



DANS CE NUMÉRO

LA REDÉFINITION DE L'ÉLABORATION DES POLITIQUES

- 3 Faire des vagues
- 4 Le pouvoir et l'influence de la participation des citoyens sur la recherche et la politique
- 7 Le processus est le produit : la redéfinition de l'élaboration des politiques

PASSER À L'ACTION POUR INFLUENCER LES POLITIQUES

- 9 La souris qui rugissait : comment utiliser les principes du militantisme féministe pour influencer les politiques
- 11 Ce que 250 femmes diraient...
- 12 Promouvoir la santé des femmes par le biais de la consultation publique

POLITIQUES POUR FEMMES EN MILIEU RURAL

- 14 Politiques ascendantes : les services ruraux pour les femmes ayant survécu à la violence
- 17 Prendre place à la table de l'élaboration des politiques : les femmes en agriculture et l'impact de la compression budgétaire des programmes

Mais qu'est-ce que les politiques ont à y voir?

LES CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES ont été mis sur pied en 1996 afin d'améliorer la santé des femmes, entre autres en améliorant la compréhension qu'a le personnel du système de santé canadien et sa sensibilité face aux problèmes de santé des femmes. Les centres devaient employer des méthodologies de réseautage et de création de nouvelles connaissances afin de faciliter l'assimilation de la recherche ainsi que l'impact des politiques. Dans ce numéro du *Bulletin de recherche*, nous voulons savoir quelle influence les centres ont eue sur les politiques jusqu'à présent.

Les articles que nous avons rassemblés ici nous disent que l'élaboration de politiques est une question de contenu *et* de processus. Le processus selon lequel on effectue la recherche peut modifier les comportements et les attitudes. Le processus par lequel on diffuse la nouvelle information peut inviter de nouveaux intervenants à participer au dialogue entourant les politiques et élargir la portée de l'élaboration des politiques et leur impact. Un lien commun entre les articles de ce numéro est l'attention portée aux processus de recherche et d'élaboration des politiques afin de maximiser la sensibilité des personnes à qui elles s'adressent.

Il y a un engagement à faire participer de multiples intervenants à la recherche, de sa création jusqu'à sa diffusion, au cœur de plusieurs projets faisant partie du programme. « Ce que 250 femmes diraient... » décrit, par exemple, qu'est-ce qui a été dit au Centre d'excellence pour la santé des femmes de la région des Prairies par les femmes de la Saskatchewan et du Manitoba décrivant qu'elles veulent avoir au Plan d'action en santé. De façon similaire, le deuxième article sur le centre de la région des Prairies documente l'expérience des agricultrices qui ont besoin de faire entendre leur voix de nouveau après avoir été écartées du processus d'élaboration des politiques. Le Centre d'excellence pour la santé des femmes à Montréal a été l'hôte d'un symposium pour les regroupements de personnes soignantes du Québec et a partagé cette information, de même que celle recueillie lors d'une recherche de cinq ans sur les femmes soignantes et une coalition de groupes intéressés lors de consultations publiques ayant pour but de modifier les politiques au niveau de la santé communautaire locale.

La recherche financée par le centre contient souvent un engagement comme quoi les « sujets » traditionnels de la recherche doivent agir en tant que partenaires actifs de la recherche, en tant que participants, conseillers et chercheurs. De plus, le processus de recherche se veut un mécanisme permanent de développement de la capacité au sein de la collectivité et des chercheurs universitaires veillant à ce que chacun vive l'expérience de la collaboration. Finalement, le processus de recherche ne se limite pas à la

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.bccewh.bc.ca
Tél. : (604) 875-2633
Télec. : (604) 875-3716
bccewh@cw.bc.ca

**Le Centre d'excellence pour
la santé des femmes – région
des Prairies**
56 The Promenade
Winnipeg, MB
Canada R3B 3H9
www.pwhce.ca
Tel: (204) 982-6630
Fax: (204) 982-6637
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
Télec. : (416) 736-5986
nnewh@yorku.ca

**Le Centre d'excellence pour la
santé des femmes – Consortium
Université de Montréal**
CESAF est fermé. Pour obtenir
des copies de leurs
publications, prière de
contacter le Réseau canadien
pour la santé des femmes.

**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
Télec. : (902) 420-6752
mcewh@dal.ca

LES CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES

Lancé en 1996, les Centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF) sont financés par Santé Canada et administrés par le Bureau pour la santé des femmes. Ce programme est un volet important de la Stratégie pour la santé des femmes. Chacun des quatre centres, situés à Halifax, 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 CESF, a pour mandat de favoriser le réseautage et les communications à l'échelle nationale.

**Les 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
Télec. : (613) 941-8592
cewhp@hc-sc.gc.ca
www.hc-sc.gc.ca/women



centres d'excellence
POUR LA SANTÉ DES FEMMES
centres of excellence
for WOMEN'S HEALTH

PASSATION DE COMMANDE

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

Vous voulez vous désabonner? Laissez-nous savoir!

Le *Bulletin de recherche* est envoyé à des milliers d'individus et d'organismes partout au Canada sélectionnés pour leur intérêt dans la recherche et les politiques pour la santé de la femme. Si vous désirez de ne plus recevoir les numéros futures, laissez nous savoir en contactant le RCSF.

**Réseau canadien
pour la santé des femmes**
419, avenue Graham,
bureau 203
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3C 0M3
Tél. : (204) 942-5500
Télec. : (204) 989-2355
Numéro sans frais :
1 888 818-9172
ATS sans frais: 1-866-694-6367
cwhn@cwhn.ca
www.cwhn.ca

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

PRODUCTION

**Rédactrice
Rédactrice adjointe
Responsable
de la production
Conception
Traduction française**

Ann Pederson
Leslie Timmins

Susan White
Folio Design
Le Groupe de traduction
Masha Krupp limitée

**Correction d'épreuves
de la version française**

Jeff Staflund

RECYCLED LOGO
(AS IN NETWORK)

UNION BUG

(WPG SUN: PLS PLACE LOGOS)

s u i t e

rédaction des résultats. Ainsi, la diffusion stratégique est nécessaire afin de maximiser les chances d'assimilation de la recherche. Dans « La souris qui rugissait », Nancy Poole met en évidence son approche face à la recherche sur les femmes et la dépendance, une approche qui est inclusive, active et centrée sur la femme. M^{me} Poole croit que cette approche, combinée à une base d'information solide sur la façon dont les femmes ont réagi aux politiques existantes et aux services liés à la dépendance est un élément essentiel au succès permettant de faire progresser le programme.

Nous nous renseignons à propos des mécanismes utilisés dans les programmes du CESF afin de s'assurer que les résultats font partie des politiques. L'article au sujet du Centre de la région des Maritimes, par exemple, décrit en détail certains des processus utilisés—incluant les tournées de présentation des politiques, une chaire vouée à la recherche et des prix en santé des femmes—mais tous les articles comprennent une description de la façon dont les chercheurs ont communiqué leur message aux décideurs et aux autres chercheurs. Nous avons vu de tout, des événements à l'attention des médias aux symposiums de recherche, en passant par les sites Web ainsi que des articles sur les politiques utilisées en tant que stratégies pour « faire passer le message ».

Par-dessus tout, les bonnes décisions nécessitent des renseignements à jour, pertinents et utiles, y compris des renseignements remettant en question les hypothèses sur le monde que nous prenons pour acquises. Dans « La politique ascendante », Deborah Sarauer et Diane Martz décrivent l'assimilation immédiate d'observations faites par leurs sujets de recherche, des femmes en agriculture vivant des relations abusives. Les critiques des femmes ont fait en sorte que les gens du service de counselling local ont « changé leur vision du monde » et leurs protocoles. Les chercheurs doivent être vigilants lorsqu'ils abordent des questions qui ne sont pas souvent posées afin que l'on en sache plus sur la santé des femmes et l'élaboration des politiques. Nous devons également nous servir de la recherche afin d'évaluer les politiques une fois qu'elles ont été mises en œuvre afin de savoir si elles sont exécutées comme prévu et si elles ont les effets anticipés. Cela est critique dans les soins de santé, où plusieurs pratiques ne sont jamais examinées.

Ce numéro ne donne qu'un avant-goût de ce que l'on sait de l'impact du programme jusqu'à présent. Seule une sélection d'impacts est mise en évidence ici. Des douzaines d'autres projets de recherche sont sur le point d'être terminés, et des évaluations complètes sont en train d'être effectuées ou l'ont été dans tous les centres afin de bien comprendre la diversité de leurs impacts auprès des décideurs à tous les niveaux de la société canadienne. Je vous invite à communiquer avec un des centres afin d'en savoir plus sur ce que nous apprenons tous les jours à propos de la santé des femmes.

Ann Pederson
Directrice des politiques et de la recherche
Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique
ann.pederson@bccewh.bc.ca

Faire des vagues

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la région de la Colombie-Britannique a publié un rapport sur ses cinq premières années d'existence. *Making Waves* (Faire des vagues) décrit les stratégies-clés et les résultats de la création et de l'assimilation des connaissances utilisées par le centre jusqu'à présent. Distribué en avril 2001, *Making Waves* illustre les partenariats productifs entre une vaste gamme d'universitaires et de chercheurs en milieu communautaire. Plus d'une centaine de projets ont été effectués sur des sujets allant de la mise en œuvre de la profession de sage-femme en Colombie-Britannique aux bienfaits de l'activité physique sur les besoins en santé de la femme d'âge mûr ayant un handicap. Le rapport décrit également l'effet d'entraînement de plusieurs projets, allant de l'obtention de financement pour des programmes à l'encouragement de la participation des filles aux loisirs communautaires dans le quartier Burnside-Gorge de Victoria, en passant par la création de l'Institut de la santé des femmes et des hommes au sein des Instituts de recherche en santé du Canada et par l'élaboration d'approches spécifiques aux femmes et aux hommes en matière d'attribution économique des coûts. L'endroit unique où se situe le centre, dans le Centre de la santé des femmes et des enfants de la Colombie-Britannique, fait en sorte que les sciences sociales se retrouvent près des gens et lui permettra de continuer à offrir des occasions aux chercheurs, aux décideurs, aux gens qui élaborent des programmes et aux fournisseurs de soins de santé de faire un lien direct entre leur travail et les problèmes de santé des femmes et des filles canadiennes.

Pour obtenir un exemplaire de *Making Waves* (en anglais), visitez www.bccewh.bc.ca ou communiquez avec le :



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

**Centre d'excellence
pour la santé des femmes
de la région de la
Colombie-Britannique**
E311 – 4500 Oak Street
Vancouver (C.-B.)
V6H 3N1
Tél. : (604) 875-2633
Télec. : (604) 875-3716
bccewh@cw.bc.ca

Le pouvoir et l'influence de la participation des citoyens sur la recherche et la politique

Georgina Feldberg, Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu (RPSFM)

Le pouvoir et l'influence des groupes d'intérêts-clés et de leur élite fournissent une explication essentielle à l'analyse traditionnelle des changements aux politiques. Ainsi, par exemple, l'Association médicale canadienne et les fabricants de produits pharmaceutiques sont habituellement considérés comme des protagonistes essentiels des explications concernant les politiques en matière de santé¹. Les critiques du processus d'élaboration des politiques estiment que l'élaboration des politiques selon des intérêts particuliers crée un « déficit démocratique » qui porte atteinte à la légitimité du processus. Au cours de la dernière décennie, inspirés de manière considérable par le travail de Robert Putnam, les gens qui étudient la politique publique ont commencé à regarder au-delà des groupes d'intérêts organisés et à s'intéresser à une démarche ascendante plutôt que descendante en matière d'élaboration des politiques. Des analystes ont exploré le rôle que les citoyens et les groupes de citoyens peuvent jouer dans l'élaboration des politiques, et ils ont tenté « d'améliorer la participation des citoyens » afin de rendre le processus plus démocratique. Par le biais de ce qu'on appelle souvent le « dialogue délibératif », on consulte une plus vaste gamme d'électeurs². Les femmes représentent un tel électorat et certaines ont choisi de faire entendre leur voix dans le processus d'élaboration des politiques traditionnel en utilisant des techniques d'organisation et de lobbying normalisées. D'autres femmes, militantes féministes et chercheurs ont tenté de trouver des moyens similaires pour incorporer la diversité des points de vue des femmes dans une nouvelle forme d'élaboration des politiques³.

On a considérablement débattu de l'efficacité et de la sincérité des efforts récents du gouvernement afin d'encourager la participation des citoyens, mais l'effort plus vaste effectué dans le but de démocratiser le processus d'élaboration des politiques coïncide et traverse parfois les objectifs du militantisme féministe⁴. Les projets financés par le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu (RPSFM) fournissent des exemples d'élaboration de politiques au cours de laquelle un groupe communautaire peut jouer le rôle d'une « institution » qui fait pression à partir de l'intérieur afin d'obtenir des changements concernant la santé des femmes.

D'autres projets du RPSFM illustrent de quelle façon les processus visant à susciter la connaissance de façon ascendante peuvent permettre la création de politiques plus viables. Dans les deux cas, la création de nouvelles idées et de nouvelles connaissances peut mener les parties intéressées et le grand public à modifier leurs attentes, leur comportement et même leur vote et donc modifier la politique. Le compte rendu suivant de notre projet intitulé « Les attitudes canadiennes-anglaises face aux nouveaux soins en matière de reproduction et de génétique » est un exemple d'un type d'approche ascendante menant à un changement de politique que Diane Majury appelle « le bras de recherche de la collectivité »⁵.

Bien que l'on discute énormément des techniques génésiques et des technologies génétiques, nous savons très peu de choses par rapport à ce que la moyenne des Canadiens et des Canadiennes en pensent. En conséquence, nous ne savons pas quelle sera la réaction de la population canadienne face aux règlements et aux politiques élaborés, et, par le fait même, si ces politiques seront viables ou non. En sondant les attitudes d'un vaste échantillon de Canadiens et de Canadiennes, ce projet visait à faire en sorte que la politique soit fondée sur l'expérience. Les données engendrées par le projet peuvent informer ceux qui établissent les politiques de façon traditionnelle et le projet a également facilité la communication entre les diverses parties : au sein des groupes de discussion, les participantes se sont mutuellement instruites, ce qui a permis d'atténuer les extrêmes dans leurs attitudes. La nouvelle entente qui en est ressortie a donné lieu à l'amélioration de la viabilité de la politique. Les différentes parties intéressées comprenaient un échantillon général de Canadiens et de Canadiennes, de même que certaines collectivités de femmes spécifiques qui pourraient avoir recours aux techniques génésiques (p. ex., femmes infertiles, femmes célibataires, lesbiennes).

On s'est servi de méthodes quantitatives et qualitatives pour le projet afin de recueillir des données et d'élaborer une démarche empirique sur laquelle on puisse fonder des énoncés sur les attitudes de la population canadienne face à l'utilisation des techniques génésiques et des technologies

génétiques. En bref, on a ajouté une série de questions à l'étude de la région de Winnipeg, un sondage à fins multiples qui a permis aux chercheurs provenant de plusieurs disciplines de soumettre des questions propres à leur domaine d'intérêt. On obtient habituellement l'échantillon à partir d'une sélection au hasard de numéros de téléphone dans la région de Winnipeg, où les ménages constituent la première unité de sondage. L'échantillon devait être représentatif de la population de Winnipeg. Afin de pouvoir participer au sondage, les personnes interrogées devaient être âgées d'au moins 18 ans, demeurer dans un ménage et répondre à des critères propres aux rapports sociaux entre les hommes et les femmes déterminés à l'avance et au hasard. La taille totale de l'échantillon en 1999, année à laquelle nous avons ajouté des questions, était de 750, c'est-à-dire 428 femmes et 322 hommes de 18 à 90 ans. La deuxième méthode utilisée afin de recueillir des données consiste en des groupes de discussion qui ont eu lieu partout au pays. Les participants au sondage et aux groupes de discussion comprenaient, entre autres, des lesbiennes et des femmes des minorités officielles.

Nous avons recruté les participantes aux groupes de discussion à l'aide de groupes communautaires, d'annonces, de dépliants et d'un effet « boule de neige » (nos sources ont recruté des participantes additionnelles). Toutes les participantes étaient des femmes. Il a été extrêmement difficile d'organiser les rencontres. Malgré l'accès à une garderie et à des primes d'encouragement, les femmes ont souvent refusé de participer. Certaines ont accepté mais ne sont pas venues. Éventuellement, après plusieurs mois de préparation, des groupes se sont réunis en janvier et en février 2000 à St. John's, à Halifax, à Toronto et à Vancouver. Les groupes comptaient 37 femmes de 18 à 69 ans. Leur niveau de scolarité allait du secondaire aux études supérieures.

On a demandé aux participants des groupes de discussion et au sondage d'identifier la cause principale de l'infertilité. On a posé des questions ouvertes et des questions fermées concernant la variété de traitements, allant des traitements à la fine pointe de la technologie aux médecines douces, qu'ils pourraient envisager si eux-mêmes ou un être cher étaient infertiles. On a posé les mêmes questions ouvertes aux participantes des groupes de discussion. On leur a également demandé de quelle façon elles prendraient une décision et comment elles évalueraient les risques liés aux traitements offerts.

On a analysé les données recueillies dans les groupes de

discussion et au moyen du sondage afin d'obtenir un aperçu des attitudes liées à l'infertilité et à son traitement, qu'il s'agisse de techniques à la fine pointe de la technologie, de médecines douces ou de modifications du comportement. On a également analysé les résultats du sondage en fonction des différences entre les sexes. Les réponses aux questions ouvertes et fermées du sondage et la transcription des discussions de groupe suggèrent que plusieurs Canadiens et Canadiennes ont une connaissance limitée de l'infertilité, de ses causes, de ses conséquences et de son traitement. Plusieurs personnes interrogées ont identifié la génétique en tant que cause principale de l'infertilité. D'autres ont affirmé que « trop de sexe » ou « trop de boisson gazeuse » étaient les causes principales.

Parmi la population interrogée, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à admettre qu'elles souffraient d'infertilité ou qu'elles connaissaient quelqu'un qui en souffrait. Contrairement aux participantes aux groupes de discussion, dont plusieurs avaient eu recours à la procréation médicalement assistée, aucune des personnes interrogées lors du sondage n'a indiqué avoir eu recours à la fécondation in vitro, aux dons d'ovules ou de sperme, ou à la maternité par substitution. La plupart des personnes interrogées ont indiqué avoir une préférence pour les interventions n'ayant pas recours à la technologie. Les femmes étaient beaucoup plus nombreuses que les hommes à envisager l'adoption, mais il y avait également d'importantes différences entre l'attitude des hommes et des femmes par rapport à certains traitements en particulier. Lorsqu'on leur a posé des questions à propos des attitudes, les hommes comme les femmes ont indiqué qu'un changement d'activité physique, une modification de leur alimentation et l'utilisation d'un diagramme d'ovulation afin de planifier leurs rapports sexuels étaient les options qu'ils aimaient le plus tandis que l'utilisation de dons d'embryons et le recours à la maternité par substitution étaient celles qu'ils aimaient le moins. Parmi les personnes interrogées de 18 à 55 ans, 5,5 p. 100 ont indiqué avoir eu recours à une cure naturelle afin de traiter l'infertilité, 2,3 p. 100 ont eu recours à l'utilisation d'un diagramme d'ovulation afin de planifier leurs rapports sexuels et 9 p. 100 ont entrepris un changement d'activité physique.

Les groupes de discussion et le sondage montrent que l'expérience personnelle mène à une meilleure compréhension et suscite un plus grand intérêt, et que le fait de connaître quelqu'un qui souffre d'infertilité améliore la prise de conscience du participant face à l'expérience, aux traitements

disponibles et aux options de traitement. Parmi les personnes interrogées lors du sondage, celles qui ont indiqué avoir été infertiles ou connaître quelqu'un ayant eu de la difficulté à concevoir étaient beaucoup plus nombreuses à croire qu'un déséquilibre hormonal, les maladies infectieuses, l'âge, une grossesse tardive, le port de sous-vêtements serrés et que trop d'activité physique causent l'infertilité. Les participantes aux groupes de discussion ont souvent commencé la rencontre en prenant des positions extrêmes par rapport aux causes de l'infertilité et à la pertinence du traitement. Par exemple, on a blâmé les femmes infertiles parce qu'elles ont eu une grossesse tardive et on a jugé frivole ou inutile leur désir d'avoir recours à un traitement. Au sein des groupes de discussion, les femmes ayant souffert d'infertilité ont calmé la discussion et ont atténué les écarts de perception en racontant leur histoire, ce qui a mis à jour une autre série de causes et d'explications. À St. John's, par exemple, « Jeanne » a parlé de son amie qui souffrait d'endométrite ayant créé beaucoup de tissu cicatriciel, tandis que « Marie » trouvait que les coûts élevés étaient une barrière à l'adoption. À Vancouver, « Catherine », qui avait participé aux rencontres d'un groupe de soutien pour l'adoption, a fait des commentaires par rapport au manque de visibilité de l'expérience des femmes infertiles. « Je devrais connaître beaucoup de gens, en fait je *connais* beaucoup de gens qui sont infertiles et qui n'en parlent jamais. Je viens juste d'y penser. »

Ce projet est bien sûr pertinent quant aux débats permanents entourant les dispositions et les règlements de la procréation médicalement assistée. Nos réponses à l'avant-projet de loi déposé en 2000 et 2001 sont éclairées selon ce que nous avons appris :

- La plupart des femmes infertiles ne parlent pas de leur expérience. Cela veut dire que l'expérience des personnes qui ont recours à la technologie n'est pas reflétée dans la recherche ni dans la politique.
- Les politiques gouvernementales ne correspondent pas aux préférences du public. Par exemple, les personnes interrogées dans le cadre de notre sondage ont indiqué que l'adoption et les médecines naturelles sont les options qu'ils préfèrent pour traiter l'infertilité. Aucun participant au sondage n'a indiqué avoir eu recours à la fécondation in vitro ou aux moyens de la technologie de pointe. Cependant, les politiques se concentrent sur le contrôle des techniques génésiques plutôt que sur la réglementation entourant l'adoption ou la sécurité des médecines douces.

Une politique viable à laquelle les patients et les médecins se conformeraient plutôt que d'y résister doit se fonder sur les pratiques existantes et tenir compte des besoins de ceux et celles qui utiliseraient la technologie.

De façon plus significative, toutefois, le projet de recherche contient en tant que tel des implications pour l'élaboration des politiques. Il montre qu'il peut être très difficile de recruter des femmes ayant souffert d'une maladie en particulier, ce qui implique que la voix de ces femmes ne se fait pas assez souvent entendre lorsqu'on établit les bases d'une politique. Deuxièmement, nous avons trouvé que lorsque la voix de ces femmes est ou peut être incorporée, la discussion ne se limite pas à deux extrêmes parce que la compréhension et la prise de conscience des autres participants s'élargissent et que les mythes entourant les problèmes sont dissipés. Troisièmement, les participantes aux groupes de discussion ont forcé les chercheurs à utiliser des termes qui reflétaient mieux leur expérience. Elles ont posé des questions sur la façon dont les questions du sondage étaient écrites, comme par exemple, la définition du mot « infertilité » ou du « traitement de l'infertilité ». Elles ont fait part de leur malaise par rapport à l'utilisation courante de la définition du mot infertilité, comme « l'incapacité de concevoir après un an de relations sexuelles non protégées » qui s'applique presque exclusivement aux femmes mariées ou aux femmes dans des relations hétérosexuelles. Elles ont examiné la signification du mot « infertilité » lorsqu'il se rapporte aux femmes célibataires, aux lesbiennes, aux femmes qui tentaient de procréer avec un homme et aux hommes. Elle ont fait part de leur inquiétude par rapport au fait que les fausses couches à répétition et que l'incapacité de concevoir sont utilisées de façon interchangeable et que l'infertilité masculine, qui est plus difficile à diagnostiquer, peut demeurer cachée, n'est pas traitée avec le même empressement et qu'elle place le fardeau du traitement sur la partenaire féminine. La voix de ces femmes, combinée à leurs expériences et aux données recueillies à partir du sondage et des groupes de discussion, constitue la base de la politique qui se fonde et qui répond aux besoins de la population.

Comme la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction et ses conséquences l'ont démontré, le débat entourant la politique sur la procréation médicalement assistée est passionné et va aux extrêmes. Ainsi, les efforts visant à passer des recommandations à l'action ont souvent échoué. Ce projet de recherche suggère que les groupes de discussion peuvent permettre aux

chercheurs de bien comprendre les nuances dans la voix des femmes de façon à non seulement susciter de nouvelles connaissances, mais aussi à nous aider à aller au-delà des alternatives allant d'un extrême à l'autre en matière de politique. L'approche empruntée par le RPSFM afin d'élaborer des recommandations concernant les politiques montre qu'il faut faire participer « les gens », pas seulement en tant que récipiendaires de la politique mais aussi en tant que sources de connaissance, d'influence et de pouvoir au sein des groupes de discussion, et en tant qu'éducateurs et pairs, et non pas en tant qu'agents de politique.



Le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu

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

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

¹ Tuohy, C. (1999). *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada*. New York/Oxford: Oxford University Press.

² Lisez par exemple, A Legacy of Citizen Engagement: The Society We Want Wraps Up Research, *Discovering the Society We Want Newsletter*, Canadian Policy Research Networks, n° 6, mars 2001, p.1.

³ Vickers, J. et coll. (1993). *Politics as If Women Mattered: A Political Analysis of the National Action Committee on the Status of Women*. Toronto/Buffalo: University of Toronto Press; Linda Briskin et Mona Eliasson, (éd.) (2000). *Women's Organizing and Public Policy in Canada and Sweden*. Montréal : McGill-Queen's.

⁴ Briskin, L., M. Eliasson, G. Feldberg et M. Carlsson (2000). Organized for Health: Women's activism and health policy making in Canada and Sweden. Dans L. Briskin et M. Eliasson, (éd.), *Women's Organizing and Public Policy in Canada and Sweden*. Montréal : McGill-Queen's.

⁵ Majury, D. (1998). *Promouvoir la santé des femmes: Infléchir la politique canadienne de la santé*. Cadre de formulation de conseils en matière de politiques-Rapport à l'intention du Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes. Ottawa : Programme des Centres d'excellence pour la santé des femmes.

LA REDÉFINITION DE L'ÉLABORATION DES POLITIQUES

Le processus est le produit : la redéfinition de l'élaboration des politiques

Alors qu'elle parlait de la diffusion et de l'impact des politiques sur la recherche dans le domaine de la santé des femmes, Sandra Bentley, coprésidente du Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Maritimes et conseillère principale en politiques au Interministerial Women's Secretariat de l'Île-du-Prince-Édouard, disait que « le processus est essentiellement une partie importante du produit ». La qualité des partenariats de recherche a une influence sur la qualité, la pertinence et l'impact de la recherche. La façon dont on développe la capacité de la collectivité et du centre et dont on diffuse les résultats de recherche est également critique. L'emphase sur les procédures est particulièrement importante dans les domaines qui ont traditionnellement été sous-étudiés.

L'article met en évidence trois des mécanismes du centre servant à élargir la portée du dialogue en matière de

politiques de la santé et à permettre à de nouveaux intervenants de participer. Ces initiatives créent une compréhension et une lancée et représentent un investissement en matière de connaissance des politiques de la santé. Le premier mécanisme est un nouveau partenariat avec les chercheurs membres d'une collectivité qui est habituellement négligée en matière de recherche et dont les membres ont moins accès aux services de santé. Le deuxième est une plate-forme publique pour animer les programmes de recherche sur la santé des femmes et diffuser les résultats de la recherche. Le troisième est une chaire de recherche universitaire permanente sur la santé des femmes et sur la description de l'environnement.

Réseau de santé des femmes noires

La communauté noire de la Nouvelle-Écosse est la population la plus vulnérable et la plus exposée de la région

de l'Atlantique. Malgré cela, elle est régulièrement exclue de la recherche générale sur la santé. Afin de tisser les liens d'une nouvelle recherche et d'un nouveau partenariat de recherche avec cette communauté, le centre a invité des chercheurs noirs à prendre la parole lors d'une série de déjeuners-causeries à propos de la santé des femmes noires. Cette série a mené à la formation du Black Women's Health Network (réseau de santé des femmes noires), un réseau autonome de chercheurs et de bénévoles des milieux universitaire, communautaire, des politiques publiques et des organismes cliniques. Ce groupe est devenu un partenaire du centre, ce qui a donné lieu à un projet de recherche visant à examiner l'état actuel des connaissances sur la santé des femmes et des familles noires néo-écossaises. En mars 2001, 100 décideurs, chercheurs et membres de la collectivité ont participé à un atelier afin de discuter des résultats préliminaires. Les recommandations de l'étude comprennent ce qui suit :

1. Développer des ressources en matière de santé pour des maladies comme la drépanocytose qui touche la population noire de façon disproportionnée.
2. Offrir de la formation et sensibiliser les professionnels de la santé et les étudiants en médecine par rapport à la culture des noirs.
3. Entreprendre des recherches sur la façon d'embaucher et de conserver les groupes marginaux dans les emplois en soins de santé.
4. Élaborer et diffuser des connaissances reposant sur des preuves à propos de la santé des femmes noires.

La façon dont cette recherche a été lancée, financée et entreprise élargit potentiellement la portée de l'élaboration des politiques. Par exemple, ce projet n'aurait pas été possible si le Centre d'excellence de la région des Maritimes s'était servi du processus concurrentiel normal d'inspection professionnelle comme base unique pour prendre les décisions concernant le financement de la recherche, ce qui aurait empêché les intervenants de la communauté noire d'y participer. Les dirigeants ont appuyé le partenariat de recherche tout comme le projet de recherche parce qu'ils développent la capacité et le réseautage au sein de la collectivité et ils engendrent de nouvelles connaissances à propos de la santé des membres de la collectivité.

Forum sur les politiques concernant la santé et le bien-être des femmes

Le développement de nouveaux moyens pour diffuser les résultats des projets de recherche peut aussi changer la forme

du processus d'élaboration des politiques. Une partie de la plate-forme visant à diffuser les résultats de la recherche financée par le centre a consisté en un forum d'une journée, qui a eu lieu en 1999 et en 2000, dans chacune des quatre provinces de l'Atlantique. Des chercheurs universitaires, des décideurs, des organismes communautaires et des militants pour la santé des femmes ont été invités à assister aux exposés de groupes d'experts à propos des recherches entreprises dans leur province. Des rencontres privées avec des décideurs (ministres et hauts fonctionnaires des conseils régionaux sur la santé) ont donné une autre occasion au personnel du centre de parler du travail qui y est effectué, de présenter les résultats de leurs recherches et de distribuer des exemplaires des publications du centre. Lesley Poirier, ancienne coordonnatrice de la recherche au Centre d'excellence pour la santé des femmes de la région des Maritimes, indique qu'« en plus de communiquer de nouvelles connaissances, il est important de mentionner que le centre fait la promotion d'un type nouveau et très spécifique de programme concernant la recherche sur la santé des femmes, une recherche appliquée qui repose sur la collectivité plutôt qu'une recherche clinique et collaborative ».

Au cours des forums sur les politiques de 2000, le centre a inauguré le Leadership Award for Women's Health in Atlantic Canada, un événement qui a honoré 20 femmes et groupes qui ont fait une différence pour la santé des femmes dans leur collectivité. Les cérémonies de remise des prix a fait l'objet d'une couverture médiatique considérable dans chacune des capitales où elles ont eu lieu. Le Leadership Award for Women's Health rend la recherche sur la santé des femmes et le travail communautaire en santé des femmes plus visibles aux yeux du public et des décideurs. En plus de fournir une plate-forme pour l'animation du travail, le prix reconnaît, valide et soutient la collectivité des chercheurs en santé de la femme.

Chaire Elizabeth May de la santé des femmes et du milieu

La chaire Elizabeth May de la santé des femmes et du milieu de la Dalhousie University offre une nouvelle entité permanente pour la recherche sur la santé des femmes ainsi qu'un nouveau processus pour l'assimilation de la recherche. Résultat de deux dons anonymes au centre totalisant 1,6 million de dollars, le mandat de la chaire est d'enseigner, de faire de la recherche, de favoriser le débat et de faire en sorte que les résultats des recherches soient intégrés aux politiques publiques dans le domaine de la santé des femmes et du milieu. L'attribution principale va à la faculté des professions

de la santé de la Dalhousie University, mais la personne nommée travaillera à partir du centre, favorisant ainsi un autre partenariat de recherche. Elizabeth May, directrice administratrice du Sierra Club of Canada, était la première présidente de la chaire en 1999 et en 2000. Sharon Batt en sera la présidente pour le prochain mandat. Elle termine en ce moment une nomination de deux ans à la Chaire Nancy en études féminines de l'Université Mount Saint Vincent où elle a enseigné et entrepris des recherches sur la santé des femmes. Écrivaine et militante communautaire, son travail, qui est grandement reconnu, fait la promotion de recherches et de politiques ayant pour objectif la prévention du cancer du sein en vivant dans un milieu sain. Son livre, *Patient No More : the Politics of Breast Cancer* (Gynergy Books, 1994), fait l'objet d'une renommée internationale.

Comment évalue-t-on l'impact des trois mécanismes décrits dans cet article? De nouveaux réseaux de chercheurs et de

nouvelles recherches provenant de collectivités diverses, un plus grand nombre d'intervenants, incluant les dirigeants communautaires, une couverture médiatique vivante des problèmes liés à la santé des femmes alors qu'elle était quasi-inexistante et une source de connaissances qui ne cesse d'augmenter à propos de la santé des femmes, qui ont été ignorées par le passé, tout cela mis ensemble a un impact.



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
Télec. : (902) 420-6752
mcewh@dal.ca

PASSER À L'ACTION POUR INFLUENCER LES POLITIQUES

La souris qui rugissait : comment utiliser les principes du militantisme féministe pour influencer les politiques

Nancy Poole, Centre pour l'excellence de la santé des femmes de la C.-B.

Vers la fin des années soixante-dix, la féministe américaine loufoque Flo Kennedy a donné des conseils aux militantes féministes à propos de la stratégie. Elle a dit que ce serait toujours plus problématique pour les gens au pouvoir de faire face à 10 000 souris dans une pièce qu'à un seul lion rugissant. L'image des souris sans entraves peut être une source d'inspiration pour celles et ceux qui cherchent à diriger leurs recherches et à mettre en œuvre les conclusions de leurs recherches afin de changer le modèle des politiques relatives à la santé des femmes. Dans cet article à propos de la recherche sur les femmes enceintes ou maternantes qui consomment de l'alcool, du tabac ou d'autres drogues, les « souris » comprennent les prestataires de services dans les collectivités, celles et ceux qui défendent la cause au gouvernement, les femmes qui consomment de l'alcool ou des drogues ainsi que les chercheurs du Centre pour l'excellence de la santé des femmes de la Colombie-Britannique (CESFCB). Le « rugissement » ne vient pas d'un seul lion, mais de plusieurs intervenants se servant de tactiques d'organisation féministes et de méthodes de

recherche reposant sur la collectivité afin d'influencer les politiques en matière de santé.

Au cours des cinq dernières années, les chercheurs du CESFCB ont travaillé sur quatre projets de recherche de ce genre concernant les politiques sur les femmes enceintes ou maternantes qui consomment de l'alcool, du tabac ou d'autres drogues. Le premier projet a vu le jour à la suite des actions en justice entreprises par les Services à l'enfant et à la famille de Winnipeg contre M^{me} G, une Autochtone qui inhalait des solvants pendant sa grossesse, pour qu'elle subisse un traitement. Alors que le litige passait à la Cour suprême, nous avons lancé un processus visant à créer un consensus entre les personnes qui travaillent dans le domaine de la prévention de l'abus d'alcool ou d'autres drogues et du syndrome d'intoxication fœtale à l'alcool et de la santé des femmes. Nos objectifs étaient d'ouvrir le dialogue, de s'affranchir d'une approche fermée, punitive et unidimensionnelle par rapport à ce problème, et de servir des suggestions de différents intervenants afin de guider l'orientation de la recherche.

Grâce à une subvention d'amorçage du CESFCB, nous avons étudié les actions en justice entreprises contre des femmes qui consomment de l'alcool ou d'autres drogues durant leur grossesse. Nous avons examiné la littérature à propos de l'impact du traitement involontaire, des obstacles au traitement rencontrés par des femmes enceintes ou qui élèvent des enfants ainsi que des approches alternatives. Nous avons élaboré un dossier de presse et avons organisé une conférence de presse coïncidant avec la décision de la Cour suprême. Les femmes qui ont fait partie du processus visant à créer un consensus en C.-B. et qui travaillaient pour le gouvernement ont fait circuler des centaines de dossiers de presse pour les décideurs afin de les informer et de les inviter à discuter, entre autorités régionales en matière de santé, de la façon dont les systèmes de services sociaux et de santé peuvent soutenir les femmes vivant une situation comme celle de M^{me} G plutôt que de les punir.

Ces tactiques nous ont permis d'élaborer avec succès un contexte qui découragerait les actions punitives en justice contre les mères dans cette province. Nous avons contribué à redéfinir le débat entourant le cas de la Cour suprême et à faire valoir aux intervenants les mérites du soutien non coercitif et empreint de compassion lors de la grossesse afin de prévenir les déficiences liées à la consommation d'alcool ou de drogues lors de la grossesse.

Le cas de M^{me} G nous a amenés à nous pencher sur ce qui constitue un obstacle au traitement pour les femmes enceintes ou qui élèvent des enfants. Une fois de plus, nous avons fait participer des personnes pouvant en tirer profit et faire pression sur le processus de recherche pour changer les politiques. Les prestataires de services communautaires en matière d'alcool et de drogues de Prince George et de Vancouver nous ont aidés à élaborer les questions de la recherche, à l'effectuer et à en faire connaître les résultats. Le rapport des résultats : *Les appréhensions : obstacles au traitement des femmes enceintes consommant de l'alcool ou d'autres drogues*, met en évidence un obstacle-clé au traitement : les femmes craignent que leurs enfants soient appréhendés si elles avouent avoir des problèmes de toxicomanie. Puisqu'elle se fonde sur les problèmes de politique urgents auxquels font face les mères consommant de l'alcool ou d'autres drogues et les prestataires de service dans les collectivités, on se sert de cette recherche afin de guider la prise de décision dans plusieurs contextes. Par exemple, l'unité de la Stratégie canadienne antidrogue de Santé Canada s'est servi de notre rapport comme fondement pour les discussions qui ont eu lieu en mars 2001 avec les

prestataires de services périnataux et de dépendance qui participent à la formation d'autres professionnels de la protection de l'enfance qui sont en mesure de soutenir l'accès aux soins pour les femmes. Les résultats de cette recherche ont également servi au groupe de travail sur les politiques en matière de dépendances. En conséquence, le rapport de ce groupe, *Weaving Threads Together: A New Approach to Address addictions in BC (mars 2001)* [Recollons les morceaux : une nouvelle approche pour aborder l'accoutumance en C.-B.], recommande l'utilisation de stratégies spécialisées afin de faire en sorte que les femmes aient accès aux services dont elles ont besoin.

Les gens qui défendent les soins de santé des femmes autochtones en C.-B. ont confirmé et amélioré nos résultats en expliquant de quelle façon les femmes des Premières nations et les femmes métisses sont confrontées à ces obstacles et à ce soutien au traitement. Le bulletin du printemps 2001 du Bureau pour la santé des femmes du ministère de la Santé de la C.-B. était consacré à la discussion de la façon d'améliorer l'accès au traitement pour les femmes autochtones et la qualité de celui-ci¹.

Dans le troisième projet de recherche, les chercheurs du CESFCB ont travaillé de concert avec le Sheway Project afin d'évaluer son approche innovatrice de réduction des préjudices pour améliorer l'accès aux soins des mères toxicomanes. Sheway est un programme mis en œuvre dans la partie est du centre-ville de Vancouver qui offre un soutien aux femmes enceintes ou aux mères qui consomment de l'alcool ou d'autres drogues. Notre recherche montre que lorsque les soins aux femmes enceintes se concentrent sur des facteurs plus larges de la santé des femmes comme la nutrition, le logement, le soutien financier et la diminution de la violence plutôt que principalement sur l'abus d'alcool ou d'autres drogues, on peut parvenir à des résultats positifs pour la santé des femmes et pour la prévention du syndrome d'intoxication fœtale à l'alcool. Plusieurs développements indiquent que le travail avec Sheway a un impact sur les politiques. La commission pour les enfants de la C.-B. a incorporé nos résultats dans ses recommandations auprès du gouvernement de la C.-B. par rapport à la prévention du syndrome d'intoxication fœtale à l'alcool. On considère que les déterminants sociaux du projet Sheway au plan de la santé et que son approche en matière de diminution de la violence constituent une « meilleure pratique » pour les programmes financés à l'échelle nationale par le Programme de nutrition prénatale de Santé Canada. Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies en fait

d'ailleurs la promotion dans son centre de documentation sur le syndrome de l'intoxication fœtale à l'alcool. Plusieurs décideurs d'autres provinces, qui travaillent à l'amélioration des stratégies en matière de prestation de services pour les femmes très à risque, enceintes ou toxicomanes, ont commandé le rapport de recherche. Afin de répondre aux besoins des prestataires de programmes fondés sur la collectivité et des autres, le CESFBC voulait que les résultats soient accessibles et faciles d'utilisation. Une version abrégée de quatre pages a été publiée et est également disponible dans le Web (www.bccewh.bc.ca). Quatre éditions de la version abrégée du rapport ont été publiées parce que beaucoup de gens veulent la distribuer lors de rencontres, de sessions de formation et de conférences.

En 2000, une équipe multidisciplinaire de chercheurs du centre était financée par le Bureau de la coordonnatrice de la Situation de la femme afin d'entreprendre l'analyse des discours politiques sur le maternage sous la contrainte dans trois situations : les mères ayant une relation intime abusive, qui ont des problèmes d'alcool ou de drogues ou qui souffrent d'une maladie mentale. Les résultats préliminaires indiquent que les décideurs officiels en matière de politiques et les médias jugent plus sévèrement les femmes toxicomanes que les femmes aux prises avec une relation personnelle abusive ou que celles qui ont des troubles de santé mentale. Cela semble être dû au fait que l'on estime que les femmes qui

consomment de l'alcool ou des drogues pendant leur grossesse en font le *choix* tandis que les femmes qui font abuser d'elles par leur partenaire ou qui ont des troubles de santé mentale ne sont pas responsables de leur situation. Cette étude confirme que les défenseurs des droits des femmes en matière de santé, qui appuient une approche de réduction des préjudices en matière de politiques et de pratiques pour les femmes toxicomanes, ont tout un défi à relever. Trouver des façons de contrer les politiques dominantes et l'attitude des médias envers les femmes toxicomanes représente un défi de taille, mais auquel notre série de projets sur les obstacles au traitement et nos approches réussies nous ont préparé.

En 2001, influencer la politique n'est toujours pas une mince affaire pour les chercheurs sur la santé des femmes. Mais les principes du militantisme féministe continuent de nous offrir des stratégies pour mettre en œuvre des pratiques de recherche inclusives, la défense publique de la cause et des changements dans les politiques. Souris ou lion? Restons-en à la souris rugissante.



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

**Centre d'excellence pour la santé des femmes
de la région de la Colombie-Britannique**
E311 – 4500 Oak Street
Vancouver (C.-B.) V6H 3N1
www.bccewh.bc.ca
Tél. : (604) 875-2633
Télé. : (604) 875-3716
bccewh@cw.bc.ca

¹ Pour obtenir un exemplaire (en anglais) du bulletin de février 2001, vol. 4, n° 1, communiquez avec le Bureau pour la santé des femmes, ministère de la Santé, 5-1, 1515 Blanshard St., Victoria (C.-B.), V8W 3C8, Tél. : (250) 952-2256, Télé. : (250) 952-2799.

CE QUE 250 FEMMES DIRAIENT...

si vous leur demandiez de nommer les facteurs sociaux qui ont eu la plus grande influence sur leur santé et sur la santé de femmes qu'elles connaissent? Le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la région des Prairies a su la réponse l'automne dernier et en fait part par l'entremise de leur Plan d'action pour la santé des femmes au Manitoba et en Saskatchewan. Les travailleurs de la santé, les animateurs communautaires, les universitaires, les décideurs et les individus ont mis en évidence douze domaines d'action prioritaires dans les soins de santé et autres. Publié en janvier 2001, le plan d'action fournit des

consignes et des stratégies afin de :

1. diminuer la pauvreté parmi les femmes et aborder l'impact de la pauvreté sur la santé des femmes;
2. améliorer les conditions des prestations de soins rémunérés et non rémunérés;
3. répondre aux besoins de santé spécifiques des femmes autochtones;
4. aborder la violence envers les femmes.

L'unité de la santé des femmes de Santé Manitoba a adopté en entier le plan de douze points dans le cadre de leur Stratégie sur la santé des femmes, mais il est encore trop tôt pour connaître l'impact véritable qu'aura cette politique. Le Centre d'excellence pour la santé des femmes de

la région des Prairies continuera à travailler avec le gouvernement et les collectivités afin de suivre la mise en œuvre du plan au cours des mois et des années à venir.

Pour obtenir un exemplaire du rapport complet ou une brochure simplifiée, visitez www.pwhce.ca ou communiquez avec le :

**Centre d'excellence pour la santé
des femmes – région des Prairies**
56 The Promenade
Winnipeg (Manitoba) R3B 3H9
Tél. : (204) 982-6630 Télé. : (204) 982-6637
pwhce@uwinnipeg.ca



PASSER À L'ACTION POUR INFLUENCER LES POLITIQUES

Promouvoir la santé des femmes par le biais de la consultation publique

Marléne Dallaire, Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium Université de Montréal

La plupart des projets entrepris par le Centre d'excellence pour la santé des femmes—Consortium Université de Montréal (CESAF) visent à atteindre des objectifs pratiques et, dans certains cas, à élaborer des interventions directes afin d'améliorer la santé des trois groupes cibles du centre : le personnel soignant féminin et les aidantes naturelles, les femmes autochtones et les immigrantes¹. Notre objectif est d'améliorer de façon concrète les pratiques et les services, et de promouvoir le renforcement du pouvoir des femmes, ce que la régie régionale s'est en partie engagée à appuyer en organisant un programme de formation pour le personnel des services de soutien qui débutera à l'automne 2001. À la suite d'une longue consultation entre le CESAF et la régie de la santé, le programme informera les infirmières et les travailleurs sociaux des CLSC de l'île de Montréal de la situation particulière des femmes soignantes afin de promouvoir une approche qui fera directement participer le personnel soignant dans la prise de décision.

Lorsque le CESAF et ses partenaires ont entrepris une consultation publique avec la régie régionale de la santé de l'île de Montréal, ils l'ont fait en s'appuyant sur les fruits d'une recherche de cinq ans sur la prestation de soins. Le CESAF et ses partenaires, dont le Regroupement des aidantes et aidants naturel(le)s de Montréal, le Centre de soutien aux personnes soignantes du CLSC René-Cassin et la chercheuse féministe Nancy Guberman ont réalisé un total de huit projets de recherche. Un projet entrepris par le CESAF qui consistait à examiner les documents concernant les politiques des régies régionales de la santé, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et des CLSC, indique qu'on a prêté peu d'attention à la situation des personnes soignantes. Ces organismes gouvernementaux ont adopté un modèle utilitaire—soutenir les personnes soignantes seulement dans le but de prendre les devants face à l'épuisement professionnel et de maintenir leur présence au travail. On peut offrir des soins de relève ou un soutien financier, mais ce modèle est limité et ne tient pas compte de la dimension émotionnelle de la prestation de soins. Le gouvernement est en train de transférer la responsabilité des

soins aux familles, mais notre étude indique que les ressources qu'il alloue aux soins à domicile sont carrément inadéquates.

Le manque de ressources se fait encore plus ressentir lorsqu'on fait face à des problèmes de taille. Toutes les femmes soignantes ayant participé à une étude du CESAF avaient une perception négative de leur propre santé. Elles ont parlé de surcharge de travail, de stress, d'isolement et de dislocation dans tous les aspects de leur vie. Les personnes soignantes ont en commun un besoin de sursis, de soutien moral, d'information sur la santé et de soutien financier, mais comme deux autres études l'ont démontré, leurs besoins varient également. Les filles qui prennent soin d'un membre de leur famille sont encore plus à risque que les épouses, car elles sont perçues comme des « ressources » non rémunérées par les services sociaux et les services de santé, il y a donc encore moins de solutions adaptées à leurs besoins. Dans le cadre d'une analyse des études, nous avons trouvé que les nouveaux immigrants sont confrontés à des risques uniques. Même si le fait de prendre soin d'un membre de la famille qui est malade ou à charge est similaire pour des familles vivant dans différentes collectivités, la difficulté à concilier plusieurs responsabilités et tâches ralentit le processus d'intégration des nouveaux immigrants dans la collectivité d'accueil.

Les personnes soignantes développent leurs propres stratégies afin de vivre avec les difficultés propres aux soins qu'elles prodiguent. Il peut s'agir de pratiques religieuses ou spirituelles ou de contacts avec des groupes ou un réseau de soutien de manière improvisée. La nature souvent individuelle de ces stratégies peut toutefois provoquer certains types de problèmes comme un déséquilibre entre le pouvoir des hommes et des femmes au sein de la famille, entre les conjoints ou entre les filles et les parents, par exemple, lorsque la femme ou la fille est la personne soignante. Le problème se pose plus souvent en situation d'isolement.

Il est clair que les ressources personnelles des femmes ne peuvent pas remplacer l'engagement collectif par rapport à la prestation de soins, mais la restructuration du système de

santé comme elle s'effectue présentement au Québec ne présage rien de bon pour les responsabilités collectives. Au printemps 1998, lorsque la régie régionale de la santé de l'île de Montréal a proposé d'améliorer les services de santé, le CESAF et ses partenaires ont pris part à la consultation publique. Lors de notre exposé, nous avons indiqué « qu'on accorde peu de place aux femmes soignantes, aux immigrantes et aux femmes autochtones dans la proposition de la régie régionale, même si leurs conditions de vie et leur santé nécessitent une attention particulière² ». La présentation du plan révisé³ de la régie régionale tenait compte de notre point de vue lorsqu'il indiquait « qu'il est souhaitable de faire des références spécifiques au sexe féminin dans tous les programmes et les services ». Cependant, le plan n'a pas identifié de mesures concrètes afin de tenir compte du sexe féminin et n'a pas recommandé de stratégies afin d'améliorer les conditions de vie des femmes soignantes. Le CESAF a demandé à rencontrer le comité chargé du suivi.

En juin 1999, le CESAF et les partenaires qui se sont montrés intéressés par le milieu de recherche, le secteur communautaire et par le réseau de la santé ont présenté un document commun contenant sept recommandations au comité ainsi que des suggestions concrètes pour leur mise en œuvre⁴. Hormis les résultats des projets de recherche, le document reposait sur une consultation entre les associations de personnes soignantes de partout dans la province. (En novembre 1998, 250 personnes ont participé à une rencontre d'une journée sur la situation des aidantes naturelles qui était organisée par le Regroupement des aidantes et des aidants naturel(le)s de Montréal et financée par le CESAF.) Parce que les régies régionales de la santé sont du ressort du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, nos recommandations étaient explicitement conformes au plan ministériel sur la condition de la femme. Le plan porte sur la nécessité d'évaluer l'impact de la réforme des soins de santé sur les femmes, surtout en tant que personnes soignantes rémunérées et non rémunérées, mais la régie régionale de la santé de Montréal n'a pas tenu compte de cette directive.

Un groupe de travail restreint composé de gestionnaires des régies de la santé et de représentants du CESAF a été mis sur pied afin d'examiner la faisabilité de la mise en place à court terme des recommandations. Après avoir discuté avec les services concernés et après un long processus consultatif avec le CESAF, la régie de la santé est maintenant prête à mettre en œuvre une des mesures proposées—un programme de formation pour le personnel des services de soutien à domicile des CLSC. Le programme débutera à l'automne 2001 et formera le personnel, y compris les infirmières, les travailleurs sociaux et les auxiliaires familiaux des centres à faire participer les personnes soignantes aux décisions concernant les plans de service, à aider les personnes soignantes à évaluer leur capacité à prodiguer des soins et à déterminer si elles consistent à prodiguer des soins et à apprendre à reconnaître et à respecter leurs limites en tant que personne soignante. La régie de la santé rendra le programme accessible aux 29 CLSC. Nous espérons que chaque centre l'offrira à son personnel.

Se lancer dans le domaine de la consultation publique nécessitait de la vigilance et le soutien de plusieurs partenaires du CESAF ainsi que de plusieurs organismes de pression. Cette coalition de groupes, les études de recherche effectuées par le CESAF et la consultation avec les organismes de personnes soignantes ont fourni les moyens nécessaires afin d'influencer la politique publique à l'avantage des femmes.



Centre d'excellence pour la santé des femmes

CESAF est fermé. Pour obtenir des copies de leurs publications, prière de contacter :

Réseau canadien pour la santé des femmes

419, avenue Graham, bureau 203
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3C 0M3
www.cwhn.ca
Tél. : (204) 942-5500
Télec. : (204) 989-2355
Numéro sans frais : 1 888 818-9172
ATS sans frais: 1-866-694-6367
cwhn@cwhn.ca

¹ Pour un résumé des travaux du CESAF : Dallaire, Geneviève (2000). *Achievements and Challenges of Knowledge Generation, 1997-2000*. Montréal : CESAF, 28 p.

² Dallaire, Marlène (1998). *Avis sur l'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal 1998-2001*. Montréal : CESAF, 14 p.

³ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1998). *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002. Le défi de l'accès*. Montréal : RRSSM-C, 124 p.

⁴ Bernier, Jocelyne (1999). *Recommandations concernant l'impact des transformations du système de santé sur les femmes aidantes*. Montréal : CESAF, 23 p.

Politiques ascendantes : les services ruraux pour les femmes ayant survécu à la violence

Diane J. Forsdick Martz, directrice du Centre for Rural Studies and Enrichment du St. Peter's College et Deborah Bryson Sarauer, thérapeute en santé mentale au Central Plains Health District, en Saskatchewan

Une femme victime d'abus vivant dans une ferme qui n'a pas de véhicule ni d'argent pour prendre l'autobus n'aura pas vraiment l'occasion de se rendre en ville pour son rendez-vous en counselling ou d'aller demeurer dans un refuge urbain surpeuplé. À Humboldt et dans les environs, où nous avons procédé à l'étude de recherche intitulée *La violence domestique et l'expérience des femmes en milieu rural dans le Centre-Est de la Saskatchewan* (2000), le seul refuge avec du personnel compétent se trouve à plus de 100 km et un travailleur pour la protection des familles ne vient que lorsqu'on fait des rapports et que les appels à la GRC en dehors des heures de bureau et les fins de semaine sont acheminés à Regina. Jusqu'à ce que l'étude soit effectuée, les Services de santé mentale, le point focal des services pour les femmes ayant survécu à la violence dans la région, se servaient de protocoles de dépistage afin de diagnostiquer des symptômes comme la dépression ou l'anxiété, plutôt que de faire enquête sur les causes sous-jacentes de leur détresse comme la violence. Les 19 femmes vivant en milieu rural qui ont participé à l'étude ont indiqué qu'elles sont demeurées avec des hommes abusifs pendant des années et que leur décision de rester avec cet homme abusif avait été influencée par le manque d'information sur l'abus et par le manque d'accès à des services de soutien adéquats. Ces femmes avaient été victimes de violence psychologique et verbale allant des injures aux menaces de mort, et de violence physique allant d'une bousculade à une volée de coups nécessitant un séjour à l'hôpital. Le silence et le manque de soutien autour d'elles contribuaient à leur faire croire que la violence était normale et que cela était leur faute. En conséquence, lorsqu'elles ont demandé de l'aide aux services de soutien, elles n'ont pas parlé de la violence dont elles étaient victimes.

Une conclusion importante de l'étude est que le dépistage de la violence envers les femmes était une question de chance,

une rencontre fortuite avec un travailleur informé et empathique à la violence plutôt que le résultat d'un protocole de service assurant un dépistage et des soins efficaces. Cela ainsi que d'autres conclusions de l'étude liées aux services ont mené à des changements rapides et importants relatifs aux politiques :

1. Les Services de santé mentale ont institué de nouveaux protocoles de service afin de dépister la violence de manière constante et directe, et afin d'assurer des soins prompts et prioritaires aux femmes victimes de violence.
2. Partners for Rural Family Support (PRFS) [Partenaires pour le soutien des familles en milieu rural], un comité de lutte contre la violence qui a été le fer de lance de l'étude, a fait une demande pour obtenir du financement pour deux nouveaux services, un avocat pour les femmes et un centre de la famille rurale. Un troisième service, un animateur pour un groupe de soutien pour les enfants ayant été témoins d'actes de violence, sera financé grâce à des dons.
3. Les organismes et les individus membres de PRFS, y compris des femmes ayant été victimes de violence, sont devenus des éducateurs publics sur la violence faite aux femmes dans la région et donnent encore plus de visibilité à ce problème.
4. Les organismes de PRFS tentent de mieux collaborer afin de faciliter le dépistage précoce de la violence.

Nouveaux protocoles de service

Les femmes ayant participé à l'étude s'entendent pour dire que le counselling est de loin le besoin le plus pressant, alors que la confusion entourant le mandat des Services de santé mentale (SSM) et les longs délais avant d'obtenir un rendez-vous, jusqu'à deux mois dans certains cas, étaient courants. Les conseillers des SSM, de même que la police, le clergé, les

médecins et les travailleurs sociaux ne reconnaissaient pas les signes de violence ou ne demandaient pas directement aux femmes si elles avaient été victimes de violence. « On avait l'habitude de ne voir les femmes qu'à travers leurs symptômes », indique Deborah Bryson Sarauer, une travailleuse sociale des SSM et membre du groupe de chercheurs dans le cadre de l'étude de recherche. « Nous enseignions aux femmes à gérer leur anxiété en faisant des exercices de respiration, par exemple, mais nous n'enquêtions pas sur les causes possibles. » Depuis l'étude les SSM tiennent compte de l'individu dans son contexte familial et dans sa situation globale. « Nous avons une vision du monde différente », explique M^{me} Bryson Sarauer. « Nous ne sommes plus les experts, les femmes le sont. » Avant même que la recherche soit terminée, les SSM ont institué de nouveaux protocoles de service :

1. On parle de la violence aux clients lorsqu'ils appellent, surtout s'ils demandent à suivre une thérapie de couple.
2. Si les participants révèlent l'existence de violence lors de la thérapie de couple, on met tout de suite fin à la thérapie, on discute de la sécurité de la femme et on demande à l'abuseur s'il veut aborder son problème. (Le programme Alternatives de Saskatoon est la seule ressource pour les hommes violents.)
3. Les femmes qui ont survécu à la violence ne doivent pas attendre afin d'obtenir un rendez-vous en counselling.
4. Les travailleurs se servent désormais d'un code de critères administratifs afin de désigner les « personnes ayant survécu à la violence familiale » comme raison principale pour laquelle un client demande de l'aide plutôt que d'une maladie mentale du DSM-IV.
5. Le personnel des SSM reconnaît que les cas de violence envers les femmes prennent plus de temps. On fournit du soutien aux travailleurs dans ce domaine lors des rencontres du personnel et par le biais d'une supervision clinique et administrative.

Nouveaux services

Une femme dans le processus de quitter une relation de violence fait face à un stress considérable. Elle est confrontée à de nouveaux renseignements complexes et à des procédures

légales et des services sociaux qui ne lui sont pas familiers. Les participantes à l'étude ont suggéré qu'un avocat pourrait grandement aider les femmes en les guidant dans le processus les amenant à quitter leur partenaire. Le PRFS a fait une demande pour obtenir un avocat pour les femmes dans la région afin de combler ce besoin. L'idée d'un centre de soutien pour les familles en milieu rural, où les femmes et les familles pourraient obtenir des renseignements et avoir quelqu'un à qui parler de violence, d'éducation des enfants, de santé et d'autres inquiétudes qu'ont les familles vivant en milieu rural, a émergé de l'étude. Le PRFS a fait une demande de financement afin de mettre en place ces deux services, mais ne sait pas encore si l'une ou l'autre des demandes sera acceptée.

La plupart des enfants des femmes ayant participé à l'étude ont été témoins de la violence faite à leur mère et la plupart d'entre eux avaient été victimes de violence verbale. Les enfants d'âge scolaire avaient accès à du counselling à l'école, mais les femmes ont identifié une lacune importante de programmation pour les enfants d'âge préscolaire. Les mères avaient de la difficulté à trouver de l'information sur la violence dans les livres sur l'éducation des enfants afin de les aider à aborder les problèmes de comportement de leurs enfants. Grâce à un don d'un organisme de bienfaisance, le PRFS embauchera des animateurs qui travailleront auprès des enfants des niveaux élémentaire et secondaire ayant été témoins de la violence. À ce jour, nous n'avons obtenu aucun financement pour aider les enfants d'âge préscolaire.

Éducation du public

La diffusion des conclusions de la recherche par les médias a causé une importante augmentation des demandes pour des discours publics sur la violence faite aux femmes. Une femme ayant survécu à la violence est présentement en train d'écrire un article pour son journal local, des chercheurs et des participants ont fait des exposés publics devant la Saskatchewan Medical Association, la faculté de médecine de la University of Saskatchewan, la conférence du Saskatchewan Women's Secretariat, les services de soins à domicile et des infirmières prodiguant des soins à domicile dans un collège communautaire et devant les médias. Les médias locaux et nationaux ont parlé de l'étude, dont le

journal local, *The Humboldt Journal*, qui a publié les 13 recommandations de l'étude, et le journal agricole national, *The Western Producer*, qui a publié un article intitulé « Work continues after rural abuse study » [Le travail se poursuit après l'étude sur la violence en milieu rural] et qui s'est concentré sur les demandes de financement pour le centre de la famille en milieu rural et l'avocat pour les femmes. Le journal catholique, *The Prairie Messenger*, a publié deux articles à propos de l'étude, dont un qui montrait l'importance de parler de la violence familiale dans le cadre du programme d'études secondaires. La radio locale et nationale de CBC en a aussi parlé. « Avec toute cette attention portée sur la violence faite aux femmes, ce qui est vraiment étonnant, c'est que personne dans la collectivité n'a nié l'existence de ce problème », indique M^{me} Bryson Sarauer.

Un modèle de collaboration

Diane Martz, membre du groupe de chercheurs de l'étude, explique que « dès le départ, nous voulions que la recherche soit active. Je cherchais un modèle qui rassemblerait tous les organismes qui pourraient potentiellement interagir avec une femme ayant survécu à la violence afin d'élaborer des protocoles et d'agir ensemble ». Ce modèle s'est manifesté dans le PRFS. Même si ce dernier existait avant qu'on effectue la recherche, il est devenu un véhicule pour la collaboration intersectorielle recommandée par l'étude, et est passé d'un comité à un organisme à but non lucratif, en attirant plus d'organismes et d'individus. Maintenant, 50 p. 100 de ses membres sont des femmes ayant survécu à la violence. L'étude de recherche a facilité la collaboration au sein du PRFS et entre les organismes de première ligne. Un processus d'accréditation provincial, qui a eu lieu en même temps, a fourni des occasions pour discuter de la violence faite aux femmes et des lacunes dans les services. Cette collaboration accrue pourra améliorer le dépistage précoce de la violence. Les Services de santé mentale, par exemple, travaillent maintenant de concert avec un éducateur en santé dentaire pour vérifier les preuves de violence et de négligence à partir des dents des enfants. Des exposés lors des cours prénataux sur les changements dans la famille, dont la possibilité de violence lorsque le bébé vient au monde, des consultations entre les services de soins à domicile et une

infirmière en santé publique, améliorent l'ampleur de la prévention et du dépistage de la violence. « Dans les collectivités rurales où les services sont si rares, dit M^{me} Bryson Sarauer, c'est encore plus important pour nous de travailler ensemble afin d'avoir un impact. »

En mettant en pratique les connaissances que les participantes ont durement acquises et en s'appuyant sur les forces des collectivités rurales très unies, les Services de santé mentale et le PRFS élaborent des politiques ascendantes afin de mieux dépister, prévenir et traiter la violence faite aux femmes. On a toujours besoin d'offrir un niveau plus élevé de soutien aux femmes ayant survécu à la violence et cela demeure un problème. Les services sociaux, les districts de santé et les services d'aide juridique dans le Centre-Est de la Saskatchewan ont tous différentes limites territoriales, ce qui force les femmes à parcourir de 200 à 300 km afin d'accéder aux services. « À la ville, les services sont centralisés, indique Diane Martz, et il y a plus d'organismes vers lesquels nous pouvons diriger les femmes, ce qui comble les lacunes et s'occupe des débordements. Les Services de santé mentale de Humboldt sont un organisme rural, explique M^{me} Bryson Sarauer, ce qui signifie que nous avons des fonctions très larges mais peu de personnel. » M^{mes} Martz et Bryson Sarauer s'entendent pour dire que les stratégies qui sont ressorties de leur étude de recherche font une différence, mais que le problème de la violence faite aux femmes en milieu rural continuera de nécessiter des innovations en matière de services en milieu rural, de même qu'une réforme à la grandeur de la région.

Pour obtenir un exemplaire du rapport complet, rendez-vous au site de la Provincial Association of Transition Houses en Saskatchewan au www.hotpeachpages.org/paths/paths.html ou communiquez avec :



Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies
56 The Promenade
Winnipeg (Manitoba)
R3B 3H9
www.pwhce.ca
Tél. : (204) 982-6630
Télec. : (204) 982-6637
pwhce@uwinnipeg.ca

Prendre place à la table de l'élaboration des politiques : les femmes en agriculture et l'impact de la compression budgétaire des programmes

Nikki Gerrard, district de santé de Saskatoon, Gwen Russell, chercheuse, et Noreen Johns, agricultrice, éducatrice et travailleuse communautaire au Saskatchewan Women's Agricultural Network

La relation entre la santé des femmes en agriculture et les compressions budgétaires fédérales et provinciales a fait l'objet d'une étude en 1999 du Centre d'excellence pour la santé des femmes de la région des Prairies¹. L'étude révèle que les défis de taille auxquels font face les agriculteurs de la Saskatchewan sont encore plus importants pour les agricultrices. En plus de pratiquer l'agriculture, ces femmes prennent soin des enfants et des parents âgés et ont des emplois en dehors de la ferme. Les programmes, financés par le gouvernement et gérés par des organismes de femmes en agriculture, ont été utiles aux agricultrices en les invitant à participer à l'élaboration des politiques en agriculture et en offrant de l'éducation, des occasions de se faire des contacts et de la formation. Les onze femmes ayant participé à l'étude ont indiqué que la suspension ou l'annulation de ces programmes a causé une dégradation de la santé des femmes en raison de la perte de leur participation et de leur réseau.

L'étude a fait l'inventaire des programmes ayant existé entre

1970 et 2000 et a identifié cinq programmes fédéraux. Le Bureau des agricultrices, fondé en 1981 afin de mettre en œuvre des politiques fédérales en agriculture, a été considérablement réduit en 1995. Cet organisme important gérait le financement de projets considérables en éducation, en formation et en élaboration de politiques auxquels les agricultrices participaient. Le Bureau fonctionne désormais sans mandat précis, fait constamment l'objet de compressions budgétaires et n'a pas la capacité de financer des projets qui favoriseraient la compréhension qu'ont les agricultrices des aspects légaux, économiques et sociaux des affaires propres à l'agriculture. Le Projet d'information des agricultrices a été fondé en 1985 grâce à une subvention du Bureau des agricultrices visant à informer les agricultrices sur les politiques, les programmes et les législations concernant l'agriculture. Le Projet d'information des agricultrices a permis d'effectuer des campagnes de publicité directe par la poste et de financer une ligne téléphonique d'information sans frais, mais la subvention a été supprimée. Les objectifs

EN COMPRESSANT LE BUDGET DES ORGANISMES ET DES PROGRAMMES POUR LES FEMMES EN AGRICULTURE, LE GOUVERNEMENT A CONFIRMÉ ET AGGRAVÉ LE MANQUE D'ACCÈS AU POUVOIR ÉCONOMIQUE, POLITIQUE ET SOCIAL DES FEMMES.

du Conseil canadien d'éducation des agricultrices, fondé en 1987, étaient d'améliorer l'accès à la formation en exploitation agricole, de promouvoir le professionnalisme et le leadership des agricultrices et d'améliorer la sensibilisation face à la situation et à l'impact des politiques sur la formation. Le Conseil a pris fin au milieu des années 1990 en raison du manque de financement stable. La Coalition pour des services de garderie ruraux a existé de 1995 à 1998 afin de mettre sur pied des services d'aide à l'enfance dans le Canada rural. Le manque de financement permanent pour normaliser les variations régionales au plan de la loi et des politiques a mené à son effondrement.

Lorsqu'ils étaient en activité et qu'ils bénéficiaient d'un budget adéquat, ces programmes permettaient aux femmes en agriculture de participer au lobbying, de publier des bulletins d'information ou des livres afin de commenter les politiques. Les femmes ont indiqué que ces activités amélioraient leur éveil et leur sens de la collectivité et diminuaient leur isolement. Il était utile pour les femmes de discuter d'agriculture dans un contexte plus grand : « Tout d'un coup, j'ai commencé à m'intéresser à l'économie, à la façon dont cela avait un impact sur moi et sur ma ferme », a expliqué une femme. « Prendre des mesures et se sentir en contrôle est le meilleur antidote contre la dépression. » Une autre femme a indiqué que la participation est « très bonne pour la santé mentale et physique ».

La dégradation des programmes a signifié un retour à l'isolement et à l'invisibilité. Lorsqu'on devient « périphérique et inaudible », comme l'a dit une femme, cela a des répercussions au plan de la santé et du bien-être. « Le pouvoir collectif et le soutien dont on bénéficie lorsqu'on travaille avec d'autres femmes à des projets ou des programmes spécifiques me manquent parce que cela redonne confiance en soi et fait du bien à son estime personnelle ». Même si la plupart des femmes n'étaient pas en colère par rapport à la perte des programmes, certaines ont indiqué que les activités leur faisaient passer assez de

temps à l'extérieur de la maison, ce qui causait un effort et une fatigue supplémentaires.

Nikki Gerrard et Noreen Johns, deux auteures du rapport d'étude, ont présenté le rapport lors de conférences, à l'occasion entre autres de la conférence du Saskatchewan Women's Agricultural Network en février 2000, de l'Association of Women in Psychology à Los Angeles en 2001 et de la Women in Agriculture au Nouveau-Brunswick en avril 2001. On a parlé du rapport à la télévision de CBC et on l'a présenté à l'ancien ministre de l'Agriculture de la Saskatchewan et au ministre actuel, l'honorable Clay Serby.

L'étude a été un facteur influent lors de la prise de décision de Saskatchewan Health à l'automne 2000 concernant la mise en œuvre du projet sur le stress lié à l'agriculture et lors de l'embauche de l'une des auteures de l'étude, Dr Nikki Gerrard, en tant que conseillère sur le stress lié à l'agriculture afin d'aider les gens à identifier et à gérer le stress lié à l'agriculture. Aussi encourageant que cela puisse paraître, il reste un sérieux problème. Sans la restauration du financement de base des organismes facilitant l'accès aux agricultrices à l'éducation, à la formation et l'élaboration des politiques, la santé des femmes en agriculture risque de se détériorer. En compressant le budget des organismes et des programmes pour les femmes en agriculture, le gouvernement a confirmé et aggravé le manque d'accès au pouvoir économique, politique et social des femmes en agriculture.

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



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

56 The Promenade
Winnipeg (Manitoba)
R3B 3H9
www.pwhce.ca
Tél. : (204) 982-6630
Télec. : (204) 982-6637
pwhce@uwinnipeg.ca

¹ Gerrard, N., G. Russell et N. Johns (1999). *An Exploration of Health-related Impacts of the Erosion of Agriculturally Focussed Support Programs for Farm Women in Saskatchewan*. Winnipeg: Centre d'excellence pour la santé des femmes – régions des Prairies.