



DANS CE NUMÉRO

AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ

- 4 Les femmes handicapées d'âge mûr et leurs besoins en matière de santé
- 6 Les effets de l'isolement social et de la solitude sur la santé des femmes plus âgées
- 8 L'immigration et les risques périnataux

ÉLABORER UNE BONNE POLITIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE

- 10 La santé publique et la chimio-prévention
- 14 Restructuration et santé des femmes : la crise de la pêche à Terre-Neuve

RENFORCER LES MESURES COMMUNAUTAIRES ET PERSONNELLES

- 18 Livrées à elles-mêmes : la santé des lesbiennes dans le nord de la Colombie-Britannique
- 20 Prise en main personnelle dans un contexte de pauvreté : les mères à faible revenu à Saskatoon
- 22 Protéger l'hygiène de vie des immigrantes dans l'Île-du-Prince-Édouard

Pourquoi sommes-nous en santé ou pas?

IL EXISTE UNE MANIÈRE DE SAVOIR POURQUOI NOUS SOMMES EN SANTÉ OU pourquoi nous ne le sommes pas : l'utilisation de l'approche des déterminants de la santé, partie intégrante des recherches effectuées dans les Centres d'excellence pour la santé des femmes. Cette approche offre des moyens d'examiner la santé dans le contexte de la vie de tous les jours par la reconnaissance de la complexité de l'action réciproque des conditions sociales, politiques, environnementales et économiques liées à la production de la santé. Ce numéro du *Bulletin de recherche* met en relief certaines activités récentes des Centres sur les liens existant entre la santé des femmes et leur situation sociale et économique.

Avec la parution, en 1974, du désormais célèbre rapport Lalonde, *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*¹, le Canada est devenu le premier gouvernement national à exprimer l'importance de facteurs, au-delà du système de soins de santé, qui favorisent ou amoindrissent la santé. Bien que le rapport Lalonde ait nommé quatre facteurs déterminants de la santé (la biologie humaine, l'environnement, le mode de vie et les organismes de soins de santé), Santé Canada reconnaît aujourd'hui 12 déterminants : le niveau de revenu et le statut social, l'emploi, l'éducation, les environnements sociaux, les environnements physiques, le développement de la petite enfance, les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle, les services de santé, les réseaux de soutien social, le patrimoine biologique et génétique, le sexe et la culture. De manière significative, le sexe paraît deux fois dans cette liste (relativement à l'opposition homme-femme et au patrimoine biologique et génétique) comme un déterminant de la santé et l'accent sur le mode de vie a été réduit².

Le pouvoir d'une liste comme celle-ci nous rappelle qu'il faut reconnaître les limites quant à considérer les services de santé et le patrimoine biophysique comme isolés du reste des aspects liés à la vie. N'importe quelle liste risque pourtant d'omettre certains aspects de la vie des femmes. Par exemple, on n'a pas encore établi l'expérience de migration comme un déterminant de la santé, bien que de plus en plus de signes montrent l'importance de ce facteur par rapport à la santé et la maladie³. Cette question du *Bulletin de recherche* fait ressortir deux études dans lesquelles on considère cette expérience comme un déterminant.

Certains aspects de recherche présentés sur cette question peuvent également montrer le besoin de toujours considérer l'interaction de multiples facteurs. À n'en pas douter, il est difficile d'étudier un seul déterminant en raison de la complexité de la santé des femmes dans son contexte quotidien. Un projet qui se penche sur

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



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

**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
bcccewh@cw.bc.ca

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

**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

**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.

**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.

**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/femmes



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.

**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

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

Vous désirez vous abonner?

Le Bulletin de recherche est envoyé gratuitement aux personnes et aux organismes à travers le Canada qui ont un intérêt pour la recherche en santé des femmes. Si vous désirez vous abonner, veuillez communiquer avec le RCSF. (Si vous désirez mettre fin à votre abonnement, faites-le-nous savoir également.)

PRODUCTION

Rédactrice	Ann Pederson
Rédactrice adjointe	Leslie Timmins
Responsable de la production	Susan White
Conception	Folio Design
Traduction française	Le Groupe de traduction Masha Krupp limitée
Correction d'épreuves de la version française	Carole Maillet

Tous les articles publiés dans ce bulletin, y compris les éditoriaux, représentent les opinions des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les politiques officielles de Santé Canada ou des Centres d'excellence pour la santé des femmes.

s u i t e

les besoins en matière de santé des femmes handicapées d'âge mûr, par exemple, suggère qu'une femme handicapée d'âge mûr peut éprouver des difficultés, sur le plan financier, à accéder à des programmes d'exercice puisque l'équipement d'exercice adapté à ses besoins physiques est rare, les contacts et le support social sont difficiles à trouver et il n'existe pas de renseignements exacts concernant l'interaction entre un handicap et la ménopause. Tous ces facteurs interagissent et peuvent porter atteinte à la santé d'une femme d'âge mûr.

D'autres articles dans ce numéro illustrent comment l'isolement social, la restructuration économique, l'homophobie, la géographie, la pauvreté, les politiques en matière de santé publique et de faibles capacités langagières peuvent saper le bien-être des femmes. En revanche, de nombreux articles suggèrent que des mesures collectives, l'enrichissement personnel, les relations sociales, de solides politiques en matière de santé publique et un environnement physique favorisant la santé peuvent contribuer à maintenir et à promouvoir la bonne santé. Par conséquent, le message véhiculé dans ce numéro est que même si nous avons besoin d'en comprendre davantage sur ce qui rend les femmes malades, nous devons aussi nous demander pourquoi les femmes sont en santé.

Une des forces de cette approche des déterminants de la santé est qu'elle montre que plusieurs de ces facteurs sont *modifiables*—avec suffisamment de mesures individuelles et collectives. Toutefois, un risque émanant de cette interprétation pourrait se présenter : en demandant la responsabilité individuelle, nous forçons la note et nous augmentons le fardeau de la personne concernée en la tenant responsable de ses maladies. Les stratégies de promotion de la santé brièvement exposées dans la Charte d'Ottawa offrent les mêmes mesures de protection contre cet état de fait en proposant des moyens d'appuyer des mesures à la fois individuelles et collectives en élaborant de saines politiques

■ Une des forces de cette approche des déterminants de la santé est qu'elle montre que plusieurs de ces facteurs, qui font que les femmes sont en santé ou non, sont *modifiables*—avec suffisamment de mesures individuelles et collectives.

publiques, en créant des environnements favorables, en renforçant des mesures collectives et en réorientant les services de santé vers la prévention⁴.

Alors que nous continuons à faire face à la réalité de la réforme de la santé—nous en avons eu un exemple plus récemment dans la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada—il est plus important que jamais de savoir pourquoi nous sommes en santé ou pas⁵. Nous avons toujours besoin d'autres témoignages afin de s'assurer que nous innovons le plus possible, là où c'est nécessaire. Cela signifie que nous ne devons pas nous contenter de comprendre des états médicaux graves et la façon d'organiser les services de santé de façon optimale, mais il nous faut aussi comprendre ce qui améliore ou menace la santé à l'extérieur des hôpitaux.

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

NOTES

1. Marc Lalonde, *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*, Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services, 1974.
2. Santé Canada, *Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 1999.
3. S. Abdool et B. Vissandjée, *An Inventory of Conceptual Frameworks and Women's Health Indicators*, Montréal, Consortium Université de Montréal, 2001.
4. Organisation mondiale de la santé, «Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé» dans *La revue canadienne de santé publique*, 1986, n° 77, p. 425-430.
5. *Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada*. La diffusion du rapport provisoire de la Commission est prévue en janvier 2002 et son rapport final est prévu en novembre 2002. Référence Web : www.healthcarecommission.ca.

Les femmes handicapées d'âge mûr et leurs besoins en matière de santé

Marina Morrow, Centre d'excellence pour la santé des femmes—région de la Colombie-Britannique

Le sexe et le contexte ont une incidence sur l'expérience sociale de vivre avec une maladie chronique et une incapacité¹.

Les incapacités, dont les maladies chroniques, ont un contexte social. Pourtant, les méthodologies de la science traditionnelle ont généralement étudié les incapacités en tant que phénomène physique seulement, ignorant les effets de déterminants comme le sexe, la race et les circonstances socio-économiques par rapport au fait de développer et de vivre avec des incapacités. On le remarque par l'attention que des ouvrages portent sur des états de santé touchant surtout des hommes (p. ex. les lésions de la moelle épinière) et par le fait que l'on aille parfois jusqu'à remettre en cause l'existence même d'états de santé touchant essentiellement des femmes² (p. ex. le syndrome de fatigue chronique et la fibromyalgie). Jusqu'à présent, les ouvrages dans ce domaine n'ont pas encore tenu compte de façon détaillée du fait que l'expérience des hommes et des femmes par rapport aux incapacités pourrait être différente.

Au cours de la dernière décennie, nous avons été témoins d'une explosion de renseignements dans le secteur du vieillissement et de la ménopause³, reflétant une population de plus en plus vieillissante composée majoritairement de femmes⁴. Dans les formes traditionnelles de la recherche et dans les nouveaux organismes de recherche féministe, les besoins en matière de santé des femmes handicapées durant la ménopause demeurent une lacune. Des hypothèses quant aux raisons pour lesquelles cette lacune existe comprennent la tendance dans les ouvrages consacrés à ce sujet à déssexualiser les femmes handicapées et, par conséquent, leur santé génésique et leur sexualité. Les professionnels de la santé réduisent souvent les femmes handicapées à leur incapacité, ce qui peut indiquer que leurs autres problèmes de santé sont négligés. Enfin, les approches féministes en matière de ménopause, qui mettent l'accent sur l'autonomisation et les choix des femmes, ne tiennent pas toujours compte du fait que les femmes handicapées d'âge mûr peuvent faire face à des difficultés à surmonter très différentes de leurs homologues non handicapés. Ces difficultés à surmonter sont souvent directement liées à l'acquisition et au maintien de l'autonomie dans des situations où une certaine dépendance à l'égard des autres est nécessaire.

L'objectif d'une étude menée par le Pacific DisAbled Women's Network (DAWN) [réseau des femmes handicapées du Pacifique] et le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique était d'examiner les expériences des femmes handicapées aux prises avec la ménopause. L'équipe de recherche comportait à la fois des femmes qui présentaient une incapacité et des femmes qui n'en présentaient pas, et comptait des membres du milieu universitaire ainsi que des activistes de la collectivité pour les personnes handicapées. Le fait de faire participer activement des femmes handicapées comme chercheuses et conseillères a favorisé un important dialogue concernant la manière dont on avait traditionnellement défini les incapacités dans la recherche et a mené à l'engagement de faire

■ Cette conclusion est le reflet de la complexité des liens existant entre les incapacités, l'âge mûr et la ménopause et met en relief le manque de connaissance sur leur interdépendance.

participer des femmes avec des troubles du développement. La recherche était plus particulièrement conçue pour examiner les interconnexions entre les déterminants physiques, psychologiques et sociaux de la santé. Les chercheurs s'intéressaient aux changements dans l'état de santé physique des femmes durant les périodes de périménopause et de ménopause ainsi qu'aux changements sociaux et de vie que les femmes connaissent généralement au cours de cette période de leur vie (p. ex. les enfants quittant la maison, le divorce, la pauvreté croissante, la mort d'un proche, des responsabilités croissantes concernant les soins de leurs parents au fur et à mesure que ceux-ci vieillissent). Des entrevues ont été menées avec 39 femmes présentant des incapacités physiques et des maladies chroniques.

Douze entrevues ont été menées avec des femmes présentant des troubles du développement ainsi qu'avec leurs soignants.

Les données issues de ces entrevues ont montré que la vie des femmes était marquée par des événements importants durant la période de l'âge mûr, au moment même où elles livrent bataille à leurs incapacités. Ces deux thèmes étaient souvent liés; de nombreuses femmes ont connu des périodes de transition dans leurs relations personnelles et sociales au cours des années de l'âge mûr en raison de la progression de leurs incapacités. Pour d'autres femmes, des incapacités se sont présentées durant la ménopause ou autour de cette période ou après avoir connu une expérience importante à l'âge mûr. Ce qui ressortait le plus était que les femmes dans cette étude ne pouvaient pas facilement attribuer les changements physiques et émotionnels qu'elles connaissaient à leur incapacité, au processus de la ménopause ou à d'autres changements imputables à l'âge mûr. Cette conclusion est le reflet de la complexité des liens existant entre les incapacités, l'âge mûr et la ménopause et met en relief le manque de connaissance sur leur interdépendance.

Par contre, il était clairement démontré que le contexte social était capital en ce qui a trait aux manières dont les femmes ont dû faire face à leurs incapacités et à la ménopause. Les femmes ont particulièrement fait état des obstacles financiers et sociaux auxquels elles faisaient face en raison d'une incapacité. Des femmes ont déclaré qu'elles éprouvaient des difficultés à joindre les deux bouts après que leur partenaire les avait quittées et qu'il était difficile de survivre en ne comptant que sur une pension d'invalidité. Des restrictions financières ont notamment signifié que des femmes ne pouvaient pas profiter d'une saine nutrition, de vitamines, d'équipements d'exercice et de médecine douce qui pourraient soulager des symptômes qu'elles connaissent à la suite de changements ménopausiques. Un isolement social et la perte de relations intimes constituaient d'autres thèmes prédominants dans les entrevues. Des femmes ont répété à plusieurs reprises qu'elles avaient

besoin de plus de soutien social, y compris des partenaires et des groupes de soins dans le cadre desquels elles pourraient parler à d'autres femmes éprouvant des difficultés similaires.

Souvent, les difficultés physiques éprouvées par les femmes en raison de leurs incapacités ne pouvaient être distinguées des changements physiques qu'elles ont connus durant la ménopause. Cela illustre un manque de renseignements sur les interactions précises entre des incapacités particulières et la ménopause. Il était clair que les femmes n'obtenaient pas ce genre de renseignements des professionnels de la santé, des principaux médias ou des troussees spécialisées pour la santé des femmes sur la ménopause et les changements survenant à l'âge mûr.

Notre étude a mis en relief les difficultés méthodologiques associées à la conception d'études qui examineront les déterminants physiques, psychologiques et sociaux de la santé. Elle sert également à illustrer la richesse des renseignements que l'on peut tirer en utilisant une telle approche et elle maintient la possibilité que l'utilisation de méthodologies similaires, pour d'autres études sur les incapacités et la ménopause, apportera une compréhension plus globale des expériences des femmes et de leurs besoins en matière de santé lorsqu'elles atteignent l'âge mûr.

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



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

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

NOTES

1. S. Thorne, J. McCormick et E. Carty, «Deconstructing the gender neutrality of chronic illness and disability» dans *Health Care for Women International*, 1997, vol. 18, n° 2.
2. Thorne, McCormick, Carty, 1997.
3. Par exemple : L. Barbach, *The Pause: Positive Approaches to Menopause*, New York, Dutton, 1993. S. Love et K. Lindsey, *Dr. Susan Love's Hormone Book: Making Informed Choices About Menopause*, New York, Random House, 1997. J. Reichman, *I'm Too Young to Get Old: Health Care for Women After Forty*, New York, Times Books, 1996.
4. J. A. Norland, *Le Canada à l'étude : profil des aînés canadiens*, Ottawa, Statistique Canada, 1994.

Les effets de l'isolement social et de la solitude sur la santé des femmes plus âgées

Madelyn Hall et Betty Havens, Département des sciences de la santé communautaire, Université du Manitoba, Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies

Les femmes sont plus susceptibles de souffrir de solitude en partie parce que leur longévité moyenne est plus grande que celle des hommes : elles perdent souvent leur conjoint, des amis et des membres de leur famille qui leur procuraient le soutien social et émotionnel qui est important pour leur santé et leur bien-être. Bon nombre de femmes plus âgées sont atteintes de plusieurs problèmes de santé chroniques qui peuvent limiter leur mobilité et restreindre davantage leur capacité de socialiser. Des études ont démontré des liens entre la solitude, un mauvais état de santé et le bien-être¹. Ainsi, certaines ont permis de conclure que les personnes plus âgées qui se sentent très seules risquent davantage d'être placées dans des maisons de soins infirmiers². Elles n'ont toutefois pas établi si la solitude découle d'une diminution du nombre de contacts avec d'autres personnes *en raison* d'une mauvaise santé ou si cette diminution de contacts et la possibilité de solitude *précèdent* un mauvais état santé.

Notre étude auprès de Manitobaines et Manitobains plus âgés a été menée dans le cadre de la santé de la population. Selon cette perspective, l'isolement et la solitude constituent des déterminants de la santé. C'est-à-dire que ces facteurs peuvent influencer sur l'état de santé et le bien-être, sur l'accès aux soins de santé et sur l'efficacité et les résultats des soins donnés. L'expression «isolement social» est une mesure objective de l'interaction sociale, alors que la «solitude sociale» est considérée comme une expression subjective du mécontentement résultant d'un moins grand nombre de contacts sociaux.

Nous avons collaboré avec cinq organismes communautaires pour atteindre les objectifs suivants : (1) examiner les différences entre les sexes à l'égard de l'isolement social et de la solitude chez les hommes et les femmes plus âgés dans une population représentative; (2) identifier les liens entre l'isolement social, la solitude sociale et la santé et le bien-être des femmes plus âgées; (3) élaborer des recommandations en matière de politiques et de programmes en vue de résoudre les situations d'isolement social et de solitude sociale.

Nous avons atteint les deux premiers objectifs en analysant des données recueillies à l'aide de l'étude intitulée Aging in

Manitoba Study (AIM), qui contient des mesures de l'isolement social et de la solitude sociale ainsi que des données sociodémographiques et relatives à l'utilisation des soins de santé pour les adultes plus âgés. Il s'agit d'une étude à long terme menée selon des phases, depuis 1971. La phase de 1996, qui a servi à notre étude, portait sur 1 868 hommes et femmes âgés d'au moins 72 ans. Quarante pour cent de l'échantillon était constitué d'hommes et soixante pour cent de femmes, ce qui représente la distribution typique de ce groupe d'âge, au Manitoba, à ce moment-là. Les personnes vivant dans une maison de soins infirmiers représentaient 13,6 p. 100 de l'échantillon.

■ Les femmes, dans notre échantillon, qui se sentaient seules ou avaient peu de contacts sociaux étaient une fois et demie plus susceptibles d'avoir recours aux services de soins à domicile un an après l'entrevue que celles qui ne se sentaient pas seules.

À l'aide d'une analyse bidimensionnelle des données de l'étude AIM³, on a examiné quinze éléments qui indiquaient la présence de l'isolement. L'échelle de solitude utilisée dans notre étude est inspirée de la Loneliness Scale élaborée par des chercheurs des Pays-Bas et de deux questions portant chacune sur un aspect particulier de la solitude des études sur le vieillissement⁴ NESTOR, des Pays-Bas.

Nos recherches ont démontré que l'on pouvait décrire les femmes dans l'échantillon comme davantage isolées que les hommes sur le plan social, étant donné qu'une plus grande partie des femmes étaient veuves (3:1) et vivaient seules (2:1). Les résultats des analyses du deuxième objectif ont

démontré que la solitude sociale était également plus fréquente chez les femmes vivant seules, qui avaient moins de contacts avec d'autres personnes et qui pensaient être en mauvaise santé. Ces situations ont un effet cumulatif : une veuve vivant seule fréquente moins de gens et, estimant que sa santé n'est pas bonne, serait presque six fois plus susceptible de se sentir seule qu'un homme marié vivant avec son épouse, rencontrant habituellement beaucoup de gens et en bonne santé. Bien que notre recherche n'ait pas confirmé que le fait d'être une femme était en soi un facteur important influant sur la solitude, les analyses indiquent que les femmes dans l'échantillon étaient plus susceptibles que les hommes de se sentir seules parce qu'un plus grand nombre d'entre elles vivaient seules et étaient veuves.

À l'aide des données d'utilisation des soins de santé, nous avons également constaté qu'un taux plus élevé de solitude était plus probable chez les femmes qui sont admises plus souvent à l'hôpital, qui y séjournent plus longtemps, qui visitent plus souvent leur médecin, qui font davantage de demande de remboursement de médicaments et qui utilisent les services de soins à domicile. L'ensemble de données de l'AIM inclut également l'utilisation des soins de santé pendant l'année précédant et suivant l'entrevue. Ces mesures nous ont permis de déterminer si la solitude et l'isolement social en 1996 pouvaient nous donner une indication sur l'utilisation des services un an plus tard. Des analyses des données ont démontré que les contacts sociaux et la solitude constituaient deux variables explicatives importantes concernant l'utilisation des soins à domicile lorsqu'elles étaient ajustées en fonction de

l'âge et du sexe. Les femmes dans notre échantillon, qui se sentaient seules ou qui avaient peu de contacts sociaux, étaient une fois et demie plus susceptibles d'avoir recours aux soins à domicile un an après l'entrevue.

Les données préliminaires ont été présentées lors de séances publiques partout au Manitoba. Les participants, y compris des professionnels de la santé et des personnes âgées, ont affirmé que nos conclusions correspondaient à leurs propres expériences et connaissances. Ils ont également ajouté que ceux et celles qui sont en mauvaise santé n'ont pas beaucoup d'enthousiasme à socialiser, et que ceux et celles qui sont isolés sur le plan social pourraient être davantage susceptibles de voir leur état de santé diminuer parce qu'ils risquent d'être moins actifs, de moins bien s'alimenter, d'être moins stimulés mentalement et d'être moins conscients de leur état de santé.

Vous trouverez le résumé du présent rapport (projet numéro 6, 1999) à l'adresse suivante : www.pwhce.ca/isol.htm (en anglais seulement). Cette page comprend également l'adresse où vous pouvez écrire pour obtenir une copie du rapport complet.



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

NOTES

1. G. K. Auslander et H. Litwin, «Social networks, social support, and self-ratings of health among the elderly» dans *Journal of Aging and Health* 1995, vol. 3, n° 4, p. 493-510. E. Duggan et V. R. Kivett, «The importance of emotional and social isolation to loneliness among the very old rural adults» dans *The Gerontologist* 1994, vol. 34, n° 3, p. 340-346. K. L. Frederick, *Lonely Amidst Care: Patterns and Consequences of Loneliness and Social Isolation for Poor, Frail Home Care Clients and Potential Solutions*, rapport préparé pour le Boston Senior Home Care, Boston, 1991. L. C. Mullins, R. Smith, R. Colquitt et M. Mushel, «An examination of the effects of self-rated and objective indicators of health condition and economic condition on the loneliness of older persons» dans *Journal of Applied Gerontology*, 1996, vol. 15, n° 1, p. 23-37. J. C. Woodward, *The Solitude of Loneliness*, Lexington, Massachusetts, Lexington Books, DC Heath & Co., 1988.
2. D. W. Russell, C. E. Cutrona et R. B. Wallace, «Loneliness and nursing home admission among rural older adults» dans *Psychology and Aging*, 1997, vol. 12, n° 4, p. 574-589. K. L. Frederick, N. Koedoot et A. Hommel, «Case management and incentives for the elderly: findings from the Rotterdam experiment» dans Coolen JAI (éd.), *Changing Care for the Elderly in the Netherlands: Experience and Research Findings from Policy Experiments*, Assen, Pays-Bas, Van Gorcum, 1993, p. 71-89. G. C. Wenger, *The Supportive Network: Coping with Old Age*, Londres, George Allen and Unwin, 1984.
3. B. Havens, *Social Isolation: 12 Years Later*, Rapport de recherche présenté au 14^e Congrès international de gérontologie, Acapulco, Mexique, 1989.
4. J. De Jong-Gierveld, «Developing and testing a model of loneliness» dans *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, vol. 53, p. 119-128. J. De Jong-Gierveld et T. Van Tilburg, *Manual of the Loneliness Scale*, Amsterdam, Vrije Universiteit, 1999.

L'immigration et les risques périnataux

Alex Battaglini, Sylvie Gravel, Carole Poulin, Jean-Marc Brodeur, Danielle Durand, Suzanne DeBlois, Centre d'excellence pour la santé des femmes—Consortium Université de Montréal

Les mères immigrantes qui vivent dans de nouveaux milieux sociaux et culturels et qui peuvent manquer de soutien social sont-elles plus vulnérables en ce qui concerne les risques pour la santé durant la période périnatale d'une grossesse? Dans notre étude sur les immigrantes vivant au Québec, nous avons examiné des facteurs associés à l'immigration qui peuvent augmenter le niveau de vulnérabilité. Des entrevues ont été menées avec 91 mères immigrantes qui étaient considérées comme présentant des risques faibles, modérés et élevés de complications durant une grossesse et un accouchement.

Environ la moitié des femmes qui ont participé à l'étude ont accouché au Canada, les autres ayant accouché avant d'avoir émigré. Toutes les femmes étaient au Québec depuis moins de six mois. Les bébés des participantes étaient âgés entre trois et 12 mois.

Toutes les femmes ont partagé quelques-unes des mêmes difficultés, comme un faible revenu et des difficultés financières, de l'isolement social et des problèmes émotionnels. Une échelle adaptée de la liste des symptômes de Hopkins a été utilisée afin d'évaluer les problèmes

émotionnels. Cette échelle en 15 points comprend la solitude, l'anxiété, la tristesse et la culpabilité.

Les immigrantes qui n'ont connu aucun problème de santé durant la grossesse se sont avérées partager certaines caractéristiques. Par exemple, elles avaient planifié leur émigration et ont accouché après leur arrivée au Canada. Elles possédaient un certain niveau d'instruction au collège ou à l'université, étaient en moyenne plus jeunes que les mères qui présentaient des risques soit modérés ou élevés et étaient capables de comprendre soit le français ou l'anglais. Lorsque comparées à ces femmes présentant un niveau faible de risques, les femmes présentant des risques modérés de problèmes périnataux avaient reçu un niveau d'instruction plus élevé, avaient subi une perte de qualification professionnelle entraînée par le fait d'avoir émigré et parlait un peu l'anglais mais très peu le français. Quelques-unes de ces femmes ont connu des problèmes à l'accouchement (p. ex. bébés prématurés et/ou présentant une insuffisance pondérale). Une émigration difficile provoquée par la guerre ou les persécutions caractérise la plupart des mères immigrantes présentant un niveau de risque élevé. Ces femmes, dont la plupart étaient des réfugiées, étaient plus

■ Du stress causé par une guerre ou des persécutions dans leur pays d'origine, la perte de membres de leur famille causée par le fait d'émigrer ainsi que la pauvreté et l'isolement social au Canada semblent jouer un rôle dans la création de stress ayant une incidence sur la grossesse.

âgées que les femmes des deux autres catégories, avaient un niveau d'instruction plus faible, ne parlaient ni l'anglais ni le français et avaient déjà un enfant ou plus. De plus, elles avaient souvent été séparées de leur famille, soit d'un mari ou d'un enfant. Elles avaient toutes accouché avant d'émigrer et avaient toutes connu des problèmes d'accouchement aboutissant, par exemple, à des naissances prématurées, à des nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale, à de l'hypertension, du diabète, de l'anémie, un travail difficile ou des saignements.

Ces conclusions semblent indiquer que des facteurs résultant d'une émigration rendent certaines immigrantes potentiellement plus vulnérables à des complications durant la naissance de leurs enfants. Du stress causé par une guerre ou des persécutions dans leur pays d'origine, la perte d'un membre de leur famille causée par le fait d'émigrer ainsi que la pauvreté et l'isolement social au Canada semblent jouer un rôle dans la création de stress ayant une incidence sur la grossesse.

Dix-neuf entrevues ont également été effectuées avec des fournisseurs de soins de santé. Une analyse de ces données a démontré que les fournisseurs de soins ne possèdent pas les outils nécessaires pour déterminer quelles immigrantes présentent des risques élevés par rapport à la grossesse ou à des facteurs périnataux. Cette situation aggrave davantage les risques périnataux courus par une mère et son enfant. Afin d'évaluer la vulnérabilité dans cette population, nous recommandons que les fournisseurs de soins de santé déterminent des facteurs de risques dans quatre secteurs clés : 1) l'expérience de l'immigration de la femme (découvrir tout traumatisme ayant pu être vécu); 2) les difficultés économiques; 3) l'isolement social; 4) l'adaptation à la nouvelle culture. Nous recommandons l'élaboration d'un outil d'évaluation qui comprendrait les questions suivantes en relation avec ces secteurs clés :

- *L'expérience de l'immigration* : Pourquoi la femme a-t-elle émigré? Est-elle une réfugiée? A-t-elle été séparée d'un autre enfant ou de son mari? A-t-elle vécu dans un camp de réfugiés?
- *Difficultés économiques* : La femme a-t-elle subi une perte de qualification professionnelle? Quel est son niveau d'instruction? De quelles sources de revenus dispose-t-elle?

- *Isolement* : La femme jouit-elle d'un système de soutien familial ou social en place au Canada? Y a-t-il d'autres femmes dans son entourage pour l'aider?
- *Adaptation à une nouvelle culture* : Quels ajustements ont été effectués dans le ménage de la femme? Par exemple, comment le mari de la femme s'adapte-t-il à de nouvelles attentes culturelles par rapport à son rôle de père? (Dans son pays d'origine, les attentes ont pu avoir été limitées à son rôle de soutien de famille.) Y a-t-il eu des problèmes d'accessibilité aux services de soins de santé?

Des facteurs émanant de l'émigration rendent certaines immigrantes et leurs bébés vulnérables durant la période périnatale. Ces facteurs de risques présentent aussi de l'intérêt pour les non immigrantes : les outils de soins de santé élaborés à partir de cette étude peuvent également aider à déterminer quelles sont les femmes, dans la population en général, qui ont besoin de soutien supplémentaire durant la grossesse.

Pour obtenir une copie du *Rapport de synthèse*, vol. 4, n° 4, ou le rapport détaillé, A. Battaglini et coll. (1999), «Les mères immigrantes : pareilles, pas pareilles?» (disponibles seulement en français), veuillez communiquer avec :



Centre d'excellence pour la santé des femmes

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 :

Réseau canadien pour la santé des femmes

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

La santé publique et la chimio-prévention

Sharon Batt, Elizabeth May Chair in Women's Health and the Environment (2001-2002), Dalhousie University et Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Maritimes et le Groupe de travail sur les femmes et la protection de la santé

La médecine a grandement contribué à diminuer la souffrance humaine, la santé publique a déployé encore plus d'efforts pour la prévenir. Les réussites de la santé publique se traduisent par une meilleure alimentation, de l'eau potable saine et des milieux de travail plus sains et dépassent de loin celles de la médecine¹.

La santé publique accepte d'utiliser des moyens à faible risque, tels que ceux découlant de la vaccination ou du port de la ceinture de sécurité dans une voiture, si elle en retire des avantages importants. Les expériences de «chimio-prévention», qui mettent à l'essai des médicaments puissants pour *prévenir* des maladies, font intervenir une nouvelle norme troublante : des risques importants sont justifiés par des avantages mineurs ou ambigus. Des femmes canadiennes participent à ces essais, qui estompent la frontière entre la prévention des maladies, dans laquelle la sécurité est primordiale, et le traitement des maladies, dans lequel les risques pour les malades sont évalués en fonction des améliorations qui peuvent en découler pour leur état de santé. La stratégie visant à prescrire des médicaments à des gens sains risque de surclasser, et même de remplacer, la stratégie traditionnelle de santé publique qui consiste à identifier et à éliminer les causes des maladies. Par la même occasion, les normes de sécurité canadiennes pour les médicaments, les instruments médicaux et les contaminants de l'environnement s'usent tranquillement.

Cancer du sein et chimio-prévention

Au cours de la dernière décennie, le cancer du sein a dominé le débat sur la chimio-prévention. En avril 1998, des articles à la une décrivaient des percées dans la prévention du cancer du sein : [traduction] «Pour la première fois dans l'histoire, nous savons que nous pouvons prévenir le cancer à l'aide de produits pharmaceutiques», a affirmé un des chercheurs du Breast Cancer Prevention Trial (BCPT), soit un essai sur la prévention du cancer du sein auquel 13 388 femmes canadiennes et américaines² ont participé. Six mois plus tard, la U.S. Food and Drug Administration a approuvé

l'utilisation du tamoxifène—qui était auparavant approuvé seulement pour *traiter* le cancer du sein—chez les femmes «à haut risque» de développer la maladie³. Santé Canada n'a pas approuvé le tamoxifène (un antagoniste des œstrogènes) pour réduire le risque de cancer du sein, ce qui signifie que les compagnies pharmaceutiques ne peuvent pas faire la promotion de ces médicaments à cette fin au Canada. Cependant, on laisse à la discrétion des médecins du Canada le choix de prescrire ce médicament à des femmes en santé, ce qui constitue une pratique connue sous le nom d'utilisation «non indiquée sur l'étiquette».

Dans le BCPT, le tamoxifène a réduit les risques du cancer du sein mais a augmenté ceux du cancer de l'endomètre, de la formation de caillots sanguins et des problèmes de vision, ce qui a incité un médecin à faire remarquer que la «prévention des maladies» a été remplacée par la «substitution d'une maladie par une autre»⁴. Trois femmes qui ont participé à l'essai sur le tamoxifène sont décédées des suites d'une embolie pulmonaire.

On procède maintenant au recrutement de femmes canadiennes et américaines en bonne santé pour participer à la Study of Tamoxifen Against Raloxifene (STAR). Il s'agit d'une étude de suivi du BCPT qui fait la comparaison entre le tamoxifène et le raloxifène, un médicament semblable. Le raloxifène cause également des caillots sanguins. (Toutes les femmes dans l'essai STAR seront exposées à l'un ou l'autre de ces médicaments.) Les groupes pour la santé des femmes ont critiqué les essais de chimio-prévention du cancer du sein qui constitue la toute dernière initiative pour commercialiser des produits pharmaceutiques et des produits médicaux dangereux à des fins d'utilisation chez les femmes sans les soumettre au préalable à un examen scientifique ou à des tests appropriés. Mentionnons que le cancer du sein n'est pas la seule maladie pour laquelle on met à l'essai des médicaments de traitement à des fins de prévention. Il y a entre autres la cardiopathie, la décalcification des os, le cancer de la prostate et la schizophrénie.

Le principe de précaution par rapport à la gestion des risques

Des groupes pour la santé des femmes, des chercheurs en santé publique, des éthiciens, des écologistes et des professionnels de la santé ont insisté sur la nécessité d'adopter une approche en santé publique pour la prévention du cancer du sein. Ils sont en faveur du principe de précaution qui est fondé sur le principe précisant que lorsqu'il y a des motifs scientifiques raisonnables de croire qu'un processus ou un produit pourrait être dangereux, même lorsqu'on ne comprend pas tous les liens entre les causes et les effets, il faut prendre des mesures préventives. Compte tenu du fait que Santé Canada utilise le principe de précaution comme une norme en matière de protection de la santé pour réglementer les aliments, les médicaments et les instruments médicaux et pour la protection de l'environnement, on pourrait maximiser la prévention des maladies sans avoir recours aux médicaments. En agissant ainsi, on protégerait aussi le public des essais et de la commercialisation des médicaments de chimio-prévention qui entraînent de nouveaux risques pour la santé. Cependant, dans la version révisée de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement (1999)*, le gouvernement a affaibli la position forte dont jouissait au début le principe de précaution après des interventions de l'industrie qui ont donné lieu à des modifications de dernière minute⁵. De plus, le document de discussion du gouvernement sur la protection de la santé, *Protection de la santé pour le 21^e siècle* :

Le renouvellement du programme fédéral de la protection de la santé (1998), a intégré une approche antithétique grâce à «un cadre moderne de gestion des risques»⁶.

Dans son livre intitulé *Cancer Wars*, l'historien en sciences M. Robert Proctor précise que l'administration Reagan a introduit la gestion des risques au sein des organismes œuvrant dans la santé et l'environnement aux États-Unis en 1983. La gestion des risques définit les risques comme des faits concrets *inévitables*. Ainsi, on ne considère plus la pollution comme un problème qui doit être résolu : les toxines dans l'environnement deviennent plutôt des maux qui peuvent faire l'objet de négociation. Les évaluateurs de risques (les scientifiques) déterminent l'ampleur d'un risque particulier, alors que les gestionnaires de risques (les décideurs) déterminent si les risques sont acceptables. «Dans la majorité des cas, cette approche entrave les lois visant à protéger la santé et l'environnement», affirme M. Proctor⁷.

Ainsi, les risques et les avantages financiers sont intégrés dans la même équation que les risques et les avantages pour la santé. La gestion du risque invoque le principe ALARA, soit l'exposition humaine la plus faible qu'on puisse raisonnablement atteindre «en tenant compte des facteurs économiques et sociaux»⁸. Un cadre de gestion des risques favorisera la chimio-prévention au détriment des stratégies de santé publique à l'égard de la prévention des maladies, précisément parce que la majorité des médicaments destinés

■ Les groupes pour la santé des femmes ont critiqué les essais sur la chimio-prévention du cancer du sein qui constituent la toute dernière initiative pour commercialiser des produits pharmaceutiques et des produits médicaux dangereux à des fins d'utilisation chez les femmes sans les soumettre au préalable à un examen scientifique ou à des tests appropriés.

■ Des groupes pour la santé des femmes, des chercheurs en santé publique, des éthiciens, des écologistes et des professionnels de la santé ont insisté sur la nécessité d'adopter une approche en santé publique pour la prévention du cancer du sein.

aux personnes inquiètes par rapport à leur santé ont un plus grand potentiel de commercialisation que les médicaments destinés aux personnes malades. Cette tactique transfère ainsi le coût, à l'aide de mesures de prévention financées par le gouvernement, de la société aux particuliers, qui devront payer pour ces médicaments.

Santé Canada a formé un groupe de travail pour examiner comment on a appliqué le principe ALARA à l'exposition aux rayonnements et aux agents chimiques. Les membres de ce groupe ont constaté que le degré de risque acceptable associé à des lignes directrices établies présente des écarts «allant jusqu'à un million d'unités»⁹. Ils ont toutefois constaté que les stratégies de gestion du risque, relatives aux pratiques réglementées à l'égard des rayonnements ionisants et des agents chimiques génotoxinogènes, «fournissent un haut degré de protection de la santé *en l'absence d'effets observables sur la santé à l'aide de méthodes épidémiologiques*» [italique ajouté]¹⁰. Ainsi, on assume que des niveaux de rayonnements, d'agents chimiques génotoxinogènes et de substances perturbatrices du système endocrinien sont sécuritaires parce que les études épidémiologiques ne démontrent pas encore d'effets observables sur la santé. Ce raisonnement perpétue ce que M. Peter Saunders de l'Institute of Science in Society a qualifié [traduction] «de sophisme mathématique selon lequel l'absence de preuves équivaut à la preuve de l'absence»¹¹.

À court terme, la réduction et l'élimination des causes de maladies diminueraient les profits de l'industrie en exigeant le nettoyage des substances toxiques, des changements aux technologies polluantes et l'adoption de mesures au travail pour prévenir les accidents ou l'exposition à des agents qui peuvent causer des maladies. À long terme, de telles étapes favorisent le développement durable et peuvent faire

épargner l'industrie. Ces étapes sont associées à un coût déterminé et fournissent des avantages à long terme en matière de santé à l'ensemble de la population et ont habituellement une influence positive sur plusieurs maladies au lieu d'une seule.

S'opposer à la tendance à la chimio-prévention

Pendant une décennie, les débats sur la chimio-prévention ont donné lieu à la tenue d'audiences par la FDA, aux États-Unis, à une couverture médiatique et à des réunions de groupes communautaires. Même si des centaines de Canadiennes ont été recrutées pour participer aux essais des BCPT et STAR, l'organisme de protection de la santé au Canada n'a pas encore créé un forum en matière de politiques qui pourrait être un moyen pour les femmes d'exprimer leurs préoccupations. Le renouvellement du système canadien de protection de la santé, maintenant en cours, doit aborder les implications en matière de santé publique de la chimio-prévention. On doit apporter des modifications aux politiques au plus haut niveau pour soutenir le principe de précaution comme la pierre d'assise de la protection de la santé et pour réserver la chimio-prévention aux situations dans lesquelles on peut l'utiliser de façon sécuritaire et économique tout en respectant l'éthique. Pour atteindre ce but, le Groupe de travail sur les femmes et la protection de la santé a présenté les recommandations suivantes :

1. Il faudrait assurer la réglementation des médicaments, des aliments et de l'équipement de rayonnement et de l'environnement au Canada grâce à un système indépendant de l'industrie.
2. Le gouvernement du Canada devrait fournir des occasions au public pour lui permettre de faire des commentaires à toutes les étapes de la mise à l'essai et de

l'approbation des médicaments de chimio-prévention ainsi que les procès-verbaux électroniques (dans Internet) de ces réunions pour donner au public l'accès à l'information.

3. On devrait créer un bureau de réglementation pour surveiller les essais cliniques au Canada, y compris les essais en matière de chimio-prévention, de concert avec des professionnels possédant les connaissances appropriées et des groupes d'intérêt public de protection de la santé.
4. Santé Canada devrait avoir le mandat d'intervenir lors des audiences de réglementation aux États-Unis et dans d'autres pays dans lesquels on effectue des essais cliniques auxquels des Canadiennes et Canadiens participent, pour exiger la protection de la sécurité des participants canadiens.

Le Groupe de travail sur les femmes et la protection de la santé est appuyé par les Centres d'excellence pour la santé des femmes. Pour obtenir une copie du présent document, «La santé publique et la chimio-prévention», visitez le site Web du Groupe de travail sur les femmes et la protection de la santé à : www.web.net/~desact.

Les propos tenus dans le présent article ne représentent pas nécessairement la politique officielle de Santé Canada.

Groupe de travail sur les femmes et la protection de la santé
DES Action Canada
5890, avenue Monkland,
bureau 203
Montréal (Québec)
H4A 1G2
www.web.net/~desact



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

NOTES

1. Centers For Disease Control, «Ten great public health achievements—United States, 1900-1999», dans *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2 avril 1999, vol. 48, n° 12, p. 241.
2. Dr Richard Margolese cité par S. Semenal, «Breast cancer treatment hailed», dans *The Gazette*, 6 avril 1998, A1.
3. Lettre à Zeneca Pharmaceuticals de Robert Temple, M.D., Directeur, Office of Drug Evaluation, Center for Drug Evaluation and Research, FDA, disponible dans le Web : <http://www.fda.gov/cder/foi/appletter/1998/17970s40.pdf>.
4. A. Fugh Berman, «Tamoxifen in healthy women: Preventive health or preventing health?», dans *National Women's Health Network News*, 1991, septembre-octobre, p. 3.
5. D. VanderZwaag, «The precautionary principle in environmental law and policy: Elusive rhetoric and first embraces», dans *Journal of Environmental Law and Practice*, 1999, vol. 8, p. 355-375.
6. Santé Canada, *Protection de la santé pour le 21^e siècle : Le renouvellement du programme fédéral de la protection de la santé*, Ottawa, Santé Canada, juillet 1998, disponible dans le Web : http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/transitn/index_f.html, p. 6
7. R. N. Proctor, *Cancer Wars: How Politics Shapes What We Know and Don't Know About Cancer*, Basic Books, 1995, p. 84.
8. Santé Canada, Commission de contrôle de l'énergie atomique (maintenant la Commission canadienne de sûreté nucléaire), ministère de l'Environnement de l'Ontario et le groupe de travail mixte sur l'énergie. *Évaluation et gestion des risques de cancer associés aux rayonnements ionisants et aux agents chimiques*, Ottawa, Santé Canada, 1998, disponible dans le Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/catalogue/generale/98dhm216.pdf>, p. 10.
9. Santé Canada et coll., 1998, p. 9.
10. Santé Canada et coll., 1998, p. 42.
11. P. T. Saunders, *Use and abuse of the Precautionary Principle*, présentation de l'Institute of Science in Society (ISIS) au U.S. Advisory Committee on International Economic Policy, Londres, 13 juillet 2000.

Restructuration et santé des femmes : la crise de la pêche à Terre-Neuve

Barbara Neis, Département de sociologie, Memorial University, Brenda Grzetic, Antares Research, Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu

Bien que la société canadienne connaisse les effets d'une vaste restructuration, peu de recherches ont été effectuées pour examiner les effets des processus de restructuration sur la santé. Une pêche excessive, une biodiversité réduite et la pollution sont des exemples de restructuration environnementale. Une restructuration industrielle comporte une réorganisation d'activités (déqualification et recyclage professionnel) et une réduction d'effectifs. Une restructuration des processus politiques comporte des changements dans les services publics et dans les programmes sociaux.

À Terre-Neuve, la restructuration a suivi le Moratoire de la pêche à la morue du Nord de 1992. Le moratoire a mis fin à toutes les activités de la pêche liées au stock de morue du Nord au large de la côte est de la province. Des suspensions et des réductions de quota ayant trait à plusieurs autres espèces de poissons de fond ont aussi été mises en vigueur dans d'autres zones de pêche, si bien que l'emploi dans l'industrie de la pêche a diminué de façon radicale. Depuis le moratoire, une croissance dans le secteur des mollusques et crustacés a fourni de l'emploi à certains travailleurs de l'industrie de la pêche. Depuis quelques années, le gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador étudie la possibilité de faire des mines de nickel et des fonderies un autre moyen de créer de l'emploi. Si ce projet se concrétise, cette industrie apportera avec elle de nouveaux risques pour la santé au travail, comme c'est souvent le cas lors d'une restructuration. Il n'y a actuellement aucun mécanisme en place pour veiller à ce que ces risques soient prévus et réduits dans la phase d'exécution.

De l'usine de traitement de poisson à la fonderie de nickel : les déterminants de la santé et la santé des femmes au sein de l'industrie de la pêche dans un environnement de restructuration (avril 2001) est une étude de cas sur le lien entre la restructuration et la santé des femmes dans une région de Terre-Neuve dépendante de la pêche dans le sillage

de la crise du poisson de fond. On a procédé à des entrevues approfondies de 22 travailleuses au traitement des mollusques et des crustacés et 15 travailleuses à la transformation du poisson; ces travailleuses ont suivi de la formation pour se recycler afin de tenter de changer de secteur. On a pu contextualiser les données grâce à des entrevues clés avec des professionnels de la santé, une analyse des données issues des réclamations des travailleuses à la transformation du poisson présentées à la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail (CSSIAT), une analyse des données issues des programmes de formation mis en place à la suite de la crise de la pêche et des entrevues clés avec des administrateurs de l'enseignement.

Le recyclage professionnel des travailleurs représente une solution en fait de restructuration et constituait un thème important de cette étude. Bien que l'on attribue souvent le niveau d'instruction à l'amélioration de la santé des personnes par l'intermédiaire de soutiens sociaux et d'une participation sociale, l'effet le plus important du niveau d'instruction sur la santé découle des manières dont il influence l'accès à des expériences significatives d'emploi¹. Les avantages potentiels sur le plan de la santé qu'apportent l'instruction et la formation peuvent être compromis par un accès limité à de l'orientation professionnelle et à des options de formation préférentielles, par des lacunes concernant l'expérience relative à la formation et par les résultats de l'emploi. Cette menace est peut-être particulièrement pertinente pour les femmes de la classe ouvrière, comme celles ayant participé à cette étude, pour qui la formation est une solution à un déplacement involontaire et une nécessité par rapport au maintien d'un revenu et pour qui l'objectif de l'instruction et de la formation est de trouver un emploi rémunéré.

Au fur et à mesure que l'industrie de la pêche traditionnelle se restructure et que l'on trouve moins d'opportunités

d'emploi, les femmes et les hommes des collectivités rurales de Terre-Neuve chercheront de l'emploi dans de nouvelles industries. Dans le but d'analyser les risques potentiels pour la santé associés au développement du projet de mine de nickel et de fonderie de la baie de Voisey proposé pour le Labrador et Terre-Neuve, nous avons également analysé les données fournies par la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario sur les risques pour la santé des femmes et des hommes associés à cette industrie en Ontario.

Notre étude a démontré que la restructuration environnementale, au même titre que les efforts du gouvernement et de l'industrie visant à rationaliser l'industrie de la pêche, le fait de passer du poisson de fond au crabe et à la transformation de crevettes ainsi que des modifications aux règlements de l'assurance-emploi (a.-e.), ont entraîné une baisse des emplois, moins d'emplois sûrs et une baisse des revenus pour les travailleurs de l'industrie de la transformation du poisson. Les réclamations faites à la CSSIAT durant la période de restructuration ont montré des diminutions quant à la fréquence et à l'incidence des réclamations pour les hommes et les femmes travaillant à la transformation entre 1985 et 1998. Les accidents entraînant une perte de temps sont également devenus moins courants par rapport aux soins médicaux et aux réclamations servant à signaler un incident. Ces tendances sont en partie le résultat d'un moins grand nombre de travailleurs et d'un moins grand nombre d'heures d'exposition résultant des fermetures et des rationalisations d'usines. En revanche, des entrevues avec des participants de l'étude dénotent également que le caractère saisonnier et l'incertitude des emplois pourraient décourager les travailleurs de présenter des réclamations à la CSSIAT, en particulier des réclamations ayant trait à une perte de temps. Les règlements de l'assurance-emploi semblent également décourager le signalement de blessures au travail et des maladies professionnelles en excluant le temps passé en interruption de service à recevoir les prestations de la CSSIST par rapport au temps qui est considéré sur le plan de l'éligibilité à l'assurance-emploi. Le fait de changer du poisson de fond au crabe et à la transformation de crevettes a aussi changé les risques liés à la santé au travail. Par exemple, le risque de l'asthme professionnel attribuable au crabe des neiges est devenu relativement plus important alors que des

mécanismes efficaces sur le plan de la prévention, du diagnostic et de la compensation ne sont pas encore en place.

Les femmes qui ont tenté de quitter l'industrie de la transformation du poisson dans les années 90 se sont heurtées à des insuffisances en fait d'options de recyclage professionnel et de services fournis dans le cadre du programme fédéral La Stratégie du poisson de fond de l'Atlantique (LSPA). La disponibilité de l'orientation professionnelle était largement déficiente, l'éventail des options en fait d'accès à de la formation était restreint et

■ Ce dont j'avais besoin après le moratoire, c'était une raison pour me lever chaque matin. L'usine de transformation était tout pour moi.

certaines femmes ont essuyé des stéréotypes négatifs de la part d'administrateurs de LSPA à propos de leurs capacités. Une femme a confié que «la rumeur qui courait faisait de tous les travailleurs de l'industrie de la pêche des analphabètes». Les femmes qui ont accédé à une place de formation de LSPA étaient sous-représentées par rapport aux hommes et la durée moyenne de leurs programmes était plus courte. Sur les 15 femmes ayant participé à cette étude et qui ont suivi une formation professionnelle, certaines ont rapporté des lacunes par rapport à la formation même, une majorité d'entre elles étaient sans emploi au moment de l'entrevue et aucune n'avait trouvé d'emploi stable après la

■ Une femme est retournée travailler dans l'industrie de la transformation du poisson après avoir terminé un programme de formation technologique. Incapable de trouver un emploi lié à son recyclage professionnel, elle a tenu ces propos : «Mes attentes personnelles ont grandement diminué. Je me sens coincée à faire un travail que je déteste... C'est trop déprimant.»

formation. Plusieurs ont déclaré qu'elles ne suivraient plus d'autres formations. Une femme âgée de seulement 37 ans est retournée travailler dans l'industrie de la transformation du poisson après avoir terminé un programme de formation technologique. Incapable de trouver un emploi lié à son recyclage professionnel, elle a tenu ces propos : «Mes attentes personnelles ont grandement diminué. Je me sens coincée à faire un travail que je déteste... C'est trop déprimant.»

Le mot «anéanti» était souvent utilisé pour décrire les effets du moratoire sur les familles et les collectivités des femmes qui nous ont accordé une entrevue. Vingt et une des 36 répondantes ont mentionné qu'elles trouvaient leur vie très stressante ou plutôt stressante et 22 ont fait état de niveaux de stress plus élevés qu'ils l'étaient six ans plus tôt, soit à peu près au moment où le moratoire était annoncé. Pour les femmes déplacées des industries de transformation du poisson, à part des pertes de revenus, les plus grandes répercussions étaient une insécurité continue au travail, des déceptions attribuables au fait qu'elles n'ont pas trouvé d'emploi après avoir suivi une formation, de la solitude causée par le déménagement de proches amis ou membres de leur famille et de la dépression sous l'effet de liens étroits

rompus avec d'anciens collègues de travail à l'usine de transformation. «Ce dont j'avais besoin après le moratoire, c'était une raison pour me lever chaque matin» a déclaré une femme. «L'usine de transformation était tout pour moi; mes frères et sœurs y travaillaient et je les ai vus partir un à un.»

Comme les usines de transformation du poisson étaient rationalisées et restructurées, les travailleurs déplacés et les jeunes qui auraient cherché de l'emploi dans l'industrie de la pêche ont commencé à chercher de l'emploi dans d'autres industries. Les femmes des collectivités dépendantes de l'industrie de la pêche veulent un emploi et en ont besoin, ce qui comprend les emplois mieux rémunérés dans des secteurs non traditionnels comme les industries et la technologie. Au cours de la dernière décennie, l'emploi a pris de l'ampleur dans les secteurs du gaz et du pétrole. Des recherches antérieures dans ce domaine ont semblé indiquer des risques graves pour la santé à la plate-forme Hibernia associés à une transition inadéquate vers l'emploi dans les industries. Depuis peu, le gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador tente de négocier un accord avec la société Voisey's Bay Nickel pour une mine de nickel et une usine de concentration au Labrador et une fonderie à Terre-Neuve. Il

est important de prévoir et de prendre des mesures pour réduire les risques pour la santé que cette industrie pourrait présenter pour les employés, hommes et femmes. On s'est penché sur les données produites par les réclamations à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario et trois études sur le cancer afin d'analyser les emplois et les risques pour la santé au travail qui y sont liés pour les femmes et les hommes œuvrant dans ces industries.

Le nombre de femmes occupant des emplois ayant rapport à la production de nickel et aux mines en Ontario est toujours faible, mais les données et les études sur le cancer montrent que les femmes comme les hommes subissent des blessures et tombent malades en raison de leur exposition aux mines et aux fonderies de nickel. Quelques-unes des questions relatives à la santé sont des taux relativement élevés d'accidents et de blessures—particulièrement en ce qui concerne les hommes; des travailleurs connaissant des difficultés à obtenir des indemnités relatives à des cancers respiratoires; une incidence sensiblement plus élevée des cancers de la trachée et des bronches parmi la population en général autour de Sudbury, comparativement au reste de l'Ontario; le fait d'exclure les travailleuses des études sur le cancer effectuées par rapport à l'industrie; et les risques pour la sécurité des femmes dans des milieux de travail à prédominance masculine. Le gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador et la CSSIAT devraient prendre des mesures visant à réduire ces risques pour la santé des femmes et des hommes lorsqu'ils préparent le terrain des mines et des fonderies de nickel dans la province.

L'effondrement des industries de la pêche de fond a mis la santé des femmes en danger en raison de ses effets sur leur

emploi et leurs revenus et en changeant les principaux risques pour la santé au travail dans l'industrie. Les programmes de formation n'ont pas réussi à compenser les risques pour la santé de ces femmes. Cette étude laisse entrevoir qu'une analyse plus approfondie fondée sur l'égalité homme-femme et une approche socio-écologique devraient être incorporées dans les processus de planification et de négociation ayant trait à toutes les initiatives du secteur des ressources naturelles, que ce soit durant des périodes de rationalisation ou de croissance. De plus, les gouvernements, à tous les paliers, devraient jouer un rôle plus dynamique en créant des emplois et en orientant la préparation de la population active canadienne de manière équitable.

Pour obtenir une copie du rapport complet «De l'usine de traitement de poisson à la fonderie de nickel : les déterminants de la santé et la santé des femmes au sein de l'industrie de la pêche dans un environnement de restructuration», veuillez communiquer avec :



Réseau pancanadien
sur la santé des femmes
et le milieu

**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
Téléc. : (416) 736-5986
nnewh@yorku.ca

NOTES

1. C. Ross et M. Van Willigen, «Education and the subjective quality of life» dans le *Journal of Health and Social Behaviour*, 1997, vol. 38, septembre, p. 275-297.

Livrées à elles-mêmes : la santé des lesbiennes dans le nord de la Colombie-Britannique

Lynda Anderson, Theresa Healy, Barbara Herringer, Barbara Isaac et Ty Perry,
Centre d'excellence pour la santé des femmes—région de la Colombie-Britannique et le Northern Secretariat¹

Out in the Cold [Livrées à elles-mêmes], une étude à laquelle ont participé 40 lesbiennes vivant dans des collectivités du nord, révèle une interaction entre la santé et le lieu géographique, l'orientation sexuelle, la sécurité personnelle et les valeurs des collectivités et que ces éléments ont une incidence sur la santé. Dans le nord de la Colombie-Britannique, où cette étude a pris place, des discours anti-homosexuels sont exprimés quotidiennement dans le cadre de rencontres ou par les médias locaux. Les services de santé sont également influencés par ces préjugés. Des personnes participant à des groupes types et à des entrevues ont rendu compte du dilemme persistant d'avoir à décider si leur orientation sexuelle devait être révélée ou cachée à la collectivité et aux services de soins. Cette étude définit ce dilemme et la condition des menaces personnelles qu'elle dénote comme un déterminant de la santé et du bien-être des lesbiennes. L'interaction entre le lieu géographique et l'orientation sexuelle et la sécurité personnelle donne lieu à une réalité beaucoup plus complexe et contradictoire que cela semblait être le cas de prime abord.

L'âge des lesbiennes qui ont participé à cette étude varie de 18 ans à «trop vieille pour vouloir en parler». On compte parmi elles des femmes s'identifiant comme lesbiennes depuis des décennies et des «nouvelles lesbiennes» ayant fraîchement affirmé leur sexualité. La plupart des femmes avaient vécu dans le nord de cinq à quinze ans. Les objectifs de l'étude comprennent une enquête sur les expériences des lesbiennes avec les services de soins de santé du nord et les obstacles qu'elles ont rencontrés. Une analyse de leurs narrations met en lumière trois groupes importants de constatations.

1. Le contexte du nord a des répercussions importantes sur la santé et le bien-être des lesbiennes qui y vivent.

Des critiques et de la haine, ayant libre cours dans les médias, et de l'homophobie manifestée au sein du système éducatif et par l'intermédiaire de propagande religieuse publiquement diffusée, ont causé une peur implacable chez

certaines femmes. «Comme j'ai vraiment eu à cacher qui j'étais pendant si longtemps, je me sens beaucoup plus stressée» a déclaré une participante. «La peur et le risque de perdre mon emploi sont réels si je m'affiche en tant que lesbienne.» Une autre femme raconte : «Je me suis rendue compte que je ne m'étais pas créé de système de soutien. Ce qui nuit le plus à mon bien-être général, c'est l'isolement, un sentiment de non-appartenance, de non-inclusion.» Les répondantes des milieux ruraux qui ne «s'affichaient» pas ont supposé que leurs voisins, leurs collègues de travail et leurs fournisseurs de soins de santé savaient qu'elles étaient lesbiennes. Ces femmes ont dû dépendre de la bonne foi des gens de ne pas «ébruiter la chose», ce qui pourrait donner lieu à du rejet, des menaces ou un manque de soins.

Bien que de nombreuses lesbiennes aient décrit une oppression quotidienne, d'autres ont fait mention des avantages de vivre hors des villes et près de la nature, certaines exprimant ces faits en termes spirituels. D'autres ont mis l'accent sur les satisfactions à tirer de l'autonomie, de l'autodétermination et de la vie privée. «Je suis libre de cultiver beaucoup de choses que je mange... de seulement sortir dans mon jardin, de respirer l'air frais et de tenir la main de ma partenaire si j'en ai envie.»

2. Les services de soins de santé sont imprégnés de l'homophobie et de l'hétérosexisme de la société du nord.

«Une femme hétérosexuelle n'y va pas en ayant peur de dire “je vous présente mon partenaire”. Elle n'aura pas à se demander si un médecin dans une salle d'urgence la détestera si elle révèle qu'elle a ce genre de relation ou s'il la traitera d'une manière différente», nous a confié une femme. Une autre participante a raconté avec beaucoup d'humour comment une réceptionniste hurla dans la salle d'attente : «Votre carte médicale indique que le nom de votre mari est Sally... Comment cela est-il possible?» D'autres femmes, qui avaient déclaré n'avoir connu aucun préjugé ou obstacle, ont par la suite reconnu qu'elles n'avaient pas encore affirmé leur identité.

Bien que des rencontres aient été qualifiées de positives par certaines participantes, la plupart n'ont que très peu utilisé les services de soins de santé. Ce repli sur soi s'est parfois expliqué comme un rejet du modèle de médecine occidentale qui se concentre sur la maladie plutôt que sur le bien-être. Toutefois, un rejet des services de soins de santé était le plus souvent lié à des expériences humiliantes causées par des réactions homophobes des fournisseurs de soins de santé. «[Le médecin] était très attentif et vraiment volubile avant que je lui dise que j'étais lesbienne», a raconté une femme. «Puis le silence a rempli la pièce. Toute son attitude avait changé, c'était évident. Il m'a ensuite fixée du regard. Je veux dire *vraiment* fixée, vous comprenez.»

Plusieurs participantes étaient aussi très conscientes de la tendance dans le monde de la médecine à traiter l'homosexualité comme une pathologie. «Il existe une peur de se faire étiqueter, de recevoir l'étiquette "malade" parce qu'on est lesbienne, de recevoir l'étiquette "déprimée" parce qu'on est lesbienne». Pour les lesbiennes qui ont emmené leurs enfants aux services de soins de santé, le dilemme de se faire connaître en tant que lesbienne était exacerbé par la peur de représailles exercées contre leurs enfants par d'autres établissements comme les écoles.

3. Plusieurs participantes ont perçu les préjugés et les obstacles qu'elles ont rencontrés dans les services de soins de santé comme anodins. De façon générale, les participantes ont mis l'accent sur leurs propres forces et leurs capacités d'adaptation.

Un grand nombre de femmes n'ont pas accédé aux services de soins de santé officiels à l'exception d'un cas d'incident grave; pourtant, peu de femmes ont utilisé le mot «obstacle» pour décrire leurs expériences négatives. Elles ont plutôt mis l'accent sur le meilleur niveau de santé, de bien-être et d'estime de soi qu'elles ont acquis grâce à leurs pratiques autonomes en matière de soins de santé. Bien que plusieurs participantes aient considéré leur désengagement comme involontaire, elles ont convenu que ce désengagement a amélioré leur santé.

Certaines femmes ont fait des remarques à propos d'une pénible ironie : alors qu'elles étaient «proactives» et qu'elles «faisaient tout ce qu'il y avait à faire» par rapport à leur approche d'autogestion de la santé, elles pouvaient également courir le risque de développer des maladies liées au stress ou que des maladies ne soient pas diagnostiquées en raison de leur désengagement envers les services de soins de santé.

Dans le rapport final de cette étude, nous recommandons des changements sur le plan de la collectivité afin de soutenir l'inclusion et la sécurité personnelle des lesbiennes dans le nord, dans les services de soins de santé afin d'informer les fournisseurs et de créer des protocoles équitables et accueillants, de même qu'au sein de la collectivité des lesbiennes afin d'améliorer le support et les contacts sociaux.

L'appartenance sociale et la sécurité personnelle—des éléments essentiels de la santé et du bien-être—ne sont que très peu disponibles pour les lesbiennes qui vivent dans les villes et les villages du nord. Cette étude démontre que des facteurs comme la liberté personnelle, la sécurité et la santé sont liés de façon complexe et unique, dénotant de nouvelles connaissances en matière de déterminants de la santé et du bien-être des lesbiennes dans le contexte du lieu géographique.

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



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

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

NOTES

1. Le Northern Secretariat a changé de nom pour le Northern FIRE, un institut de recherche pour la santé des femmes indépendant fondé sur la collectivité, qui est particulièrement préoccupé par la santé des femmes vivant dans des contextes nordiques, ruraux et éloignés. Vous pouvez communiquer avec cet organisme par l'intermédiaire de la University of Northern BC, 3333, University Way, Prince George (Colombie-Britannique) V2N 3L9. Téléphone : (250) 960-5602; télécopieur : (250) 960-5644.

Prise en main personnelle dans un contexte de pauvreté : les mères à faible revenu à Saskatoon

Kathryn Green, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, University of Saskatchewan, Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies

On reconnaît de plus en plus que le pouvoir ou le contrôle qu'on peut exercer sur les facteurs qui modèlent notre vie est un déterminant fondamental de notre santé. En fait, on définit couramment la promotion de la santé comme le «processus qui permet aux personnes de mieux prendre en main les déterminants de la santé et ainsi améliorer leur état de santé»¹. Cependant, les programmes de promotion de la santé à l'intention des mères à faible revenu ont tendance à être axés sur le développement des habiletés dans des domaines tels que l'art d'être parent et la cuisine. Bien qu'ils soient importants, ces programmes n'abordent pas les déterminants de la santé plus fondamentaux que l'on retrouve dans un environnement social, économique et physique ni les déterminants du pouvoir ou du contrôle.

Le développement d'habiletés, non seulement pour composer avec leur propre environnement mais également pour travailler collectivement à l'améliorer, constitue un aspect essentiel de la prise en main personnelle des femmes. De plus, des recherches ont démontré que le soutien des autres—pratique et moral ainsi que le mentorat—est essentiel pour accroître la prise en main personnelle². La participation à des activités, à des groupes ou à des actions sociales constitue un processus clé. Ainsi, un projet qui a rassemblé des mères à faible revenu ayant des enfants d'âge préscolaire à Saskatoon a favorisé un processus pour appuyer les femmes qui voulaient de toute urgence faire plus que de composer avec les conditions qui influencent négativement sur la santé de leur famille afin d'améliorer ces conditions. En mai 2000, deux groupes de mères à faible revenu, qui avaient auparavant participé à des programmes de développement des habiletés, ont commencé à rencontrer les facilitatrices. Les participantes étaient du début de la vingtaine à la fin de la trentaine. La plupart d'entre elles avaient deux ou trois enfants. Environ les deux tiers étaient des chefs de famille monoparentale; et près de la moitié d'entre elles étaient des membres des Premières nations.

Pendant les réunions hebdomadaires, les femmes parlaient de leur collectivité et des changements qu'elles souhaiteraient

voir pour la rendre plus saine et améliorer l'état de santé de ses membres. Lorsqu'elles décrivaient ces changements, les femmes parlaient d'avoir plus de contrôle sur leur collectivité, y compris une plus grande sécurité, un revenu adéquat et un logement abordable. Afin d'exprimer leur vision à l'égard de la santé, elles ont pris des photos de leur collectivité et en ont fait deux grandes murales décrivant les influences des collectivités sur la santé qu'elles ont présentées à leurs invités. Pour chaque réunion, on assurait des services de garderie sur les lieux et de transport qui étaient essentiels à la participation de ces femmes à la réunion.

Une des participantes a affirmé : «Tout ce que nous avons fait en groupe a été utile; cela me permettait de réduire mon stress lorsque quelqu'un écoutait mes préoccupations et de me sentir comprise». Une autre femme a ajouté : «Quand j'ai assisté à la première réunion, je ne savais pas ce que nous allions accomplir, mais je savais que j'avais besoin de soutien.»

Après avoir créé les murales, les femmes ont décidé de se concentrer sur la pauvreté à titre de déterminant clé responsable des problèmes auxquels elles faisaient face dans leur propre vie et collectivité. En septembre 2000, lorsque les femmes ont recommencé à se voir en un seul groupe, elles ont examiné de l'information sur la prévalence et les causes de la pauvreté et elles ont partagé leurs propres histoires au sujet de leur expérience de la pauvreté. Elles ont constaté que le chemin qui les conduisait habituellement à la pauvreté commençait habituellement, mais pas toujours, par l'éducation qu'elles avaient reçue. Les effets de la pauvreté que les femmes ont décrits comprenaient entre autres des conséquences sur la santé d'ordre physique et mental : une mauvaise alimentation pour elles-mêmes et leurs enfants, peu d'occasion d'avoir un répit en tant que parent et une faible estime de soi.

Cet examen a donné lieu à une action sociale, soit la création d'un livre sur la pauvreté. Dans l'introduction de *Telling It Like It Is: Realities of Parenting in Poverty*, on mentionne que :

[Traduction] «La majorité des Canadiens et Canadiennes conviennent que c'est une honte qu'un enfant sur cinq vive dans la pauvreté. Fait peut-être oublié, les enfants qui sont pauvres le sont parce que leurs parents sont pauvres. Pour mettre fin à la pauvreté des *enfants*, nous devons nous pencher sur la source du problème, soit les *parents* vivant dans la pauvreté»³. Dans le livre, on retrouve des histoires de ces femmes en énonçant des faits sur les causes et les effets de la pauvreté et sur l'art d'être parent dans la pauvreté. Les femmes ont dit qu'elles étaient fières du livre qui représentait une réalisation concrète, soit «quelque chose que je peux tenir dans ma main», a dit l'une d'entre elles. Une autre femme a ajouté : «Issues de divers milieux et possédant une ascendance et un bagage différents, nous l'avons réalisé ensemble. Nous pouvons toutes travailler ensemble et accomplir des choses.»

Le livre *Telling It Like It Is* visait entre autres à dissiper les mythes et les stéréotypes négatifs à propos des femmes à faible revenu. L'histoire de Tracy, par exemple, décrit une mère au foyer avec deux enfants dont le mari travaille à temps plein au salaire minimum. «Notre chèque de paye ne nous donne pas les ressources suffisantes pour subsister jusqu'au prochain chèque, mais plutôt pendant trois jours après avoir reçu notre chèque, au mieux», a affirmé Tracy. «Avant d'avoir les enfants, mon mari et moi avons décidé que lorsque nous en aurions, l'un de nous demeurerait à la maison, au moins jusqu'à ce que les enfants aillent à l'école [...] je crois toujours que nous avons pris la bonne décision, mais il y a un prix à payer [...] Mon mari a une assurance dentaire et médicale partielle. Mes enfants sont couverts par

l'assurance, mais je ne le suis pas [...] je me tracasse constamment, par exemple comment nous allons payer nos factures ou ce que je ferais si l'un de nos enfants était malade et que la prescription n'était pas couverte.» Une statistique provenant de *Données de base sur la pauvreté au Canada* qui termine cette histoire affirme ceci : [Traduction] «En Saskatchewan, plus du tiers des familles pauvres (39 p. 100) ont un revenu de travail»⁴.

Même si toutes les participantes au projet souhaitaient prendre des mesures plus directes—au-delà de la création du livre—afin d'aider leur collectivité à s'orienter davantage vers la vision de santé qu'elles avaient créée, elles ont constaté que le livre constituait un défi. Elles ont identifié des raisons telles que le manque de sensibilisation aux occasions, de temps et de compétences ainsi que des facteurs psychologiques plus complexes, notamment, l'estime de soi, croire que quelqu'un a le droit de demander un meilleur traitement et que le changement est possible, et avoir une vie assez stable pour avoir l'énergie de s'engager dans une action sociale.

Cette étude démontre que l'on doit fournir des occasions aux mères à faible revenu de développer des habiletés non seulement pour s'adapter mais également pour entreprendre une action sociale. Cependant, cela ne doit pas exclure l'obligation du gouvernement d'augmenter les taux de salaire minimum et des prestations d'assurance sociale pour atteindre une norme de vie adéquate ou pour fournir des logements abordables et sécuritaires à toutes les familles. La responsabilité de développer des collectivités saines ne devrait pas non plus incomber seulement aux personnes les

■ «Issues de divers milieux et possédant une ascendance et un bagage différents, nous l'avons réalisé ensemble. Nous pouvons toutes travailler ensemble et accomplir des choses.»

plus défavorisées. Les personnes et les groupes disposant de plus de ressources et d'une plus grande capacité d'action sociale devraient partager cette responsabilité.

Pour obtenir une copie du rapport complet «'We Did It Together: Low-Income Mothers Working Toward a Healthier Community» et des renseignements sur le livre, 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

NOTES

1. Organisation mondiale de la santé, *Health Promotion Glossary*, Division de la promotion, de l'éducation et de la communication pour la santé, Service éducation sanitaire et promotion de la santé, 1998.
2. J. Lord et P. Hutchison, «The process of empowerment: Implications for theory and practice», dans *Canadian Journal of Community Mental Health*, 1993, vol. 12, n° 1, p.5-22.
3. *Telling It Like It Is: Realities of Parenting in Poverty*, Winnipeg, Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies, 2001.
4. D. P. Ross, K. J. Scott et P. J. Smith, *Données de base sur la pauvreté au Canada 2000*, Conseil canadien de développement social, 2000, p. 87.

RENFORCER LES MESURES COMMUNAUTAIRES ET PERSONNELLES

Protéger l'hygiène de vie des immigrantes dans l'Île-du-Prince-Édouard

Marian MacKinnon, professeure agrégée à la University of Prince Edward Island et présidente de la InterCultural Health Assembly [Assemblée de la santé interculturelle] de l'Î.-P.-É., et Laura Lee Howard, ancienne directrice générale du PEI Association for Newcomers to Canada [Association des nouveaux arrivants au Canada de l'Î.-P.-É.] et du Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Maritimes

Chaque année, environ 150 immigrants arrivent dans l'Île-du-Prince-Édouard. Aujourd'hui, l'île compte un total de 4 380 immigrants dont environ la moitié sont des femmes. Les immigrants de l'Î.-P.-É. font face à des problèmes semblables à ceux des autres immigrants du Canada. Cependant, l'isolement géographique et les difficultés économiques de la province contribuent à un plus grand isolement culturel et moins d'aide et de services culturels y sont disponibles.

Les immigrantes n'ont pas participé à des études portant sur leurs propres soins de santé et elles n'ont pas été considérées comme ressources pour ceux-ci¹. Le PEI Immigrant

Women's Health Project [projet pour la santé des immigrantes de l'Î.-P.-É.] a comblé cette lacune en recherche courante et a examiné ce que signifie la santé pour les femmes immigrantes. En entrevue, nous avons demandé à 22 femmes de 15 pays ce qu'elles faisaient avant d'émigrer pour maintenir leur santé et si elles étaient en mesure de continuer ces pratiques dans leur nouveau pays. Nous leur avons également posé des questions sur leurs expériences avec les services de santé de l'Î.-P.-É. Notre étude a démontré que les femmes immigrantes montrent des besoins semblables en matière de santé et qu'elles souscrivent à un hygiène de vie semblable à celui des femmes nées aux

Canada², mais elles disposent de moins de ressources de façon significative.

Les femmes ont exprimé des opinions bien définies au sujet de la santé en tant que ressource pour la vie quotidienne. Elles étaient très conscientes des bienfaits d'une saine alimentation, d'une quantité suffisante de repos et de la pratique d'exercices, de loisirs et d'autres activités réduisant le niveau de stress. Elles partageaient des opinions quant au lien étroit existant entre la santé physique, mentale et spirituelle, à l'interdépendance de ces domaines et par rapport au fait que leur santé avait une incidence sur leurs capacités de s'occuper d'elles-mêmes et de leur famille, de créer des liens positifs avec d'autres personnes et de se soutenir financièrement ou d'aller à l'école.

Cependant, les femmes ont déclaré qu'elles ne disposaient pas du temps et des ressources nécessaires pour concrétiser leurs croyances en matière de santé ou pour continuer leurs pratiques relatives aux soins de santé. Par exemple, leurs aliments traditionnels n'étaient pas disponibles dans l'Î.-P.-É. ni les herbes qu'elles avaient appris à utiliser comme médicaments pour traiter des malaises mineurs dans leur pays d'origine. Les femmes ont également déterminé que le manque de soutien social (c'est-à-dire la capacité de visiter des membres de la famille, de jouir d'un bon milieu familial et d'un bon support de la famille ainsi que la capacité de visiter des amis) était un facteur important. L'une d'entre elles a confié : «Ma famille, elle me manque beaucoup, et lorsque je pense trop à elle, je deviens déprimée. [Cela] affecte ma santé... Je peux vivre sans mon pays, mais sans ma famille, c'est plus difficile.» De nombreuses femmes ont déterminé que le sentiment de ne pas être acceptées dans leur

collectivité représentait un autre obstacle aux soins personnels. Plusieurs d'entre elles ont admis qu'en matière de détresse psychologique, de dépression ou d'autres maladies mentales, elles se confieraient à des amis ou à des membres de la famille ou elles se changeraient les idées par le travail ou par d'autres activités au lieu de consulter un médecin ou avant d'en consulter un. Sans connexions sociales ni sentiment d'appartenance, ces options sont grandement réduites. En fait, en ce qui concerne ce groupe de femmes, tout ce qui offrait un sentiment de sécurité ne leur semblait pas disponible.

On croit que la perte de support social prédispose les personnes à des sentiments de vulnérabilité et à des maladies éventuelles. Certains chercheurs ont déclaré que le support social était une variable importante qui offrait une protection contre les maladies mentales et physiques, particulièrement durant des événements stressants de la vie comme l'immigration choisie ou forcée³. Le manque de support qu'ont connu les immigrantes ayant participé à l'étude constitue donc une constatation essentielle. Un des nombreux remèdes nécessaires serait de faire en sorte que les immigrantes aient accès à des cours sur les aliments et la nutrition. Cela remplirait le double objectif de leur enseigner comment adapter leur cuisine traditionnelle aux aliments disponibles au Canada et à la fois de leur fournir l'occasion d'établir un réseau social. Une intervention s'y rapportant serait l'élaboration par Santé Canada d'un guide alimentaire qui tiendrait compte des préférences d'autres cultures en fait d'aliments et de cuisine.

Les femmes ont fait mention de la langue—ou la capacité de s'exprimer en anglais—comme un autre facteur affectant

■ Les politiques et les programmes doivent considérer les immigrantes en tant que ressources pour leur propre santé, fournir du soutien afin de les aider à maintenir leur hygiène de vie et supprimer les obstacles entre elles et les services de santé.

profondément leur santé et celle de leur famille, créant du chômage, des désavantages dans le domaine de l'emploi et des obstacles aux services de soins de santé. Bien que les services de soins de santé soient gratuits dans l'Î.-P.-É., ces femmes font quand même face à la complexité d'apprendre comment accéder aux services de soins de santé et comment communiquer pour être comprises. Toutes les femmes qui ont été interrogées à propos de la langue en tant qu'obstacle ont déclaré que des interprètes pour les professionnels de la santé étaient nécessaires. Elles ont aussi perçu comme un obstacle l'obtention du type de soins de santé auquel elles attachaient de l'importance, c'est-à-dire des évaluations holistiques et des examens approfondis par un médecin.

Malgré des opinions arrêtées à propos de leur santé et des manières de la maintenir, les immigrantes estiment qu'il est difficile de maintenir leur hygiène de vie dans l'Î.-P.-É. Leurs besoins en matière de santé sont liés à de nombreux déterminants de la santé et, par conséquent, des stratégies visant à soutenir des pratiques en matière de soins de santé sont nécessaires dans plusieurs secteurs. Des niveaux plus élevés de cours d'anglais sont particulièrement essentiels pour permettre aux immigrantes de poursuivre leur hygiène de vie et de gagner suffisamment de compétences pour faire concurrence sur le marché de l'emploi. Toutes les femmes ayant participé à cette étude ont estimé qu'il était indispensable de disposer de renseignements sur le système canadien de soins de santé dès l'arrivée, au lieu de trois ou quatre ans plus tard, lorsqu'elles deviennent citoyennes canadiennes. On a également besoin d'interprètes pour les professionnels en soins de santé. Les programmes

communautaires de sensibilisation visant à faciliter la participation des femmes dans leur collectivité et à améliorer leur accès à des activités sociales et de loisirs représentent une autre stratégie pleine de bon sens.

Pour les politiciens, les fournisseurs de soins de santé et les collectivités, la première étape vers la protection de la santé des immigrantes et la réalisation de politiques d'intégration en matière de santé repose sur la valorisation de ces femmes. La mise en place de politiques et de programmes les appuyant dans leurs efforts à se bâtir une nouvelle vie serait aussi «rentable» car, comme elles en ont fait état elles-mêmes, lorsqu'elles sont en santé, elles sont davantage en mesure de s'occuper de leur famille et d'elles-mêmes.

Pour obtenir une copie du rapport complet «Affirming Immigrant Women's Health: Building Inclusive Health Policy» [Protéger la santé des immigrantes : élaboration de politiques inclusives en matière de santé], communiquez avec :



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

NOTES

1. A. I. Meleis, J. G. Lipsom, M. Muecke et G. Smith, *Immigrant women and their health: An olive paper*, Indianapolis, Centre Nursing Press, 1998.
2. M. Munro, M. Gallant, M. MacKinnon et coll., «The Prince Edward Island conceptual model for nursing: A nursing perspective of primary health care» dans le *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 2000, vol. 32, n° 1, 39-55.
3. M. MacKinnon, *Towards meeting the health care needs of the Chinese elderly: Meaning and potential health consequences associated with care receiving for the Chinese elderly* [rapport d'intervention], St. John's, T.-N., Memorial University of Newfoundland, 1993.