanche qui contractaient la maladie, dans un pays comme dans l'autre.

Au cours des années 1990, en Afrique du Sud, la prévalence du VIH a augmenté de façon constante; dans la population adulte, elle est passée de 1,4 % en 1992 à 24,5 % en 2000. Tout aussi notable fut l'évolution des modes de transmission dans ce pays. Dès 1991, les cas d'infection à VIH attribuables à un contact hétérosexuel étaient aussi nombreux que ceux attribuables à un contact homosexuel entre hommes. Au Canada, le taux de prévalence s'est accru également pendant la décennie 1990, mais pas aussi rapidement qu'en Afrique du Sud, et les cas d'infection attribuables au contact hétérosexuel (comme unique facteur ou associé à d'autres) ont augmenté de 7,5 % à 37 % [3,4]. En 1994, le gouvernement canadien a relevé une augmentation notable des cas d'infection chez certains groupes : « … parmi les couches défavorisées sur le plan social et économique. La maladie menace de plus en plus les utilisateurs de drogues injectables, les femmes vivant dans la pauvreté, les Autochtones, les jeunes hommes gais et les détenus » [1].

Pendant les années 1990, l'épidémie de VIH a fait rage en Afrique du Sud, en partie à cause de la crise politique et sociale que traversait le pays avec la fin de l'apartheid. Tandis qu'on s'employait à mettre fin à un régime d'oppression raciale et à instaurer la démocratie, « la propagation du virus n'a pas reçu l'attention qu'elle méritait et on n'a pas reconnu l'ampleur de l'épidémie » [10]. Les difficultés associées à la lutte contre le VIH dans un contexte où les ressources sont limitées ont contribué à la progression de la pandémie dans ce pays. Au Canada, un pays riche ayant connu peu de changements sociaux ou politiques majeurs au cours des vingt dernières années, l'épidémie a progressé beaucoup plus lentement.

Les réponses nationales au VIH/sida au Canada et en Afrique du Sud, notamment pendant les premières années de l'épidémie, se ressemblent néanmoins. Les deux pays ont suivi les directives établies par l'ONUSIDA et l'OMS, en ciblant les « groupes à risque élevé », ce qui s'est avéré une mauvaise stratégie [Shishana O, 2004, entretien personnel, 17 sept]. Le fait d'avoir ciblé ces groupes, au lieu d'alerter l'ensemble de la population aux dangers du VIH/sida, a permis à l'épidémie de s'enraciner dans une population que personne ne croyait particulièrement à risque : les femmes et les filles. Dès 1993, il est apparu clairement en Afrique du Sud qu'on était passé au stade de l'épidémie généralisée, ce que confirmait un taux de prévalence supérieur à 1 % chez les femmes enceintes. Dans la période post-apartheid, le gouvernement sud-africain a décidé d'adopter des stratégies s'adressant à l'ensemble de la population, dont les femmes et les filles. Les nouvelles orientations s'appuyaient sur la nécessité de redresser les inégalités sociales, politiques et économiques fondées sur le genre, tous des facteurs qui contribuent à alimenter l'épidémie.

Selon le gouvernement canadien, « les approches axées sur des populations distinctes mènent à des mesures fondées sur des données adaptées à la culture qui permettent de mieux s'attaquer aux réalités et aux vulnérabilités qui contribuent aux infections et à de mauvais bilans de santé chez les groupes clés » [11]. Néanmoins, même si elle est fondée sur de bonnes intentions, cette approche n'a pas permis de stopper la pandémie parce qu'elle omet de tenir compte du genre comme facteur. Il est erroné de considérer les femmes et les filles comme une simple sous-population, puisqu'elles composent plus de 51 % de la population canadienne, c'est-à-dire la majorité. Par ailleurs, elles sont présentes dans sept sur huit des autres groupes jugés prioritaires : les personnes vivant avec le VIH; les personnes issues de pays où la maladie est endémique; les jeunes; les utilisateurs de drogues injectables; les Autochtones; et les détenus. Les membres du septième groupe « cible », soit les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, ne se définissent pas tous forcément comme gais, ni ne limitent leurs activités sexuelles à des rapports homosexuels; on peut donc également y associer les femmes et les filles. En dépit de ce lien indiscutable avec chacun des groupes prioritaires, « parmi les programmes recevant du soutien financier gouvernemental, l'éventail de ceux qui sont axés sur la prévention du VIH parmi les femmes au Canada ne semble pas résulter d'une stratégie nationale cohérente pour la réponse au VIH/sida parmi les femmes [8,p22] ».

L'Initiative *fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* repose apparemment sur « une approche fondée sur les notions de justice sociale et les déterminants de la santé », mais nulle part ne sont évoqués le genre ni l'analyse fondée sur les influences du genre et du sexe [11]. À titre d'exemple, les programmes censés aider les détenues à se protéger contre le VIH seront incomplets si on limite leur durée à la période de détention, puisque les risques qu'elles encourent n'auront pas disparu une fois franchies les portes de la prison. De la même façon, les politiques visant à freiner l'augmentation inquiétante des cas d'infection parmi les jeunes doivent dépasser les simples encouragements à adopter des pratiques sexuelles sans risque et s'attaquer aux disparités sociales économiques et politiques qui désavantagent les femmes et les filles. Ne s'intéresser qu'à des populations

a Voir Agence de la santé publique du Canada, Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada. [Internet]. C2007 [cité le 18 septembre 2009]. http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/fi-if/index-fra.php.

cibles conduit à négliger certaines des forces sociales qui alimentent l'épidémie, dont le genre. « Les programmes sur le VIH/sida abordant expressément la subordination qui entraîne un risque de VIH pour les femmes semblent rares, au Canada [8,p22] ».

Même si les attitudes à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida se sont améliorées, la stigmatisation et la discrimination occupent toujours une place considérable au Canada. Tout récemment encore, près de 30 % des Canadiens et Canadiennes ont confié qu'ils se sentiraient mal à l'aise de travailler dans un bureau avec une personne vivant avec le VIH; 43 % des parents ont avoué un sentiment analogue à l'idée que leur enfant fréquente l'école en compagnie d'un élève séropositif pour le VIH. [12] De plus, une personne sur dix a affirmé que les personnes qui avaient contracté le virus n'avaient eu que ce qu'elles méritaient[12,13]. En d'autres termes, les approches ciblées en matière de prévention du VIH permettent à un grand nombre de gens de prendre leurs distances par rapport à ces « autres » qui appartiennent aux groupes à risque élevé et à se convaincre que ce sont de mauvais comportements, plutôt que des facteurs systémiques, qui sont responsables de la propagation du VIH. Ce genre de discrimination crée des obstacles en matière de dépistage et de traitement, tout en aggravant les souffrances des personnes qui vivent avec le VIH ou qui sont jugées à risque.

Conclusion

Trois conclusions s'imposent au terme de notre analyse de la situation du VIH/sida au Canada et de la comparaison que nous avons établie avec l'Afrique du Sud. La première, c'est que le genre est l'un des principaux moteurs de l'épidémie, au Canada comme à l'étranger. Les formes variées et répandues que prend l'inégalité de genre accroissent la vulnérabilité des femmes quant au risque d'infection. La deuxième, c'est que les pays à forte incidence ont pris conscience du rôle du genre dans l'épidémie, alors que dans des pays à faible incidence comme le Canada, les politiques et les programmes restent encore aveugles à ce facteur [2,14]. La troisième, enfin, c'est qu'en matière de lutte contre le VIH/sida, il faut adopter des stratégies globales plutôt que ciblées, parce que c'est un problème qui intéresse toute la société, à l'égal de la question du genre.

Références bibliographique

1. Agence de santé publique du Canada. La stratégie canadienne sur le VIH/sida : Ensemble nous irons plus loin (en ligne), 2008 (mis à jour le 19 sept. 2006; cité le 5 déc. 2008). www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/fi-if/monitoring/can_strat-fra.php

2. ONUSIDA. Country Responses: Canada (en ligne), 2007 (cité le 30 mars 2008). http://data.unaids.org/pub/Report/2008/canada_2008_country_progress_report_en.pdf

3. Agence de santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 2007.

4. Agence de santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance en date du 30 juin 2004, Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 2004.

5. Avert. Canada statistics summary: HIV statistics (en ligne), 2007 (mis à jour le 16 déc. 2008; cité le 30 mars 2008). www.avert.org/canada-hiv.htm

6. Bureau pour la santé des femmes. Les femmes et le VIH/sida au Canada, Ottawa, Santé Canada, 2004 (en ligne). C2004 (mis à jour le 28 mars 2006; cité le 24 juin 2009). www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/women-femmes/hivaids-vihsida-fra.php

7. Réseau juridique VIH/sida. Les détenus autochtones et le VIH/sida (feuillet d'information en ligne), 2004 (cité le 30 mars 2008). www.prison.eu.org/IMG/pdf/f-revprison10.pdf

8. Csete J.. Vecteurs, véhicules et victimes : le VIH/sida et les droits humains des femmes au Canada. Réseau juridique VIH/sida, 2005.

9. ONUSIDA. Intensifying HIV prevention: UNAIDS policy position paper, Genève, ONUSIDA, 2005.

10. Avert. HIV/AIDS in South Africa (en ligne), 2009 (mis à jour le 3 février 2009; cité le 20 mars 2009). www.avert.org/aidssouthafrica.htm

11. Agence de santé publique du Canada. Populations à risque (en ligne), 2007 (mis à jour le 25 septembre 2007; cité le 8 avril 2008). www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/populations-fra.php

12. Au premier plan. État actuel de l'épidémie : raisons pour lesquelles nous devons redoubler d'effort (en ligne), 2005 (cité le 7 avril 2008). www.premierplan.ca/304_cur.html

13. Agence de santé publique du Canada. Sondage de suivi de 2006 sur les attitudes touchant le VIH/sida (en ligne), 2006 (mis à jour le 27 oct. 2006; cité le 8 avril 2008). www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/por/2006/tab1-fra.php

14. Wu S, Sullivan SG, Wang Y, Rotheram-Borus M, Detels R. Evolution of China's response to HIV/AIDS, Lancet, 2007;369(9562):679-90.

Politiques internationales de lutte contre le tabagisme : les répercussions de l'analyse des influences du genre et du sexe

par Lorraine Greaves, Ann Pederson et Natalie Hemsing

Introduction

Environ 250 millions de femmes et 1 milliard d'hommes fument la cigarette tous les jours [1]. Tandis que le taux de tabagisme chez les hommes de partout dans le monde a atteint son sommet et commence lentement à diminuer, il est toujours en croissance chez les femmes. Qui plus est, on prévoit que le taux de tabagisme au sein de la population mondiale des femmes, qui est actuellement de 12 %, aura atteint 20 % en 2025 [2]. Cependant, ces statistiques sur le tabagisme ne tiennent pas compte des autres utilisations du tabac, comme la consommation de tabac à chiquer par les femmes et les hommes en Asie du Sud, utilisations qui pourraient faire augmenter encore davantage le taux d'usage du tabac dans les années à venir [1].

Dans les années 1990, Lopez et ses collaborateurs ont élaboré un modèle descriptif en quatre étapes d'une épidémie de tabagisme reposant sur les taux de prévalence du tabagisme, - la consommation de cigarettes et les taux de mortalité liés à l'usage du tabac [3]. Les quatre étapes de ce modèle sont pertinentes dans la mesure où elles permettent de décrire les différences entre les femmes et les hommes quant au taux de tabagisme et à la consommation de cigarettes, ainsi que de démontrer que dans la plupart des sociétés les

Modèle descriptif en quatre étapes d'une épidémie de tabagisme [3]

- Étape 1 : Le commencement d'une épidémie de tabagisme au sein d'une population. Le taux de tabagisme est bas chez les femmes et les hommes, mais la cigarette croît en popularité auprès de ceux-ci. Il y a peu d'indices des effets nocifs de la cigarette et l'usage du tabac devient socialement accepté.
- Étape 2 : Le taux de tabagisme augmente rapidement chez les hommes et atteint un sommet se situant entre 50 % et 80 %, alors que le taux de prévalence chez les femmes est beaucoup moins élevé, quoiqu'en croissance rapide. À cette étape, le taux de tabagisme est généralement le même au sein des groupes de tous les statuts socio-économiques, ou parfois légèrement plus élevés au sein des classes supérieures. Les effets nocifs sur la santé commencent à être plus apparents parmi les hommes fumeurs, provoquant environ 10 % des décès chez les hommes à la fin de la progression de cette étape.
- Étape 3 : C'est à cette étape que le taux de tabagisme chez les femmes atteint son point culminant, avec un taux de prévalence aussi élevé que 40 % à 50 % chez les jeunes femmes. Le taux de tabagisme chez les hommes diminue graduellement et passe de 60 % à 40 %, mais le nombre de décès rattachés au tabagisme connaît une croissance importante, surtout chez les hommes. Le public en général connaît bien les effets du tabagisme sur la santé et des stratégies de prévention systématique sont en place.
- Étape 4 : La prévalence du tabagisme chez les femmes et les hommes continue de diminuer lentement, de façon plus ou moins parallèle. Le taux de mortalité attribuable au tabagisme chez les hommes culmine au début de cette étape, représentant une proportion aussi élevée que 40 % à 45 % des décès parmi les hommes dans la cinquantaine. Le taux de mortalité attribuable au tabagisme chez les femmes connaît une augmentation rapide causée par les conséquences tardives des tendances précédentes relatives à l'usage du tabac. À son point culminant, il représente environ 20 % à 25 % de tous les décès chez les femmes. Par la suite, les taux de prévalence et de mortalité diminuent de façon constante pour les deux sexes. Des politiques et des lois sont mises en place pour créer des lieux sans fumée.

femmes commencent à fumer après les hommes et fument moins, ce qui engendre chez elles un nombre moins important et une apparition plus tardive des cas de morbidité et de mortalité attribuables à des maladies associées à l'usage du tabac. La majorité des pays à revenu élevé ont atteint l'étape 3 ou l'étape 4, dans le cadre desquelles le taux de tabagisme chez les hommes a déjà atteint son point culminant et commence à décroître, alors que chez les femmes il vient tout juste de l'atteindre ou est sur le point de l'atteindre [1]. Les pays à revenu faible ou intermédiaire tendent quant à eux à se situer aux étapes inférieures de la progression de l'épidémie de tabagisme, ce qui signifie que toutes les répercussions liées aux maladies et aux décès causés par l'usage du tabac ne sont pas encore complètement visibles dans ces pays et que les initiatives de lutte contre le tabagisme y sont toujours relativement nouvelles. Certains pays comme la Chine et l'Inde sont particulièrement préoccupants en raison de l'importance de leur population et parce que l'épidémie de tabagisme n'y est encore qu'au début de sa progression [4,5]. Étant donné les différences entre les sexes relativement à l'usage du tabac établies à chacune des étapes de l'épidémie de tabagisme, il est grandement nécessaire de réaliser des analyses des influences du genre et du sexe sur l'usage du tabac et d'élaborer des politiques internationales de lutte contre le tabagisme tenant compte du genre.

Adoptée en 2003 et entrée en vigueur en 2005, la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est le premier traité international de santé publique [6]. À ce jour, 168 pays ont ratifié cette convention, qui vise à établir des normes mondiales pour la lutte contre le tabagisme. Les articles principaux de la CCLAT ainsi que le large appui international accordé à celle-ci constituent des occasions de reconnaître la spécificité des genres et d'élaborer des interventions qui tiennent compte du sexe social. Par exemple, l'article 4 de la CCLAT reconnaît qu'il y a une croissance alarmante de l'usage du tabac chez les filles et les femmes et encourage l'élaboration de stratégies et de politiques sexospécifiques de lutte contre le tabagisme.

La présente étude de cas est une adaptation de travaux réalisés par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, en partenariat avec l'International Network of Women against Tobacco (INWAT) [Réseau international des femmes contre le tabac], une organisation non gouvernementale internationale dont les activités d'éducation, de recherche et de promotion visent à réduire les effets du tabagisme sur les filles et les femmes et sont axées sur l'amélioration de la place accordée par les pays à la spécificité des genres dans leurs politiques nationales de lutte contre le tabagisme.

Le sexe, le genre et le tabagisme

Le sexe et le genre ont une influence sur l'usage et les effets du tabac chez les femmes et les hommes. Par exemple, certaines différences entre les femmes et les hommes dans l'anatomie des poumons ainsi que de nature génétique et physiologique peuvent accentuer les troubles associés à l'exposition à la fumée chez les femmes [7]. Les voies respiratoires plus étroites des femmes contribuent à concentrer davantage les produits chimiques toxiques de la fumée du tabac alors que les recherches laissent supposer que les femmes métabolisent la fumée différemment des hommes et qu'elles sont par conséquent plus susceptibles de développer des affections respiratoires comme la maladie pulmonaire obstructive

chronique et le cancer du poumon [8]. En outre, le risque de cancer du poumon dû au tabagisme actif ou à l'exposition à la fumée secondaire est accru chez les femmes, surtout si l'exposition se produit à l'adolescence [9].

Le genre a également une influence sur le moment ou le lieu où les filles et les femmes fument ou sont exposées à la fumée. Par exemple, des rapports de force inégaux entre les femmes et les hommes peuvent réduire la capacité des femmes à contrôler leur exposition à la fumée secondaire [10]. Les femmes peuvent également fumer pour des raisons différentes de celles des hommes, par exemple pour organiser leurs relations sociales, pour projeter une certaine image d'elles-mêmes, pour les aider à contenir leurs émotions ou parce qu'elles trouvent dans l'usage du tabac une forme de soutien et de contrôle social [11]. La culture, la classe sociale et d'autres facteurs déterminants contribuent également à influencer les tendances relatives au tabagisme chez les femmes et à instaurer des différences entre elles. Notamment, les femmes qui sont peu scolarisées ou dont les possibilités professionnelles sont restreintes peuvent devoir travailler dans des milieux comme celui de la restauration, où elles sont plus susceptibles d'être exposées à la fumée secondaire. Ces facteurs biologiques et sociaux peuvent par ailleurs se chevaucher. Lorsque les femmes sont exposées à la fumée secondaire en raison de rapports de force inégaux, leurs voies respiratoires plus étroites contribuent également à accroître leur risque de morbidité et de mortalité.

D'autres formes d'usage du tabac, comme la consommation de tabac à chiquer, de bidis, etc., peuvent aussi avoir des conséquences sur la santé, notamment une augmentation du nombre de cancers de la bouche et un affaiblissement de la santé génésique [12,13]. Existent également des risques précis rattachés à la fabrication du tabac. Par exemple, les personnes qui travaillent dans la production du tabac, en majorité des femmes, courent le risque de développer un trouble de santé appelé « intoxication par le tabac vert », - qui provoque des nausées, de la fatigue, des maux de tête, des faiblesses, des troubles respiratoires et une modification de la pression artérielle et du rythme cardiaque [14].

Bien que le taux de tabagisme chez les femmes soit faible dans de nombreux pays, le taux d'exposition des femmes à la fumée secondaire est quant à lui élevé dans les pays où l'usage du tabac est largement répandu chez les hommes. Également, en raison des rôles différents des femmes et des hommes dans la gestion de la santé et des soins familiaux, un taux élevé de morbidité et de mortalité chez les hommes entraîne une augmentation des exigences familiales pesant sur les femmes et nuit à la bonne alimentation et à la bonne santé des familles [15]. Les répercussions de l'usage du tabac sur la santé et l'économie sont ainsi différentes selon le sexe, le genre et l'étape à laquelle se situe un pays. Par exemple, si le taux de tabagisme est élevé chez les hommes, comme dans les pays qui ont atteint l'étape 1 ou l'étape 2, l'exposition à la fumée secondaire et les conséquences sur la santé liées aux difficultés alimentaires et économiques peuvent constituer des problèmes plus importants pour les femmes et les enfants, alors que les répercussions directes sur la santé peuvent être plus grandes chez les hommes.

Mondialement, quels sont les contextes stratégiques relatifs aux femmes et à la lutte contre le tabagisme?

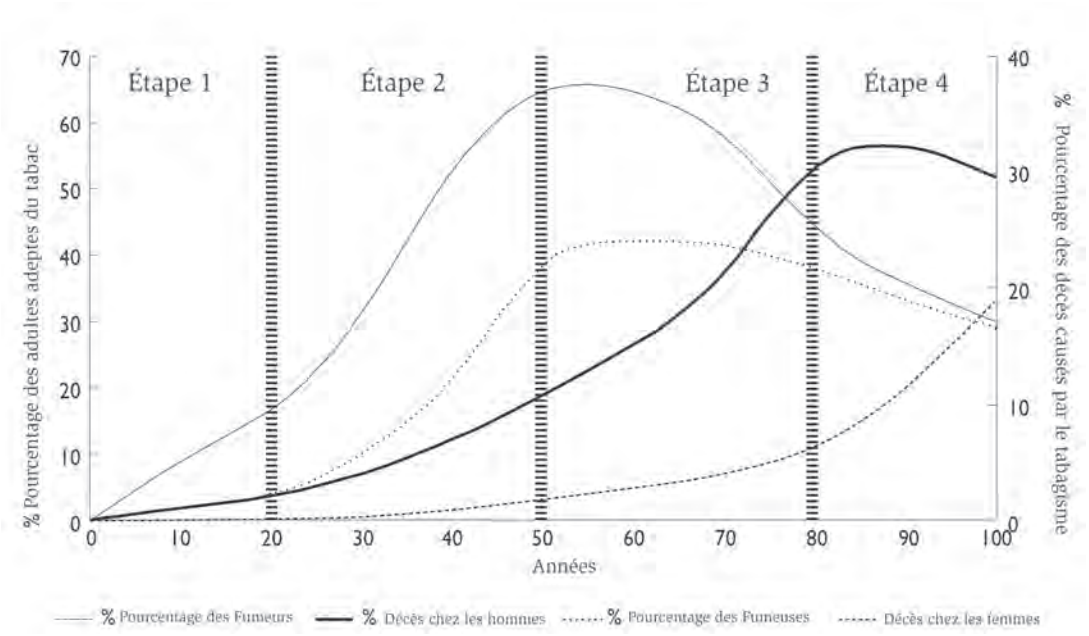
Il nous est possible de déceler des tendances précises relatives à l'usage du tabac dans différents pays, ce qui nous permet de déterminer les « étapes » de la progression de l'épidémie, mais il est également important de signaler que certains pays se situent à une étape particulière de l'épidémie de tabagisme en raison des contextes culturel, historique et local qui leur sont propres. Par exemple, dans les pays où l'épidémie de tabagisme en est encore aux premières étapes de sa progression, comme la Thaïlande et la Chine, les femmes fument moins, mais elles sont reconnues comme constituant un marché potentiel et sont de plus en plus ciblées par l'industrie des produits du tabac [12]. En Iran, la consommation de cigarettes par les femmes est historiquement faible, mais elle est actuellement en croissance. En Turquie et en Inde, l'usage du tabac fait partie des mœurs culturelles des hommes depuis longtemps, mais les tendances relatives au tabagisme sont en train de changer dans ces pays, où les femmes scolarisées vivant en milieu urbain sont de plus en plus nombreuses à fumer la cigarette. Au Liban, l'épidémie de tabagisme à atteint son point culminant, les femmes et les hommes présentant tous deux un taux élevé d'usage du tabac. L'épidémie de tabagisme en Afrique du Sud et au Brésil est en train d'atteindre la dernière étape de sa progression, des restrictions de l'accès au tabac ayant été mises en place et l'usage du tabac ayant culminé chez les femmes. Le Canada et l'Australie ont quant à eux franchi la quatrième étape de l'épidémie, les taux de tabagisme y étant faibles, sauf au sein de certaines sous-populations de femmes, notamment les femmes autochtones. En Suède, le taux de tabagisme est dans les faits plus élevé chez les femmes que chez les hommes, ce qui laisse supposer que ce pays fait exception en ce qui a trait au modèle en quatre étapes de la progression d'une épidémie de tabagisme, ou encore que le modèle lui-même pourrait nécessiter certaines modifications. Ces variations illustrent les écarts relatifs aux étapes de la progression de l'épidémie et signalent l'importance d'interventions adaptées aux différents contextes.

Comment les politiques devraient-elles être adaptées pour tenir compte des spécificités relatives au sexe, au genre et à la diversité dans les contextes propres à chaque pays?

Selon l'étape de la progression de l'épidémie de tabagisme à laquelle ils se situent (figure 1), les pays devront mettre en œuvre des initiatives différentes de lutte contre le tabagisme. Par exemple, dans les pays traversant les premières étapes de l'épidémie et où le tabagisme n'a pas encore atteint un taux élevé chez les femmes, l'accent doit être mis sur la prévention de l'usage du tabac chez les femmes, la réduction de l'exposition à la fumée secondaire et la cessation du tabagisme chez les hommes. Dans les pays se situant aux dernières étapes de la progression de l'épidémie, comme le Canada, les États-Unis et le Royaume-Uni, il faut mettre l'accent sur la réduction de la demande pour les produits du tabac au sein des sous-populations de filles et de femmes vulnérables, comme les femmes ayant un faible revenu, les femmes enceintes, les adolescentes ainsi que les filles et les femmes appartenant à une minorité [16]. Les politiques de lutte contre le tabagisme doivent tenir compte des pratiques culturelles, des dynamiques interpersonnelles ou au sein des ménages ainsi que des relations sexospécifiques existantes afin que les initiatives de lutte contre le tabagisme

répondent efficacement aux circonstances réelles dans le cadre desquelles les femmes sont confrontées à l'usage du tabac. Par exemple, les efforts visant à aider les femmes enceintes ou en période postnatale à arrêter de fumer ou à diminuer leur consommation de cigarettes devraient être renforcés en portant une attention particulière aux dynamiques interpersonnelles ou au sein des ménages ainsi qu'aux répercussions de ces dernières sur la réduction du tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire [20,21].

Figure 1. Modèle descriptif de l'épidémie de tabagisme dans les pays développés [3]



Avec la permission de l'auteur

Quelles sont les initiatives entreprises à l'échelle internationale pour protéger les femmes des effets néfastes sur la santé liés au tabac et pour prévenir ces effets?

La santé des femmes est de plus en plus considérée comme faisant partie des droits de la personne, et il est de moins en moins rare qu'on réclame la tenue d'analyses des influences du sexe et du genre ainsi que l'adoption d'approches tenant compte de ces influences. Il s'agit d'un progrès considérable en ce qui a trait à l'abandon de l'usage du tabac ainsi qu'à la protection et à la prévention contre le tabagisme chez les filles et les femmes. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), la Déclaration de Kobe et la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) constituent des exemples d'instruments pouvant contribuer à faire progresser les enjeux relatifs au tabagisme et aux femmes.

Clow, Pederson, Haworth-Brockman, et Bernier (2009)

Adoptée en 1979 par l'Assemblée générale des Nations Unies, la CEDAW exige que des mesures soient prises pour éliminer la discrimination visant les femmes dans les soins de santé et qu'un point de vue sexospécifique soit intégré aux politiques et aux programmes touchant la santé des femmes [19]. Également, la Déclaration de Kobe, adoptée en 1999, stipule que les initiatives de lutte contre le tabagisme doivent incorporer la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes et que, ce faisant, les femmes doivent être incluses au sein des rôles de direction [19]. La CCLAT, évoquée précédemment, reconnaît l'importance d'adopter une approche sexospécifique dans les initiatives de lutte contre le tabagisme [19]. Enfin, l'INWAT est un organisme international qui travaille en collaboration avec l'OMS à l'atteinte de ces objectifs et qui propose des stratégies destinées à faire progresser la lutte contre le tabagisme.

Conclusion

Divers pays se situent à diverses étapes de la progression de l'épidémie de tabagisme. En fait, lorsqu'on procède à une analyse différenciée de la situation selon les sexes, les genres et les origines ethniques, on s'aperçoit que sont en cours plusieurs épidémies distinctes de tabagisme reflétant entre autres choses les différences biologiques et physiologiques, les relations sexospécifiques historiques, les politiques gouvernementales, les conditions socio-économiques et l'influence internationale de l'industrie des produits du tabac. Les stratégies tant nationales que mondiales doivent tenir compte de la spécificité des contextes dans l'organisation et la promotion de la lutte contre le tabagisme chez les femmes et les hommes ainsi que chez les filles et les garçons, lutte qui doit viser la protection, la prévention et la cessation du tabagisme. Dans l'ensemble, il est nécessaire d'effectuer des analyses des influences du genre, du sexe et de la diversité dans le cadre des processus de recherche et d'élaboration des politiques et des programmes rattachés à la lutte contre le tabagisme. Il y a également lieu d'élargir les démarches stratégiques afin d'y inclure des approches reposant sur la justice sociale et les droits de la personne, dans le but de donner plus de pouvoir aux femmes et de réduire les inégalités. [15] Dans les pays où on cultive et transforme le tabac, il faut que soient mises en place une législation protectrice du travail qui cible les femmes travaillant dans l'industrie du tabac ainsi que des avenues économiques de rechange. La CCLAT reconnaît officiellement la vulnérabilité des femmes à l'égard du tabac et préconise à ce titre une approche sexospécifique, mais la façon dont ces caractéristiques de la CCLAT seront mises en œuvre à l'échelle internationale reste à voir.

Références bibliographique

1. Mackay J, Eriksen M. The tobacco atlas. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2002 [consulté le 12 juin 2009]. www.who.int/tobacco/media/en/title.pdf

2. Samet JM, Yoon SY, éditeurs. Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21st century. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2001. www.who.int/

tobacco/media/en/WomenMonograph.pdf

3. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. Tob Control. 1994;3:242-7.

4. Neufeld KJ, Peters DH, Rani M, Bonu S, Brooner RK. Regular use of alcohol and tobacco in India and its association with age, gender, and poverty. Drug Alcohol Depend. 2005;77(3):283-91.

5. Shoba J, Vaite S. Tobacco and poverty: observations from India and Bangladesh. Ottawa : PATH Canada; 2002. www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/

F1BA5FDA-0D22-4F14-B0A3-B1DFDA8A5909/0/tobacco_poverty.pdf

6. Organisation mondiale de la Santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève : Initiative pour un monde sans tabac de l'Organisation mondiale de la Santé; 2003. www.who.int/fctc/fr/

7. Mennecier B, Lebitasy MP, Moreau L, Hedelin G, Purohit A, Galichet C, et al. Women and small cell lung cancer: social characteristics, medical history, management and survival: a retrospective study of all the male and female cases diagnosed in Bas-Rhin (Eastern France) between 1981 and 1994. Lung Cancer. 2003;42(2):141-52.

8. Sin DD, Ben-Zaken Cohen S, Day A, Coxson H, Pare PD. Understanding the biological differences in susceptibility to chronic obstructive pulmonary disease between men and women. Proc Am Thorac Soc. 2007;4(8):671-4.

9. Collishaw NE, Boyd NF, Cantor KP, Hammond SK, Johnson KC, Millar J, et al. Canadian expert panel on tobacco smoke and breast cancer risk. Toronto : Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, OTRU Special Report Series; 2009. www.otru.org/pdf/special/expert_panel_tobacco_breast_cancer.pdf

10. Greaves L, Kalaw C, Bottorff JL. Case studies of power and control related tobacco use during pregnancy. Womens Health Issues 2007;17(5):325-32.

11. Greaves LJ, Richardson LA. Tobacco use, women, gender, and chronic obstructive pulmonary disease: are the connections being adequately made? Proc Am Thorac Soc. 2007;4: 675-9.

12. Greaves L, Jategaonkar N, Sanchez S, éditeurs. Pour tourner la page - les femmes, le tabac et l'avenir. Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique (CESFCB)/International Network of Women Against Tobacco (INWAT); 2006. www.cewh-cesf.ca/PDF/bccewh/pourTournerPage.pdf

13. Gupta P, Ray C. Smokeless tobacco and health in India and South Asia. Respirology. 2003;8(4):419-33.

14. Campaign for Tobacco Free Kids. Golden leaf, barren harvest: the costs of tobacco farming. Washington : Inworks Press; 2001.

15. Greaves L. Sifting the evidence: global tobacco policy and gender. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2007. www.who.int/tobacco/resources/

publications/WHO_Gender_Sifting.pdf

16. Greaves L, Jategaonkar N. Pour aller de l'avant : les femmes, le tabac et l'avenir. Dans : Greaves L, Jategaonkar N, Sanchez S, éditeurs. Pour tourner la page - les femmes, le tabac et l'avenir. Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique (CESFCB)/International Network of Women Against Tobacco (INWAT); 2006. pp. 39-46.

17. Bottorff JL, Kalaw C, Johnson JL, Chambers N, Stewart M, Greaves L, et al. Unraveling smoking ties: how tobacco use is embedded in couple interactions. Res Nurs Health. 2005;28(4):316-28.

18. Greaves L, Kalaw C, Bottorff JL. Case studies of power and control related to tobacco use during pregnancy. Womens Health Issues. 2007;17(5):325-32.

19. Lambert P. 2006. Contrairement au tabagisme, la santé des femmes est un droit de la personne. Dans : Greaves L, Jategaonkar N, Sanchez S, éditeurs. Pour tourner la page - les femmes, le tabac et l'avenir. Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique (CESFCB)/International Network of Women Against Tobacco (INWAT); 2006. pp. 34-8.

20. Greaves L, Tungohan E. Engendering tobacco control: using an international public health treaty to reduce smoking and empower women. Tob Control. 2007;16:148-150.

L'affaire dont on ne voit pas les dessous : Les femmes et la publicité directe aux consommateurs

par Jennifer Bernier, Barbara Clow, Jean Steinberg et Anne Rochon Ford

« Les téléspectateurs américains moyens voient jusqu'à 16 heures de publicités pour des médicaments d'ordonnance par année, soit beaucoup plus que le temps moyen passé avec une ou un médecin de premier recours. » [1]

Chaque jour, nous sommes bombardés de publicités de produits qui promettent d'améliorer nos vies, ou de nous rendre plus heureux, plus attirants ou en meilleure santé. Souvent, ces publicités vantent des produits qui sont relativement sans danger, comme un shampooing ou un déodorant. Toutefois, de nombreuses annonces publicitaires et publicités imprimées font la promotion de produits pouvant avoir un effet néfaste sur la santé. Nous voyons ou entendons souvent, par exemple, des publicités de produits amaigrissants et de médicaments en vente libre ou sans ordonnance, comme les médicaments contre le rhume et les allergies. En outre, de plus en plus de sociétés pharmaceutiques font la promotion de médicaments d'ordonnance auprès du public, une pratique connue sous le nom de « publicité directe aux consommateurs (PDC) ». Ce genre de publicité est techniquement illégal au Canada, mais la population canadienne y est tout de même exposée parce que la réglementation qui l'entoure est relâchée et que certains types de publicités de médicaments d'ordonnance ont pu la contourner. De plus, que ce soit à la télévision ou dans des publications, beaucoup de messages nous viennent des États-Unis (É.-U.) où la PDC est permise par la loi.

La législation canadienne interdit la publicité directe aux consommateurs. Cependant, de nombreux annonceurs ne respectent pas les règlements en vigueur et les politiques ne sont pas appliquées strictement. En outre, une grande partie du contenu télévisuel et des médias imprimés nous vient des É.-U., où ce type de publicité est permis par la loi. En conséquence, les audiences canadiennes sont de plus en plus exposées à des publicités de médicaments d'ordonnance destinés à traiter des problèmes de santé mineurs à graves, ainsi qu'à des publicités portant davantage sur des aspects sociaux ou personnels de la santé que médicaux, comme la perte de cheveux ou la mauvaise haleine [Voir 6]

Bien que les recherches sur la PDC soient relativement récentes et que peu d'analyses des influences du genre et du sexe aient été réalisées dans ce domaine, des études préliminaires ont montré que les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être ciblées comme consommateurs de ce type de publicité. [2, 3] En fait, dans le milieu de la recherche, certains, comme Mastin et ses collègues, [2] ont soutenu que les publicités s'adressant directement aux consommateurs sont conçues pour attirer l'attention des femmes, parce que les rôles de « personnes soignantes » et d'« anges gardiens soignants » qui sont associés à leur genre les rendent souvent responsables de prendre soin de la santé des membres de leur famille ainsi que de leur propre santé. - En d'autres termes, il est probable que les femmes plus que les hommes demanderont de l'information sur la santé, prendront les décisions relatives aux problèmes de santé, consulteront des prestataires de soins de santé, achèteront des médicaments et prodigueront des soins. [2-4] Les femmes ont aussi plus souvent recours au système de soins de santé et consultent plus fréquemment des médecins que les hommes en raison des différences biologiques, [3,5] comme les fonctions reproductrices liées au contrôle des naissances, à la grossesse et à la ménopause.

De plus en plus de données probantes laissent entendre que les publicités s'adressant directement aux consommateurs dans les médias imprimés visent de plus en plus les femmes, en particulier dans les magazines. [2, 3, 5] Par exemple, le nombre de publicités dans les « magazines féminins » est monté en flèche lorsque la US Food and Drug Administration a assoupli les restrictions sur la PDC en 1997, mais il est resté relativement stable dans les autres types de magazines, comme ceux d'actualités et de divertissement. [2] On trouve actuellement beaucoup plus de publicités de médicaments d'ordonnance dans les magazines féminins que dans les magazines masculins ou ceux destinés au grand public. [3] Les sociétés

pharmaceutiques et leurs annonceurs ont apparemment établi que les publicités destinées aux femmes sont beaucoup plus efficaces sur le plan des ventes que celles qui ne le sont pas – même dans les cas où les produits sont destinés à n'importe quel sexe ou spécifiquement aux hommes.

Les annonces de médicaments pour traiter le dysfonctionnement érectile (ou dysérection) sont un bon exemple de la manière dont les sociétés pharmaceutiques utilisent les audiences féminines pour annoncer des médicaments d'ordonnance destinés à traiter des problèmes masculins. Bien qu'elles visent les hommes, ces annonces sont souvent mises dans des magazines féminins. Comme il a été mentionné précédemment, ce choix repose sur le stéréotype de genre de la femme qui prend soin de son partenaire masculin- et présume que ce sera elle qui consultera une ou un médecin et fera exécuter l'ordonnance. Le contenu des annonces repose également sur les stéréotypes de genre et les renforce. Par exemple, la manière dont les annonces imprimées et à la télévision présentent les femmes sous-entend que les médicaments pour le traitement de la dysérection peuvent améliorer tant l'expérience sexuelle des femmes que celle des hommes. C'est peut-être le cas, mais les recherches sont insuffisantes pour le prouver et certaines données probantes le contestent. Selon la sociologue Meika Loe, de nombreuses femmes dont les partenaires masculins utilisent le ViagraMC se plaignent de se sentir forcées d'avoir des rapports sexuels, une situation nouvelle qui n'a pas amélioré leur vie sexuelle ni leur relation. [7] Certaines s'inquiétaient que leur partenaire ait des aventures et pour d'autres, une activité sexuelle ravivée ou accrue avait des effets physiologiques douloureux. [7]

De plus, cette approche de marketing est influencée profondément par les hypothèses et les partis pris sur les rôles de genre, les normes sexuelles et l'hétérosexualité. Ces annonces suivent une définition étroite du « sexe », où un rapport sexuel se fait uniquement ou principalement entre un homme et une femme. Du coup, elles ne tiennent pas compte des autres formes d'intimité sexuelle qui peuvent être tout aussi satisfaisantes et elles marginalisent également les rapports homosexuels. Les annonces de médicaments traitant le dysfonctionnement érectile mettent en vedette des couples hétérosexuels, du moins dans les publications grand public et à la télévision. En même temps, ces annonces soutiennent les notions dominantes de la masculinité qui sont liées à la capacité d'avoir une érection et à performer sexuellement, un stéréotype de genre qui peut nuire à la santé mentale des hommes et à leur relation. Les sociétés pharmaceutiques semblent utiliser délibérément les stéréotypes de genre pour vendre plus de produits, sans tenir compte des dangers de cette pratique.

La publicité directe aux consommateurs joue aussi sur les stéréotypes de genre en ciblant des problèmes de santé que certains associent au fait d'être une « femme » ou à des « maladies de femme. » [8] Par exemple, les femmes risquent beaucoup plus que les hommes de recevoir un diagnostic de problème de santé mentale – en particulier l'anxiété et la dépression –, et les annonces d'antidépresseurs sur ordonnance sont généralement destinées aux audiences féminines. [8, 9] Les annonces qui stéréotypent les femmes comme « biologiquement dépressives masquent les facteurs psychosociaux qui ont une grande incidence sur la vie des femmes – de la pauvreté à la violence et à la discrimination [traduction]. » [8,p179] Perpétuer ces stéréotypes pourrait bien contribuer au diagnostic par excès de la dépression chez les femmes et à la négligence de la dépression et de l'anxiété chez les hommes et les garçons. [8]

Malgré le fait que de nombreuses annonces s'adressent à un public féminin en général, ce ne sont pas toutes les femmes qui sont ciblées de la même manière par la publicité directe aux consommateurs. Par exemple, à la fin des années 1990, les sociétés pharmaceutiques ont commencé à se concentrer intensément sur les populations noires comme consommateurs de médicaments d'ordonnance. En effet, selon les résultats d'une recherche, les femmes noires sont « devenues l'une des audiences visées par la publicité directe aux consommateurs dont la croissance est le plus rapide [2,p56] ». Après avoir analysé le contenu de 132 magazines, dont des magazines destinés aux noirs (*Ebony et Essence*) et aux femmes (*Good Housekeeping et Ladies' Home Journal*), des magazines d'actualités (*Newsweek et Time*) et de divertissement (*Entertainment Weekly et People*), entre 1992 et 2002, Mastin et ses collègues [2] ont constaté qu'on présentait des types de produits différents aux audiences féminines noires et blanches. La PDC dans les magazines visant principalement le lectorat noir, qui compte aussi un grand nombre d'hommes, tournait surtout autour des traitements médicaux des problèmes de santé des femmes — et en particulier la reproduction, y compris les contraceptifs oraux, la ménopause et les infections vaginales aux levures. Aussi, presque toutes les annonces portant sur la prévention et le traitement des infections transmises sexuellement, y compris le VIH et l'herpès, apparaissaient dans ces magazines. En revanche, les grands « magazines féminins » qui, constatèrent Mastin et ses collègues, étaient surtout lus par des femmes blanches, comportaient relativement peu d'annonces ciblant les problèmes de santé des femmes. Ces magazines contenaient plutôt des publicités sur une vaste gamme de médicaments – tirant avantage encore une fois des stéréotypes de genre des femmes comme « personnes soignantes » et « anges gardiens soignants ».

Le ciblage intentionnel des femmes par la PDC devrait nous inquiéter pour plusieurs raisons. Premièrement, selon les recherches actuelles, on constate qu'il est probable que les femmes réagissent plus que les hommes à ce type de publicité et demandent aux médecins des médicaments particuliers qui peuvent être ou ne pas être nécessaires ou adéquats. [3,4] Le corps médical, à son tour, est influencé par les demandes de médicaments qui lui sont faites, ce qui modifie tant le volume que les types de médicaments prescrits [3,10,11]. Les études ont montré que les personnes exposées à ce type de publicité vont plus probablement demander un médicament annoncé [3,10] et recevoir une ordonnance pour ce médicament [5,11] que les personnes qui consultent une ou un médecin concernant des problèmes de santé généraux. Étant donné que les femmes sont ciblées par ces annonces, on pourrait en déduire qu'il est probable que les femmes plus que les hommes demanderont et recevront des ordonnances – ou du moins que les sociétés pharmaceutiques présument que c'est le cas. De toute évidence, davantage de recherches devront être menées – y compris des travaux incluant une analyse des influences du sexe et du genre – pour déterminer les effets réels de la publicité directe aux consommateurs.

Une autre implication sexospécifique de ce type de publicité est que son coût élevé fait monter le prix des médicaments d'ordonnance, rendant ainsi beaucoup d'entre eux inaccessibles aux gens qui n'ont pas un régime d'assurance -médicaments, ou un revenu ou du soutien adéquat. Parce que les femmes risquent davantage que les hommes d'occuper un emploi précaire et d'avoir peu ou pas d'avantages sociaux, il est plus probable qu'elles aient à payer de leur poche les médicaments d'ordonnance sans en avoir les moyens. [3] La publicité

Matière à réflexion

« Les lignes directrices et les recommandations sur l'inclusion des femmes dans les essais cliniques de médicaments découlent de l'inquiétude que les femmes prennent des médicaments qui n'avaient été testés que sur des hommes et pouvaient donc ne pas fonctionner ou fonctionner différemment sur elles. Cependant, bien que l'inclusion des femmes dans les essais cliniques puissent commencer à fournir des données abordant les différences biologiques entre les hommes et les femmes quant au métabolisme des médicaments, à la cinétique, etc., le principe d'« inclusion » fausse trop rapidement le sens des différences de genre pouvant jouer un rôle primordial dans la façon dont les femmes utilisent les médicaments et y réagissent. Aussi, en se concentrant uniquement sur l'inclusion des femmes, on laisse de côté les questions plus vastes demandant si les médicaments sont le meilleur moyen de faire face à un problème. Ces questions peuvent en fait être plus pertinentes à la protection et à la promotion de la santé des femmes. [12,p5]»

directe aux consommateurs qui cible les femmes a aussi ceci d'alarmant que même si des progrès ont été réalisés pour inclure tant les femmes que les hommes dans les essais cliniques, de nombreux médicaments d'ordonnance ne sont testés que sur les hommes, et le milieu de la recherche ignore les questions d'innocuité et d'efficacité chez les femmes. [3]

Au cours des dernières années, on a assisté à un regain d'intérêt pour l'étude de la « littératie en santé », soit la mesure dans laquelle le public comprend l'information en matière de santé. Souvent, le milieu de la recherche veut savoir si les patients comprennent ou non les diagnostics et les indications de traitement qui leur sont donnés par les prestataires de soins de santé, mais ce n'est qu'une des sources d'information. Nous devons examiner de plus près l'effet de la publicité directe aux consommateurs, pour le meilleur et pour le pire, comme source de plus en plus importante d'information en santé. À la lumière de l'information présentée dans cette étude de cas, il est clair qu'il faut multiplier les analyses sur les influences du genre et du sexe pour comprendre l'effet global de la publicité directe aux consommateurs et l'utilisation qui en découle des produits dont elle fait la promotion – tant pour les femmes que pour les hommes.

Références bibliographique

1. Frosch DL, Krueger PM, Hornik RC, Cronholm PF, Barg FK. Creating demand for prescription drugs: a content analysis of television direct-to-consumer advertising. Ann Fam Med. 2007;5(1):6-13.

2. Mastin T, Andsager, JL, Choi J, Lee K. Health disparities and direct-to-consumer prescription drug advertising: a content analysis of targeted magazine genres, 1992-2002. Health Commun. 2007;22(1):49-58.

3. Mintzes B. "Ask your doctor:" women and direct-to-consumer advertising. Dans : Rochon Ford A, Saibil D, éditrices. The push to prescribe. Toronto : Women's Press, 2009; p.17-46.

4. Handlin A. Gendered opportunities to enhance direct-to-consumer advertising of gender-neutral pharmaceutical brands: factors arising from information processing, message content and demographic change. The Business Review. 2007;7(10):33-7.

5. Bell RA, Kravitz RL, Wiles MS. Direct-to-consumer prescription drug advertising, 1989-1998. J Fam Pract. 2000;49(4):329-35.

6. Mintzes B. What are the public health implications: direct-to-consumer advertising of prescription drugs in Canada. Toronto : Conseil canadien de la santé; 2006.

7. Meike L. The rise of viagra: how the little blue pill changed sex in America. New York: New York University Press; 2004.

8. Grow JM, Park JS, Han S. "Your life is waiting!": symbolic meanings in direct-to-consumer antidepressant advertising. J Commun Inq. 2006;30(2):163-88.

9. Statistique Canada. Women in Canada: a gender-based statistical report [Internet]. c2006 [cité le 10 août 2009]. Ottawa : numéro de catalogue 89-503-XIE. www.statcan.gc.ca/pub/89-503-x/89-503-x2005001-eng.pdf.

10. Gilbody S, Wilson P, Watt I. Benefits and harms of direct to consumer advertising: a systematic review. Qual Saf Health Care. 2005;14:246-50.

11. Mintzes B, Barer ML, Kravitz RL, Bassett K, Lexchin J, Kazanijian A, et al. How does direct-to consumer advertising (DTCA) affect prescribing? a survey in primary care environment with and without legal DTCA. Can Med Assoc J. 2003;169(5):405-12.

12 Lippman A. The inclusion of women in clinical trials: are we asking the right questions? Toronto : Action pour la protection de la santé des femmes; 2006.

Chapitre huit :

Se montrer à la hauteur du défi

État des connaissances

Nous avons présenté l'analyse des influences du genre et du sexe comme une démarche plutôt qu'une liste de critères ou une formule à appliquer, tout en expliquant les concepts fondamentaux qui la sous-tendent : le sexe, le genre, la diversité et l'équité. Nous avons illustré notre propos par un choix d'études de cas et de commentaires puisés dans un riche corpus de recherche et de réflexion constitué depuis une dizaine d'années sur l'élaboration des politiques en santé des femmes. Nous avons argumenté – et démontré – que l'AIGS est un outil essentiel pour décortiquer et résoudre des problèmes de tous ordres en matière de santé, applicable à tous les secteurs, disciplines, programmes et politiques, ainsi qu'à toutes les sphères de la recherche. L'AIGS favorise une réflexion approfondie sur les enjeux et les populations, ainsi que les types de données et leur provenance; elle permet de mettre au point des stratégies adéquates, efficaces et efficientes.

L'AIGS est de nature itérative; au fur et à mesure de l'analyse, elle soulève de nouvelles questions susceptibles de conduire à d'autres faits et à de nouvelles pistes d'action. Sa démarche procède du questionnement, qu'il s'agisse de recueillir des données et de les étudier, d'établir des liens, de cerner des répercussions sur la santé ou de relever des points d'intersection entre déterminants de la santé. Son fil conducteur, c'est que le sexe et le genre exercent une influence incontournable sur l'identité et l'expérience des femmes et des hommes. L'AIGS nous amène à formuler des questions sur les femmes et les hommes les plus touchés par certaines maladies, sur les grands déterminants de la santé, sur les institutions sociales et les rapports de pouvoir, ainsi que sur les politiques et les interventions. Elle nous oblige à tenir compte de la diversité qui s'observe chez les femmes et chez les hommes, les filles et les garçons, et qui est le produit de différences rattachées à l'orientation sexuelle, l'identité de genre, le statut socioéconomique, l'âge, la langue, le lieu de résidence, l'éducation, les circonstances historiques et une foule d'autres facteurs influant sur la santé et la maladie, l'accès aux soins et la prestation des services.

Parmi les constats qui ressortent de la préparation de ce livre figure la nécessité incontournable de disposer de données ventilées selon le sexe et de s'en servir. Toute information doit être recueillie en fonction des catégories hommes et femmes (à tout le moins) et les données, présentées de façon à favoriser une analyse aussi complète que possible des influences du genre et du sexe par les chercheurs et les analystes. Comme nous l'avons vu plus haut, il est parfois difficile d'accéder à des données ventilées selon le sexe, ce qui représente un obstacle à l'application d'une AIGS. Voilà pourquoi nous pressons les organismes responsables de la collecte et de la conservation des données, les gouvernements et leurs partenaires, de recueillir et de présenter automatiquement celles ci en fonction du sexe. Nous formulons aussi le vœu que tous explorent des moyens de dépasser la simple opposition homme-femme en mettant au point des instruments de mesure toujours plus nuancés et inclusifs.

Les premiers chapitres et les études de cas nous ont permis d'éclairer la distinction entre les concepts de sexe et de genre, ainsi que les multiples façons dont ils se chevauchent et interagissent. Outre les lacunes fréquentes en matière de données ventilées selon le sexe se pose le problème de l'absence d'une mesure fiable du

« genre » en AIGS. En effet, de nombreux instruments d'enquête traitent le sexe et le genre comme s'il s'agissait de catégories interchangeables; par conséquent, ils présentent des différences et des ressemblances attribuées au genre alors que ce qu'ils mesurent, en réalité, ce sont des tendances et des caractéristiques chez l'un et l'autre sexe. En d'autres termes, le simple fait de disposer de données ventilées selon le sexe ne suffit pas pour mener une AIGS approfondie. Reste à voir s'il sera possible de mettre au point des méthodes innovatrices pour mesurer le genre. Les données qualitatives nous permettent toutefois déjà de raffiner l'analyse des différences entre sexe et genre, ainsi que des rapports subtils (et parfois moins subtils) entre le biologique et le social dans la vie des femmes et des hommes, des filles et des garçons. Nous devrions donc y recourir. Le genre, comme le sexe, reflète un continuum plutôt qu'une dichotomie. Par conséquent, le travail à accomplir pour obtenir une AIGS robuste consiste à faire ressortir, à conceptualiser et à analyser les multiples expressions du genre et les rapports entre celles-ci.

Tout au long de ce livre, nous avons insisté sur la nécessité de dépasser une compréhension élémentaire des différences et des ressemblances *entre* les sexes pour saisir celles qui distinguent les femmes *entre elles* et les hommes *entre eux*. Autrement dit, l'AIGS cherche à rendre compte de la diversité qui s'observe au sein de chaque groupe, femmes, hommes, filles et garçons. Comme nous l'avons vu, la collecte des données comporte des difficultés considérables à cet égard. À titre d'exemple, de nombreux instruments d'enquête ne permettent pas d'obtenir d'information sur certaines caractéristiques « visibles » comme la race et l'ethnicité, sans parler de celles qui sont « invisibles », comme l'orientation sexuelle et la spiritualité. Même lorsqu'on recueille ce genre de données, on n'établit pas forcément de rapports entre elles (ce qu'on appelle le croisement des données). Cette lacune complique la tâche de mettre en lumière les liens entre diversité et santé. La recherche qualitative peut contribuer à les faire ressortir, mais il faudra poursuivre les travaux en ce domaine, particulièrement en ce qui concerne les groupes manifestement sous-représentés comme les Noirs nés au Canada. En définitive, à l'égal du sexe et du genre, la diversité doit être envisagée comme un continuum, plutôt qu'une dichotomie formée de groupes « dominants » et « non dominants ».

Le principe d'équité est le moteur premier de l'analyse des influences du genre et du sexe. Les inégalités en matière de santé, tout comme dans d'autres sphères, prennent souvent racine dans une répartition inégale du pouvoir et des privilèges accordés en fonction du sexe, du genre ou du groupe social. Comme le démontrent bon nombre des études de cas et des réflexions présentées ici, la recherche, les politiques et les programmes qui font fi de ces notions de base sont peu susceptibles de contribuer à combler les disparités; elles risquent même de les accroître, voire d'en créer de nouvelles.

Les études de cas et les analyses confirment par ailleurs que l'AIGS est un outil indispensable dans n'importe quel aspect du travail rattaché à la santé. Loin de nous l'idée de proposer qu'une seule étude ou politique peut suffire à rendre compte de toutes les formes de diversité ou à corriger toutes les inégalités. Nous pensons plutôt que le sexe, le genre, la diversité et l'équité sont des notions fondamentales dont il est impératif de tenir compte au moment de déterminer les raisons qui font que certaines questions ou populations sont à l'étude et

d'examiner les données à notre disposition avant de prendre des décisions en matière de santé et de soins. La démarche requiert du temps, mais ce temps est bien investi.

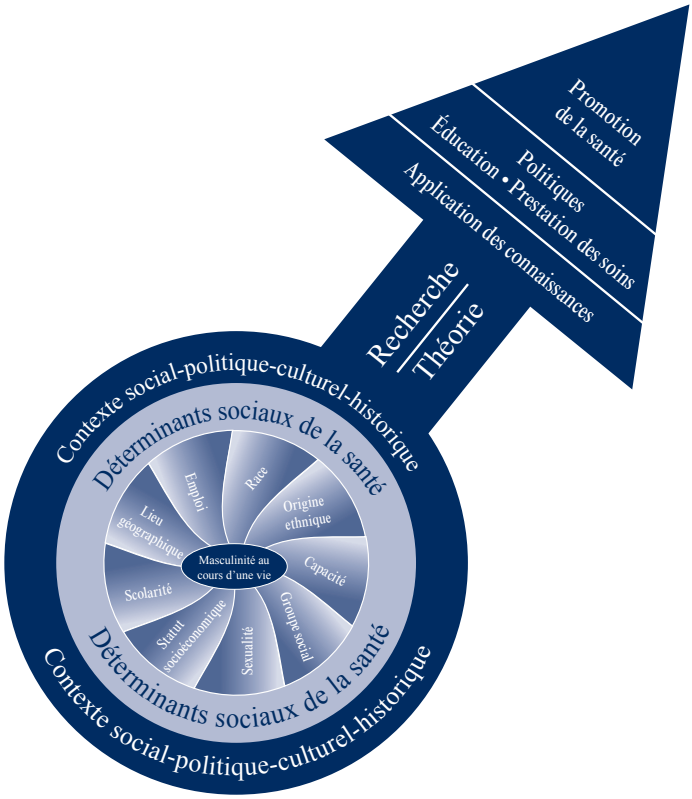
Un cadre d'analyse en évolution

Notre livre est le fruit des connaissances et des expériences accumulées et mises en commun par une communauté de chercheuses et chercheurs en santé des femmes. Il reflète aussi une discipline en évolution constante. Née sous l'impulsion d'un mouvement féministe mené par des femmes blanches, de classe moyenne et de milieu urbain, basé essentiellement en Amérique du Nord et en Europe, l'AIGS s'est transformée et a élargi sa portée. Elle incorpore désormais l'analyse de la diversité ainsi que des perspectives mondiales sur la santé des femmes et des filles et celles des hommes et des garçons. Tout d'abord axée principalement sur la notion du genre, elle a intégré une analyse du sexe biologique qui dépasse la seule question de la reproduction et s'attache à décrire les interactions complexes entre genre et sexe. Le développement de nouvelles idées et de méthodes innovatrices dans les études sur la santé – aussi bien aujourd'hui que demain – ouvre des perspectives stimulantes pour la théorie et la pratique en matière d'AIGS, qui permettront d'affiner celle-ci et d'en élargir l'application. Actuellement, quatre courants de réflexion tracent des avenues extrêmement prometteuses : la recherche sur la santé des hommes et la masculinité; les travaux élargis sur les déterminants sociaux de la santé et leurs applications; l'adaptation de l'AIGS aux réalités des populations des Premières nations, des Métis et des Inuits; et l'application de la théorie de l'intersectionnalité dans les travaux de recherche sur la santé.

La recherche sur la santé des hommes et la masculinité

Les études sur la santé des hommes, en tant que champ de recherche et de pratique à part entière, ont vu le jour dans les années 1980 [1]. Tout comme les chercheuses et les militantes du secteur de la santé des femmes avant elle, la première génération de chercheuses et chercheurs en santé des hommes s'est d'abord intéressée aux maladies qui n'affectent que les hommes, ou sont plus graves ou fréquentes chez eux, ainsi qu'à celles qui requièrent un diagnostic, un traitement ou une stratégie de prévention distincts. Autre objet d'étude : les maladies souvent négligées dans la documentation courante, comme les cancers de la prostate et des testicules et la santé mentale [2]. À l'image du mouvement de la santé des femmes, chercheuses, chercheurs, militantes et militants ont réagi à l'absence de perspective sur le genre dans les travaux. Comme l'a fait observer Courtenay, « toute la littérature médicale repose sur

Figure 1. Diagramme HIMM : Health, illness, men and masculinities (Santé, maladie, hommes et masculinité) [7]



Avec la permission

Clow, Pederson, Haworth-Brockman, et Bernier (2009)

la supposition que le fait d'être un homme […] n'a aucun rapport avec la façon dont les hommes travaillent, consomment, conduisent, se battent ou prennent des risques. Même dans les études sur les risques qui touchent en particulier les hommes en matière de santé, on relève souvent une absence criante de toute discussion sur la question du genre [3,p1387] ». Depuis, des théories complexes et éclairantes sur la masculinité ont vu le jour et les travaux de recherche en cours confirment l'influence du genre sur la santé masculine [3-5]. Ce qui a amené Oliffe et Galdas à conclure récemment que « de plus en plus de données démontrent que la socialisation des hommes et des garçons et son expression dans la masculinité (le genre) peuvent avoir un effet délétère sur leur santé et leurs comportements. Les études sur la masculinité, qui se fondent sur cette analyse, confirment que les hommes adoptent des comportements distincts en matière de santé et souffrent de maladies qui requièrent des interventions ciblées [6,p1]. » Ainsi, on assiste à l'élaboration de nouveaux cadres d'analyse comme celui de Frank et de ses collègues [7], qui resituent la santé masculine à la lumière des déterminants de la santé (figure 1).

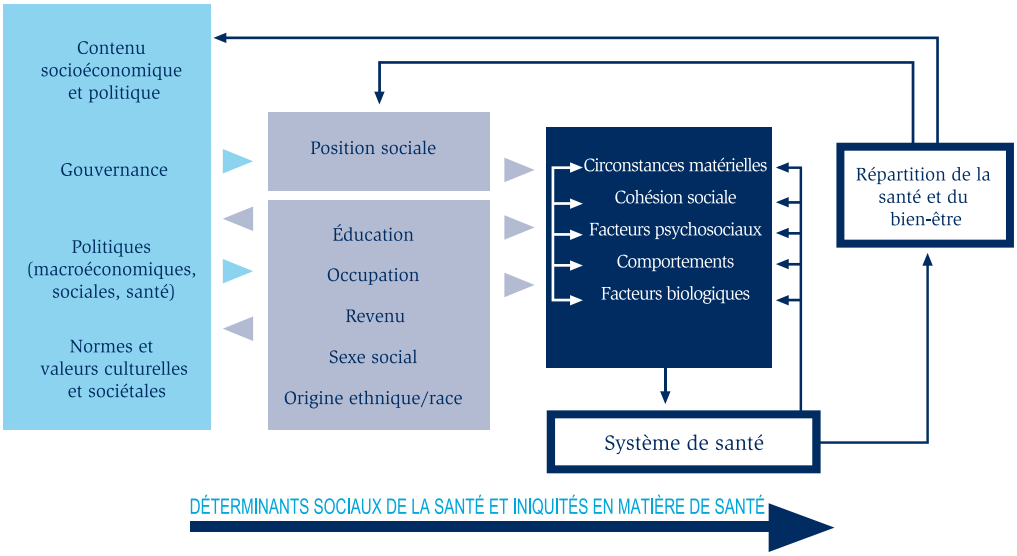
Les études sur la santé des hommes, tout comme celles qui touchent la santé des femmes, comportent leurs forces et leurs faiblesses. D'une part, les théories de la masculinité ont abordé de front la question des inégalités de pouvoir et contribué à remettre en question les dichotomies homme-femme et masculin-féminin comme cadres de modélisation et d'analyse de l'expérience, de l'identité et du comportement sur le plan sexuel. D'autre part, alors que le mouvement de la santé des femmes se préoccupe depuis longtemps de l'incidence de la condition féminine sur la santé des femmes, en comparant leur situation à celle des hommes, la réciproque n'est pas vraie : les chercheurs masculins ont eu tendance à éviter d'analyser la santé des hommes en comparant leur situation à celle des femmes. Comme le soutiennent Connell et Messerschmidt, « les études sur la condition masculine semblent supposer l'existence de « sphères séparées », comme s'il n'était pas pertinent de tenir compte des femmes dans l'analyse. On étudie donc la masculinité en se concentrant uniquement sur les hommes et sur les relations entre eux [8,p837] ». De toute évidence, la collaboration entre les deux disciplines pourrait porter de nombreux fruits. L'AIGS pourrait servir de pont entre celles-ci et sortir enrichie des échanges et des projets qui en découleraient.

Le genre et les déterminants de la santé

Un certain nombre de pays, de gouvernements et d'organisations admettent, comme le Canada, que le genre est un déterminant de la santé, mais ceux-ci se limitent le plus souvent à inclure ce facteur dans une liste sans en fournir de description, ni expliquer son rapport avec les autres déterminants. Or la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a présenté récemment un cadre théorique qui organise les déterminants de la santé et situe le genre en relation avec chacun d'eux (figure 2)[9]. Le modèle proposé suppose que certains facteurs sociaux et individuels, dont les circonstances matérielles, la cohésion sociale, les facteurs psychosociaux, les comportements et les facteurs biologiques, interagissent avec le système de santé pour aboutir à une certaine répartition de la santé et du bien-être au sein d'une société. Ces facteurs sont à leur tour influencés par la situation sociale, qui est elle-même fonction du niveau d'instruction, de la profession, du revenu, du sexe et du genre, de l'appartenance ethnique ou de la race. On admet aussi qu'il y a un effet réciproque entre la santé et le bien-être, d'une part, et la situation sociale, d'autre part. On considère en effet la santé

comme une ressource favorisant la participation à la vie sociale, notamment par l'école et le travail. Par ailleurs, certaines maladies, comme la maladie mentale, provoquent une stigmatisation susceptible de nuire à la situation sociale d'un individu. Enfin, le modèle de l'OMS postule que le contexte socioéconomique et politique – notamment en ce qui concerne la gouvernance, les politiques, les normes et valeurs culturelles et sociétales au sein d'un groupe ou d'un pays – a une incidence sur la situation sociale et qu'il est influencé par la répartition de la santé et du bien-être. Ce cadre d'analyse représente un progrès substantiel si on le compare aux simples listes de déterminants de la santé, qui n'évoquent en rien leurs effets réciproques et conjugués. Un fait est à souligner, toutefois : l'absence du genre comme déterminant distinct du sexe, ce qui soulève des interrogations sur la connaissance (ou la reconnaissance) effective d'une différence entre le biologique et le social. De plus, le sexe est présenté comme une dimension de la situation sociale, plutôt qu'un facteur dominant ou omniprésent au même titre que les politiques et le contexte économique. En d'autres termes, on semble considérer que le sexe joue un rôle important, mais pas déterminant.

Figure 2. Commission des déterminants sociaux de la santé – rapport final.

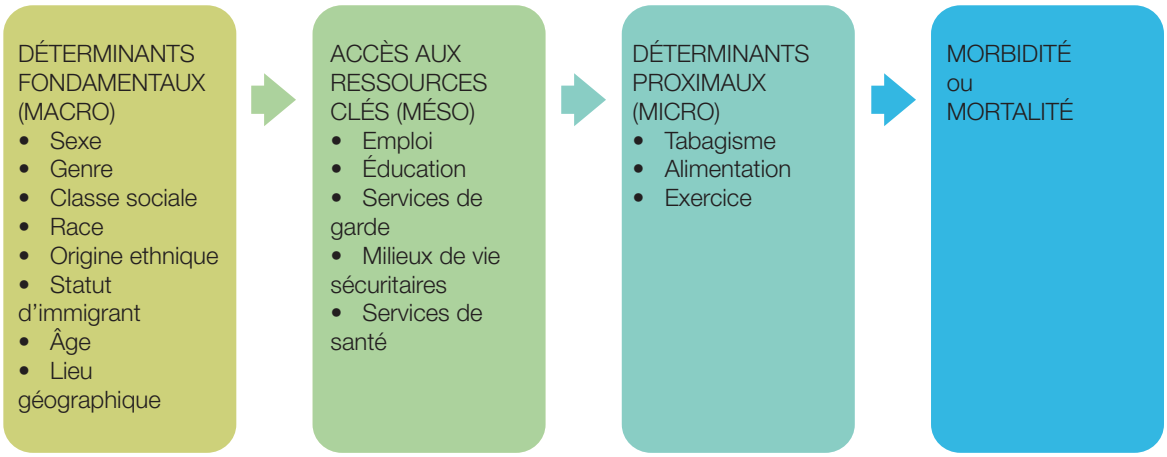


Source: modifié par Solar et Irwin, 2007
Avec la permission

Dans une publication récente, le Women's Health Research Network, de la Colombie-Britannique, a proposé un nouveau modèle conceptuel des déterminants de la santé (figure 3) [10], Le sexe et le genre, argumentent Benoit et Shumka [10], sont des « déterminants de la santé fondamentaux », parce qu'ils influent sur d'autres déterminants. Ils déterminent l'accès à certaines ressources essentielles, tout comme le font la classe sociale, la race, l'origine ethnique, le statut d'immigrant, l'âge et le lieu géographique. Parmi ces ressources, soulignons l'emploi, l'éducation, les services de garde, les milieux de vie sécuritaires et les services de santé, ainsi

que les comportements et les choix individuels, en ce qui touche notamment le tabagisme, l'alimentation, l'exercice physique. Tous ces facteurs ont une incidence sur la morbidité et la mortalité. Contrairement au modèle de l'OMS, le sexe et le genre figurent ici dans la liste des déterminants fondamentaux, plutôt que d'être considérés simplement comme importants. Même si le diagramme qui l'accompagne semble indiquer une influence qui ne s'exercerait que dans une seule direction, le modèle proposé ici réussit bien à rendre le jeu réciproque des déterminants des niveaux macro, méso et micro sur la santé. Comme le soutiennent Benoit et Shumka, « notre modèle est dynamique, en ce qu'il peut être modifié suivant l'époque et le lieu de façon à incorporer, selon le champ de recherche, d'autres déterminants fondamentaux : par exemple, l'orientation sexuelle ou encore, l'accès à l'eau potable chez des populations établies dans des régions moins nanties de la planète. [p11]»

Figure 3. Modèle dynamique des déterminants de la santé tenant compte des influences du sexe social [10]



Avec la permission

Il n'est pas question ici de soulever un débat pour tenter d'établir lequel des deux modèles ci-dessus est le meilleur. Ce qu'il importe de souligner et dont il faut se réjouir, c'est que chaque nouveau cadre théorique est susceptible d'engendrer des interventions et des travaux de recherche innovateurs et de contribuer ainsi au développement de l'AIGS. Seule l'application concrète permettra de déterminer dans quelle mesure les modèles actuels et futurs parviendront à tenir compte des différences liées au sexe et au genre quant aux résultats et aux comportements en matière de santé. Les travaux en cours reflètent le dynamisme des débats actuels sur le sexe, le genre et la santé au Canada et dans le monde, tout en laissant entrevoir des avenues prometteuses pour la théorie et la recherche empirique en ce domaine.

Clow, Pederson, Haworth-Brockman, et Bernier (2009)

Une analyse adaptée aux spécificités autochtones [a]

La pertinence de l'analyse des influences du genre et du sexe et son adaptation à la situation des populations autochtones comptent parmi les axes de réflexion qui se développent aujourd'hui au Canada. Chez les Inuits, les Métis et les Premières Nations, des femmes s'attachent à explorer les possibilités offertes par cette approche à l'égard des traditions, des histoires et des contextes sociaux particuliers de leurs communautés. L'Association des femmes autochtones du Canada (AFAC) [11] et l'association Pauktuutit Inuit Women of Canada [voir 12,13] ont amorcé des discussions sur les mérites d'une AIGS culturellement pertinente, qui s'appuierait sur la notion d'égalité réelle définie dans *la Charte canadienne des droits et libertés* (voir le chapitre 2). Toutes deux insistent sur la nécessité de prêter une attention toute particulière, dans la recherche, l'élaboration de politiques et la planification des programmes, à l'expérience historique et contemporaine des Premières Nations, des Métis et des Inuits. L'AFAC demande notamment qu'on scrute l'incidence de la colonisation, du capitalisme occidental, de la mondialisation, du nationalisme et du paternalisme sur les approches actuelles en matière de politiques et de programmes. Les deux associations estiment qu'il faudra adapter l'AIGS de façon à tenir compte des caractéristiques culturelles, historiques et linguistiques uniques des femmes issues de chacun de ces groupes pour que l'approche contribue véritablement à corriger les inégalités et les iniquités dont elles sont victimes.

L'Assemblée des Premières Nations (APN) compte également parmi les organismes qui se sont intéressés à l'analyse des influences du genre et du sexe. Dans une série de documents publiés récemment, l'APN a proposé un *Cadre d'analyse de l'équilibre entre les sexes* [voir 14], une approche qui « intègre le contexte historique et culturel ainsi que le point de vue des Premières Nations en vue de l'élaboration efficace de politiques et de lois touchant les Premières Nations. Les Premières Nations du monde entier exigent l'adoption d'une approche équilibrée quant à tous les aspects de la vie entre hommes et femmes, garçons et filles, ainsi que la reconnaissance et la considération de celles qui ont donné naissance aux hommes et aux femmes, de sorte que tout le monde puisse faire partie du cercle sacré de nos Nations [14,p4]. »

Du point de vue de l'évolution de l'AIGS, ces courants témoignent de la nécessité constante de s'intéresser en profondeur aux dimensions de la culture, de la colonisation, de l'ethnicité et de la race, ainsi qu'à leurs liens avec le genre, l'identité de genre, les rapports hommes-femmes et le genre institutionnalisé. Elles font ressortir la spécificité historique et culturelle de toute conception du sexe et du genre, tout en élargissant le propos à de nouvelles considérations qui les relient à d'autres aspects importants de la vie sociale. En Amérique latine, les travaux effectués sur l'AIGS soulèvent des questions analogues sur la nécessité d'adapter à d'autres parties du monde, où les rapports entre les sexes et la terminologie ont évolué différemment selon les contextes, une méthode analytique forgée essentiellement en Europe et en Amérique du Nord. La théorie de l'intersectionnalité, présentée ci-dessous, pousse cette réflexion encore plus loin.

a Le terme générique « autochtone » est utilisé ici pour désigner l'ensemble des Premières nations, des Inuits et des Métis conformément à la définition donnée dans la Constitution du Canada. Toutefois, les auteures tiennent à souligner le caractère unique des expériences et des travaux sur l'AIGS de chacune de ces populations et de leurs organisations.

L'intersectionnalité

Selon Siltanen et Doucet, la diversité « constitue la principale difficulté, du point de vue analytique, pour ceux et celles qui s'intéressent aujourd'hui à la question du genre […] il s'agit de rendre compte de la spécificité des expériences du genre sans négliger les éléments communs et les configurations qui ont une portée sociale et politique [1,p187] ». En d'autres termes, le défi est d'expliquer comment le sexe et le genre se conjuguent et interagissent avec d'autres dimensions importantes de l'identité et de la différence, comme le statut de minorité visible et d'immigrant, l'hétérosexualité et la capacité. La théorie de l'intersectionnalité s'est élaborée en réponse à ces questions pressantes; elle s'est répandue dans les années 1990, après que la sociologue américaine Patricia Hill Collins eut utilisé le concept dans ses travaux sur le féminisme noir [1,15]. Depuis son apparition aux États-Unis, cette théorie a également été nourrie par « le féminisme autochtone, le féminisme du tiers-monde et les théories queer et postcoloniales [16,p3] ».

S'il n'existe pas de définition unanime de l'intersectionnalité, on peut quand même en donner le postulat général : l'expérience individuelle est le produit de notre identité, de la perception que les autres ont de nous et de notre interaction avec autrui. Cherchant à comprendre la façon dont interagissent ces dimensions du soi et du social, la théorie de l'intersectionnalité remet en question les courants de pensée et d'action qui privilégient les catégories figées, telles que la race ou le genre, pour tenter d'expliquer l'expérience humaine, y compris la santé [1]. Comme le font observer Hankivsky et Cormier [16], « cette approche permet d'aller au-delà des catégories uniques ou établies (p. ex. le sexe, le genre, la race et la classe) et de s'interroger sur les interactions simultanées entre différents aspects de l'identité sociale […], ainsi que sur l'incidence des systèmes et des processus d'oppression et de domination [p3] […] ».

Si la théorie de l'intersectionnalité a connu un certain succès, c'est qu'elle offre aux penseuses féministes un cadre qui leur permet de débattre d'épineuses questions d'ordre intellectuel et politique sur le privilège et le désavantage, aussi bien en ce qui concerne le passé que le présent [voir 17]. Elle oblige aussi les chercheuses et chercheurs à dépasser les catégories de la race, de la classe, du sexe et du genre pour réfléchir aux forces sociales de large portée comme la mondialisation, la colonisation et l'oppression. Or, ce courant de pensée fait aussi l'objet de critiques, parce qu'il tend parfois, à cause de son insistance sur la complexité de l'expérience sociale, à diluer des catégories qui restent importantes sur le plan politique, historique et culturel. Siltanen et Doucet citent à ce propos Stasiulis, qui fait observer qu'il devient difficile de déterminer « à quelles relations sociales, parmi cet éventail étourdissant de différences, il faut accorder une importance particulière [1,p179] […] ». Par ailleurs, même si des progrès ont été réalisés dans l'élaboration de lignes directrices et de méthodes destinées à l'application de l'analyse intersectionnelle, notamment par l'Institut canadien de recherche sur les femmes (ICREF), les travaux en sont encore aux tout premiers stades [1,18].

Néanmoins, l'intersectionnalité offre une occasion d'affiner l'AIGS encore davantage, en introduisant un nouveau degré de complexité. Elle place la théorie sociale à l'avant-scène des débats sur la santé et nous incite à réévaluer sous un nouvel éclairage les méthodes de recherche et les modèles en ce domaine, ainsi que les politiques et programmes. Elle nous amène notamment à réfléchir au

déploiement de processus sociaux comme la marginalisation et la racialisation, et à leurs répercussions, au lieu de s'en tenir à des catégories cloisonnées et rigides, telles que « Blancs » et « Noirs ». Ce faisant, elle nous force à prendre conscience que les déterminants de la santé sont des éléments dynamiques et fluides et que certains aspects de l'expérience humaine et de l'identité personnelle peuvent avoir un poids plus ou moins grand selon la maladie, le problème ou le contexte en jeu.

Le défi de la santé et de l'équité

Depuis quelques années, la réflexion sur les disparités en matière de santé a connu une évolution sans précédent. D'abord axée sur les vulnérabilités de nature biologique ou comportementale et sur l'accès aux services de santé, elle s'est élargie à la question du pouvoir et des privilèges, notamment celle de l'accès à un éventail élargi de ressources, comme l'éducation et la richesse, ainsi qu'à des considérations de nature politique et sociale. L'étude des répercussions du statut socioéconomique sur la santé avait ouvert la voie à ce courant, qui a incorporé depuis de nouvelles approches en épidémiologie sociale et en recherche. Dans son rapport final, [9] la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS affirme par exemple que l'inégalité entre les sexes est un facteur déterminant à l'origine des disparités en santé et dans d'autres sphères. Elle lance un appel à l'action pour qu'on travaille à combler les écarts en matière de pouvoir et de privilèges entre hommes et femmes et au sein de chaque sexe. Tout au long de ces pages, nous avons présenté l'analyse des influences du genre et du sexe comme une démarche itérative essentielle pour mettre au jour et corriger les disparités et les iniquités. Voilà le défi que nous sommes appelés à relever : il nous faut inscrire ces préoccupations au cœur des débats de fond sur l'équité et la santé, pour faire en sorte que le genre, le sexe et la diversité, qui façonnent toutes les sociétés, fassent dorénavant partie intégrante de la recherche et de l'élaboration des politiques.

Références bibliographique

1. Siltanen J, Doucet A. Gender relations in Canada: intersectionality and beyond. Don Mills: Oxford University Press; 2008.

2. Cameron E, Bernardes J. Gender and disadvantage in health: men's health for a change. Dans : Bartley M, Blane D, Smith GD, éditeurs. The sociology of health inequalities. Oxford : Blackwell; 1998; p. 115-34.

3. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. Soc Sci Med. 2000;50(10):1385-401.

4. Connell R. Gender and power. Stanford: Stanford University Press; 1987.

5. Connell R. Masculinities. Berkely: University of California Press; 1995.

6. Oliffe J, Galdas P. Men's health: what is it and why does it matter? Portail de NEXUS [sérial en ligne]. 2008 [cité le 18 sept. 2009]; 2(3):1 www.nexus.ubc.ca/news/portal/July2008newsletter.pdf

7. HIMM : Health, Illness, Men and Masculinities Diagram [figure sur Internet]. [cité le 20 sept. 2009]. www.himm.ca/himm_9352.html

8. Connell RW, Messerschmidt JW. (2005). Hegemonic masculinity: rethinking the concept. Gend Soc. 2005;19(6):829-59.

9. Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Combler le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. Rapport final de la Commission sur les déterminants de la santé : Organisation mondiale de la santé; 2008.

10. Benoit C, Shumka L. Gendering the health determinants framework: why girls' and women's health matters. Vancouver: Women's Health Research Network; 2009.

11. Association des femmes autochtones du Canada. L'analyse comparative entre les sexes (pertinente sur le plan culturel) : un document d'orientation. Préparé pour le deuxième sommet national des femmes autochtones, Association des femmes autochtones du Canada, Yellowknife, T.N.-O., du 29 au 31 juillet 2008.

12. Dickson J. Présentation dans le cadre d'une rencontre sur la recherche, organisée par Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones, de Santé Canada. « Meeting the needs of Inuit women and their communities ». Extrait le 15 août 2009 au www.les-ent.ca/GBA.ppt

13. Pauktuutit, Inuit Women of Canada. (2007). Analyse comparative entre les sexes (pertinente sur le plan culturel). Sommet national des femmes autochtones – Les femmes, la force des collectivités. Du 20 au 22 juin 2007, Corner Brook, T.-N. Extrait le 15 août 2009 au www.naws-sfna.ca/pdf/NAWSIssuePaperGBA.pdf

14. Assemblée des Premières nations. Équilibre entre les sexes : Réédifier notre cercle sacré. Cadre d'analyse de l'équilibre entre les deux sexes des Premières nations. Ottawa : Assemblée des Premières nations; 2009.

15. Mann SA, Huffman DJ. The decentering of second wave feminism and the rise of the third wave. Sci Soc. 2005;69(1):56-91.

16. Hankivsky O, Cormier R, de Merich D. Intersectionality: moving women's health research and policy forward. Vancouver: Women's Health Research Network; 2009.

17. Davis K. Intersectionality as buzzword: a sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful. Feminist Theory. 2008;9(1):67-85.

18. Institut canadien de recherche sur les femmes (ICREF). Intersectional feminist frameworks: an emerging vision. [Internet]. c2006 [cité le 31 août 2009]. www.criaw-icref.ca/indexFrame_f.htm

Liste de ressources

Liste de ressources

Vous trouverez ci-dessous une liste de documents et de sites Web que nous avons choisis avec l'intention de vous proposer des lectures complémentaires. Ces ressources vous aideront à approfondir vos connaissances sur l'AIGS.

Documents

Culturally Relevant Gender Based Analysis (2008)
Association des femmes autochtones du Canada
www.nwac-hq.org/en/documents/CulturallyRelevantGenderBasedAnalysis.pdf

Draft Framework: Gender Balancing: Restoring Our Sacred Circle (2007)
Assemblée des Premières nations
www.afn.ca/cmslib/general/AFN's%20Gender%20Re-Balancing%20Framework_FR.pdf

Better Science with Sex and Gender: A Primer for Health Research (2007)
Joy Johnson, Lorraine Greaves et Robin Repta
Women's Health Research Network
www.whrn.ca/

À la recherchеé de données sur les femmes : les principales sources à Statistique Canada (2007)
Marcia Almey
Statistique Canada
dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/SW21-22-2007F.pdf

Including Gender in Health Planning: A Guide for Regional Health Authorities (2005)
Lissa Donner
Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies
www.pwhce.ca/pdf/gba.pdf

Applying a Gender Lens: A Practical Guide to Gender Analysis for NSW Government Agencies (2003)
New South Wales Office for Women
www.women.nsw.gov.au/PDF/Archived/Applying_a_gender_lens.pdf

Exploration des concepts liées à la santé et au sexe social (2002)
Santé Canada
www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hpb-dgps/pdf/concepts-engxplorant.pdf

Gender Analysis in Health: A Review of Selected Tools (2002)
Organisation mondiale de la santé
www.who.int/gender/documents/en/Gender.analysis.pdf

Gender Based Analysis (GBA) in Public Health Research, Policy and Practice (2001)
Berlin Centre of Public Health, le European Women's Health Network et la German Society for Social Medicine and Prevention
www.ghi.org.uk/EWHN/Documentations/GBA%20Dokumentation.PDF

Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter? (2001)
Institute of Medicine of the National Academies
www.iom.edu/CMS/3740/5437.aspx

La politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes (2000)
Santé Canada
www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/women-femmes/gender-sexe/policy-politique-fra.php

Analyse comparative entre les sexes : Guide d'élaboration de politiques (1998)
Condition féminine Canada
www.servicecanada.gc.ca/fra/sm/ps/rhdc/rpc/publications/recherche/2002-000143/page11.shtml

Analyse des influences du genre et du sexe dans la recherche en santé : Guide pour les chercheurs et les évaluateurs (sans date)
Instituts de recherche en santé du Canada
www.cihr-irsc.gc.ca/f/32019.html

Guidelines for the Analysis of Gender and Health (sans date)
Liverpool School of Tropical Medicine Gender and Health Group
www.liv.ac.uk/lstm/groups/documents/LSTM-GuidelinesfortheAnalysisofGenderandHealth.pdf

The BIAS FREE Framework: A Practical Tool for Identifying and Eliminating Social Biases in Health Research (sans date)
Mary Anne Burke et Margrit Eichler
tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/9581/1/BIASFree_interieur.pdf

Guidelines for Gender-based Analysis of Health Data for Decision Making (sans date)
Margaret Haworth-Brockman et Harpa Isfeld
Organisation panaméricaine de la santé
new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1629&Itemid=962&lang=en

Guidelines for Developing a Population-Based Gender and Health Profile (no date)
Harpa Isfeld et Margaret Haworth-Brockman
Organisation panaméricaine de la santé
new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1628&Itemid=962&lang=en

Sites Web

Genre, femmes et santé
www.who.int/gender/fr/

Gender, Ethnicity and Health
Organisation panaméricaine de la santé
www.paho.org/english/ad/ge/home.htm

Le bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes
Santé Canada
www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/women-femmes/gender-sexes-fra.php

Institut de la santé des femmes et des hommes
Instituts de recherche en santé du Canada
www.cihr-irsc.gc.ca/f/8673.html

Agence canadienne de développement international
www.acdi-cida.gc.ca/acdi-cida/ACDI-CIDA.nsf/fra/JUD-31194519-KBD

Réseau canadien pour la santé des femmes
www.cwhn.ca/indexfr.html

Femmes et réforme du système de santé
www.womenandhealthcarereform.ca/fr/index.html

Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes
www.acewh.dal.ca/f/welcome/

Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique
www.bccewh.bc.ca/

Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies
www.pwhce.ca/indexF.htm

Government of Newfoundland and Labrador
Women's Policy Office
www.exec.gov.nl.ca/exec/wpo/

Women's Health Information Data Directory: The Source, The Survey and The Synthesis
www.bccewh.bc.ca/bccewh-initiatives/womens-health-information-data-directory.htm

WikiGender
www.wikigender.org/index.php/New_Home

Liste des collaboratrices

Liste des collaboratrices

Danielle Allard
Faculté de l'information, Université de Toronto

Claire Askew
Étudiante au doctorat, Étude des politiques, Université Ryerson

Jennifer Bernier
Coordonnatrice de l'analyse des influences du genre et du sexe, Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes

Madeline Boscoe
Directrice exécutive, Réseau canadien pour la santé des femmes

Barbara Clow
Directrice exécutive, Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes

Lissa Donner
Consultante, Winnipeg, MB

Marion Doull
Assistante de recherche, Institut d'études des femmes, Université d'Ottawa

Marie Dussault
Courtière de connaissances, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique

Elaine Enarson
Chercheuse indépendante et sociologue-conseil, Lyons, Colorado

Lorraine Greaves
Chercheuse, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique

Margaret Haworth-Brockman
Directrice exécutive, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies

Natalie Hemsing
Coordonnatrice de la recherche sur le tabagisme, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique

Harpa Isfeld
Chercheuse, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies

Beth Jackson
Directrice, Recherche et développement des connaissances, Direction des politiques stratégique et de l'innovation, Agence de santé publique du Canada

Alison Jenkins
Étudiante aux études supérieures, Université York

Dayna Nadine Scott
Codirectrice, Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu

Ann Pederson
Directrice, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique

Kaitlin Pelletier
Codirectrice, Check Your Head

Anne Rochon Ford
Coordinatrice, Action pour la protection de la santé des femmes et codirectrice, Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu

Harriet G. Rosenberg
Professeure agrégée, Health and Society Program, Department of Social Science, Faculty of Liberal Arts and Professional Studies, Université York, et agrégée de recherche, Action pour la protection de la santé des femmes

Vivien E. Runnels
Chercheuse, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa

Jean Steinberg
Assistante de recherche, Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes

Alexandra Stiver
Agrégée de recherche, Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu

Cara Tannenbaum
Professeure agrégée de médecine, Chair pharmaceutique Michel-Saucier en santé et vieillissement, Centre de recherche de l'Université de Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Jayne Melville Whyte
Conseillère indépendante, Fort Qu'Appelle, SK

« Ressource précieuse et instructive pour toute personne du domaine de la santé, *Se montrer à la hauteur du défi : l'analyse des influences du genre et du sexe en planification, en élaboration de politiques et en recherche dans le domaine de la santé au Canada* est un livre complet qui fournit des conseils utiles et pratiques. Il intéressera toutes les personnes utilisant les connaissances du domaine de la santé, y compris les décisionnaires, le milieu de la recherche, le personnel praticien et la population étudiante. Dans tous les secteurs, il y a une forte demande pour l'analyse des influences du genre et du sexe, et ce livre arrive à point pour combler une grande lacune. Les idées sont présentées dans un style accessible qui met à la fois au défi et pousse notre réflexion sur les moyens d'intégrer les questions de genre et de sexe dans notre travail. Toute personne désirant comprendre l'analyse des influences du genre et du sexe devrait lire ce livre. »

– Joy Johnson, directrice scientifique, IRSC - Institut de la santé des femmes et des hommes

« Ce livre visant à faire comprendre l'importance et l'application de l'analyse des influences du genre et du sexe est attendu depuis très longtemps. (…) *Se montrer à la hauteur du défi* est un livre utile et unique, qui devrait se retrouver sur le bureau des décisionnaires, être pris en compte dans toute analyse de l'élaboration ou de l'évaluation de programmes, et appuyer le milieu de la recherche de nombreuses disciplines dans sa quête de nouvelles questions et connaissances. (…) L'application des principes et des méthodes qui y sont présentés améliorera sûrement les données probantes, les politiques et les programmes, non seulement au Canada, mais partout dans le monde. »

– Lorraine Greaves, directrice générale, Stratégie du système de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Ontario, Canada

British Columbia
Centre of Excellence
for Women's Health

PRAIRIE WOMEN'S HEALTH
CENTRE OF EXCELLENCE
RESEARCH ▪ POLICY ▪ COMMUNITY

© Centre d'excellence de l'Atlantique
pour la santé des femmes
Halifax, Nouvelle-Écosse
www.acewh.dal.ca

Conception : FLAME Design Imprimé au Canada
ISBN: 978-0-9810459-2-4