

BULLETIN DE RECHERCHE

des *centres d'excellence pour la santé des femmes*

VOLUME 1

NUMÉRO 2

HIVER 2001

RAPPORTS DE RECHERCHE SUR...

LA RÉFORME DES SOINS DE SANTÉ

- 4 La privatisation et la santé des femmes au Canada : suivi des répercussions de la réforme des soins de santé

AU SERVICE DE LA DIVERSITÉ

- 6 Les voies marginalisées dans la partie est du centre-ville de Vancouver : des femmes autochtones parlent de leurs expériences en matière de soins de santé
- 8 L'examen des soins axés sur la femme dans le contexte du dépistage du cancer du col utérin chez les groupes ethnoculturels

AIDANTS NATURELS NON RÉMUNÉRÉS

- 9 Les besoins des aidantes naturelles en matière de soutien : aperçus d'après des expériences de femmes prodiguant des soins en milieu rural en Nouvelle-Écosse
- 12 Aidantes naturelles et services de soutien : acquérir du pouvoir sur sa situation

PROFESSION DE SAGE-FEMME

- 15 Les défis d'intégration : perspectives sur le règlement sur la profession de sage-femme en Colombie-Britannique
- 17 Les soins prodigués par les sages-femmes : expériences, espoirs et réflexions de femmes

Que veulent les femmes?

LE DEUXIÈME NUMÉRO DU *Bulletin de recherche* met l'accent sur la prestation des services de santé. Les études décrites dans le présent numéro nous donnent un aperçu des attentes des femmes à l'égard du système de santé dans leur rôle d'aidantes naturelles, d'utilisatrices du système de santé et de décideuses. Même si cette série d'articles ne constitue pas une évaluation approfondie de ces questions, elle établit clairement que les femmes désirent que le système de santé offre des soins de haute qualité adaptés à leurs besoins et qu'il tienne compte de leurs priorités, de leurs besoins et de leurs préférences.

Dans ce numéro, on décrit des efforts déployés pour rendre le système de santé canadien plus efficace et plus approprié à l'égard des femmes. Certains articles portent sur des innovations particulières en matière de prestation de soins—l'implantation des services de sages-femmes, la création d'installations spécialisées en fonction de certains groupes ethnoculturels en vue de combler une lacune en matière de services—tandis que d'autres portent sur certains changements que les femmes estiment nécessaires afin de changer le système dans son ensemble pour qu'il réponde mieux à leurs besoins. La recension des expériences des femmes constitue un intrant important pour concevoir un système plus efficace.

Le numéro traite d'abord d'un rapport sur une série d'études commandées par le Groupe national de coordination sur la réforme du système de santé et les femmes qui ont examiné les faits sur les répercussions de la privatisation sur les femmes. Bien que peu de recherches aient étudié les effets différentiels de la réforme des soins de santé sur les hommes et sur les femmes, ces études semblent indiquer que la privatisation touche davantage les femmes que les hommes et d'une façon différente en raison de leur lien particulier au système de santé. Par exemple, étant donné que les femmes assurent la prestation de la majorité des soins non rémunérés dans la famille, elles sont plus susceptibles d'être touchées par la désassurance des services, le transfert des services d'un fournisseur de soins à un autre ou par les limites d'accès au service de relève.

Par ailleurs, comme les femmes utilisent davantage les services de santé, tant pour elles-mêmes qu'au nom des membres de leur famille, elles sont plus touchées par l'imposition de frais d'utilisation, le transfert des soins

SUITE À LA PAGE 3

LE PROGRAMME DES CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES



Centre d'excellence
de la Colombie-Britannique
pour la santé des femmes

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique
BC Women's Hospital and Health Centre
E311 – 4500, rue Oak
Vancouver
(Colombie-Britannique)
Canada V6H 3N1
www.bcewh.bc.ca
Tél. : (604) 875-2633
Télé. : (604) 875-3716
bcewh@bcewh.bc.ca

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies
Université de Winnipeg –
pièce 2C11A
515, avenue Portage
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3B 2E9
www.pwhce.ca
Tél. : (204) 786-9048
Télé. : (204) 774-4134
pwhce@uwinnipeg.ca

Le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu
Centre for Health Studies
Université York
4700, rue Keele
Pièce 214 York Lanes
Toronto (Ontario)
Canada M3J 1P3
www.yorku.ca/nnewh
Tél. : (416) 736-5941
Télé. : (416) 736-5986
nnewh@yorku.ca

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium Université de Montréal
C.P. 6128, Succ. Centre-ville
Montréal (Québec)
Canada H3C 3J7
www.cesaf.umontreal.ca
Tél. : (514) 343-6758
Télé. : (514) 343-7078
cesaf@ere.umontreal.ca

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Maritimes
5940, rue South, bureau 402
C.P. 3070
Halifax (Nouvelle-Écosse)
Canada B3J 3G9
www.medicine.dal.ca/mcewh
Tél. : (902) 420-6725
Numéro sans frais :
1 888 658-1112
Télé. : (902) 420-6752
mcewh@dal.ca

PROGRAMME DES CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES

Lancé en 1996, le Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes (PCECF) est financé par Santé Canada et administré par le Bureau pour la santé des femmes. Ce programme est un volet important de la Stratégie pour la santé des femmes. Chacun des cinq centres, situés à Halifax, à Montréal, à Toronto, à Winnipeg et à Vancouver, est un partenariat dynamique entre des universitaires, des chercheuses, des prestataires de soins, des groupes communautaires de femmes et des organismes sur la santé des femmes. Le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF), qui est financé en vertu du PCECF, a pour mandat de favoriser le réseautage et les communications à l'échelle nationale.



Bureau pour la
santé des femmes

Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes
Bureau pour la santé des femmes
Santé Canada
Localisateur postal 1903C
3^e étage
Immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 0K9
Tél. : (613) 952-0795
Télé. : (613) 941-8592
cewhp@hc-sc.gc.ca
www.hc-sc.gc.ca/femmes

PASSATION DE COMMANDE

On peut se procurer des numéros antérieurs ou d'autres exemplaires du présent numéro auprès du RCSF.

le réseau
canadien pour la santé des femmes
Des informations-santé pour les femmes dignes de confiance

Réseau canadien pour la santé des femmes
419, avenue Graham,
bureau 203
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3C 0M3
Tél. : (204) 942-5500
Télé. : (204) 989-2355
Numéro sans frais :
1 888 818-9172
cwhn@cwhn.ca
www.rcsf.ca

PRODUCTION

Rédactrice	Ann Pederson
Rédactrice adjointe	Leslie Timmins
Responsable de la production	Michelle Sotto
Conception	Folio Design
Traduction française	Le Groupe de traduction Masha Krupp limitée
Correction d'épreuves de la version française	Jeff Staflund

s u i t e

à la collectivité, les fermetures de lits, les conflits de travail et les changements technologiques. Bien que les effets ne suivent pas tous le même modèle dans l'ensemble du pays, les femmes dans toutes les parties du pays ressentent les effets de ces changements. Que les effets soient positifs ou négatifs sur les femmes, la recherche qui se penche sur la question de la privatisation doit tenir compte des sexes.

Deux rapports, « *Marginalized Voices from Vancouver's Downtown Eastside: Aboriginal Women Speak About Their Health Care Experiences* » (voies marginalisées dans la partie est du centre-ville de Vancouver : des femmes autochtones parlent de leurs expériences en matière de soins de santé) et « *An Exploration of Women-Centred Care in the Context of Cervical Cancer Screening in Ethnocultural Groups* » (examen des soins axés sur la femme dans le contexte du dépistage du cancer du col utérin chez les groupes ethnoculturels), examinent la prestation de services spécialisés destinés aux femmes de groupes ethnoculturels du point de vue des femmes de ces groupes qui utilisent ces services aux fins de prévention des maladies et de soins généraux. Les efforts déployés pour créer et fournir de tels services spécialisés n'ont pas toujours été couronnés de succès; ces études donnent un aperçu des raisons des échecs et proposent des façons d'accroître les chances de succès. Ainsi, on considérerait que les services de dépistage du cancer du col utérin, par exemple, étaient un succès lorsque le dépistage était effectué par des praticiennes qui s'exprimaient de façon appropriée, qui étaient sensibles à la culture et qui étaient disponibles pour répondre à d'autres préoccupations au sujet de la santé. De plus, les femmes autochtones souhaitaient voir davantage de femmes autochtones au sein du personnel et des structures décisionnelles des cliniques. Ces études soulèvent la question à savoir si le système de santé doit élaborer certains services communautaires particuliers ou si les ingrédients qui assurent le succès de ces services peuvent être plus couramment disponibles pour toutes les utilisatrices et tous les utilisateurs dans tous les services de santé.

Deux autres études sur les services de santé examinent le soutien requis par les aidants naturels dont la majorité sont des femmes. Bien que l'étude effectuée auprès de personnes vivant en milieu rural en Nouvelle-Écosse décrive les besoins d'aide déclarés par les aidants naturels, celle du Québec décrit une expérience dans laquelle des aidants naturels ont été

appuyés par l'un des centres communautaires locaux de Montréal. L'une des recommandations novatrices émanant de l'étude menée au Québec proposait d'effectuer un suivi auprès des aidants naturels et de les étudier à titre de clients. Une telle tenue de dossiers attire l'attention explicite sur la personne soignante comme étant une personne qui a besoin d'appui, de reconnaissance en plus de la personne soignée, mais séparément de cette dernière.

Les deux derniers rapports dans le présent numéro du *Bulletin de recherche* portent sur des études sur les services de sages-femmes. La première étude décrit une série d'études sur la mise en oeuvre de la profession de sage-femme en tant que nouvelle profession dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique. Pour sa part, la deuxième étude présente un aperçu des expériences de femmes résidant en Saskatchewan et au Manitoba et qui ont reçu des soins de sages-femmes. L'étude de cas menée en Colombie-Britannique démontre certains défis internes et externes auxquels la profession de sage-femme doit faire face à son entrée dans le domaine des professions réglementées. L'idéal serait que les leçons apprises en Colombie-Britannique aident des instances telles que la Saskatchewan et le Manitoba au moment où ces provinces s'appêtent à mettre en oeuvre leur propre programme de sages-femmes.

Alors, que veulent *donc* les femmes? Ces études récentes commencent à révéler au moins une partie de la réponse. En fait, les femmes désirent avoir accès à des soins de haute qualité. Nous voulons des services de prévention des maladies sécuritaires et que nous comprenons. Nous désirons des services souples et individualisés. Nous voulons des solutions de rechange pour les soins périnataux et l'accouchement. Nous voulons être reconnues pour l'incidence des soins que nous donnons aux autres et nous désirons obtenir du soutien pour prodiguer ces soins. De plus, nous voulons participer aux décisions concernant nous-mêmes, notre famille et nos collectivités.

Ann Pederson

Assistante à la recherche et aux politiques

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes –
région de la Colombie-Britannique
ann.pederson@bccewh.bc.ca

La privatisation et la santé des femmes au Canada : suivi des répercussions de la réforme des soins de santé

Le Groupe national de coordination sur la réforme des soins de santé et les femmes : Pat Armstrong, Université York, Karen Grant, Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu (RPSFM) et Université du Manitoba, Jocelyne Bernier, Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium Université de Montréal (CESAF), Ann Pederson, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique (CESFCB), Kay Willson, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies (CESFP), Carol Amarantunga, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Maritimes (CESFM) et Madeline Boscoe, Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF)

Au cours de la dernière décennie, le système de santé au Canada a fait l'objet d'une restructuration importante. En effet, le système est en constante évolution depuis ses débuts à la fin des années 50, mais l'envergure et l'intensité des « réformes » ont été plus marquées au cours des années 90, lorsque la majorité des gouvernements provinciaux ont lancé des mesures de réforme en matière de soins de santé. Dans chacune des instances où on a mis en œuvre une réforme des soins de santé, ces réformes ont été formulées en termes de crise des coûts croissants. En fait, H. C. Northcott (1993:362) affirme que « la rhétorique de la crise joue sur les émotions et demande des sacrifices exceptionnels—soit des sacrifices qu'on demande à la population vieillissante, au système de santé et aux contribuables » [Traduction].

Si on examine les diverses stratégies de réforme de la santé mises en œuvre par les gouvernements, il est évident qu'elles visent principalement à réduire l'utilisation ou la durée du système de santé par chaque personne, à réduire le coût par unité de soins ou à réduire l'ensemble des coûts des soins de santé. Pour y arriver, on a donc recours à diverses mesures : la chirurgie d'un jour, l'admission différée et le congé anticipé; la désassurance des services et des restrictions sur l'admissibilité aux services assurés; l'imposition de plafonds sur le nombre de services assurés par les médecins qui seront remboursés (par l'entremise de pratiques de facturation restreintes); les fermetures de lits; les réductions du personnel soignant (principalement des infirmières et infirmiers et d'autres travailleuses et travailleurs associés); l'adoption de technologies visant à remplacer du personnel et à améliorer la productivité; et diverses réformes dans le domaine de la gestion et de l'organisation (p. ex., la gestion de la qualité totale et l'amélioration constante de la qualité). En dépit de la mise en œuvre de ces changements, les gouvernements cherchent toujours à maintenir des soins de santé de haute qualité tout en réalisant des économies.

Les réformes des soins de santé ont fait couler beaucoup d'encre, mais les études visant à évaluer les répercussions de ces réformes sur la santé des Canadiennes et des Canadiens et leur

accès aux services sont remarquablement limitées quant à leur portée. Jusqu'à maintenant, les travaux du Groupe national de coordination sur la réforme du système de santé et les femmes se sont concentrés sur l'examen des répercussions de la réforme des soins de santé sur les femmes en tant que patientes, aidantes naturelles et décideuses, et sur la coordination de la recherche sur la réforme des soins de santé articulée autour du sexe entre les cinq centres d'excellence.

Le groupe de coordination a entrepris ses travaux en utilisant la privatisation comme une lentille thématique afin de lui permettre de saisir la gamme d'initiatives mises en œuvre dans les stratégies de réforme et dans les projets de recherche sur les femmes. À cette fin, nous avons défini la privatisation dans un vaste contexte social et culturel et non seulement dans le contexte économique. C'est-à-dire que la privatisation comprend le transfert et la relocalisation de la prestation des services, le travail des soignantes et soignants et les coûts ainsi que l'adoption de méthodes à but lucratif pour la prestation et la gestion des soins de santé.

Nous avons commandé neuf études sur la privatisation. Une étude porte principalement sur le contexte de la réforme des soins de santé et présente les pressions globales et locales qui influent sur le changement (P. Armstrong, 1999). Sept études ont établi des examens sommaires régionaux sur la privatisation afin de saisir la gamme d'initiatives en matière de stratégies de réforme ainsi que dans la recherche sur la santé des femmes. À la suite de ces rapports d'études, et à la lumière de nombreuses lacunes identifiées dans ces examens sommaires, nous avons commandé une étude sur la méthodologie et la recherche (K. R. Grant, 2000). Par ailleurs, un glossaire analytique, portant sur la langue et sur le discours liés à la restructuration et à la réforme du système de santé, est en cours d'élaboration. De plus, un document de vulgarisation (en versions française et anglaise) qui sensibilise davantage aux répercussions de la privatisation des soins de santé sur la santé des femmes au Canada a été publié (Wilson et coll., 2000) et largement diffusé au sein de la collectivité de la santé des femmes dans l'ensemble du pays (une version en

direct est disponible à l'adresse <http://www.rcsf.ca>). Le groupe de coordination a organisé un dialogue avec des intervenantes et intervenants-clés en soins de santé, soit des chercheuses et chercheurs et des décisionnaires, à Ottawa, en février 2000. De plus, le sénateur Michael Kirby a invité par la suite le groupe de coordination à fournir un témoignage d'expert aux débats du Sénat sur le système de santé.

L'ensemble impressionnant de travaux, qui seront publiés et réunis dans un livre plus tard cette année par Garamond, en dit long sur la situation de la recherche canadienne sur la réforme des soins de santé. Il en ressort entre autres les points suivants :

1. Il existe des lacunes importantes dans la recherche sur la réforme en matière de soins de santé.
2. Les travaux de recherche dont on dispose ont tendance à privilégier les données quantitatives, même lorsque les mesures utilisées sont incorrectes ou incomplètes (p. ex., les indicateurs traditionnels axés sur les sciences médicales et biologiques tels que la mortalité, la morbidité, et le recours aux soins de santé sont souvent utilisés). Ces travaux ne permettent toutefois pas de rejoindre la gamme complète des expériences et des répercussions de la réforme des soins de santé.
3. Très peu d'études tiennent compte des sexes. En général, on ignore le sexe et on traite les expériences des femmes et des hommes comme si elles étaient semblables, même en l'absence de preuves pour appuyer une telle allégation.
4. Lorsque les chercheuses et chercheurs se concentrent sur la privatisation des soins, ils la traitent principalement comme un concept économique, sans tenir compte des

répercussions importantes possibles au plan social de la privatisation sur les personnes soignées et sur les personnes soignantes dont bon nombre d'entre elles sont des femmes.

5. Même si nous mettions l'accent sur la privatisation, nos recherches ont inévitablement révélé que la « qualité des soins » constituait une préoccupation centrale, bien que mal comprise, qui mérite un examen plus détaillé.

Notre travail s'étend maintenant à l'examen de la définition et de la mesure de la qualité des soins, visant à mettre en rapport des études des centres sur les soins à domicile et à approfondir les modèles de soins primaires pour les femmes à l'échelle nationale.

L'un des aspects les plus passionnants de cette étude, c'est qu'elle comprend la collaboration entre des personnes œuvrant dans les universités, les collectivités et les politiques. Cette étude constitue donc une occasion d'établir des alliances entre les universités et les collectivités dans le domaine de la recherche et de créer un lien direct entre les chercheuses et chercheurs et les fonctionnaires en matière de processus de transfert du savoir et de mise en œuvre.

On peut se procurer des exemplaires de chaque examen sommaire auprès des centres d'excellence. Le rapport sur l'Alberta est disponible par l'entremise du Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies, et le rapport sur la privatisation à Terre-Neuve l'est auprès du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu (RPSFM). Les autres documents sont disponibles auprès de la source indiquée ci-dessous. De plus, la plupart des documents sont disponibles dans les deux langues officielles.

Études commandées

- ARMSTRONG, P. (1999). Un contexte pour la réforme du système de santé, atelier sur la réforme du système de la santé, Montebello, Québec.
- ARMSTRONG, P. ET H. ARMSTRONG (1999). Les femmes, la privatisation et la réforme des soins de santé : le cas de l'Ontario, Toronto, RPSFM.
- BERNIER, J. ET M. DALLAIRE (2000). Le prix de la réforme du système de santé pour les femmes. La situation au Québec, Montréal, CESAF.
- BOTTING, I., NEIS, B., KEALEY, L. ET S. SOLBERG (2000). Health Care Restructuring and Privatization From Women's Perspective in Newfoundland and Labrador, Toronto, RPSFM.
- FULLER, C. (1999). Les femmes et les changements dans le système des soins de santé : un rôle nouveau ou modifié? Vancouver, CESFCB.
- GUREVICK, M. (1999). Privatisation et réforme de la santé dans la perspective des femmes : recherche, politique et interventions. Halifax, CESFM.
- GRANT, K. R. (2000). Existe-t-il une solution à ce chaos? Étude de la réforme de la santé en tenant compte de l'importance des femmes, Ottawa, Groupe national de coordination sur la réforme du système de santé et les femmes.
- HOWARD, J. ET K. WILLSON (1999). Les chaînons manquants : les effets de la privatisation des soins de santé sur les femmes du Manitoba et de la Saskatchewan, Winnipeg, CESFP.
- KEDDY, B. (2000). La réforme des soins de santé et ses répercussions sur les infirmières de la Nouvelle-Écosse et de la Colombie-Britannique : la dépendance à l'égard du marché et l'exploitation du travail des infirmières, Halifax, CESFM.
- SCOTT, C. M., HORNE, T. ET W. E. THURSTON (2000). L'impact différentiel de la privatisation des soins de santé sur les femmes de l'Alberta, Winnipeg, CESFP.

Document consulté

- NORTHCOTT, H. C. (1993). « The Politics of Fiscal Austerity and Threats to Medicare », *Health and Canadian Society*, vol. 1, p. 347-366.

Des voies marginalisées dans la partie est du centre-ville de Vancouver : des femmes autochtones parlent de leurs expériences en matière de soins de santé

Cecilia Benoit, département de sociologie, University of Victoria
et Dena Carroll, conseillère en matière de santé autochtone

Le Canada ne fait pas exception au sein des pays à revenu élevé dans les efforts qu'il déploie présentement pour restructurer les systèmes d'aide sociale et de santé en vue de maîtriser les coûts tout en essayant de fournir à ses citoyennes et citoyens des occasions de mieux prendre en main leurs soins de santé. En dépit des efforts déployés par divers milieux pour permettre aux populations marginalisées du pays de « s'exprimer », des études sur la prestation de services de santé généraux dans les régions urbaines de la Colombie-Britannique et d'autres villes canadiennes révèlent que les femmes autochtones doivent surmonter des barrières très importantes pour avoir accès aux services de santé provinciaux. Cette étude cherche à étayer les propos des femmes autochtones qui vivent dans la partie est du centre-ville de Vancouver, un quartier très pauvre, dans leur évaluation de l'efficacité des services de santé autochtones dans leur collectivité.

Ainsi, les quelques rapports de recherche disponibles précisent que les femmes autochtones utilisent relativement peu les services de dépistage aux fins de prévention offerts aux femmes tels que le test de Papanicolaou, le cliché mammaire aux fins de dépistage et l'examen des seins par un professionnel de la santé (le médecin hygiéniste provincial de la Colombie-Britannique, 1996; *Women's Health Bureau* de la Colombie-Britannique, 1999). De plus, les femmes autochtones ont tendance à éprouver beaucoup de difficultés pour obtenir des soins adéquats pendant leur grossesse; cette situation est particulièrement difficile pour celles qui consomment de l'alcool ou des drogues (Poole, 2000). Même si ces quelques études sont révélatrices, une lacune au niveau des connaissances générales sur l'accès des femmes autochtones aux services de santé en milieu urbain limite notre capacité à améliorer la prestation des services de santé, l'élaboration des politiques et la planification de programmes.

Au cours de la dernière décennie, les centres de santé autochtones en milieu urbain, dirigés par des Autochtones, ont vu le jour pour répondre aux préoccupations en matière de santé laissées pour compte, préoccupations propres aux Autochtones qui vivent dans des zones métropolitaines.

Notre étude visait à combler les lacunes en matière de documents de sciences sociales portant sur la façon dont les centres de santé autochtones y arrivent. Tout particulièrement, notre étude visait à faire participer les femmes autochtones en leur demandant de préciser si le modèle de prestation de services utilisé à la *Vancouver Native Health Society* (VNHS), un centre de santé autochtone situé dans la partie est du centre-ville de Vancouver, leur fournissait présentement les services professionnels appropriés et les programmes éducatifs dont elles ont besoin pour prendre en main leur santé. Nous avons organisé des groupes de consultation avec des femmes autochtones qui étaient des clientes de la VNHS ou de Sheway, un programme destiné aux femmes enceintes consommant de l'alcool ou des drogues, ou qui résidaient dans la partie est du centre-ville. Par ailleurs, on a mené des entrevues individuelles avec des membres du personnel de la VNHS, des professionnels de la santé et des dirigeantes et dirigeants communautaires dans le domaine des soins de santé.

Les deux points les plus importants qui ressortent des groupes de consultation avec des femmes autochtones sont l'accès aux services de soutien et leur disponibilité. Au chapitre de l'accès, les femmes ont souligné l'importance d'un milieu informel favorable qui ne porte pas de jugement, d'une plus grande sensibilité à l'égard des disparités entre les sexes et d'une approche davantage axée sur la femme. De plus, elles ont précisé qu'elles avaient besoin d'un service central plus axé sur les préoccupations en matière de santé des femmes autochtones, de programmes davantage fondés sur la culture, y compris les méthodes de guérison et les thérapies traditionnelles, de même que d'une plus grande sécurité personnelle et d'une meilleure assurance de l'anonymat.

Même si certaines femmes ont identifié la nécessité d'avoir des services et des programmes destinés uniquement aux Autochtones, on n'a pas pu établir de consensus sur la question à savoir si cette question constituait une situation critique dans la partie est du centre-ville. Parmi les besoins en matière de services de soutien, les femmes ont entre autres précisé avoir besoin de meilleurs services pour les enfants, d'un accès aux

programmes de soutien dans leur rôle de parents et aux programmes d'éducation, d'un accès à de la nourriture, à des fournitures et à d'autres services d'aide en cas d'urgence, d'un accès à de meilleurs soins dentaires et d'un accès à des réseaux de soutien communautaires intégrés en matière de santé.

Les fournisseurs de services de santé et les administrateurs interrogés ont appuyé bon nombre des préoccupations exprimées par les femmes autochtones. Ils ont également soulevé des questions sur les répercussions de la régionalisation des services de santé sur la prestation et le contrôle des services et des programmes de santé autochtones. Même si les administrateurs et les fournisseurs de services de santé appuyaient massivement l'élaboration d'un nouveau centre de guérison complet à Vancouver, il reste toujours plusieurs questions en suspens sur l'emplacement et l'accès au centre, les types et le contrôle des services et des programmes et sur des façons de s'inspirer du succès dont jouit actuellement la VNHS. Autre question également importante, à savoir le mode de consultation et de participation des Autochtones, ainsi que des administrateurs, des aidants naturels et des familles, pour qu'ils examinent ces questions et y apportent des solutions.

Les femmes utilisant les services de la VNHS et du programme Sheway ont recommandé que les femmes autochtones participent davantage, de façon formelle et informelle, au processus décisionnel concernant les services. D'autres recommandations mentionnent la nécessité d'améliorer les structures organisationnelles internes en vue de favoriser la communication au sein du personnel, de modifier les stratégies d'embauche en vue de recruter davantage d'Autochtones, d'étendre les services pour inclure des périodes d'accès exclusives pour les femmes autochtones, de créer des programmes éducatifs destinés aux mères

d'enfants plus âgés et d'accorder plus d'attention aux besoins en matière de santé préventive et de promotion.

Les femmes autochtones sont expertes en matière de leurs propres soins de santé. Ce rapport comprend les leçons apprises de leur expertise et reconnaît et appuie l'élaboration de stratégies futures en matière de prestation de services en vue d'améliorer l'état de santé des femmes autochtones.

Documents consultés

BC MINISTRY OF HEALTH AND MINISTRY RESPONSIBLE FOR SENIORS. (1996). Policy Manual for Regional Health Boards, Victoria, Colombie-Britannique.

BC WOMEN'S HEALTH BUREAU (1998). Minister's Advisory Council on Women's Health. Women's Health in the Context of Regionalization, Victoria, Colombie-Britannique.

POOLE, N. (2000). Evaluation Report of the Sheway Project for High-Risk and Parenting Women, préparé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes—région de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique.

Pour obtenir une copie du rapport intégral, veuillez communiquer avec :



Le Réseau pancanadien
sur la santé des femmes
et le milieu

Le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu

Centre for Health Studies
Université York
4700, rue Keele
Pièce 214 York Lanes
Toronto (Ontario)
Canada M3J 1P3
www.yorku.ca/nnewh
Tél. : (416) 736-5941
Télec. : (416) 736-5986
nnewh@yorku.ca

LES FEMMES AUTOCHTONES ONT SOULIGNÉ L'IMPORTANCE D'UN MILIEU INFORMEL FAVORABLE, D'UNE APPROCHE PLUS CENTRÉE SUR LA FEMME, DE PROGRAMMES FONDÉS SUR LA CULTURE ET D'UNE PLUS GRANDE REPRÉSENTATION DES FEMMES AUTOCHTONES AU SEIN DES STRUCTURES DÉCISIONNELLES DES SERVICES DE SANTÉ.

L'examen des soins axés sur la femme dans le contexte du dépistage du cancer du col utérin chez les groupes ethnoculturels

Joan L. Bottorff, School of Nursing, University of British Columbia, Lynda G. Balneaves, School of Nursing, University of British Columbia, Lorna Sent, médecin de famille et ancienne directrice médicale de The Asian Women's Health Clinic, Suki Grewal, infirmière en santé communautaire, Vancouver/Richmond Health Board, Annette J. Browne, University of Northern British Columbia et School of Nursing, University of British Columbia

La sous-utilisation des services de santé généraux par des femmes de groupes ethnoculturels minoritaires a entraîné l'élaboration de services de santé spécialisés. Ces services constituent un thème important de l'étude sur les soins axés sur la femme. Cette étude visait à identifier et à décrire les éléments essentiels des soins axés sur la femme dans le contexte des trois cliniques de dépistage du cancer du col utérin à Vancouver qui desservent les femmes asiatiques, sud-asiatiques et des Premières Nations. L'étude avait également pour but d'identifier les facteurs qui influaient sur la mise en œuvre intégrale des soins axés sur la femme dans ces cliniques. On a donc utilisé une conception d'étude de cas collective tout en traitant chaque clinique comme un cas distinct. Les cliniques desservant les femmes asiatiques et sud-asiatiques, ayant vu le jour en tant qu'initiatives communautaires, réservaient un nombre limité de rendez-vous en soirée pour offrir des services assurés par des femmes appartenant aux deux communautés ethniques. En raison des défis qu'il fallait relever pour inciter des femmes à consulter la clinique, la clinique offrant le test de Papanicolaou aux femmes des Premières Nations, *The First Nations Pap Test Clinic*, soit un projet pilote d'une durée limitée élaboré par des chercheuses et chercheurs et un comité consultatif communautaire, n'était pas encore en exploitation au moment de la réalisation de l'étude, mais on l'a toutefois inclus aux fins de comparaison. À l'aide d'entrevues qualitatives, on a donc recueilli des données auprès d'intervenantes et d'intervenants-clés de chaque clinique et auprès de femmes des communautés asiatique et sud-asiatique. Les femmes qui avaient reçu des services de la *First Nations Pap Test Clinic* lorsqu'elle était en exploitation n'ont pas participé à l'étude en raison du temps écoulé depuis la fermeture de la clinique, mais on a recueilli des renseignements en entrevue auprès de quelques personnes qui avaient pris part à l'organisation de la clinique. En tout, 35 femmes et 14 sources-clés ont participé à l'étude. À la suite de l'analyse thématique, une analyse croisée des cas a été menée en comparant et en faisant ressortir les différences

des points importants et des facteurs contextuels qui influaient sur les expériences des femmes et des prestataires.

Les services de dépistage du cancer du col utérin offerts par les cliniques se caractérisaient par l'attention qu'on accordait aux valeurs ethnoculturelles, au désir des femmes d'obtenir des explications détaillées et à l'importance d'un milieu dans lequel les femmes se sentaient à l'aise. Même si les taux de participation n'étaient pas les mêmes dans toutes les cliniques, les femmes ont fait état d'expériences positives quand elles ont cherché à obtenir des services de dépistage du cancer du col utérin dans les cliniques spécialisées. Certaines attentes des femmes, qui croyaient pouvoir discuter de toute une gamme de préoccupations en matière de santé avec les prestataires de soins, ont été refoulées en raison d'obstacles structurels qui empêchaient le personnel des cliniques de répondre aux préoccupations qui ne concernaient pas directement le dépistage du cancer du col utérin.

L'analyse croisée de cas a révélé trois éléments-clés en matière de soins axés sur la femme : soit des interactions appropriées au plan culturel entre les femmes et les prestataires de soins; l'importance de fournir des options de rechange acceptables aux femmes; et la nécessité d'offrir des services de santé complets. Des structures du système de santé ont toutefois entravé l'intégration complète de ces éléments dans le contexte du dépistage du cancer du col utérin. Par exemple, on a constaté que le choix d'une femme quant au type de professionnel de la santé—un médecin, une infirmière praticienne ou une infirmière—qui fournira les services du test de Papanicolaou dépend du modèle de remboursement de la rémunération à l'acte. Ce modèle offre peu de moyens pour tenir compte des préférences des femmes pour les prestataires de soins de sexe féminin ou pour reconnaître le contexte social des préoccupations des femmes en matière de soins de santé.

Cette étude montre que les femmes ont été incitées à s'adresser aux cliniques offrant le test de Papanicolaou parce

qu'elles croyaient qu'elles pourraient discuter de leurs préoccupations en matière de soins de santé avec un prestataire de soins de santé de sexe féminin. Nous recommandons de réexaminer les mandats des cliniques. Il faut également élaborer des politiques qui appuient les services complets de soins de santé destinés aux femmes qui englobent le dépistage du cancer au lieu de l'exclure. On devrait également examiner d'autres modèles de prestation des soins de santé aux femmes de groupes ethnoculturels minoritaires, y compris le recours à des cliniques dotées d'infirmières praticiennes. Les critères de financement devraient englober les services spécialisés et tenir compte des services linguistiques complémentaires.



Centre d'excellence
de la Colombie-Britannique
pour la santé des femmes

Pour obtenir une copie du rapport intégral, veuillez communiquer avec :

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique
BC Women's Hospital
and Health Centre
E311 – 4500, rue Oak
Vancouver (Colombie-Britannique)
Canada V6H 3N1
www.bccewh.bc.ca
Tél. : (604) 875-2633
Télec. : (604) 875-3716
bccewh@bccewh.bc.ca

AIDANTS NATURELS NON RÉMUNÉRÉS

Les besoins des aidantes naturelles en matière de soutien : aperçus des expériences de femmes prodiguant des soins en milieu rural en Nouvelle-Écosse

Joan Campbell, Gail Bruhm, coordonnatrice provinciale, Family Caregivers Association of Nova Scotia, et Susan Lilley

Au lieu de placer les aidants naturels non rémunérés en marge de la politique des soins à domicile, cette étude reconnaît leur rôle central. En effet, les commentaires recueillis auprès d'un groupe de 46 aidants naturels en milieu rural en Nouvelle-Écosse attirent l'attention sur le besoin urgent de reconnaître et d'appuyer la contribution de ce secteur du système de santé composé presque exclusivement de femmes non rémunérées. En effet, les prestataires de soins de santé familiaux avec qui nous avons parlé ont signalé que le système ne reconnaît pas l'importance de leur rôle comme prestataires de soins de santé primaires et qu'il ne leur fournit ni les renseignements, ni la formation, ni les services appropriés; en outre, ils ont absolument besoin de services de relève. Les prestataires de soins de santé familiaux doivent donc participer à la formulation des politiques, des programmes et des choix de traitements qui les touchent ainsi que ceux qu'ils soignent.

Une orientation principale des politiques du Canada concernant les soins de longue durée et la réforme des soins de santé vise à déplacer les soins des établissements aux collectivités. En raison de la diminution progressive des soins fournis dans les établissements de santé aînés et aînées,

aux personnes handicapées et aux malades chroniques, la prestation des soins est transférée aux aidants naturels qui, dans la majorité des cas, sont des membres de la famille des patientes et patients. Les gouvernements n'utilisent néanmoins qu'une fraction des économies réalisées à la suite de la fermeture d'hôpitaux et de la substitution de la prestation des soins par les membres non rémunérés des familles pour fournir du soutien à ces prestataires de soins et aux personnes qu'ils soignent dans la collectivité.

Il importe de faire remarquer que ce transfert, à l'échelle nationale, de la prestation des soins aux collectivités ne touche pas les deux sexes de la même façon. L'usage de l'expression « prestataires de soins familiaux » masque le fait que les femmes constituent la majorité des prestataires de soins. En effet, les deux tiers (66 p. 100) des aidants naturels non rémunérés sont des femmes. Ce pourcentage représente environ 14 p. 100 de toutes les femmes canadiennes âgées de plus de 15 ans. Parmi celles et ceux qui prodiguent des soins aux personnes atteintes de démence, 72 p. 100 sont des femmes.

C'est dans les petites collectivités et les zones rurales que les besoins des prestataires de soins seront probablement les plus

grands et pour lesquels les ressources seront les moins importantes. Pour recueillir les points de vue et les expériences des prestataires de soins en milieu rural, nous avons utilisé le dialogue structuré dans ce projet de recherche. Ainsi, nous avons invité les prestataires de soins de santé familiaux non rémunérés, tant des femmes que des hommes, à partager et à analyser leurs expériences sur la prestation de soins. Nous voulions obtenir une connaissance pratique sur les services formels et informels et sur les programmes et le soutien offerts aux prestataires de soins. L'étude visait également à permettre aux prestataires de soins de s'exprimer et de valider leurs expériences.

Nous avons recueilli et analysé des données par l'entremise de quatre ateliers d'une journée qui ont été tenus dans quatre régions différentes de la Nouvelle-Écosse. Chaque atelier a accueilli de neuf à seize participantes et participants. Les prestataires de soins ont donc analysé leurs expériences collectives et individuelles grâce à un processus comportant le dialogue structuré, l'identification des perceptions, le regroupement en thèmes des perceptions et la création d'énoncés circonstanciés sur chaque thème. Pour l'analyse du contenu, les chercheuses et chercheurs ont utilisé les perceptions et les énoncés circonstanciés recueillis des quatre ateliers.

On a choisi les participantes et participants de l'étude au sein de la population des zones rurales en Nouvelle-Écosse. Ainsi, les 46 prestataires de soins qui ont participé à l'étude comprenaient des membres de diverses communautés, y compris des communautés noires, autochtones et acadiennes. Même si on avait invité les prestataires de soins de sexe masculin à participer

aux ateliers, tous les participants étaient des femmes : la moitié d'entre elles étaient âgées de 31 à 50 ans et environ le tiers, de 51 à 65 ans. Quelques participantes étaient âgées de plus de 65 ans et une participante, de moins de 31 ans.

La majorité des participantes se sont définies comme des prestataires de soins en fonction sept jours par semaine, 24 heures sur 24. Quinze pour cent d'entre elles ont révélé qu'elles fournissaient des soins 24 heures sur 24 « sans aide », et 63 p. 100 ont affirmé qu'elles avaient de « l'aide occasionnelle ». Les personnes soignées étaient âgées de 4 ans à presque 100 ans. Même si certaines femmes disaient fournir des soins seulement depuis quelques mois, d'autres le font depuis longtemps, certaines depuis 40 ans. La durée moyenne de prestation des soins est de 7,4 ans.

Bon nombre de ces prestataires de soins ont quitté leur emploi pour fournir des soins. Moins du quart d'entre elles ont un emploi rémunéré. Près de la moitié de celles qui n'avaient pas d'emploi présentement ont signalé qu'elles avaient quitté un emploi rémunéré ou changé de travail en raison de leurs responsabilités de prestataires de soins.

Voici les quatre thèmes communs qui ressortent des perceptions collectives des expériences des prestataires de soins :

1. la nécessité pour les prestataires de soins d'obtenir la reconnaissance de leur travail et d'accorder eux-mêmes de l'importance à leur travail;
2. les besoins personnels qui ont été exprimés dans l'expression « survivre au piège de la prestation des soins »;

L'USAGE DE L'EXPRESSION « PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ FAMILIAUX » MASQUE LE FAIT QUE 66 P. 100 DES AIDANTS NATURELS SONT DES FEMMES. PARMIS LES FEMMES QUI ONT PARTICIPÉ À L'ÉTUDE, BON NOMBRE D'ENTRE ELLES AVAIENT LAISSÉ LEUR EMPLOI POUR FOURNIR DES SOINS. LE SYSTÈME DE SANTÉ NE RECONNAÎT PAS ET N'APPRÉCIE PAS CETTE CONTRIBUTION.

3. les besoins pratiques en matière de services et de soutien, d'aide financière et de renseignements;
4. les questions concernant le système de santé.

D'autres thèmes étaient également importants, mais pas si importants pour ces prestataires de soins : les répercussions de la prestation de soins sur les autres membres de la famille; les aspects positifs de la prestation de soins; la réponse des collectivités aux besoins des personnes soignées; le transport dans les zones rurales en Nouvelle-Écosse; et donner l'occasion aux prestataires de soins de s'exprimer.

Les participantes ont exprimé leur frustration et leur mécontentement concernant le soutien disponible actuel du gouvernement de la Nouvelle-Écosse, des fournisseurs de services, des familles et des collectivités. Elles croient que le gouvernement n'a pas tenu la promesse qu'il avait faite, soit de fournir des soins communautaires complets après la fermeture d'hôpitaux locaux. Selon ces prestataires de soins, le transfert de la prestation des soins du milieu institutionnel au milieu communautaire dans les zones rurales en Nouvelle-Écosse doit être accompagné d'un transfert approprié de ressources, de sorte que les nouveaux services puissent être comparables aux meilleurs services disponibles dans les centres urbains. De plus, les prestataires de soins ont besoin d'avoir accès à davantage de services de soutien, mieux adaptés à leurs besoins actuels et à ceux des personnes soignées, ainsi qu'à des renseignements pour leur permettre de savoir comment ils pourraient fournir plus efficacement leurs soins. Ces prestataires de soins ont parlé en toute franchise du fardeau considérable de responsabilités associées à la prestation de soins. Avant tout, ces personnes ont précisé qu'elles avaient besoin de plus de services de relève ou d'aide pour leur permettre de prendre soin d'elles, de sorte qu'elles puissent rester en santé pour poursuivre leur rôle de prestataire de soins et faire une contribution à leur collectivité.

Les prestataires de soins qui ont participé à cette étude ont quatre messages essentiels à communiquer aux décideurs :

1. Reconnaître les contributions des prestataires de soins. Le système de santé ne reconnaît pas et n'apprécie pas leurs contributions à titre de prestataires de soins *primaires*. Il résulte donc, de ce manque de reconnaissance, de la frustration et des services et programmes inadéquats. La politique en matière de santé doit reconnaître les prestataires de soins comme étant essentiels pour assurer le succès des programmes de soins à domicile.
2. Faire participer les prestataires de soins au processus d'élaboration de politiques. Même si le document de la Nouvelle-Écosse intitulé *Blueprint for Health System Reform* (1995) (plan détaillé sur la réforme du système de santé) recommandait d'inclure les prestataires de soins informels dans l'élaboration et la planification des politiques, ces prestataires de soins croient avoir été exclus du processus. Ils croient que leurs connaissances, leurs expériences et leurs enjeux personnels dans les résultats sont des ingrédients essentiels pour élaborer une politique en matière de soins à domicile. En effet, ils ont de nombreuses suggestions pratiques à offrir en matière de soutien et de services et ils sont prêts à se faire entendre. En fait, les politiques et les programmes sont plus susceptibles d'être améliorés si les prestataires de soins sont des partenaires dans le processus décisionnel.
3. Fournir des services de soutien et des renseignements. Ces prestataires de soins se sentent coincés dans une spirale sans issue caractérisée par le stress et la mauvaise santé qui diminuent leur efficacité en tant que prestataires de soins. Les services dont ils ont le plus besoin, ce sont les services de relève appropriés et opportuns.
4. Reconnaître le travail des prestataires de soins. En contribuant à réduire les soins coûteux en milieu institutionnel grâce à leur travail non rémunéré, les prestataires de soins non rémunérés subventionnent la réforme du système de santé et contribuent substantiellement à l'économie. Les prestataires de soins veulent être compensés pour leur travail, soit par le paiement de leur travail, des allègements fiscaux, une pension ou par tout autre moyen. La viabilité d'un système de santé axé sur la collectivité qui s'appuie sur les soins familiaux dépend de la compensation accordée aux prestataires de soins familiaux.

Pour obtenir une copie du rapport intégral, veuillez communiquer avec :



Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Maritimes
 5940, rue South, bureau 402
 C.P. 3070
 Halifax (Nouvelle-Écosse)
 Canada B3J 3G9
www.medicine.dal.ca/mcewh
 Tél. : (902) 420-6725
 Numéro sans frais :
 1 888 658-1112
 Téléc. : (902) 420-6752
mcewh@dal.ca

Aidantes naturelles et services de soutien : acquérir du pouvoir sur sa situation

Diane Lessard, Lucy Barylak et Dominique Côté, CLSC René-Cassin, Institut de gérontologie sociale du Québec, avec la collaboration de Jean-Claude Martin, Institut de recherche en santé et sécurité au travail, Jean-Pierre Lavoie, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et Louise Bérubé, CLSC René-Cassin, Institut de gérontologie sociale du Québec

Introduction

Cette étude a été entreprise en vue de nous permettre de mieux comprendre comment fournir un soutien aux aidantes naturelles non rémunérées. Nous étions particulièrement intéressés d'en apprendre davantage sur les besoins des aidantes naturelles, sur leurs attentes en matière de services de soutien. Cette étude visait également à savoir si les services offerts actuellement étaient adéquats et à identifier ce qui, des services, des interventions et des intervenantes et intervenants, contribue ou non à favoriser la prise en main personnelle des aidantes naturelles. Pour atteindre ces buts, nous avons examiné comment les services actuels étaient organisés et comment ils étaient utilisés par les aidantes naturelles.

Aperçu théorique

Cette étude repose sur le concept de la prise en main personnelle. On ne « donne » pas la prise en charge, on peut seulement la favoriser. D'après les ouvrages publiés à ce sujet, les étapes-clés de la prise en main personnelle comprennent le développement personnel, l'action politique et la participation avec les pairs. Par exemple, la pensée critique de la division sexiste du travail qui établit la prestation de soins comme étant une tâche féminine constitue un pas vers le sentiment de prise en charge personnelle. Aux fins de cette étude, nous avons alors défini le terme de prise en main personnelle comme étant un « *processus social par lequel une personne accroît son pouvoir, l'emprise ou le contrôle sur sa propre situation et contribue éventuellement à des changements sociaux qui permettront d'améliorer ses conditions de vie et celles de ses pairs* ». La participation en groupe est au cœur de la prise en charge personnelle. Les expériences antithétiques sont celles qui entraînent un sentiment d'impuissance, de dépendance, d'être pris au piège et l'absence de choix et de contrôle.

Méthodologie

L'étude porte sur le Centre de soutien aux aidants naturels (CSA) du CLSC René-Cassin à Montréal. Le CSA se concentre sur l'aidant naturel en lui offrant divers services dans un cadre souple, lesquels sont intégrés à d'autres

services offerts par le CLSC et adaptés en fonction de la consultation de l'aidant. Pour mener l'étude, on a recruté 28 participantes chez des femmes qui utilisaient les services du CSA. Aux fins de comparaison, on a également interviewé quatre autres aidantes naturelles qui ont utilisé d'autres services de soutien. Pour mener l'étude, on a utilisé des méthodes phénoménologiques et quantitatives.

Les aidantes naturelles ont été choisies selon leur lien à la personne aidée (épouse ou fille), la diversité des services utilisés et les circonstances familiales. On a recruté les participantes à l'étude avec l'aide du personnel du CSA ou du CLSC. Les praticiens ont d'abord communiqué avec les aidantes naturelles pour leur expliquer les objectifs de l'étude et obtenir leur consentement pour participer à l'étude. Les membres de l'équipe de recherche ont ensuite contacté les femmes pour les interviewer.

Participant·es à l'étude

L'échantillon de l'étude comprenait 32 aidantes naturelles dont 16 étaient des épouses et 16, des filles. L'âge moyen des épouses était de 73,5 ans et celui des filles, de 55,6 ans. Les épouses prodiguaient des soins à leur mari tandis que les filles en prodiguaient à leur mère. La durée moyenne des soins prodigués par les épouses était de 8 ans et de 6,25 ans pour les filles.

En ce qui concerne l'utilisation des services du CLSC, les épouses fréquentaient le centre d'accueil aussi souvent que les filles. Les épouses avaient toutefois plus tendance que les filles à fréquenter le Foyer pour socialiser et assister à des conférences.

Les aidantes naturelles utilisaient aussi d'autres services de soins à domicile tant des secteurs privé que public. Une épouse et six filles ont obtenu du répit par l'entremise de services d'aide à domicile du CLSC. Six épouses et sept filles ont eu recours à des services privés d'aide à domicile pour leur membre de famille. Cinq épouses et 14 filles ont obtenu

de l'aide pour les bains fournie par le CLSC. Sept épouses et neuf filles ont eu recours à des services privés d'aide à domicile pour effectuer des tâches ménagères.

Besoins et attentes des aidantes naturelles

L'étude visait d'abord à mieux saisir les besoins et les attentes des aidantes naturelles en matière de prestation de services. Les aidantes naturelles ont précisé qu'elles avaient besoin davantage de répit; de soutien moral (auquel on accorde souvent moins d'importance en vue d'obtenir un soutien pratique ou matériel); de renseignements concernant la maladie de la personne aidée, surtout au début du processus de prestation de soins; d'aide pour les tâches ménagères, le transport et l'accompagnement de la personne aidée, l'hygiène personnelle de la personne aidée et les activités quotidiennes; d'aide financière en vue d'embaucher du personnel de soins à domicile afin de passer du temps avec la personne aidée, de faire des tâches domestiques, de payer les médicaments, de fournir un moyen de transport et d'accompagner la personne aidée; et de reconnaissance et de soutien pour la défense de leurs droits légaux (certaines aidantes naturelles doivent se battre pour obtenir des services ou s'opposer à des décisions juridiques qui concernent leur famille ou elles-mêmes).

Les attentes des aidantes naturelles variaient selon les besoins de la personne aidée et l'urgence perçue pour les combler. Les attentes des aidantes se transformaient aussi au cours même de l'utilisation des services et dépendaient de ce qui est considéré comme le seuil minimal de réponses aux besoins ou questions. Les aidantes se préoccupaient également de leur propre intégration sociale, de leur valeur sociale perçue, et de leur capacité à valoriser leur propre potentiel. Elles voulaient être en mesure de se préparer pour l'avenir et essayaient d'y arriver en cherchant de l'information pour savoir à quoi s'attendre et prendre les mesures nécessaires.

Favoriser la prise en main personnelle des aidantes

Afin d'améliorer le soutien offert aux aidantes naturelles, l'étude visait à comprendre comment les services disponibles étaient organisés et utilisés. Comme les aidantes naturelles avaient accès à une gamme de services et pouvaient les combiner, elles ont ainsi pu satisfaire divers de leurs besoins. Cependant, la combinaison des services est possible seulement lorsque les services sont offerts par diverses sources, comme c'est probablement le cas des services de répit. Ainsi, les services proposés ou disponibles ne

conviennent pas toujours à certaines aidantes. La coordination des services peut devenir une activité en soi. Toutefois, la flexibilité, quant à l'organisation des services, augmente le contrôle sur la planification des activités quotidiennes, rendant ainsi la tâche plus facile aux aidantes lorsqu'il s'agit de répondre à leurs besoins personnels.

Le troisième objectif de l'étude visait à identifier ce qui, des services, des interventions et des intervenantes et intervenants, favorise la prise en main personnelle des aidantes naturelles. Nous avons constaté que bon nombre de facteurs augmentaient le sentiment de prise en main des aidantes naturelles, y compris le répit, savoir qu'elles peuvent compter sur quelqu'un, le sentiment de pouvoir exprimer librement leurs idées et leurs préoccupations et comprendre la maladie du membre de la famille auquel elles prodiguent des soins. Par exemple, le répit ou le temps libre favorisaient la prise en main de certaines, leur laissant ainsi quelques heures par semaine pour se détendre ou pour faire les courses essentielles. De plus, le fait de savoir qu'elles pouvaient compter sur quelqu'un pour recevoir du soutien a joué un rôle important pour leur donner un sentiment de maîtrise personnelle. Le fait de pouvoir s'exprimer librement, en sachant qu'elles avaient quelqu'un à qui se confier qui légitimise leurs sentiments, a également dégagé les aidantes du fardeau du jugement face aux normes sociales. Il importait également aux aidantes de comprendre la maladie de l'aidé, ce qui nécessite l'accès à l'information, autant en termes de diffusion que de leur propre compréhension. En effet, en comprenant mieux la maladie de l'aidé, les aidantes pouvaient mieux répondre au cours de la maladie et jouir d'une meilleure qualité de vie.

Les prestataires de soins sont vulnérables au sentiment selon lequel il n'existe pas de limite acceptable à leur prestation de soins. La déconstruction active des normes sociales sur la prestation de soins et leurs liens aux rôles assignés à chacun des sexes contribuent à assurer la légitimité des efforts des femmes en vue de satisfaire certains de leurs propres besoins et ceux de la personne soignée. Pour les aidantes, le fait d'être appréciées par les autres et de se sentir utiles constitue une expérience favorisant leur prise en main personnelle.

Nous avons constaté que les aidantes naturelles apprécient être guidées et dirigées. En effet, le soutien pour les aider à se retrouver dans le système de santé constitue un geste important de soutien et réduit leur inquiétude et leur charge de travail. Ainsi, le fait de pouvoir obtenir des services appropriés et flexibles favorise la prise en main personnelle, car

de tels services permettent aux aidantes naturelles d'obtenir des soins individualisés en fonction de leurs besoins.

Les liens de solidarité, de réciprocité et d'amitié établis au sein des groupes de soutien, surtout dans les groupes de soutien à long terme, ont favorisé la prise en main personnelle, car les aidantes naturelles pouvaient partager entre elles des renseignements et des connaissances pratiques. On a d'ailleurs mentionné que l'aide mutuelle et les sentiments de solidarité constituaient des facteurs qui amélioraient l'image de soi et le sentiment de compétence. Pour les aidantes, le fait de prendre des mesures sociales pour changer les conditions de toutes les aidantes et pour mieux maîtriser les ressources a également favorisé la prise en main personnelle.

Les facteurs qui entravent la prise en main personnelle comprenaient le manque de reconnaissance des besoins des aidantes naturelles, en raison d'un manque de compréhension de la prestation de soins par les aidantes ou d'un conflit d'opinions ou de valeurs. Le système de soins, par exemple, ne reconnaît pas le travail des aidantes naturelles comme une option de rechange à l'hébergement. Un autre facteur qui décourageait la prise en main personnelle était la dévaluation des compétences des aidantes naturelles dans des situations où elles devaient fournir de l'information sur la personne aidée et qu'elles ne pouvaient pas se faire comprendre. Des confrontations à des services technocratiques ont également eu tendance à réduire la participation des aidantes et leur pouvoir de choisir les services qui leur conviendraient le mieux. Des difficultés à obtenir des services adéquats peuvent également engendrer un sentiment d'impuissance chez les aidantes. En particulier, les services temporaires, souvent coupés, ou les services pour lesquels il y avait des listes d'attente décourageaient les aidantes.

Recommandations

D'après les résultats de l'étude, nous faisons les recommandations suivantes :

1. Que des programmes destinés aux décisionnaires et aux divers intervenantes et intervenants sur la problématique de l'aide informelle soit mis sur pied et poursuivis d'une façon continue.
2. Qu'au niveau universitaire, une formation et une éducation appropriées soient données aux étudiantes et étudiants des disciplines appelées à intervenir auprès des personnes dépendantes et aidantes.
3. Que les intervenantes et intervenants jouent un rôle spécifique tant comme personnes-ressources que personnes organisatrices des services à l'intention des aidantes et aidants.
4. Que le dossier propre de l'aidante ou aidant soit conservé séparément de celui de la personne aidée. Les aidantes et aidants devraient participer à l'identification de leurs besoins.
5. Que la prestation des services tienne compte du sexe, de l'âge, du statut socio-économique, des attentes culturelles et du lien entre la personne aidante et la personne aidée.
6. Qu'une variété de types de groupes de soutien (combinant l'information, la thérapie, les loisirs, l'auto-assistance et l'entraide) soit offerte pour répondre aux divers besoins des aidantes et aidants.
7. Qu'une base minimale de services de soutien soit assurée dans tous les centres de services communautaires et les centres de services sociaux dans une perspective intégrée, de sorte que les aidantes et aidants aient accès aux services de soutien du territoire de leur parent, même s'ils demeurent ailleurs.
8. Qu'une étude comparative sur la prestation de services de soins à domicile des secteurs public et privé soit effectuée.
9. Dans la mesure du possible, que le même personnel de soutien public ne se retire pas des cas pour favoriser la continuité.

Pour obtenir une copie du rapport intégral, veuillez communiquer avec :



Centre d'excellence pour
la santé des femmes

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium
Université de Montréal
C.P. 6128, Succ. Centre-ville
Montréal (Québec)
Canada H3C 3J7
www.cesaf.umontreal.ca
Tél. : (514) 343-6758
Télec. : (514) 343-7078
cesaf@ere.umontreal.ca

Les défis d'intégration : perspectives sur le règlement sur la profession de sage-femme en Colombie-Britannique

Jude Kornelsen, universitaire invitée, University of British Columbia, School of Nursing et Elaine Carty, University of British Columbia, School of Nursing

Après une longue lutte ardue qui dure depuis plus de vingt ans, la profession de sage-femme en Colombie-Britannique a été légalisée le 1^{er} janvier 1998 et est depuis financée par les fonds publics. Il s'agissait là d'une occasion de célébrer pour les sages-femmes et les groupes de consommatrices et consommateurs qui avaient travaillé si fort pour la légalisation de la profession de sage-femme. C'était également un événement heureux pour les femmes enceintes en Colombie-Britannique qui disposent maintenant d'un environnement d'accouchement pluraliste. Cependant, comme c'est le cas pour tout changement social, la légalisation a également eu des conséquences imprévues. Pour les évaluer, les chercheuses et chercheurs du Centre d'excellence pour la santé des femmes—région de la Colombie-Britannique examinent présentement certains des effets de la légalisation de la profession de sage-femme. Le programme de recherche, qui examine l'intégration de la profession de sage-femme de diverses perspectives—soit des consommatrices et consommateurs, des sages-femmes et d'autres fournisseurs de soins de santé de maternité—s'efforce de jeter les bases pour permettre la poursuite des recherches menées au sein de la province ainsi que des recherches comparatives interprovinciales et internationales.

Trois rapports sont maintenant terminés dans la série Perspectives sur la profession de sage-femme. La première étude, intitulée « Reality, Opinion and Uncertainty: Views on Midwifery in BC's Health Care System » (Réalité, opinions et incertitudes : points de vue sur la profession de sage-femme dans le système de santé de la Colombie-Britannique), porte sur le mode de diffusion de l'information destinée aux praticiennes et praticiens et aux administratrices et administrateurs—et leurs réactions—avant l'autorisation des sages-femmes lors du projet provincial *Home Birth Demonstration Project Tour* (projet de tournée de démonstration de l'accouchement à domicile). La tournée, entreprise par le ministère de la Santé et le ministère responsable des personnes âgées, a présenté de l'information sur la profession de sage-femme et sur l'accouchement à domicile aux hôpitaux dans l'ensemble de la province. Un chercheur accompagnait la tournée dans la plupart des endroits visités en vue d'observer le mode de diffusion de l'information et la réaction des praticiennes et praticiens et des administratrices et administrateurs au comité. Les questions posées au comité et les réponses de ce dernier révélaient manifestement la présence de

préoccupations au sujet de la profession de sage-femme. Cette étude, qui comprend des recommandations sur la présentation de la profession de sage-femme à des membres d'autres professions, fournit en partie le contexte qui est nécessaire à la compréhension des relations interprofessionnelles lors de l'ajout d'une nouvelle profession dans le système de santé.

Le deuxième rapport de la série, « In Transition: Nurses Respond to Midwifery Integration » (En transition : réaction des infirmières à l'intégration des sages-femmes), examine les connaissances, les attitudes et les croyances des infirmières en santé communautaire et en santé périnatale à l'égard de la pratique de la profession de sage-femme en Colombie-Britannique lorsque la profession de sage-femme a été intégrée au système de soins de santé. Cette étude se penche particulièrement sur le niveau de connaissances des infirmières en obstétrique, sur les qualifications requises aux fins de l'autorisation d'exercer la profession de sage-femme et sur la portée de la pratique telle que mandatée par le *College of Midwives of British Columbia*. Nous avons également sondé les croyances des infirmières en obstétrique sur les répercussions de la pratique de la profession de sage-femme sur la qualité des soins, sur les coûts des soins de santé, sur la pratique des infirmières et sur les relations interdisciplinaires. Selon des données quantitatives et qualitatives, l'attitude des infirmières variait de l'hostilité au soutien à l'égard des sages-femmes. On a établi un rapport entre des réactions fortement négatives et la désinformation au sujet des compétences, des exigences de formation et de la portée de la pratique des sages-femmes. Des recommandations en faveur de formation en milieu de travail et d'autres formes éducatives sont faites à la lumière des résultats de cette étude. La phase deux du projet consistait à réadministrer le sondage pour mesurer les changements survenus au niveau des connaissances, des attitudes et des croyances pendant la période de dix-huit mois qui a suivi le règlement. Le deuxième rapport de cette étude sera disponible au début de 2001.

Un document d'orientation, « *Pushing for Change: Challenges of Integrating Midwifery into the Health Care System* » (favoriser le changement : les défis liés à l'intégration de la profession de sage-femme dans le système de santé), termine la première série en résumant les défis interprofessionnels immédiats auxquels

les sages-femmes doivent faire face en tant que nouvelles venues dans le système de santé de la Colombie-Britannique. À l'aide d'un contexte historique pour mieux comprendre les relations interprofessionnelles, les résultats de la tournée *Home Birth Demonstration Project Tour* et de l'étude concernant les attitudes et les croyances des infirmières autorisées servent à suggérer des raisons expliquant pourquoi certaines infirmières et certains médecins s'opposent à la profession de sage-femme. On examine donc le rôle de ces relations dans les soins aux patients et la profession de sage-femme. De plus, des recommandations sont faites à divers autorités sanitaires et organismes réunissant des professionnels de la santé en vue de trouver des façons d'améliorer les relations.

Notre deuxième série d'études, « *Structural Influences and the Regulation of Midwifery* » (les influences structurelles et la réglementation de la profession de sage-femme), examine comment les paramètres politiques et juridiques ont influé sur la pratique de la profession de sage-femme dans un environnement réglementé. Le premier rapport, « *Experiences of Registering to be a Midwife in BC* » (des expériences de femmes en vue de devenir une sage-femme autorisée en Colombie-Britannique), constitue une étude ethnographique appliquée qui examine les expériences du premier groupe de femmes qui ont soumis leur demande pour devenir des sages-femmes autorisées. Dans le rapport, nous relatons les expériences des participantes à chaque étape du processus ainsi que leurs commentaires au sujet des aspects plus globaux de leurs expériences d'évaluation.

Nous avons constaté que la nature de l'expérience de chaque candidate dépendait de cinq facteurs :

1. le lieu principal de pratique de la candidate avant le processus d'évaluation (à domicile ou à l'hôpital);
2. la nature de la formation de la candidate (formation ou apprentissage en soins infirmiers/ou formation de sage-femme sans formation infirmière);
3. le lieu de résidence de la candidate dans la province (soit en milieu rural ou urbain);
4. si la candidate est en position de bénéficier d'une influence politique;
5. si l'anglais était la langue maternelle de la candidate.

Ces recommandations visent à établir un processus plus équitable d'autorisation qui accroîtrait le nombre et la diversité des sages-femmes dans la province.

Le deuxième rapport de cette série, intitulé « *Life as a Registered Midwife* » (la vie d'une sage-femme autorisée), explique

comment l'autorisation a influé sur les vies professionnelle et personnelle des sages-femmes. Des entrevues détaillées ont été réalisées auprès de 35 sages-femmes provenant des quatre coins de la province afin de déterminer s'il y a eu des changements dans la portée de leur pratique telle que le définissent les règlements du *College of Midwives of British Columbia* et dans leurs relations interprofessionnelles avec les omnipraticiennes et omnipraticiens et les infirmières en obstétrique et en soins périnataux. Nous avons également examiné le processus de demande et d'agrément, ou le non-agrément, les privilèges d'admission dans les hôpitaux et les changements liés à la nature de la clientèle, par comparaison à la pratique avant la réglementation. Ce rapport sera disponible en janvier 2001. Plusieurs autres études sont toujours en cours, y compris une étude sur les attitudes des médecins de famille à l'égard des sages-femmes en Colombie-Britannique (à venir) et une étude de la satisfaction des femmes concernant leurs expériences d'accouchement, lesquelles comparent les soins donnés par des sages-femmes et des médecins dans des hôpitaux.

Dans l'ensemble, les études actuelles et en cours dans le programme de recherche donnent un aperçu des changements qui ont été apportés au milieu de soins de maternité en Colombie-Britannique par la profession de sage-femme. Elles jettent également les bases à partir desquelles pourront s'inspirer les autres études qui seront entreprises par le *Midwifery Research Group*. Ce groupe est un projet conjoint du CESFCB, du St. Paul's et du BC Women's Hospital's Department of Midwifery et de la University of British Columbia. Le groupe est composé de personnes qui se sont engagées envers la recherche continue liée à la profession de sage-femme. Il a pour mandat de recueillir des fonds pour le soutien et l'élaboration d'un programme stratégique de recherche sur les sujets cliniques et non cliniques liés à la profession de sage-femme. Le groupe ne s'intéresse pas seulement à l'expérience de la Colombie-Britannique. En effet, il envisage de comparer l'expérience de la Colombie-Britannique à celle d'autres provinces et aux données internationales.

Pour obtenir une copie du rapport intégral, veuillez communiquer avec :



Centre d'excellence
de la Colombie-Britannique
pour la santé des femmes

**Le Centre d'excellence pour
la santé des femmes – région
de la Colombie-Britannique**
BC Women's Hospital
and Health Centre
E311 – 4500, rue Oak
Vancouver (Colombie-Britannique)
Canada V6H 3N1
www.bccewh.bc.ca
Tél. : (604) 875-2633
Télééc. : (604) 875-3716
bccewh@bccewh.bc.ca

Les soins prodigués par les sages-femmes : expériences, espoirs et réflexions de femmes

Lorna Breitreuz, Cathy Ellis, Midwives Association of Saskatchewan, Meaghan Moon, Manitoba Traditional Midwives Collective et Cindy Hanson, The International Midwifery Day Committee

La philosophie de la profession de sage-femme en matière de soins estime que l'accouchement fait partie du contexte social, biologique et psychologique de la vie des femmes. Cette approche holistique se traduit par un modèle de pratique qui donne aux femmes la haute main sur l'expérience de l'accouchement. Jusqu'à tout récemment, les sages-femmes qui pratiquaient au Manitoba et en Saskatchewan rendaient compte, en général, aux femmes qu'elles desservaient. Cependant, le mouvement vers la réglementation et la reconnaissance de la profession de sage-femme comme une profession en soi entraînera inévitablement des changements dans la prestation des services des sages-femmes. Ce projet visait à décrire les expériences des femmes qui ont reçu des soins prodigués par des sages-femmes, à déterminer si le genre de soins que les femmes ont reçus des sages-femmes étaient satisfaisants et à vérifier si ces soins correspondaient aux soins que les sages-femmes croient que les femmes désirent recevoir.

Méthodes

Nous avons utilisé une approche participative pour recueillir des données des sages-femmes et des femmes qui ont reçu des soins des sages-femmes. Selon cette approche, les enquêteuses et enquêteurs étaient des participantes et participants de même que des chercheuses et chercheurs de projets. L'équipe de recherche était composée de trois sages-femmes, de trois interrogatrices et interrogateurs de consommateurs et d'une consommatrice des services d'une sage-femme; la plupart de ces personnes font partie d'associations liées à la profession de sage-femme et de groupes de défense des consommateurs. Les chercheuses et chercheurs ont consulté les membres de leurs groupes respectifs pour élaborer le projet. En tout, 16 femmes qui avaient eu recours aux services de sages-femmes ont participé à des entretiens qualitatifs sur leurs expériences à l'égard des sages-femmes. Quatre sages-femmes en Saskatchewan et sept au Manitoba ont participé à des groupes de discussion dans lesquels elles ont discuté de leurs croyances concernant les soins que les femmes souhaitaient recevoir des sages-femmes. On a enregistré les deux entretiens et les propos

tenus lors des groupes de discussion. Puis, on a transcrit les rubans aux fins d'analyse thématique.

Résultats auprès des mères

Les thèmes principaux qui ressortent des entretiens avec les mères se divisent d'une façon générale en trois catégories : les questions liées à l'accès aux services d'une sage-femme, la qualité des soins et le temps que les sages-femmes ont passé avec les femmes, qui comprend les soins personnels et le soutien que les femmes estimaient que les sages-femmes ont fournis à leur famille et à elles-mêmes; le style ou la pratique de soins des sages-femmes et, troisièmement, les recommandations aux fins d'élaboration de politiques sur la profession de sage-femme.

Accès

Savoir où et comment trouver une sage-femme constituait un défi de taille pour bon nombre de femmes. En effet, les femmes ont affirmé qu'il y avait un manque d'information pour les aider à trouver une sage-femme; c'est souvent par chance qu'elles ont réussi à en trouver une. Les femmes vivant en milieu rural étaient particulièrement désavantagées quant à l'accès aux soins prodigués par une sage-femme. Les coûts ont également joué un rôle en limitant l'accès des femmes aux services des sages-femmes, même si toutes les femmes participant à cette étude ont trouvé une façon de surmonter les barrières d'ordre financier.

Qualité des soins et durée des soins

La durée et la fréquence des visites des sages-femmes ont dépassé toutes les attentes des participantes à l'étude. En fait, les mères ont signalé que le temps que les sages-femmes ont passé avec elles leur a permis de leur poser des questions, d'examiner divers aspects de l'accouchement et d'établir des liens positifs avec la sage-femme. Les soins personnalisés et le soutien comprenaient les visites à domicile au cours desquelles les sages-femmes donnaient aux femmes suffisamment de ressources pour leur permettre de prendre des décisions éclairées; de plus, les soins s'inscrivaient dans une approche de consultation et non de direction. Ces facteurs ont donc contribué à leur prise en main personnelle

et à accroître leur force personnelle par l'accouchement aidé par une sage-femme. Les femmes ont également constaté que la sage-femme accordait aussi un soutien à l'ensemble de la famille. Les femmes ont décrit les soins prodigués par les sages-femmes comme étant holistiques, discrets, à faible caractère technologique et empreints de compétences. Les femmes ont été surprises du niveau de soins postnatals. En effet, elles ont précisé que les sages-femmes préparaient des repas, donnaient des bains à l'éponge, apportaient du linge à laver chez elles, nettoyaient la maison et étaient disponibles pour parler pendant la période postnatale. Tous ces éléments des soins ont engendré de forts sentiments de confiance et de sécurité entre les femmes et les sages-femmes.

Résultats auprès des sages-femmes

Chacun des groupes de discussion de sages-femmes a identifié cinq éléments que, selon elles, les femmes souhaitent obtenir des sages-femmes. En Saskatchewan, ces éléments étaient : les coûts des soins, l'expérience et la formation de la sage-femme, la philosophie de la sage-femme, la continuité des soins par des prestataires de soins qu'elles connaissent (soit la même sage-femme/partenaire qui accompagne la femme tout au long de sa grossesse, de son travail, de son accouchement et de la période post-natale, en mettant l'accent sur le travail et l'accouchement), et la compétence (la croyance selon laquelle la sage-femme pouvait déceler la majorité des problèmes et y faire face). Les groupes de discussion de sages-femmes en Saskatchewan ont également pensé que les femmes envisageant d'accoucher à la maison seraient préoccupées par les aspects politiques de la profession de sage-femme.

Les sages-femmes au Manitoba pensaient que les femmes voulaient en savoir davantage sur la portée de la pratique de la sage-femme, sur sa philosophie et sur son expérience et sa formation. Elles ont ajouté que les femmes voulaient obtenir des soins individualisés et un engagement envers la femme pendant sa période de procréation. Elles croyaient aussi que les coûts étaient une source de préoccupation pour la plupart des femmes.

Recommandations

Le projet de recherche visait à déterminer si les clientes des sages-femmes estimaient que les sages-femmes avaient

répondu à leurs besoins. À la lumière des expériences des femmes pour répondre à cette question, voici leurs recommandations :

1. Des services de sages-femmes financés par les fonds publics.
2. La disponibilité des services des sages-femmes en milieu rural et dans les collectivités du Nord, de même que dans les centres urbains.
3. La réglementation de la profession de sage-femme comme une profession en soi.
4. Des charges de travail qui laissent du temps pour prodiguer des soins de qualité.
5. La prestation de services de sages-femmes à divers endroits, soit à domicile, à l'hôpital et au centre d'accouchement.
6. La prestation des services personnalisés continus à domicile.
7. L'élaboration de campagnes d'éducation démontrant la valeur des services des sages-femmes et destinées au personnel médical, aux administratrices et administrateurs de services de santé ainsi qu'au public.

Comme la profession de sage-femme est sur le point d'être réglementée en Saskatchewan et au Manitoba, ce projet a fourni une occasion opportune aux clientes des sages-femmes de présenter des recommandations en matière de politiques.

Pour obtenir une copie du rapport intégral, veuillez communiquer avec :



PRAIRIE WOMEN'S HEALTH
CENTRE OF EXCELLENCE

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies

Université de Winnipeg –
pièce 2C11A
515, avenue Portage
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3B 2E9
www.pwhce.ca
Tél. : (204) 786-9048
Télec. : (204) 774-4134
pwhce@uwinnipeg.ca