



### DANS CE NUMÉRO

#### QU'EST-CE QUI COMPTE DANS LA RECHERCHE SUR LA SANTÉ DES FEMMES?

- 4 Une mesure complète :  
Situation professionnelle et  
santé des femmes
- 7 Indicateurs de la santé axés  
sur les différences entre les  
sexes

#### DE QUI L'ON TIENT COMPTE DANS LA RECHERCHE SUR LA SANTÉ DES FEMMES?

- 10 Mesures silencieuses : Les  
handicaps et la Stratégie  
canadienne en matière de  
biotechnologie
- 14 Les défis entourant l'étude  
de la santé des femmes  
travaillant dans des centres  
d'appels
- 17 Recherche en tant que  
contrat spirituel : Un projet  
sur la santé des femmes  
autochtones

#### RENDRE LA RECHERCHE IMPORTANTE

- 19 Analyse comparative entre  
les sexes : Au-delà du  
syndrome de la Reine rouge
- 24 Comment faire en sorte que  
l'on tienne compte des  
recherches

## Qu'est-ce qui compte et de qui l'on tient compte dans les recherches sur la santé des femmes?

**NOUS AVONS AUTANT BESOIN DES CONCEPTS DE LA SANTÉ DES FEMMES QUE les outils appropriés pour les mesurer afin de comprendre et d'évaluer les interventions conçues pour le bénéfice des femmes. Par exemple, la santé des femmes a traditionnellement été conceptualisée en termes de questions de reproduction. Une conceptualisation plus adéquate comporte le bien-être physique, psychologique, émotionnel et social des femmes, et une compréhension que le niveau de la santé augmente dans un monde social et dans un milieu physique qui comportent les dimensions biologiques et sociales des sexes, du travail, de la race et de la culture—entre autres choses—et des interactions parmi ces facteurs. « De nouveaux paradigmes, méthodes et outils de mesure sont nécessaires instamment afin d'élargir les frontières de la santé des femmes »<sup>1</sup>, affirme le *Michigan Initiative for Women's Health*, l'une des nombreuses voix qui insiste sur l'importance de l'élaboration de nouveaux outils de recherche et de nouvelles approches pour la recherche de la santé des femmes.**

Dans ce numéro, deux articles précisent les aspects importants (et ce qui manque) dans les mesures de la santé des femmes en fonction des dimensions biologiques et sociales des sexes. Colleen Reid avance que les mesures traditionnelles du statut socio-économique des femmes et des hommes, du travail rémunéré ou bénévole et les activités d'éducation des enfants sont associées à des conceptualisations dépassées, particulièrement depuis l'introduction de la perspective des déterminants de la santé. Reid affirme que les mesures doivent être révisées afin de refléter la complexité et la diversité des styles de vie des femmes et des hommes aujourd'hui. Dans le second article, Shelly Abdool et Bilkis Vissandjée décrivent les caractéristiques du système « d'indicateurs axés sur les différences entre les sexes » qui pourraient mesurer de manière plus adéquate la santé des femmes. Elles proposent des critères pour la sélection des ces indicateurs.

En plus de la nécessité de nouvelles mesures appropriées, nous avons également besoin de nous assurer qu'elles reflètent la diversité de la population canadienne. L'article de Catherine Frazee concernant la Stratégie canadienne en matière de biotechnologie attire l'attention sur les mesures qui sont à la base de la recherche sur la santé et de l'élaboration de politiques. Elle questionne la notion de « citoyen idéal » que soutient la Stratégie, en

## 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  
Télé. : (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  
Télé. : (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 de l'Atlantique**  
C.P. 3070  
Halifax (Nouvelle-Écosse)  
Canada B3J 3G9  
www.medicine.dal.ca/acewh  
Tél. : (902) 420-6725  
Numéro sans frais :  
1 888 658-1112  
Télé. : (902) 420-6752  
acewh@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<sup>e</sup> étage  
Immeuble Jeanne-Mance  
Pré Tunney  
Ottawa (Ontario) Canada K1A 0K9  
Tél. : (613) 952-0795  
Télé. : (613) 941-8592  
cewhp@hc-sc.gc.ca  
www.hc-sc.gc.ca/femmes



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  
Télé. : (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

<b>Rédactrice</b>	Ann Pederson
<b>Rédactrice adjointe</b>	Leslie Timmins
<b>Responsable de la production</b>	Susan White
<b>Conception</b>	Folio Design
<b>Traduction française</b>	Le Groupe de traduction Masha Krupp limitée
<b>Correction</b>	Robyn Fadden, Lynnette D'anna 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.

RECYCLED LOGO UNION BUG  
(WPG SUN: PLS PLACE LOGOS AS PER VOL.2 NO.2)

s u i t e

suggérant implicitement d'exclure les personnes handicapées. Cependant, un autre article décrit le travail de Connie Deiter et de Linda Otway qui utilisent des méthodes de recherche particulières afin d'y intégrer la participation des femmes autochtones, groupe souvent négligé. Les chercheuses Anne Fenety, Carol Putnam et Charlotte Loppie décrivent les défis méthodologiques qu'entraîne l'intégration d'un nouveau groupe de femmes au travail dans une étude de santé au travail. Dans de nouvelles entreprises non syndiquées et à croissance rapide, comme les centres d'appels, les relations entre les entreprises et les chercheurs de la santé, qui pourraient faciliter la participation des travailleurs, ne sont pas encore largement éprouvées.

En pensant à la façon de faire avancer la recherche axée sur les différences biologiques et sociales, nous avons noté que le Centre d'excellence pour la santé des femmes—région de la Colombie-Britannique—a publié le document « Fusion », un modèle pour la recherche intégrée sur la santé. Élaboré en collaboration avec des membres de la communauté de la santé de femmes, l'approche de « Fusion » aide à assurer la pertinence et l'inclusion, encourage l'intervention multidisciplinaire, intègre les dimensions biologiques et sociales des sexes, met en commun les paradigmes et stimule la pertinence des politiques.

Dans un article qui fait valoir le besoin continu de l'analyse comparative entre les sexes afin d'évaluer les répercussions des politiques et des programmes de santé sur les hommes et les femmes, Karen Grant évalue la situation actuelle comme souffrant du « syndrome de la Reine rouge ». Tout comme Alice dans *Alice au pays des merveilles*—qui court aussi vite qu'elle peut pour rester à la même place—les chercheuses dans la santé font face à une résistance prédominante relativement à l'introduction des sexes dans la recherche sur la santé.

Plusieurs de ces auteurs insistent sur le fait que la *plupart* de la recherche sur la santé aujourd'hui est « également applicable aux hommes et aux femmes » et ignorent la possibilité des différences qui existent entre la santé des

## ■ Nous avons autant besoin des concepts de la santé des femmes que les outils appropriés pour les mesurer afin de comprendre et d'évaluer les interventions conçues pour le bénéfice des femmes.

femmes et celle des hommes. La preuve démontre qu'une telle recherche n'est pas « également applicable aux hommes et aux femmes » en termes de répercussions. Ce numéro de *Bulletin de recherche* met au défi les chercheurs de la santé et les décideurs de s'assurer de ce que nous comptons, de quelle façon nous le comptons et que ceux que nous comptons dans la recherche reflètent une compréhension fonctionnelle des nombreux facteurs qui influencent la santé et la maladie, et les nombreuses personnes que nous pourrions exclure ou intégrer en fonction des méthodes et des concepts que nous avons choisis.

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

### NOTES

1. S. D. Harlow, K. Bainbridge, D. Howard, C. Myntti et coll., «Methods and measures: Emerging strategies in women's health research», dans *Journal of Women's Health*, 1999, vol. 2, p. 139-147.

## Une mesure complète : Situation professionnelle et santé des femmes

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

Actuellement, la perspective des déterminants de la santé conçoit la santé des femmes comme un mélange complexe de facteurs sociaux, politiques, économiques et biologiques. Mais encore, la mesure des variables de la santé des femmes se fonde typiquement sur le modèle biomédical, voyant la santé de façon indépendante du milieu social. Cet écart entre la conceptualisation des déterminants de la santé et la mesure des variables de la santé influence la recherche, les politiques et la pratique. Une nouvelle étude, nommée *A Full Measure* [Une mesure complète], examine l'écart entre la conceptualisation et la mesure des variables de la santé des femmes et fait des suggestions quant aux façons de faire avancer ces mesures.

Lorsqu'elles sont appliquées à la santé des femmes, les mesures normalisées entraînent souvent des méprises, des erreurs, des incohérences et des simplifications. Les méprises se produisent lorsque les expériences quotidiennes importantes dans la vie des femmes ne sont pas prises en considération et lorsque les femmes sont tenues à l'écart des études faites sur la santé. Les incohérences dans les résultats de recherche se produisent lorsque des mesures contre-indiquées sont appliquées ou comparées, et les hypothèses stéréotypées concernant les rôles des femmes et des hommes mènent à la simplification de problèmes plus complexes.

L'analyse documentaire, *A Full Measure*, examine les conceptualisations et les mesures selon trois catégories : les dimensions biologiques, socio-économiques et socio-culturelles de la santé des femmes. Dans le chapitre sur les dimensions biologiques de la santé des femmes, on examine les problèmes liés aux données sur la morbidité. Un des problèmes est que ces données n'indiquent pas les événements hautement importants dans la vie des femmes, tel que le viol, ou des problèmes moindres comme l'arthrite ou des problèmes concernant les soins aux enfants<sup>1</sup>. Le chapitre sur les dimensions socio-culturelles explore les différences entre la compréhension de la diversité des femmes (qui comprend, par exemple, la classe, la race, l'origine ethnique, le statut d'immigrant, l'orientation sexuelle, l'âge, l'espérance de vie, l'emplacement

géographique, la capacité et l'incapacité) et les mesures de la diversité des femmes, qui tiennent uniquement compte de la race, de l'origine ethnique et de l'âge.

Pour les besoins de cet article, nous discuterons seulement d'une des mesures de la dimension socio-économique de la santé des femmes—les classifications par professions.

### Les classifications par professions

Le statut socio-économique fait typiquement référence à la profession, à l'éducation, au revenu personnel, au revenu familial ou à la région géographique à faible revenu d'une personne. Une des barrières significatives à la compréhension du lien entre le statut socio-économique des femmes et la santé constitue la façon dont la profession est mesurée. Puisque les femmes ont souvent des emplois non rémunérés et ont tendance à occuper des emplois différents de ceux des hommes, les systèmes de classification type des professions, qui ont été élaborés en fonction du travail des hommes, sont inopportuns pour comprendre la relation entre le travail et la santé des femmes<sup>2</sup>.

#### i) Ségrégation des sexes au travail

Lorsque les femmes sont employées, elles convergent vers un nombre limité de professions qui ont tendance à avoir une rémunération et un statut relativement bas. Compte tenu de la reconnaissance de la ségrégation des sexes, des mesures fondées sur les professions ont inévitablement soulevé des problèmes. Lors de la comparaison des inégalités de revenu des professions entre les hommes et les femmes, il devient parfaitement clair que les femmes qui ont une profession « d'homme » occuperont habituellement un poste supérieur moindre et gagneront moins d'argent. Tandis que les hommes qui ont un travail de « femme » sont surreprésentés dans plus de postes supérieurs. Ce qui signifie que les femmes sont surreprésentées dans les emplois à faible revenu, à statut inférieur et à faible sécurité et qu'elles possèdent une expérience et une relation différente par rapport à la population active payée. Le *Registrar General's Classification*, au Royaume-Uni, a été élaboré principalement en fonction de l'expérience professionnelle

et du travail des hommes. Il demeure un exemple d'une des mesures problématiques encore grandement utilisées<sup>3</sup>.

ii) Préjugés en tenant pour acquis les répercussions du travail  
Certaines suggestions en recherche sur la santé laissent entendre que les facteurs liés au travail apportent une plus grande contribution à l'état de santé des hommes et que les facteurs liés à la composition et à la situation de la famille sont peut-être plus importants pour la santé des femmes<sup>4</sup>. Cette hypothèse nous empêche de comprendre pleinement les différences entre les sexes dans la relation entre le statut socio-économique et la santé. Le travail rémunéré des femmes a été traité comme un rôle additionnel et non pas comme un rôle primordial : cela donne une fausse impression d'une hypothèse implicite et stéréotypée du rôle traditionnel non rémunéré de la femme en tant que femme au foyer. Peu d'études ont tenté de traiter des conditions de travail et des conditions en milieu familial de façon symétrique, par contre, certaines études ont démontré que les conditions de travail peuvent être aussi, sinon plus, importantes pour la santé des femmes que celle des hommes<sup>5</sup>.

Les femmes et les hommes occupent des sections particulières du marché du travail, même si cela n'a pas été bien mesuré ou n'a pas été pris en considération dans les mesures du travail et des professions. Cela veut dire que les différences entre les sexes qui ont été découvertes dans la relation entre la santé et le statut socio-économique indiquent peut-être des problèmes de mesure du statut social et du travail rémunéré. Compte tenu du fait que les femmes ont tendance à occuper des sections particulières du marché du travail, l'importance des inégalités socio-économiques entre les femmes et les hommes peut refléter les différences entre les sexes dans la mesure du statut social plutôt que la vraie différence dans la relation entre la santé et le statut socio-économique des hommes et des femmes.

Une contradiction révélatrice au sein de la recherche sur la santé révèle que les hommes qui sont sans emploi (non rémunéré) sont perçus comme désavantagés. Sauf quelques exceptions, les études concernant la santé des hommes ont accordé peu d'importance à leurs rôles conjugaux et parentaux<sup>6</sup>. Arber et d'autres chercheuses féministes ont souligné l'importance d'examiner autant la position professionnelle des femmes et des hommes au sein de la société et de la famille. Les indices socio-économiques, tels que l'éducation, devraient être considérés comme une autre méthode de mesure des inégalités socio-économiques entre les

femmes et les hommes. La mesure de l'éducation peut « compléter » ou fournir une représentation plus complète. Cette mesure a été appliquée lors d'études sur la santé des hommes où il existe une plus grande inégalité entre les hommes<sup>7</sup>. L'utilisation d'indicateurs socio-économiques semblables lors de la comparaison des hommes et des femmes, plutôt que l'observation de différents indicateurs pour chaque sexe<sup>8</sup>, pourrait entraîner une compréhension plus précise.

**■ Peu d'études ont tenté de traiter des conditions de travail et des conditions en milieu familial de façon symétrique, par contre, certaines études ont démontré que les conditions de travail peuvent être aussi, sinon plus, importantes pour la santé des femmes que celle des hommes.**

iii) Rôles additionnels et primordiaux

Les demandes pour les travaux ménagers et le soin des enfants représentent des stress additionnels pour les femmes qui sont également des travailleuses rémunérées. Pour ces raisons, le travail des femmes devrait être examiné autant comme un rôle additionnel que primordial. En tant que rôle primordial, le travail payé influence le contrôle de la femme sur les ressources financières et peut également influencer son style de vie et ses chances d'épanouissement ainsi que celles de sa famille<sup>9</sup>. Les rôles parentaux et matrimoniaux de la femme au sein d'une situation particulière sont également très significatifs, mais très peu de recherches ont été effectuées afin d'examiner les liens entre la santé et ces rôles<sup>10</sup>. Les mesures traditionnelles négligent également l'expérience d'une mère monoparentale<sup>11</sup>.

iv) Chômage

Certaines recherches ont démontré que le chômage a pour conséquence une mauvaise santé mentale et physique. D'autres recherches sur les hommes soutiennent la notion que ceux qui sont déjà en moins bonne santé sont visés par

le chômage. Des recherches sur la santé des femmes et sur le travail rémunéré compliquent un peu ce débat. Cette recherche se concentre sur le fait de savoir si le travail rémunéré améliore ou gêne la santé des femmes. Des conclusions contradictoires ont émergées : certains chercheurs soutiennent « l'effet du travailleur en bonne santé », c.-à-d. que le travail rémunéré améliore la santé des femmes, tandis que d'autres chercheurs croient que la combinaison du travail rémunéré et du travail bénévole a pour résultat des charges de responsabilité exagérées et une « accumulation de rôles » qui peuvent avoir des effets négatifs sur la santé des femmes<sup>12</sup>.

### Implications pour la recherche sur le statut socio-économique et sur la santé

L'élaboration d'outils adéquats pour mesurer la santé des femmes a été retardée derrière les conceptualisations des influences sociales et structurelles. Les mesures traditionnelles du statut socio-économique des femmes et des hommes, travail rémunéré ou non et l'éducation des enfants, doivent être examinées et révisées afin de refléter avec précision la complexité et la diversité des vies des femmes et des hommes.

Au fur et à mesure que les relations au marché du travail traditionnel et à la sphère domestique des femmes et des hommes changent, il est particulièrement opportun d'examiner les raisons et les mesures du travail et de la classe des deux sexes. Cette recherche pourrait faire la lumière sur des similarités et sur des différences qui pourraient fournir des indices aux causes et aux origines des nombreuses inégalités sociales dans le milieu de la santé<sup>13</sup>.

Pour obtenir une copie du rapport complet, *A Full Measure: Towards a Comprehensive Model for the Measurement of Women's Health* (2001), communiquez avec le :



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

## NOTES

1. S. Redman, D. J. Hennrikus, J. A. Bowman. «Assessing women's health needs». *The Medical Journal of Australia*, Sanson-Fisher RW 1988, vol. 148, p. 123-127.
2. S. Matthews, O. Manor, C. Power. «Social inequities in health: Are there gender differences?», dans *Social Science and Medicine*, 1999, vol. 48, p. 49-60.
3. Matthews, Manor, Power, 1999.
4. Matthews, Manor, Power, 1999.
5. S. Macintyre, K. Hunt. «Socioeconomic position, gender and health: How do they interact?», dans *Journal of Health Psychology*, 1997, vol. 2, n° 3, p. 315-334.
6. A. Arber. «Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status», dans *Social Science and Medicine* 1991, vol. 32, n° 4, p. 425-436.
7. Matthews, Manor, Power, 1999.
8. Macintyre, Hunt, 1997.
9. Arber, 1991.
10. Arber, 1991.
11. Arber, 1991.
12. Arber, 1991.
13. Macintyre, Hunt, 1997.

## Indicateurs de la santé axés sur les différences entre les sexes

Shelly N. Abdool, Bilkis Vissandjée, Marie Desmeules, Jennifer Payne, Centre d'excellence pour la santé des femmes—Consortium Université de Montréal<sup>1</sup> et Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada<sup>2</sup>

Un nouvel inventaire fournit des résumés récapitulatifs des indicateurs de la santé des femmes compilés à partir de bases de données canadiennes et internationales. L'inventaire décrit également les caractéristiques des indicateurs axés sur les différences entre les sexes qui pourraient fournir un système de contrôle de santé plus adéquat pour les Canadiennes, s'ils étaient appliqués. Les indicateurs représentent des instruments importants lors de la mesure et de l'évaluation de la santé des femmes et sont définis comme « un drapeau, un repère ou un signe qui pointe vers une condition que vous voulez mesurer »<sup>3</sup>. L'indicateur peut être représenté par un chiffre, un fait, une opinion ou une perception concernant une situation ou une condition particulière<sup>4</sup>.

Lors de l'élaboration de l'inventaire, nous avons révisé des bases de données de littératures didactiques et de documents provenant de groupes de recherche et du gouvernement datés de 1995 à 2000. Tous les documents ont été révisés de façon éclairée pour les indicateurs de la santé, de la santé des femmes, des cadres conceptuels et des déterminants de la santé qui s'appliquent à la santé des femmes. Des documents « classiques », tels que le Rapport Lalonde<sup>5</sup>, ont été consultés sans égard à la date de publication, tout comme des articles antérieurs à 1995, lorsqu'ils étaient cités par plus de cinq références.

Notre inventaire est séparé en quatre grands domaines d'indicateurs : les déterminants de la santé, les caractéristiques de base de la population, l'état de santé et les conséquences sur la santé. (Par *déterminants*, on entend les facteurs génétiques, sociaux, économiques, environnementaux et le style de vie qui ont une influence de façon indépendante ou de façon combinée. Ces facteurs ont été tirés du document *Stratégie pour la santé des femmes* de Santé Canada<sup>6</sup>.)

En évaluant la qualité et les limites des indicateurs et des déterminants de même que les données résultant de leur utilisation dans de la documentation précise, l'inventaire fait ressortir les zones négligées. De manière significative, même

si les indicateurs se démarquent par un large éventail de cadres conceptuels, le sexe et la culture possèdent le plus petit nombre d'indicateurs à l'égard de la santé. De plus, même si un Canadien sur six est un immigrant<sup>7</sup>, l'immigration n'est actuellement pas considérée comme un déterminant de la santé. Il est important que tous les indicateurs qui servent à mesurer la santé des femmes comportent les caractéristiques qui considèrent l'individualité, la diversité et les différences avec les hommes, en particulier dans un contexte de l'immigration.

### Dimensions biologiques et sociales du mot « sexe »

Après leur élaboration, tous les indicateurs devraient comporter une analyse comparative entre les sexes<sup>8</sup> afin d'avoir une solide compréhension des différences biologiques (distinctions biologiques entre les femmes et les hommes)<sup>9</sup> et sociales du mot *sexe* (identité attribuée socialement construite par des relations de pouvoir qui dictent les choix et les possibilités qu'ont les femmes et les hommes, les filles et les garçons)<sup>10</sup>. Afin d'aller au-delà des explications sur la santé des femmes qui réduisent les femmes à leurs simples capacités de reproduction, l'étude des *relations entre les sexes* est également primordiale. Les relations entre les sexes font souvent référence, mais pas toujours, aux relations asymétriques de pouvoir fondées sur les différences entre les sexes qui sont primordiales lors de la justification des différences entre les sexes dans le domaine de la santé.

### Indicateurs axés sur la différence entre les sexes

Les indicateurs axés sur les différences entre les sexes mesurent les changements liés aux sexes dans la société au fil du temps. Ces indicateurs devraient fournir des preuves sur le statut de la femme en fonction d'une certaine politique normative adoptée ou d'un groupe de référence explicite (p. ex. relatif aux hommes d'une même population ou aux femmes dans d'autres communautés ou pays)<sup>11</sup>. Par exemple, un indicateur d'emprise sociale axé sur la différence entre les sexes serait défini comme l'une des mesures de désir d'autonomie des femmes et des hommes sur les décisions de

fertilité (p. ex. nombre d'enfants, nombre d'avortements, etc.)<sup>12</sup>. De plus, autant les méthodes quantitatives et qualitatives sont nécessaires à la santé des femmes, car elles sont complémentaires, efficaces toutes les deux lors de la surveillance et de l'évaluation, et car elles peuvent contre valider et mettre en évidence les insuffisances des autres.

Pour tous les indicateurs de la santé, il doit y avoir un consensus qui détermine le degré d'imperfection qui sera accepté dans leur définition. Cela est habituellement géré par des tests afin de s'assurer que l'indicateur est valide (mesurer ce qu'il doit mesurer) et fiable (mesurer d'une manière uniforme), mais ces indicateurs doivent être élaborés en fonction d'une perspective axée sur les sexes afin d'assurer la qualité d'un indicateur de la santé des femmes.

### Sélection des indicateurs axés sur les différences entre les sexes

Les critères suivants ont été proposés comme des signes importants d'indicateurs axés sur les différences entre les sexes au niveau national ou comme des systèmes d'indicateurs<sup>13</sup> :

1. Confrontation à une norme : par exemple, la situation des hommes dans un même pays ou celle des femmes dans un autre pays, afin de se concentrer sur les questions d'égalité et d'équité entre les sexes plutôt que sur le statut des femmes, un terme qui a tendance à comprendre des divergences définitionnelles.
2. Désagrégation des données entre les sexes. Lorsqu'il est possible, les données devraient également être désagrégées par âge, statut socio-économique, pays d'origine (ou pays de naissance, y compris la durée de temps passé dans le pays), couverture géographique (p. ex. les indicateurs canadiens devraient comprendre les données de toutes les provinces et de tous les territoires, y compris les zones isolées et les réserves autochtones, afin d'avoir une couverture géographique appropriée et de faire attention aux anomalies) ainsi que par groupe ethnique et racial.
3. Étendue de la disponibilité : les indicateurs ne devraient pas uniquement être le reflet de tout le pays, mais également être disponibles dans tout le pays.
4. Fiabilité : jusqu'à quel point les données peuvent être libres de tout préjugé et de toute erreur (p. ex. signaler les erreurs, questions de suivi lorsqu'on demande aux gens de vivre à nouveau leur enfance ou des expériences traumatiques, tendance à sous-déclarer les problèmes de consommation d'alcool ou de tabagisme, etc.). L'utilisateur devrait connaître la façon dont les indicateurs ont été élaborés.
5. Caractère mesurable : pour les concepts moins précis, tels que le renforcement du pouvoir des femmes, les indicateurs substitutifs devraient être utilisés (p. ex. un plus grand choix pour les femmes lors de l'accès aux soins de santé).
6. Lorsque les indices composés sont divisés, les hypothèses de valeur de sélection et la pondération doivent être explicites.
7. Les cadres temporels : les indicateurs axés sur les différences entre les sexes devraient être suffisamment

**■ Même si les indicateurs se démarquent par un large éventail de cadres conceptuels, le sexe et la culture possèdent le plus petit nombre d'indicateurs à l'égard de la santé.**

fiables afin de les utiliser en séries chronologiques et le laps de temps des indicateurs devrait clairement être énoncé.

8. Comparabilité internationale : les indicateurs devraient être rassemblés à l'aide des définitions internationales acceptées afin de permettre la comparaison internationale.
9. Participation : les indicateurs devraient être utilisés et élaborés lors d'un processus coopératif avec les intervenants. Il est important que les femmes participent également à la détermination des besoins et des priorités en matière de santé et de leurs indicateurs connexes.

Cet inventaire a contribué aux discussions tenues par la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada sur les indicateurs à intégrer dans le Rapport de surveillance sur la santé des femmes au Canada.

Pour obtenir un exemplaire du rapport *An Inventory of Conceptual Frameworks and Women's Health Indicators* (2001) communiquez avec le :



Centre d'excellence pour la santé des femmes

**Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium Université de Montréal**

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](http://www.cwhn.ca)

Tél. : (204) 942-5500

Télc. : (204) 989-2355

Numéro sans frais : 1 888 818-9172

ATS sans frais: 1-866-694-6367

[cwhn@cwhn.ca](mailto:cwhn@cwhn.ca)

## NOTES

1. CESAF a terminé son mandat. Les rapports de recherche sont disponibles au Réseau canadien pour la santé des femmes.
2. Le financement pour ce travail est en partie fourni par la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada.
3. Ministère de la santé de la Colombie-Britannique, *Health Indicator Workbook*, Victoria, 1995.
4. T. Beck, M. Stelcner, *Guide des indicateurs tenant compte des écarts entre les hommes et les femmes*, référence Internet : [http://www.acdi-cida.gc.ca/cida\\_ind.nsf/](http://www.acdi-cida.gc.ca/cida_ind.nsf/), 1997.
5. M. A. Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services, 1974.
6. Santé Canada, *Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1999.
7. D. Kinnon, *Recherche sur l'immigration et la santé au Canada : un aperçu*, Ottawa, Santé Canada, 1999.
8. T. Beck, *Using the Gender-sensitive Indicators: A Reference Manual for Governments and Other Stakeholders*, Royaume-Uni, Secrétariat pour les pays du Commonwealth, 1999.
9. E. Barriteau, «Postmodernist Feminist Theorizing and Development Policy and Practice in the Anglophone Caribbean: The Barbados Case», dans M. Marchand, J. Parpart (éd.), *Feminism/Postmodernism/Development*, Londres et New York, Routledge, 1995, p. 142-158. Organisation mondiale de la Santé, *Gender and Health: Technical Paper*. Organisation mondiale de la santé : Les femmes, la santé et le développement, Family and Reproductive Health, 1998.
10. M. Cohen, «Towards a framework for women's health», dans *Patient Education and Counselling*, 1998, vol. 33, p. 187-196, N. Krieger, S. Zierler, «Accounting for health of women», dans *Current Issues in Public Health*, 1995, vol. 1, p. 251-256.
11. Beck, Stelcner, 1997; Beck, 1999.
12. Agence canadienne de développement international, *L'égalité des sexes—Guide des indicateurs tenant compte des écarts entre les hommes et les femmes*, catalogue n° E94-266, 1997, référence Internet : [http://www.acdi-cida.gc.ca/cida\\_ind.nsf/](http://www.acdi-cida.gc.ca/cida_ind.nsf/) ... Document ouvert #sec15, 1997.
13. Beck, Stelcner, 1997; Beck, 1999; The National Women's Law Centre, *Focus on Health and Leadership*, Pennsylvania Medical School, The Lewin Group. *Making the Grade on Women's Health: A National and State-by-State Report Card*, Pennsylvania, The Lewin Group, 2000.

## Mesures silencieuses : Les handicaps et la Stratégie canadienne en matière de biotechnologie

Catherine Frazee, ancienne commissaire en chef de la Commission des droits de la personne de l'Ontario (de 1989 à 1992), instructeur, Disability Studies Program, Ryerson University, et assistante à la recherche, Institut Roehrer

*Une version de ce document a été présentée au bureau de la Stratégie canadienne en matière de biotechnologie : Assessing Its Effects on Women and Health—un atelier stratégique national tenu à l'Université York, en février 2000. Les comptes rendus de l'atelier, The Gender of Genetic Futures, sont publiés dans la série de documents de travail du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu.*

Le site Internet de la Stratégie canadienne en matière de biotechnologie (SCB) m'accueille avec le drapeau canadien, la bannière d'Industrie Canada et le message de salutation « Le site d'information qui fait des affaires! »<sup>1</sup>. Ce n'est pas un site pour les explorateurs occasionnels. Mais j'y ai affaire—car je suis une intervenante. J'y suis venue faire des affaires!

Je suis une femme handicapée. En lisant les pages du site Web, je sentais que quelque chose m'échappait, quelque chose d'entier. J'ai dépouillé le site—les communiqués de presse, les fiches de renseignements, les documents de référence, les documents de consultation et les rapports de comité. La commande « recherche » de mon navigateur a pris d'assaut chaque document à la poursuite d'un simple mot fugitif. Mais le mot « handicap » n'apparaît nulle part. On y fait allusion dans des phrases comme « problèmes repérables attribués aux mutations chromosomiques, monogéniques ou multifactorielles » ou « déficience génétique »<sup>2</sup>. Ce qui est sous-entendu, incontestablement, dans la promesse que : « les tests génétiques fourniront un nombre d'avantages diagnostiques tels que le potentiel afin [...] d'aider les futurs parents à prendre des décisions éclairées<sup>3</sup>. » Mais le sombre adversaire ne se déclare jamais lui-même.

La Stratégie promet « d'améliorer la qualité de vie des Canadiens en matière de santé, de sécurité, d'environnement et de développement socio-économique<sup>4</sup>. » Mais qu'est ce que cela veut dire? Afin de répondre à cette question, je vais étudier quatre phrases de documents de la SCB. Chaque phrase énonce un objectif noble, mais comprend une qualité équivoque lorsqu'elles sont examinées du point de vue d'une personne handicapée.

### « La biotechnologie comme élément clé de l'amélioration de la qualité de vie<sup>5</sup> »

De quelle façon la biotechnologie contribue-t-elle à l'amélioration de la qualité de vie? Il semble que la Stratégie tente par cette affirmation de dévier, en partie, vers la prévention des maladies ou des défauts génétiques. Premièrement, cela laisse supposer une « norme » génétique identifiable et deuxièmement, un certain consensus social que la « norme » est essentiellement plus souhaitable que la forme « anormale ».

L'affirmation qu'une déficience est une caractéristique négative—« *a priori* un trait indésirable<sup>6</sup> » est implicite dans la définition de « maladie génétique » (p. ex. le syndrome de Down, le spina-bifida et la dystrophie musculaire). Je serais la première à approuver qu'une déficience—comme le sexe et la race—ressemble grandement au terme désavantage. Mais puisqu'il est largement reconnu que les désavantages rencontrés par les femmes et les minorités ethniques sont directement attribuables aux actes répréhensibles sociaux et systématiques de sexisme et de racisme, la majorité non déficiente semble trébucher encore et encore en utilisant une analyse similaire pour les revendications des droits de la personne des personnes ayant un handicap. Au lieu de cela, la préoccupation majoritaire situe, sans faire preuve d'esprit critique, le désavantage de la déficience comme intrinsèque à la déficience individuelle et non conforme aux normes intellectuelles et physiologiques.

La concentration dynamique de la biotechnologie sur la prévention des déficiences à l'aide de méthodes génétiques ignore les déterminants sociaux, économiques et politiques profondément ancrés et prépondérants des désavantages

d'une déficience. Les activistes et les théoriciens ont nettement fait valoir que les déficiences se situent dans les structures sociales et économiques et qu'elles ont un rapport important avec les moyens financiers, les relations personnelles cordiales et le contrôle des conditions de vie. Comment pouvons-nous rendre « populaire » cette notion essentiellement impopulaire?

Bien sûr, je ne peux pas nier que vivre avec un corps atypique peut souvent apporter une dimension significative de douleur, de perte et de restriction. Mais comme j'ai fait valoir au cours d'autres forums, la même chose peut être dite des autres états généralement acceptés comme socialement souhaitables—par exemple, le fait de grandir, de s'engager dans une relation intime et de devenir parents. L'idée est, comme l'a mentionné Adrienne Asch dans son récent débat avec l'éthicien de Princeton, Peter Singer, qu'« une déficience représente uniquement une caractéristique dans la vie d'une personne. Avec cette déficience—peu importe sa nature—vient toute une gamme d'autres caractéristiques [...] et des avantages échangeables [...] autant intrinsèques qu'extrinsèques<sup>7</sup>. »

On ne peut présumer qu'une déficience en elle-même diminue la qualité de vie. À moins que, bien sûr, nous parlions ici de la qualité de vie (lire privilège) dont jouissent les citoyens canadiens n'ayant aucune déficience. Des prévisions sont peut-être sous-entendues dans la phrase « qualité de vie » concernant notre niveau de vie national, ou partie intégrante de celui-ci, des préoccupations relativement aux problèmes d'allocations causés par l'escalade des frais

dans le domaine des soins de santé et de soutien de la santé. C'est probablement le cas, mais si c'est vrai, elles doivent être explicites. Qui d'autre peut, parmi nous, personnes ayant des corps génétiquement atypiques, trouver un motif solide pour entamer des négociations d'allocation?

#### « Aider les futurs parents à prendre des décisions éclairées<sup>8</sup>. »

Pour des personnes avec des caractéristiques génétiques atypiques considérées comme indésirables par une majorité non déficiente, la possibilité d'entrer dans une famille dépend de la capacité potentielle des parents à résister aux pressions des institutions, à rejeter les stéréotypes sociaux et à résister à la censure inévitable des pairs et des relations.

La plupart des femmes de plus de 35 ans choisissent d'avoir un diagnostic prénatal, puis, si on leur dit que leur enfant risque d'avoir une « déficience majeure », la plupart d'entre elles décident alors de se faire avorter. Comme l'explique laconiquement Peter Singer, « si, avant que la vie commence, les perspectives sont obscures, mieux vaut commencer à nouveau<sup>9</sup>. »

Mais quels critères ou normes définissent une « décision éclairée »? Pour ceux parmi nous ayant des caractéristiques génétiques « indésirables » qui auraient pu être décelées avant la naissance, les implications de telles décisions éclairées sont génocides.

La structure génétique d'un fœtus représente un petit morceau de qui nous sommes et de ce que nous

**■ La commande « recherche » de mon navigateur a pris d'assaut chaque document du site de la Stratégie canadienne en matière de biotechnologie à la poursuite d'un simple mot fugitif. Mais le mot « handicap » n'apparaît nulle part. Mais le sombre adversaire ne se déclare jamais lui-même.**

## ■ Comment ceux parmi nous qui possèdent des corps génétiquement atypiques peuvent-ils concilier les notions de la Stratégie canadienne en matière de biotechnologie concernant la promotion de la santé avec leur propre identité et leurs propres expériences en tant que femmes *en santé*?

deviendrons. Les cadeaux et les contributions de l'identité individuelle se soustrairont à jamais de la capacité à prédire de la biotechnologie. L'argument de Singer énonce que un peu d'information est beaucoup mieux que pas d'information du tout lorsque les décisions doivent être prises dans des conditions d'incertitude. Il est incontestable qu'une parcelle d'information—rien de plus qu'une faible lueur, juste assez pour faire ressortir la pureté de l'obscurité parmi un labyrinthe de sombres distorsions—tout de même, ne transforme pas un acte de foi en une décision éclairée. Comme Natalie Angier se demande, « Ce pouvoir [sur les résultats de la reproduction] nous donne-t-il une plus grande liberté, ou nous prive-t-il d'une des libertés de la vie la plus méconnue : la liberté de laisser les choses de se produire par elles-mêmes<sup>10</sup> »?

### « Réfléter les valeurs canadiennes<sup>11</sup> »

Les tribunaux, les universités ou les médias sont-ils nos arbitres des valeurs fondamentales canadiennes? L'histoire nous apprend que la détermination des valeurs humaines sont toujours conformes aux qualités que les décideurs prétendent avoir—« celles qui facilitent le passage aux écoles, aux universités et aux stages<sup>12</sup> ». Au fur et à mesure que nous élaborons « des moyens de plus en plus sophistiqués afin de détecter—et peut-être prévenir—les différences dans la structure génétique, [nous nous retrouvons dans] une époque où nos politiques publiques reflètent un climat de plus en plus inhospitalier face aux différences. De plus en plus, le citoyen idéal est perçu comme une personne autonome, efficace et compétitive<sup>13</sup> ».

Les valeurs et les préférences esthétiques qui dominent dans notre société détermineront le programme et les présomptions en matière de biotechnologie. Elles n'influenceront pas uniquement la façon dont on répondra aux questions, plus encore, elles représentent le souffle avec lequel chaque question débouche ou non sur un énoncé. Une des questions que je me pose, est de quelle façon pouvons-nous réinventer le citoyen idéal afin qu'il représente une personne ayant la capacité de créer des relations profondes, de donner ou d'expérimenter de la joie, de créer, d'ouvrir de nouvelles voies pour exprimer son identité individuelle?

### « La biotechnologie comme avantage pour la santé publique<sup>14</sup> »

Contrairement aux expressions et aux idées préconçues des Canadiens sans déficience, de nombreuses personnes ayant un corps génétiquement atypique savourent les précieux moments de joie d'une vie sans incidents médicaux. Comment ceux parmi nous qui possèdent des corps génétiquement atypiques peuvent-ils concilier les notions de la SCB concernant la promotion de la santé avec leur propre identité et leurs propres expériences en tant que femmes *en santé*?

Les enfants d'âge scolaire, à qui l'on montre des images d'un large éventail « d'amis éventuels » et à qui l'on demande de choisir ceux avec qui ils seraient plus susceptibles de devenir amis, choisissent les enfants qui leur ressemblent et rejettent les enfants qui paraissent différents. Les enfants obèses, les

enfants ayant une déficience, les enfants de différents groupes ethniques sont rapidement éliminés, pour des raisons que les enfants avaient de la difficulté à exprimer. Malheureusement, les architectes et les ingénieurs adultes des politiques publiques démontrent les mêmes préférences esthétiques des définitions de la santé, de la même façon, inconscientes et silencieuses. La tyrannie de la culture de conception compte pour beaucoup dans mon malaise envers la SCB et sa délicate hésitation à entacher les beaux points de vue de notre avenir génétique prospère avec les sales affaires de la déficience.



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

Pour obtenir un exemplaire du rapport complet *Obscuring Disability* (publié par Fiona Miller, Lorna Weir, Roxanne Mykitiuk, Patricia Lee, Sue Shewin), consultez «The Gender of Genetic Futures» dans le site [www.yorku.ca/nnewh](http://www.yorku.ca/nnewh).

## NOTES

1. Le site Web de la Stratégie canadienne en matière de biotechnologie, <http://www.strategis.ic.gc.ca/SSGF/bh00127f.html>, a été révisé en février 2000.
2. Stratégie canadienne en matière de biotechnologie, document 1998a.
3. Stratégie canadienne en matière de biotechnologie, document 1998b.
4. Le site Web de la Stratégie canadienne en matière de biotechnologie, 2000.
5. Le site Web de la Stratégie canadienne en matière de biotechnologie, 2000.
6. M. Rioux, «Reproductive technology: a rights issue», dans *Entourage*, été 1996, p. 5-7.
7. P. Singer, A. Asch, *Ethics, Health Care and Disability*, Princeton, Princeton University WebMedia, 12 octobre, 1999, référence Web : <http://www.princeton.edu/WebMedia/special/>.
8. Stratégie canadienne en matière de biotechnologie, document 1998a.
9. Singer, Asch, 1999.
10. N. Angier, «Baby in a Box», dans *The New York Times Magazine*, 1999, vol. 5, p. 16.
11. Stratégie canadienne en matière de biotechnologie, document 1998b.
12. D. J. Kevles cité dans P. Gray, «Cursed by Eugenics», dans *Time Magazine*, 1995, 11 janvier.
13. M. Ticolli, «The Human Genome Project—A Challenge for the New Millennium», dans *Entourage*, été 1996, p. 10-12.
14. Stratégie canadienne en matière de biotechnologie, document 1998b.

## Les défis entourant l'étude de la santé des femmes travaillant dans des centres d'appels

Carol Putnam, Anne Fenety, Charlotte Loppie, Schools of Physiotherapy and Health and Human Performance, Dalhousie University, et le Centre d'excellence pour la santé des femmes —région des Maritimes

Les centres d'appels représentent un phénomène relativement récent dans le milieu de travail. Dans la région de l'Atlantique, cette industrie à croissance rapide emploie des milliers de femmes. Les téléphonistes des centres d'appels utilisent des téléphones et des ordinateurs et doivent soit effectuer des appels pour des raisons de télémarketing, de financement ou pour effectuer un sondage, ou soit recevoir des appels, fournissant des services par le biais de numéros 1-800. Ce métier se caractérise par ses dialogues préétablis, son travail par roulement, sa surveillance électronique de rendement des conversations téléphoniques et par son haut niveau d'interaction verbale avec le public.

Sauf quelques exceptions<sup>1</sup>, la recherche n'a pas pris en considération l'incidence de ce type de travail sur la santé des travailleurs. Les données connues indiquent que les téléphonistes sont sensibles aux microtraumatismes répétés des membres supérieurs<sup>2</sup>. Imputables aux facteurs ergonomiques physiques (p. ex. le milieu, le mobilier, etc.), ces traumatismes sont également associés à l'organisation du travail et aux facteurs psychosociaux tels que les horaires de travail et de repos, la peur de la perte d'emploi, le faible contrôle sur le travail et le manque de soutien des collègues ou du superviseur<sup>3</sup>.

Compte tenu des connaissances limitées de ce domaine, nous voulons premièrement utiliser des techniques de recherche qualitatives afin de pouvoir déterminer l'incidence des agents stressants et des déterminants du travail. Nous voulons atteindre cet objectif en discutant avec les femmes qui travaillent dans des centres d'appels au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse. Les *agents stressants du travail* comprennent les agents physiques, psychosociaux et organisationnels du travail. Les déterminants du travail comprennent les facteurs non liés à l'emploi tels que les

demandes familiales et l'âge de la personne. À court terme, les agents stressants peuvent mener à des réactions aiguës qui sont psychologiques (p. ex. insatisfaction au travail), physiologiques (p. ex. malaise au cou) ou comportementaux (p. ex. absentéisme). À long terme, si elles ne sont pas contrôlées, ces réactions aiguës pourront se traduire par des maladies ou des blessures<sup>4</sup>.

L'objectif premier de notre étude, *Qui parle?* (2000), était de faciliter la collaboration et de développer des relations entre les représentants de l'industrie des centres d'appels, le gouvernement, les syndicats et les organisations indépendantes du gouvernement comme le Programme d'extension d'employabilité des femmes et le Conseil consultatif sur la condition féminine de la Nouvelle-Écosse. Nous voulons développer ces relations afin de créer des outils d'évaluation efficaces et de diffuser la recherche concernant l'incidence des expériences de travail sur la santé des téléphonistes travaillant dans des centres d'appels.

Cet article décrit les difficultés que nous avons rencontrées lors de la création de partenariats avec l'industrie, qui, en retour, nous a donné du fil à retordre pendant le recrutement des participants et qui avait besoin de changements quant aux méthodes de recherche. Ces difficultés—qui ont été surmontées jusqu'à un niveau significatif—reflètent les défis uniques d'effectuer une recherche sur la santé axée sur le travail parmi une nouvelle industrie primaire non syndiquée et à croissance rapide.

### Recrutement des participants à l'étude

Nous avons communiqué avec un certain nombre de centres d'appels et nous les avons invités à s'associer avec nous dans la recherche. Même si deux représentants de la direction intermédiaire de deux centres d'appels ont manifesté de l'intérêt pour le projet, lorsque notre

proposition était présentée à la haute direction, notre invitation à participer à la recherche était rejetée.

Au cours de notre processus visant à créer des partenariats avec l'industrie, nous avons été en mesure de visiter deux centres d'appels locaux et de rencontrer de façon anonyme quelques membres du personnel et des membres des services de santé au travail qui nous ont fourni des détails qui nous ont aidé à élaborer le processus de recherche ainsi que notre guide d'entrevue.

Notre intention initiale était de diriger des discussions de groupes témoins comme méthode primaire de collecte de données pour l'étude. Le manque de soutien provenant de la haute direction a fait en sorte que le recrutement axé sur l'industrie était impossible. De plus, nous avons anticipé que l'ouverture d'esprit relative des groupes témoins aurait peut-être intimidé des gens à commenter les aspects les plus stressants de leur travail dans un groupe témoin principalement composé de personnes provenant du même milieu de travail. Nous avons donc choisi d'effectuer les entrevues de manière individuelle.

Nous avons trouvé que la tâche de recruter des participants pour l'étude sur une base individuelle était plus complexe, longue et plus coûteuse que le recrutement dans l'industrie. En conséquence, il a été impossible de recruter des participants au Nouveau-Brunswick. Même si le recrutement se limitait aux travailleurs de la Nouvelle-Écosse, une grande

variété de types de centres d'appels ont été représentés en fonction de leur secteur, de la taille et des heures d'ouverture.

Voici les partenaires qui ont répondu à notre invitation pour la recherche au sein des entreprises : le *Women's Employment Outreach Program (WEO)* à Halifax et l'*Atlantic Communications and Technical Worker's Union (AC&TWU)*. La deuxième affiliation nous a permis d'atteindre notre objectif d'informer les syndicats concernant les problèmes uniques auxquels doivent faire face les travailleurs des centres d'appels. Des représentants du WEO et du AC&TWU nous ont aidé à recruter des participants pour l'étude. La plupart d'entre eux ont été recrutés par le biais d'annonces publicitaires placées dans les journaux locaux et par le biais d'un tableau électronique d'avis inter-campus.

Un total de 25 femmes, de 20 à 58 ans, ont été rencontrées. Une légère majorité des participantes (56 p. 100) travaillait à temps partiel, 44 p. 100 à temps plein. De plus, 65 p. 100 des femmes avaient des horaires variables, les autres avaient un horaire fixe.

### Résultats de recherche

Malgré notre échantillon plus ou moins grand, il limite les généralisations de nos résultats de recherche aux téléphonistes qui ont participé à l'étude (un résultat de la difficulté à établir des liens avec l'industrie), les rencontres avec les femmes ont apporté d'importants renseignements descriptifs. Des nouvelles données cruciales concernant la

**■ Malgré les difficultés rencontrées lors de la tentative de créer des partenariats avec l'industrie, nous les considérons comme une composante primordiale de la recherche sur la santé en milieu de travail.**

santé et le bien-être de ces téléphonistes ont été découvertes.

Tandis que certains travailleurs trouvent leur travail satisfaisant, d'autres le trouvent particulièrement stressant. Cet écart semble être le résultat des différents styles de gestion et des différents types de centres d'appels, deux éléments qui contribuent à la variation des niveaux de perception du contrôle au travail. Le manque de contrôle a été lié aux dialogues préétablis, à la lourde charge de travail, à la supervision excessive et à la surveillance des appels, à l'insécurité d'emploi, aux entraves avec les responsabilités familiales et aux horaires de travail imprévus (y compris les quarts alternatifs et les vacances incertaines). L'effet collectif des nombreux agents stressants au travail, y compris le manque de contrôle, ont des effets négatifs sur le bien-être des participantes à notre étude qui se traduisent par différents niveaux de manque d'énergie, des dépressions, de l'irritabilité, un sommeil perturbé et des comportements alimentaires ainsi qu'une mauvaise humeur en général.

Les résultats de cette recherche indiquent le besoin de continuer à explorer les facteurs psychosociaux qui ont des répercussions sur la santé des travailleuses de centres d'appels. Nos résultats de recherche, ainsi que l'analyse ultérieure de l'ensemble des données, permettront d'élaborer

un questionnaire sur le stress professionnel particulier aux centres d'appels. Une brochure décrivant nos résultats de recherche est distribuée aux employés potentiels des centres d'appels par le biais du WEO et d'autres programmes d'aide à l'emploi. Malgré les difficultés rencontrées lors de la tentative de créer des partenariats avec l'industrie, nous les considérons comme une composante primordiale de la recherche sur la santé en milieu de travail. Nos initiatives de recherche continuent à intégrer cette stratégie de partenariat.

Pour obtenir un exemplaire du rapport complet de *Qui parle? Des femmes de centres d'appels parlent de leur travail et de son incidence sur leur santé et leur bien-être*, communiquez avec le :



**Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique**  
C.P. 3070  
Halifax (Nouvelle-Écosse)  
Canada B3J 3G9  
[www.medicine.dal.ca/acewh](http://www.medicine.dal.ca/acewh)  
Tél. : (902) 420-6725  
Numéro sans frais : 1 888 658-1112  
Télec. : (902) 420-6752  
[acewh@dal.ca](mailto:acewh@dal.ca)

## NOTES

1. M. Ferreira et coll., «Work organization is significantly associated with upper extremities musculoskeletal disorders among employees engaged in interactive computer-telephone tasks of an international bank subsidiary in Sao Paulo, Brazil», dans *American Journal of Industrial Medicine*, 1997, vol. 31, p. 468-473; Most IG. «Psychosocial elements in the work environment of a large call centre operation», dans *Occupational Medicine-State of the Art Reviews*, 1999, vol. 131, p. 135-147.
2. M. Ferreira et coll., 1997; H. Bowman, S.A. Stansfeld et M. G. Marmot, «Job control, personal characteristics and heart disease», dans *Journal of Occupational Health Psychology*, 1998, vol. 3, p. 402-409.
3. L. Doyal, *What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1995; T. R. Hales et coll., «Musculoskeletal disorders among VDT users in a telecommunications company», dans *Ergonomics*, 1994, vol. 37, p. 1603-1621; S. D. Moon et S. L. Sauter, *Beyond Biomechanics: Psychosocial Aspects of Musculoskeletal Disorders in Office Work*, Londres, Taylor & Francis Ltd., 1996; Most, 1999.
4. J. J. Hurrell et M. A. McLaney, «Exposure to job stress—A new psychometric instrument», dans *Scandinavian Journal of Work Environment Health*, 1988, vol. 145, p. 27-28.

## DE QUI L'ON TIEN COMPTE DANS LA RECHERCHE SUR LA SANTÉ DES FEMMES?

## Recherche en tant que contrat spirituel : un projet sur la santé des femmes autochtones

Cet article s'appuie sur une entrevue avec Connie Deiter, chercheuse, Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies. Connie Deiter est coauteure avec Linda Otway du document, *Sharing Our Stories on Promoting Health and Community Healing: An Aboriginal Women's Health Project*.

Dans le passé, lorsqu'un anthropologue approchait une tribu des Premières nations afin de documenter, par exemple, une cérémonie, il arrivait quelquefois que de fausses informations étaient données<sup>1</sup>. Si le chercheur oubliait de « payer » pour les connaissances offertes, il risquait de se placer et de placer le donneur d'information dans une situation compromettante. En cri, le terme *pastahow* fait référence au tort spirituel ou à la « dette » qui serait transmise à la parenté et aux générations futures du donneur ou du receveur de cette connaissance, si le paiement approprié n'était pas effectué. Si vous prenez quelque chose de quelqu'un, vous devez donner quelque chose en retour afin de garder la vie en équilibre. De cette façon, toute connaissance est une connaissance spirituelle.

Connie Deiter et Linda Otway, deux chercheuses associées au Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies, ont récemment terminé une étude dans laquelle elles appliquent ce principe. « Lorsque Linda Otway et moi avons approché les aînées des Premières nations pour notre recherche sur la santé et le ressourcement de la communauté, indique Connie Deiter, nous leur avons apporté des présents traditionnels comme des sachets de tabac et des draps de coton, ainsi qu'une rétribution. D'une certaine façon, nous suivions une « méthode de recherche » que nous avons apprise lorsque nous étions enfants. Lorsque nous avons demandé à une aînée de nous apprendre quelque chose ou de prier pour nous, nous les payions avec un présent. Les habiletés ou les avantages que nous avons gagnés augmentaient en retour la valeur de notre famille et de notre communauté. Lorsque nous leur avons demandé de partager ces connaissances dans le cadre de notre étude de recherche, nous savions que nous étions en train de signer un contrat spirituel. »

L'étude complète, *Sharing Our Stories on Promoting Health and Community Healing: An Aboriginal Women's Health Project*, indique que les définitions de la santé, du ressourcement et des communautés en santé, telles qu'elles sont formulées par les femmes rencontrées par Otway et Deiter et par celles qui ont répondu à leur sondage, conservent

toujours des parcelles de ces anciennes conceptions. « Une préoccupation continue concernant "l'équilibre" et le *pastahow* est visible », affirme Deiter. Ce que vous faites maintenant, ou qui vous est fait, met en place ce qui arrivera dans l'avenir, la façon dont nous traitons les autres a une répercussion fondamentale sur notre santé. Même si les aînées expriment ces visions en termes spirituels explicites et que les femmes (plus jeunes) lors du sondage utilisaient principalement des termes profanes, la plupart des réponses des femmes démontrent une plus vaste compréhension de la santé que celle offerte par seulement une vision biomédicale. »

**■ Si vous prenez quelque chose de quelqu'un, vous devez donner quelque chose en retour afin de garder la vie en équilibre. De cette façon, toute connaissance est une connaissance spirituelle.**

Un total de 98 femmes provenant du Manitoba et de la Saskatchewan ont participé à l'étude, dont cinq aînées. « Puisqu'une partie de l'histoire des Premières nations n'a pas été enregistrée, nous voulions parler aux femmes plus âgées, qui avaient vécu en pensionnat. Des femmes qui connaissaient l'ancien régime des permis, celui dans lequel on demandait aux gens d'avoir un laissez-passer d'un agent autochtone afin de recevoir des soins médicaux. Avec les aînées, nous avons utilisé une méthode d'entrevue qui nous permettait d'avoir une histoire orale, si l'orateur le désirait. Nous posions une seule question, "Que pensez-vous qu'est la santé?" Les réponses des aînées plaçaient les termes "ressourcement" et "santé" autant dans des contextes personnels qu'historiques, associant les termes colonisation et maladies. »

Amy, une grand-mère sioux de Oak Lake, au Manitoba, qui est diabétique, affirme : « Mes problèmes de santé, je crois, ont commencé lorsque j'avais huit ans. Maintenant je suis âgée de soixante-sept ans. Dans ce laps de temps, j'ai été victime d'abus sexuels, de violence physique et psychologique. Lorsqu'on m'a sortie de ma maison pour me placer en pensionnat—à partir de ce jour, ma maladie a commencé. Grâce au ressourcement, j'ai retrouvé [...] mes coutumes indiennes et de Dakota. Je suis maintenant à jeun depuis vingt ans, le Créateur m'a aidé et j'ai aidé les autres ». Inez, une aînée de la tribu des Cris-des-Plaines, âgée d'une soixantaine d'années, se souvient : « Pendant un long moment, au pensionnat de Onion Lake, j'avais ce que l'on appelait un "écoulement dans les oreilles"; aucune mesure n'a été prise [...] Aujourd'hui, je suis les coutumes indiennes. Je retourne toujours à ma réserve pour me ressourcer et me reposer. »

Les plus grandes préoccupations déterminées par les aînées représentent la violence familiale, le diabète et le besoin d'une meilleure garantie de frais de services de santé non assurés. Même si les prescriptions de médicaments sont « gratuites » pour les gens des Premières nations en vertu de la *Loi sur les Indiens*, Deiter mentionne qu'un certain nombre de femmes affirme qu'ils sont habituellement assurés pour les « anciens » médicaments. « Si nous voulons obtenir les nouveaux médicaments (et les plus efficaces), nous devons les payer nous-mêmes. »

Même si la majorité des répondantes au sondage étaient des jeunes femmes, 70 p. 100 s'entendent avec les aînées pour désigner la violence familiale comme leur première préoccupation en matière de santé. Elles ont choisi cette option devant le syndrome d'alcoolisation fœtale, l'hypertension et le cancer. De plus, tout comme les aînées, elles ont mentionné le diabète comme leur deuxième préoccupation, suivi de l'abus d'alcool ou d'autres drogues et les questions de santé mentale.

La plupart des répondantes ont affirmé que leur communauté n'était pas en santé et leur définition de « santé » a démontré un haut niveau de consensus. Voici une description commune : « [un endroit] où tout le monde travaille ensemble et se préoccupe l'un de l'autre. » Une femme a écrit qu'une communauté en santé est « une communauté libérée de toute mauvaise santé [ou]

qui comporte des gens qui, malgré une mauvaise santé, sont sains intellectuellement, spirituellement... et émotionnellement. »

Confirmant d'autres recherches sur la pauvreté des femmes autochtones au Canada<sup>2</sup>, les données démontrent que 57 p. 100 des répondantes vivent avec un revenu de moins de 20 000 \$ par année, seulement 40 p. 100 ont un emploi à temps plein ou à temps partiel, et 35 p. 100 sont chef de famille monoparentale. Même si certaines ont mentionné « une bonne alimentation » comme faisant partie d'une bonne santé et la plupart des femmes ont affirmé que leurs besoins nutritionnels étaient satisfaits, certaines d'entre elles affirmaient que régulièrement, elles n'avaient pas les moyens d'acheter des aliments frais. « Je n'ai pas les moyens de suivre le Guide alimentaire canadien » était le commentaire énigmatique d'une des femmes. « Parmi les 28 p. 100 de celles qui ont affirmé que leurs besoins nutritionnels n'étaient pas satisfaits, Deiter souligne que certaines ont affirmé ne pas avoir mangé pour s'assurer que leurs enfants étaient nourris. »

« Notre étude révèle que les femmes autochtones voient la santé comme une condition holistique, largement créée par la communauté et pour la communauté », affirme Deiter. « Nous avons utilisé une variété d'outils de recherche pour arriver à cette conclusion, mais il était essentiel, selon notre point de vue, d'incorporer des méthodes qui étaient appropriées à la culture que nous étudions. Maintenant, il est essentiel que les gouvernements adoptent cette vision de la santé et qu'ils autorisent les femmes autochtones à la réaliser. »

Pour obtenir un exemplaire du rapport complet de *Sharing Our Stories on Promoting Health and Community Healing: An Aboriginal Women's Health Project* (Projet n° 31), communiquez avec :



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

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

## NOTES

1. Conférence sur les Cris-des-Plaines, Centre de recherche sur les Prairies, University of Regina, Regina, 1974.
2. Statistique Canada, *Profil autochtone*, Ottawa, 1996.

## Analyse comparative entre les sexes : Au-delà du syndrome de la Reine rouge

Karen R. Grant, doyenne associée, Faculté des lettres et professeure agrégée, Département de sociologie, Université du Manitoba, et chercheuse, Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu

*Ce travail a été préparé pour la Foire sur l'analyse comparative entre les sexes, janvier 2002, Ottawa.*

La demande pour une analyse comparative entre les sexes (ACS) n'est pas nouvelle. L'Agence canadienne de développement international a mis de l'avant le concept d'ACS vers le milieu des années 70<sup>1</sup>. En 1995, le gouvernement du Canada a adopté une loi qui obligeait les ministères et les organismes fédéraux à utiliser l'ACS afin de faire connaître les politiques et la législation. Même si certains ministères au sein du gouvernement appliquent les techniques de l'ACS depuis longtemps, cette stratégie de recherche d'équité s'est heurtée à la résistance dans certains secteurs et carrément à de l'hostilité dans d'autres.

Un peu plus tôt, les intervenants ont vu l'ACS comme une stratégie afin de déterminer les sources et les conséquences des inégalités entre les femmes et les hommes. Puisque la plupart de ces inégalités existent toujours, le besoin de l'ACS se fait toujours sentir, mais le fait d'avancer de tels arguments n'est pas toujours le bienvenu. Nous avons encore besoin de l'ACS afin de déterminer quels programmes, politiques et lois fonctionnent en matière d'équité, et par conséquent, lesquels parmi ces programmes, ces politiques et ces lois fonctionnent pour les femmes.

Dans le contexte des réactions défavorables contre le féminisme, il semble que les événements qui ont eu lieu ces dernières années s'apparentent à la rencontre entre Alice et la Reine rouge dans *Alice de l'autre côté du miroir* :

[Traduction] En y réfléchissant plus tard, Alice ne put comprendre comment cela s'est passé : tout ce qu'elle se rappelle, c'est qu'elles étaient en train de courir, main dans la main, et que la Reine courait si vite que la fillette avait beaucoup de mal à se maintenir à sa hauteur. La Reine n'arrêtait pas de crier : « Plus vite! Plus vite! », et Alice sentait bien qu'il lui était absolument impossible d'aller plus vite, quoiqu'elle n'eût pas assez de souffle pour le dire. Ce qu'il y avait de plus curieux, c'est que les arbres et tous les objets

qui les entouraient ne changeaient jamais de place : elles avaient beau aller vite, jamais elles ne passaient devant... puis, brusquement, au moment où Alice se sentait complètement épuisée, elles s'arrêtèrent, et la fillette se retrouva assise sur le sol, hors d'haleine et toute étourdie. La Reine l'appuya contre un arbre, puis lui dit avec bonté : « Tu peux te reposer un peu à présent. » Alice regarda autour d'elle d'un air stupéfait. « Mais voyons, s'exclama-t-elle, je crois vraiment que nous sommes restées tout ce temps sous cet arbre! Tout est exactement pareil! Bien sûr, répliqua la Reine; comment voudrais-tu que ce soit? Ma foi, dans mon pays à moi, répondit Alice, encore un peu essoufflée, on arriverait généralement à un autre endroit si on courait très vite pendant longtemps, comme nous venons de le faire. On va bien lentement dans ton pays! Ici, vois-tu, on est obligé de courir tant qu'on peut pour rester au même endroit. »<sup>2</sup>

Cette façon de courir de plus en plus vite et de toujours rester au même endroit—le syndrome de la Reine rouge—semble définir l'équité au travail. Nous devrions être au-dessus de tout cela, si nous le pouvons. Quels sont les obstacles qui nous en empêchent?

Premièrement, il n'est pas très évident que l'intégration de l'ACS ou des sexes se produit de façon systématique immédiatement. À vrai dire, Wendy Williams laisse entendre que malgré la place de l'ACS comme outil en matière de politique au niveau fédéral et au sein de certaines provinces, la plupart des politiques ont été élaborées sans considérer sérieusement la façon dont les femmes et les hommes seront touchés<sup>3</sup>. Deuxièmement, on présume trop souvent que les questions d'ACS s'adressent uniquement aux problèmes des femmes. L'intérêt de l'ACS est de déterminer si, et comment, les programmes et les politiques touchent les femmes et les hommes de façon similaire ou différente—question encore sans réponse.

## ■ On présume trop souvent que les questions d'ACS s'adressent uniquement aux problèmes des femmes. L'intérêt de l'ACS est de déterminer si, et comment, les programmes et les politiques touchent les femmes et les hommes de façon similaire ou différente—question encore sans réponse.

Permettez-moi d'illustrer mon point de vue à l'aide d'exemples. Si nous observons le domaine de la santé et des soins de santé, le besoin d'une optique d'analyse des sexes ne pourrait pas être plus clair. Des décennies de recherche dans le domaine des sciences sociales confirment que le sexe est l'une des sources fondamentales de différenciation parmi les êtres humains<sup>4</sup>. Il existe de nombreuses recherches qui démontrent l'importance des sexes comme un déterminant de l'état de santé<sup>5</sup>. Par exemple, des études démontrent que les femmes ont un taux d'alcoolémie plus élevé que les hommes lorsqu'elles consomment la même quantité d'alcool. Cet énoncé est vrai, même si l'on compare des masses corporelles identiques. De plus, les recherches indiquent que les femmes ont plus de chance de développer un cancer du poumon que leurs homologues masculins qui fument la même quantité de tabac<sup>6</sup>. Les drogues produisent souvent des effets différents chez les hommes et chez les femmes<sup>7</sup>. De tels résultats ont mené la *Society for Women's Health Research* à faire valoir l'approche qu'ils nomment « biologie fondée sur les sexes », qui représente une recherche scientifique qui se consacre à définir « les différences biologiques et physiologiques entre les hommes et les femmes<sup>8</sup>. »

Bien que les différences entre les sexes soient importantes (p. ex. différences aux niveaux physiologiques, biochimiques et génétiques), les spécialistes en sciences sociales ont démontré qu'il existe également des différences significatives basées sur les sexes. C'est-à-dire, les différents rôles, responsabilités et activités établis pour les femmes et les hommes en fonction des attentes et des conventions culturelles. Ces différences sont principalement liées au pouvoir—la possession ou l'absence relative de pouvoir. Des différences entre les sexes sont évidentes dans la plupart des domaines de la vie de tous les jours, d'où le besoin d'examiner de quelle façon les programmes, les politiques et les lois touchent les femmes et les hommes. Les différences entre les sexes sont évidentes dans les comportements liés à la santé, aux soins de santé et dans les interactions soignant-soigné, et représentent un phénomène

durable au sein de notre société et partout dans le monde. L'importance de ces différences a été reconnue par les ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux et a été mise en relief dans la *Stratégie pour la santé des femmes* de Santé Canada, qui détermine les différences entre les sexes comme l'un des déterminants de la santé<sup>9</sup>. Afin d'illustrer cet énoncé, veuillez considérer les différences clés suivantes entre les sexes qui font une différence au niveau de la santé des femmes.

- Les femmes ont plus tendance à adopter des comportements protecteurs de la santé, y compris les dépistages systématiques (p. ex. l'auto-examen des seins, examens de santé périodiques)<sup>10</sup>.
- Les femmes représentent le groupe à risque pour le VIH/sida ayant la plus forte croissance, mais le VIH/sida est encore principalement une épidémie invisible parmi les femmes<sup>11</sup>. Les activités hétérosexuelles (64 p. 100 des cas) et l'utilisation de drogues injectables (11 p. 100 des cas)<sup>12</sup> représentent les moyens de transmission primaires chez des femmes. Les facteurs de différences entre les sexes, tels que la capacité des femmes à suggérer des pratiques sexuelles sans risque, peuvent influencer les risques de maladie chez les femmes<sup>13</sup>. L'efficacité des traitements peut être influencée autant par les deux sexes (p. ex. métabolisme d'un médicament) que par la dimension sociale de la différence entre les sexes (p. ex. style de vie)<sup>14</sup>.
- Les femmes et les hommes ne reçoivent pas les mêmes soins (ou des soins similaires), même dans des conditions identiques<sup>15</sup>. Des études américaines démontrent que les femmes sont moins susceptibles de recevoir des services de haute technologie et ont tendance à recevoir des soins moins dynamiques dans des états de santé comme la cardiopathie ou le cancer<sup>16</sup>.
- Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population, le niveau de stress chez les femmes a augmenté de 1985 à

1991. Le taux en Nouvelle-Écosse démontre des changements les plus dramatiques—en 1985 le taux de stress chez les femmes était 12 p. 100 au-dessous de celui des hommes, tandis qu'en 1991, le taux de stress chez les femmes était 29 p. 100 plus élevé que celui des hommes<sup>17</sup>.

- On estime que les femmes représentent 80 p. 100 des personnes qui fournissent des soins, que ces soins soient payés ou non, et qu'ils soient offerts dans un établissement ou à la maison<sup>18</sup>. Il existe des différences significatives dans la nature du travail dans les soins de santé fournis par les femmes et les hommes, les femmes sont plus susceptibles d'avoir à subvenir aux soins personnels et à les gérer<sup>19</sup>.

Jusqu'à maintenant, la plupart des recherches biomédicales et cliniques ont été effectuées sur des hommes : on a pris pour acquis que les humains étaient des hommes. Grâce à la législation aux États-Unis (mais pas au Canada), les femmes sont maintenant intégrées de façon courante dans les études cliniques. Malgré cela, le *General Accounting Office* des États-Unis indique qu'aucun changement n'a été apporté dans la fréquence des analyses des résultats de recherche par dimension biologique et encore moins par dimension sociale<sup>20</sup>. Les chercheurs canadiens ont découvert des tendances identiques dans leur analyse des études de recherche et des essais cliniques à la University of Toronto<sup>21</sup>. Cela se traduit par des changements à cadence plutôt faible, même avec une législation et des cadres de responsabilité qui rendent les changements obligatoires. On y souligne également l'énorme besoin de renforcement des capacités et de l'éducation concernant l'analyse comparative entre les sexes.

Nous ne sommes pas seulement coincés par les réticences à considérer la façon dont la différence entre les sexes influencent les expériences, mais également par la façon dont nous pourrions mesurer les différences entre les sexes et la façon dont nous pourrions mesurer les répercussions des programmes et des politiques. Généralement, lorsque nous tenons compte des différences entre les femmes et les hommes, nous assumons que le sexe peut être traité comme toute autre variable, comme si le sexe pouvait être utilisé comme un indicateur pour les différences entre les sexes. La plupart des programmes, des politiques et des recherches qui les font connaître sont presque totalement sans discrimination sexuelle ou insensibles à la spécificité des sexes. Dans des études au sujet de la prestation des services de santé et des effets de la réforme des soins de la santé sur les prestataires et les bénéficiaires de soins, les femmes ont, à

grande échelle, été « négligées, ignorées ou subsumées<sup>22</sup> ». Par conséquent, il est difficile de déterminer exactement quelles conséquences découlent des changements de politiques. L'insensibilité à la spécificité des sexes peut se produire de plusieurs façons : nous pourrions échouer à voir si les rapports sociaux entre les sexes (et pas seulement le sexe) ont des répercussions sur la façon dont nous analysons et mesurons les choses.

### Le problème de l'analyse

Selon Pat Kaufert, le problème de la recherche en soins de santé est moins souvent un problème d'exclusion que celui problème de rendre la femme invisible<sup>23</sup>. Ce qui est souvent le cas au cours de l'analyse des données, particulièrement lors des études épidémiologiques. Par exemple, considérez la recherche du Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba. Les recherches effectuées dans ce centre (mais certainement pas uniquement dans ce centre) examinent rarement les différences entre les expériences de santé des femmes et des hommes<sup>24</sup>. La majorité des études décrivent les résultats normalisés selon l'âge et le sexe à l'aide d'un système d'information sur la santé basé sur une population<sup>25</sup>. Il est vrai que la normalisation, ou l'ajustement des données basées sur une population, a la vertu de calculer un taux unique qui s'ajuste<sup>26</sup> à chaque groupe d'âge et de sexe d'une *population* normale, entraînant ainsi l'amélioration de la comparabilité des taux de populations différentes. Cependant, de telles statistiques globales ne nous permettent pas d'observer les façons particulières selon lesquelles les expériences de santé (si nous parlons de mortalité ou de l'utilisation des services de santé) se manifestent différemment dans les nombreux *sous-groupes* d'une population. Nous avons besoin de données subdivisées par sexe<sup>27</sup>, afin de comprendre la nature, selon les sexes, des expériences de santé et de maladie, y compris celles liées à l'utilisation des soins de santé.

### Le problème de mesure

Même les études qui comprennent le calcul des statistiques selon les sexes ne peuvent saisir pourquoi et comment les dimensions biologiques et sociales des sexes sont importantes dans l'étude de la santé et des soins de santé. Il est simple de traiter de la variable biologique du sexe comme si elle pouvait englober la série complète des forces sociales, politiques et économiques qui structurent et engendrent la santé (ou la maladie) pour les femmes et les hommes, ou expliquer les effets des changements de politiques sur les bénéficiaires individuels et sur les prestataires des soins. Le

sexe représente une caractéristique démographique qui influence, par exemple, la vulnérabilité aux maladies, la nécessité d'une chirurgie, la vraisemblance et les modèles d'accessibilité aux soins de santé. Nous avons également besoin d'études sur l'influence des rapports entre les sexes et cela demande l'examen des relations de pouvoir, de la subordination et de la prépondérance. La plupart de nos mesures sont totalement inadéquates pour effectuer cela.

Dans la recherche sur le rendement des systèmes de la santé, la portée limitée des indicateurs utilisés fournit une image incomplète, peut-être même une fausse représentation, des effets des réformes des soins de santé. Cette affirmation est généralement vraie, en particulier lorsqu'il s'agit d'expériences où il existe des effets liés à la différence entre les sexes. Il est utile de garder en mémoire qu'il sera difficile de parler des effets liés aux différences entre les sexes si nous ne posons pas la question ou si nous n'incluons pas les mesures adéquates.

Dans un milieu guidé par la prise de décisions fondées sur les résultats, le « meilleur » résultat est habituellement défini comme celui qui est « objectif », quantifiable et reproductible. Par conséquent, de nombreuses études sur les soins de santé se concentrent sur les données compilées par le biais de méthodes quantitatives. Les données de choix semblent être des données administratives fondées sur la population provenant du système des services de soins de santé. « La recherche qualitative est souvent reléguée aux rôles additionnels [...] tels que la planification ou l'explication de la recherche quantitative<sup>28</sup>. »

Afin d'illustrer les limites des données administratives, prenez le rapport de 1999 du Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé au Manitoba sur la fermeture des lits d'hôpitaux à Winnipeg. Brownell et Hamilton indiquent que 727 (24 p. 100) lits ont été fermés dans les hôpitaux de Winnipeg pendant la période de 1992-1993 à 1997-1998<sup>29</sup>. Quels ont été les effets causés par la réduction des effectifs dans les hôpitaux? Les hôpitaux ont soigné le même volume de patients avec moins de lits en donnant des soins de façons différentes (p. ex. en donnant des soins en clinique externe plutôt que des soins hospitaliers). De plus, ils ont précisé que la qualité des soins (mesurée plutôt sommairement par les taux de réadmission dans les hôpitaux) et la santé des Winnipegois (également mesurée sommairement par la mortalité prématurée, c.-à-d. décès avant l'âge de 75 ans) n'ont pas été touchées par les fermetures de lits. Un rapport publié récemment par des chercheurs du *Centre for Health Services and Policy Research* de la Colombie-Britannique arrive à des conclusions similaires concernant les répercussions d'une

réduction des effectifs sur l'utilisation des soins de santé sur les aînés et sur les taux de mortalité<sup>30</sup>. Sheps et coll. ont conclu qu'il y avait des effets négatifs minimes associés à la réduction des services de soins intensifs de courte durée. Ces changements dans les soins coïncident avec les objectifs d'intérêt public (et la préférence des citoyens) du déplacement des soins « plus près de la maison », et réservant les séjours à long terme à l'hôpital à ceux qui sont plus malades. Dans un éditorial concernant cette étude en C.-B., Roos affirme que tous les gros titres dans les médias concernant la réduction des effectifs dans les hôpitaux et les fermetures de lits amplifiaient les effets négatifs de ce type de réforme des soins de santé<sup>31</sup>.

Je pourrais faire valoir que les répercussions des réformes des soins de santé, et en particulier le déplacement des soins de santé des établissements vers la communauté et les maisons, ont—pour la plupart—été peu examinées. Ces réformes, qui se continuent rapidement au fur et à mesure que les gouvernements mettent fin à leurs engagements financiers envers le système des soins de santé, touchent tout le monde, mais je crois qu'elles touchent plus les femmes que les hommes. Les femmes sont aux premières lignes à la maison et dans les établissements. Si le travail des soins de la santé est transféré à la maison, les femmes, de façon générale, devront alors assumer ces responsabilités en plus de, ou peut-être à la place de leurs autres responsabilités dans leur milieu familial et dans leur travail rémunéré. Dans le même ordre d'idées, les infirmiers et les infirmières professionnels et les autres membres de professions paramédicales, qui sont en majorité des femmes, ont subi l'augmentation de leur charge de travail, des blessures et des épuisements professionnels à la suite des réformes des soins de santé<sup>32</sup>. Malgré tout, les effets des différences entre les sexes de la réforme des soins de santé ont presque entièrement été ignorés.

Nous devons examiner la politique des soins de santé dans l'optique des différences entre les sexes—c.-à-d. déterminer comment et pourquoi les expériences des femmes et des hommes sont différentes. Sans les réponses à ces questions et d'autres similaires, nous ne pouvons pas commencer à évaluer les effets des réformes sur les soins de santé telles que la réduction des effectifs dans les hôpitaux.

Chambliss a signalé que « personne n'a le luxe d'avoir une vision du monde sans discrimination sexuelle, et qu'il existe amplement de preuves que les sexes voient le monde de façon différente<sup>33</sup>. » Cela représente le fond du problème. La plupart des recherches stratégiques ignorent les dimensions biologiques et sociales des sexes, elles passent sous silence

leur signification comme un déterminant ou traitent les dimensions biologiques et sociales comme si elles étaient moins importantes que d'autres caractéristiques telles que le statut socio-économique. Nous n'avons pas à déterminer l'importance des dimensions biologiques et sociales pas plus qu'il importe de rejeter les critiques faites par les nombreuses chercheuses féministes quant à ce qui doit être mesuré et comment. Avant de le faire, nous prenons des décisions stratégiques, à l'aveugle, sur la possibilité que les dimensions biologiques et sociales soient importantes—pour les femmes et pour les hommes—et nous pouvons ainsi proposer des politiques qui pourront désavantager certains segments de la

population. Et nous continuerons à courir—comme Alice et la Reine rouge—mais pour arriver nulle part plus vite.



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

## NOTES

1. W. Williams, « L'analyse comparative des sexes : Saura-t-elle améliorer la condition des femmes? », dans *Réseau*, 1999, vol. 2, n° 4.
2. L. Carroll, *De l'autre côté du miroir (et ce qu'Alice y trouva)*, 1872, en ligne à : <http://www.cs.indiana.edu/metastuff/looking/lookingdir.html>
3. Williams, 1999.
4. L. Greaves, O. Hankivsky et coll., CIHR 2000: *Sex, Gender and Women's Health*, exposé de principe présenté au Conseil de recherches en sciences humaines et à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Centre d'excellence pour la santé des femmes—région de la Colombie-Britannique, Vancouver, 1999; K. R. Grant, P. Ballem et coll., *A Women's Health Research Institute in the Canadian Institutes of Health Research*. Vancouver : Centre d'excellence pour la santé de femmes—région de la Colombie-Britannique, Vancouver, 2000.
5. L. Doyal, «Gender equity in health: Debates and dilemmas», dans *Social Science and Medicine*, 2000, vol. 51, p. 931-939; «Sex, gender, and health: The need for a new approach», dans *British Medical Journal*, 2001, vol. 323, p. 1061-1063.
6. Society for Women's Health Research, *Ten differences between men and women that make a difference in women's health*, Washington, DC, (non daté), en ligne à : <http://www.womens-health.org/insertB.htm>.
7. Society for Women's Health Research (non daté).
8. Society for Women's Health Research (non daté).
9. Santé Canada, *Stratégie pour la santé des femmes*, Ottawa 1999.
10. A. Miles, *Women, Health and Medicine*, Buckingham, Open University Press, 1991.
11. Direction générale de la protection de la santé, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida : Le VIH et le sida chez les femmes au Canada*, Ottawa, 1998.
12. Direction générale de la protection de la santé, 1998.
13. Direction générale de la protection de la santé, 1998.
14. Direction générale de la protection de la santé, 1998.
15. J. Lorber, *Gender and the Social Construction of Illness*, Thousand Oaks, CA: Sage, 1997.
16. C. M. Clancy, «Gender Issues in Women's Health Care», dans M. B. Goldman, Hatch MC (éd.), *Women and Health*, San Diego, Academic Press, 2000, p. 50-54.
17. C. Amaratunga *A Portrait of Women's Health in Atlantic Canada* (Women's Health in Atlantic Canada Trilogy, Volume 1), Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Maritimes, Halifax, 2000.
18. P. Armstrong, C. Amaratunga et coll., *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*, Toronto, Garamond, 2002.
19. Armstrong et coll., 2002.
20. U.S. General Accounting Office, *Women's health: NIH has increased its efforts to include women in research*, Washington, D.C., 2000, p. 36.
21. D. E. Stewart, A. M. W. Cheung et coll., «Are we there yet? The representation of women as subjects in clinical research», dans *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, 2000, vol. 33, n° 4, p. 229-231.

22. S. V. Rosser, *Women's Health—Missing from U.S. Medicine*, Bloomington et Indianapolis, Indiana University Press, 1994.
23. P. A. Kaufert, «The Vanishing Woman: Gender and Population Health», dans T. M. Pollard, S. B. Hyatt, (éd.), *Sex, Gender and Health*, Cambridge, UK, Cambridge University Press, 1999, p. 118-136.
24. C. Metge, C. Black et coll., «The population's use of pharmaceuticals», dans *Medical Care*, 1999, vol. 37, n° 6 (supplément), JS42-JS59.
25. M. Brownell, C. Hamilton *Winnipeg Hospital Bed Closures: Problem or Progress?* Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, Winnipeg, 1999; M. D. Brownell, N. P. Roos et coll., *Monitoring the Winnipeg Hospital System: 1999-1991 through 1996-1997*, Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, Winnipeg, 1999; C. DeCoster, K. Chough Carriere et coll., «Waiting times for surgical procedures», dans *Medical Care*, 1999, vol. 37, n° 6 (supplément), JS187-JS205.
26. Les taux ajustés (normalisés) représentent des taux sommaires qui ont subi des transformations statistiques afin de permettre une comparaison juste entre les groupes différents selon certaines caractéristiques qui peuvent influencer le risque de maladie. Par exemple, un taux ajusté en fonction de l'âge a été ajusté pour qu'il soit, en réalité, indépendant de la structure de l'âge de la population particulière étudiée.
27. T. Horne, L. Donner et coll., *Femmes invisibles : Sexe et planification des services de santé au Manitoba et en Saskatchewan et modèles d'amélioration*, Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies, Winnipeg, 1999.
28. L. Rychetnik et M. Frommer, *A Proposed Schema for Evaluating Evidence on Public Health Interventions*, Melbourne, Australia, National Public Health Partnership, 2000, p. 50.
29. Brownell, Hamilton, 1999.
30. S. B. Sheps R. J. Reid et coll., «Hospital downsizing and trends in health care use among elderly people in British Columbia», dans *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2000, vol. 163, n° 4, p. 397-40.
31. N. P. Roos, «The disconnect between the data and the headlines», dans *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2000, vol. 163, n° 4, p. 411-412.
32. Armstrong et coll., 2002.
33. D. F. Chambliss, *Beyond Caring: Hospitals, Nurses, and the Social Organization of Ethics*, Chicago, University of Chicago Press, 1996.

## Comment faire en sorte que l'on tienne compte des recherches

Des différences importantes entre les sexes ont été découvertes dans la façon dont les femmes et les hommes font face à la santé et à la maladie, reçoivent et donnent un traitement et une intervention, et la façon dont ils interprètent les expériences qui améliorent ou détériorent la santé. Il existe également des différences importantes dans la façon dont les femmes et les hommes ont accès au système de soins de santé, gèrent les soins de santé, travaillent dans le milieu des soins de santé et donnent des soins à la maison ou ailleurs. La compréhension de ces différences et de celles qui restent encore à découvrir aurait un effet bénéfique direct sur la santé des Canadiens et Canadiennes.

La recherche sur la santé totalement intégrée est l'unique façon de comprendre l'incidence des différences entre les sexes. Au Canada, il existe une longue tradition de recherche dans le domaine de la santé des femmes faisant appel à des approches intégrées. Le Centre d'excellence pour la santé des femmes—région de la Colombie-Britannique—a mis sur pied le magazine *Fusion*, un modèle qui fait la promesse d'améliorer la pertinence de la recherche sur la santé des femmes et des hommes en intégrant des méthodes de recherche, des perspectives disciplinaires et des considérations de principe.

*Fusion* se compose d'une roue à sept anneaux mobiles qui démontre de quelle façon l'intégration est possible. Un outil pratique, *Fusion*, peut être utilisé à un niveau conceptuel afin de discuter des approches de la recherche, ou avec la participation d'équipes de recherche pour concevoir un programme de recherche, se concentrer sur la question de la recherche, élaborer une approche méthodologique ou analyser et diffuser des résultats de recherche.

Pour obtenir un exemplaire du rapport complet de *Fusion* et de la roue, communiquez avec le :



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