

Les faits, rien que les faits, m'dame... *Lire et interpréter* les données probantes sur la santé et les soins de santé *Guide à l'intention des femmes*

Questions que les femmes devraient se poser au sujet des données probantes sur la santé et les soins de santé :

- *Au sujet de la vérité et des valeurs*
Qui sont les auteur(e)s de la recherche? Qui en sont les commanditaires? À qui profite-t-elle?
- *Au sujet de la définition du problème de recherche*
Quel est le « problème »? Aurait-il pu être défini autrement?
- *Au sujet de ce qui compte*
A-t-on recours à des données chiffrées ou à des histoires personnelles? Quels chiffres/de quel type? Quelles histoires/de qui proviennent-elles? Se demande-t-on *pourquoi* et *comment*? Ou simplement *combien*? Qu'est qui manque?
- *Au sujet de l'autorité et de la crédibilité*
Qui sont les « experts » dans le cadre de la recherche?
- *Les données probantes comptent-elles vraiment?*
De quelle façon les données probantes sont-elles utilisées pour éclairer les décisions en matière de soins de santé et les politiques de santé? D'autres facteurs influent-ils?

Pourquoi ces questions sont-elles un enjeu pour les femmes et quels sont les enjeux pour les femmes?

« Il est aujourd’hui établi hors de tout doute que le tabagisme est l’une des principales causes des statistiques. »

[Trad.]

(Fletcher Knebel, écrivain américain, dans *The Globe & Mail*, 5 mars 2001, p. A14)

Allumez le téléviseur, ouvrez le journal. Pas un jour ne passe sans que les femmes soient bombardées de nouvelles données probantes, sous forme de statistiques, de graphiques, de tableaux, de rapports, etc. Lorsqu’il s’agit de la santé et de la réforme des soins de santé, nous nous retrouvons face à une avalanche de données probantes, qui menacent de nous dérouter au lieu de nous guider. Il y a de nouvelles données probantes sur l’hormonothérapie substitutive, sur les listes d’attente, sur les aliments génétiquement modifiés, sur les dépenses de santé... sur à peu près tout et n’importe quoi. Alors qu’elle devrait nous éclairer et nous aider à décider quoi faire ou ne pas faire, l’information qu’on nous propose semble souvent contradictoire, quand elle ne vient pas carrément infirmer ce qui a été rapporté la semaine précédente ou invalider nos propres expériences. Que considère-t-on comme des données probantes? Quels types de données probantes comptent et sont prises en compte? D’où proviennent-elles? Et comment les femmes peuvent-elles les évaluer?

« Comment lire et interpréter les données probantes? » Telle est la question à laquelle tente de répondre le présent guide. Dans un contexte où de nouvelles données probantes sur la santé et les soins de santé sont publiées sur une base quotidienne, il est indispensable que les femmes soient en mesure de soupeser, de décoder et de remettre en cause l’information qui leur est communiquée. Notre objectif ici *n’est pas* d’offrir un avis sur la valeur de données probantes spécifiques, par exemple à propos de l’efficacité d’un traitement ou du bien-fondé de la fermeture d’un hôpital.

Grâce à ce guide, nous souhaitons plutôt donner aux femmes les outils nécessaires pour évaluer les affirmations et les données probantes sur les femmes, la santé et les réformes des soins de santé. Notre objectif est d’aider les femmes à former leur propre jugement quant aux soins de santé et aux réformes des soins de santé.

À l’instar de tous les travaux et écrits, notre analyse part de certains postulats. Nous reconnaissons l’importance du genre. Le genre fait une différence, que vous soyez un homme ou une femme, un garçon ou une fille. C’est pourquoi il faut toujours se poser la question : « *Qui ces données concernent-elles?* »; ce guide est axé sur les femmes. Nous affirmons également qu’il existe des différences notables *entre* les femmes — la race, la culture, l’âge, l’origine ethnique, la classes sociale, le niveau de capacité et l’orientation sexuelle; il convient de se demander qui *produit* les données probantes et à qui elles *se rapportent*. Nous soutenons que les valeurs influencent le choix et l’interprétation des données probantes et que ces valeurs doivent être explicitées. Nous valorisons la justice sociale et nous croyons à l’inclusion de *toutes* les femmes tant en ce qui a trait aux décisions sur la pertinence des données probantes, à la production de ces données probantes et à l’accès aux données probantes.

Au sujet de la vérité et des valeurs

Suivant une croyance largement répandue dans notre société, la vérité se trouverait « là, quelque part ». Notre tâche consisterait donc à la débusquer et à la mettre à contribution.

Dans leur quête de vérité, les femmes sont à l'affût d'information exacte et fiable, fondée sur des données probantes. Les données probantes peuvent être définies comme des idées et des observations qui corroborent (ou réfutent) un fait ou un argument donné. Bien des gens, chercheur(euse)s y compris, sont d'avis qu'une recherche exécutée selon des règles strictes permettra de générer des données probantes objectives et exemptes de valeurs et que la « vérité » sur quelque chose pourra être découverte si l'on accumule suffisamment de données scientifiques valables.

Ce raisonnement comporte deux failles. *Premièrement*, il n'y a pas de « zone franche » libre de toutes valeurs et croyances d'où nous pourrions créer des données probantes d'une objectivité absolue ou voir la « vérité ». *Deuxièmement*, rien ni personne ne peut être séparé de son environnement complexe. Nous appartenons tou(te)s à une culture, à une époque et à un lieu, et le contexte dans lequel nous vivons a une incidence sur notre développement, nos actions et notre compréhension du monde. Cela est vrai pour les chercheur(euse)s et pour les sujets qu'ils/elles étudient. Cela est vrai pour toutes les recherches, qu'elles portent sur des êtres humains ou sur des pratiques en santé. Cela est vrai pour les organismes (dont les gouvernements et les compagnies pharmaceutiques) qui financent les chercheur(euse)s.

Ainsi, certitude et vérité n'existent pas simplement « là, quelque part » : des personnes concrètes ayant des intérêts concrets et faisant des investissements concrets sélectionnent les problèmes à étudier, formulent les questions de recherche, choisissent les méthodes d'analyse des données et décident de la façon de présenter les résultats. L'argument selon lequel la recherche et les données probantes sont une création humaine et sont influencées par les valeurs *ne signifie pas* pour autant que nulle connaissance ne nous est accessible ou que nous ne pouvons pas être relativement convaincu(e)s de la « vérité » de quelque chose. Mais cela *signifie* en revanche que les femmes doivent apprendre à « lire » les données probantes et poser sans détour les questions qui s'imposent.

Au sujet de la vérité et des valeurs, les femmes doivent se poser les questions suivantes :

- *Où et quand la recherche a-t-elle été réalisée?*
- *Qui sont les auteur(e)s de la recherche et quels sont leurs intérêts?*
- *Qui sont les commanditaires de la recherche et quels sont leurs intérêts?*
- *Quelles idées dominantes et/ou controversées sont étayées par la recherche?*
- *À qui profite la recherche?*

Au sujet de la définition du problème de recherche

La définition du « problème » est une première étape décisive dans le cadre de toute recherche. C'est en effet ce qui détermine les questions qui seront posées et les types de données probantes qui seront produites. Il n'y a rien d'étonnant à ce que le moment et l'endroit où une recherche est réalisée soient d'une grande importance. Un problème qui apparaît essentiel à une personne ou à un groupe à tel moment et à tel endroit ressemblera sans doute fort peu au problème qu'une autre personne ou un autre groupe jugera prioritaire dans un contexte différent. Nos valeurs, notre vision du monde et le contexte dans lequel nous évoluons conditionnent ce que nous définissons comme des problèmes aussi bien que la façon dont nous décidons de les aborder. Dans une large mesure, cette étape est prise à la légère, et nous omettons souvent de nous interroger sur les choix et les présupposés qui sous-tendent la définition des problèmes de recherche.

En guise d'exemple, considérons deux questions de santé touchant les femmes dont nous entendons parler presque tous les jours dans les médias : la ménopause et la cardiopathie. La ménopause a toujours fait partie de la vie des femmes. Or, au milieu des années 1960, on apprenait aux femmes que la ménopause n'était pas « normale ». Dans son livre *Feminine Forever*, le Dr Robert Wilson, éminent gynécologue américain, avait déclaré que la ménopause volait la jeunesse des femmes, voire que les femmes « tombaient en décrépitude » pendant la ménopause. Il soutenait que, tout



comme les personnes diabétiques présentent une insuffisance en insuline, les femmes ménopausées souffraient d'une déficience en œstrogènes et qu'elles devaient être soignées. Au début des années 1940, une compagnie pharmaceutique avait reçu un brevet pour la mise au point d'une hormone œstrogène de synthèse et obtenu l'approbation de la FDA. Le message du Dr Wilson a été relayé par les médias et, en moins de temps qu'il ne faut pour le dire, les médecins américains avaient fait plus de 30 millions d'ordonnances pour des œstrogènes. Au cours des dernières années, la recherche a révélé que si l'hormonothérapie substitutive pouvait soulager certains symptômes de la ménopause tels que les bouffées de chaleur et les troubles du sommeil, son usage à long terme était toutefois susceptible d'accroître sensiblement le risque de cancer, de maladies du cœur et d'accidents vasculaires cérébraux. Le fait de définir la ménopause comme un problème médical a dicté les orientations de la recherche ainsi que la manière d'aborder ce processus naturel et perverti les idées des médecins et des chercheur(euse)s sur les femmes. Cela a également altéré l'image que les femmes ont d'elles-mêmes et influencé la façon dont elles choisissent de vivre l'expérience de la ménopause.

La cardiopathie a longtemps été associée aux hommes. La majorité des femmes croient que le cancer figure en tête de liste des causes de mortalité dans la population féminine et que le cancer du sein en constitue la première cause. Cette impression pourrait être attribuable aux messages de santé publique sur l'auto-examen des seins et aux campagnes de sensibilisation comme la « Course à la vie ». Les statistiques montrent, en fait, que davantage de femmes décèdent aujourd'hui du cancer du poumon que du cancer du sein. Or, un nombre encore plus élevé de femmes meurent chaque année des maladies du cœur, qui font presque autant de victimes chez les femmes que chez les hommes. Bien qu'il soit établi que les femmes ont moins de chances que les hommes de survivre à une crise cardiaque, les raisons de ce phénomène demeurent obscures. Dans le même ordre d'idées, il est connu que les femmes atteintes de cardiopathie éprouvent souvent des symptômes différents de ceux des hommes. À ce jour, la plupart des recherches sur les maladies du cœur ont porté uniquement sur les hommes, et les différences entre les hommes et les femmes n'ont pas été dûment examinées dans les quelques études incluant des femmes. Afin de comprendre les maladies du cœur chez les femmes et d'identifier les traitements efficaces pour ce groupe, la recherche doit intégrer les femmes. De nouvelles études se concentrent sur la santé cardiovasculaire des femmes. Elles visent à déterminer les traitements les mieux adaptés aux femmes ainsi qu'à préciser comment les femmes peuvent diminuer leur risque de maladies du cœur en adoptant de saines habitudes de vie.

Bref, on prend toujours la décision d'investir dans la recherche sur certaines maladies plutôt que d'autres. Le fait que quelque chose soit défini ou non comme un problème est lié à des facteurs tels que la population touchée par la maladie et le nombre de cas; les idées courantes sur les femmes, sur leur corps et sur leur place dans la société entrent également en ligne de compte. La sélection des sujets qui font l'objet d'études peut par ailleurs être motivée par la possibilité de trouver une solution médicamenteuse ou de réaliser des profits. Il arrive aussi que le fait de définir quelque chose comme un problème réponde à certains objectifs économiques et sociaux. Devrions-nous réduire les séjours à l'hôpital? Y a-t-il un surplus ou une pénurie de personnel infirmier? Vaut-il mieux soigner les gens à domicile ou en établissement? Les femmes sont-elles des prestataires de soins « naturelles »? Les rides des femmes sont-elles inesthétiques, et les bouffées de chaleur ne sont-elles qu'une plaisanterie?

Au sujet des résultats de recherche, les femmes doivent se poser les questions suivantes :

- *À quel problème la recherche tente-t-elle de répondre?*
- *Qui a défini le problème de cette façon et pourquoi?*
- *Qui est avantagé et qui est désavantagé par cette définition?*
- *Les résultats seraient-ils différents si le problème avait été défini autrement?*

Au sujet de ce qui compte

Les chiffres comptent. Pourquoi? On considère souvent que les chiffres sont « purs », car indépendants de l'émotion et de la politique. Quoi de plus direct et transparent que de faire des calculs, par exemple de mesurer les écarts de température, le nombre d'interventions effectuées ou le délai d'attente pour recevoir les résultats d'examen médicaux? Les chiffres ne sont rien d'autre que des chiffres. On nous incite à penser qu'il importe peu de savoir qui produit et organise les données chiffrées parce que les statistiques « parlent d'elles-mêmes ». On nous assure que cela ne fait aucune différence que les données soient tabulées par des politicien(ne)s ou des statisticien(ne)s, des femmes ou des hommes. Nous avons tendance à croire que les statistiques sont justes et impartiales — elles ne favorisent personne en particulier. Or, cette idée contribue à maintenir le voile sur les discussions et les décisions relatives à la conception et à l'analyse des expérimentations et des enquêtes qui fournissent ces statistiques.

Les chiffres : une vue partielle de la réalité

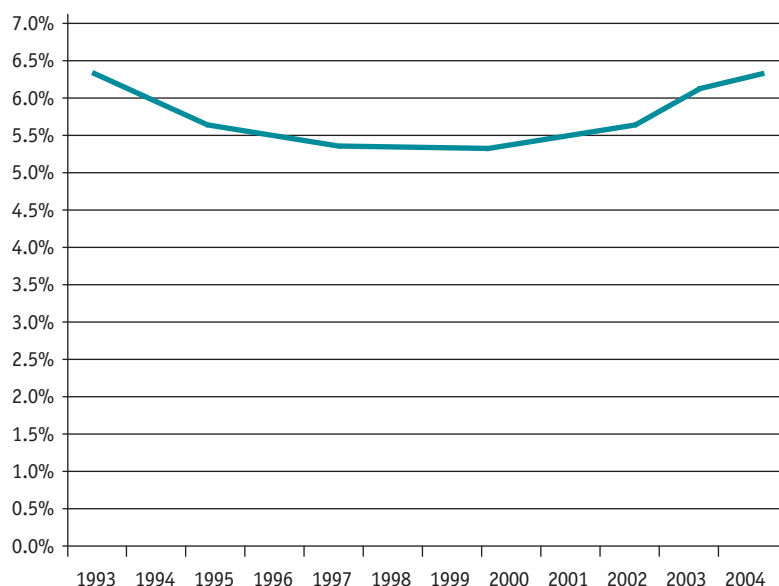
Les chiffres sont utilisés pour simplifier des enjeux complexes. Par exemple, les médias répètent souvent la même rengaine sur l'ampleur des sommes investies en santé et la flambée des coûts de santé, maintenant hors de contrôle. Cela correspond-il à la réalité? La question peut être envisagée en fonction de la proportion du produit intérieur brut (PIB) que le Canada consacre à la santé. En 2004, le pays a dépensé 130 milliards en santé, ce qui équivaut à environ 10 % de son PIB. À titre de comparaison, en 2003, les États-Unis ont affecté plus de 15 % de leur PIB à la santé. Les dépenses du Canada sont-elles réellement « hors de contrôle »?

Une autre façon d'aborder la question est d'examiner l'évolution des dépenses au fil du temps. Par exemple, en Ontario, les dépenses de santé en pourcentage du PIB provincial n'ont pas progressé à un rythme constant de 1993 à 2004, comme on l'a maintes fois prétendu. Quand la province a accordé des allègements fiscaux au milieu des années 1990, elles ont, dans les faits, commencé à fléchir. Il a fallu attendre le début de l'année 2000 avant d'assister à une remontée mais, là encore, les dépenses de santé du gouvernement ontarien ne sont pas revenues à leur niveau de 1993 (voir graphique 1).

La présentation d'une seule statistique comme la part des dépenses de santé dans le PIB comporte des avantages pour les politicien(ne)s, les administrateur(trice)s, les chercheur(euse)s et le public parce qu'elle donne un « instantané » d'une situation complexe. Cependant, quand nous regardons un instantané, il convient de ne pas oublier que nous ne pouvons voir que ce qui a été placé devant l'objectif et que bien des choses n'y paraissent pas.

Graphique 1 : Les dépenses de santé et l'économie

Dépenses de santé en pourcentage du PIB de 1993 à 2004 (Ontario)



Source : CCPA 2005



L'« étalon-or » de la recherche

Si diverses méthodes sont employées pour obtenir des données chiffrées dans la recherche en santé, l'essai clinique aléatoire à double insu est considéré comme l'« étalon-or », soit le modèle de recherche le plus fiable et le plus précis. Les essais cliniques servent à évaluer des médicaments, des vaccins et des interventions ou à tester des instruments médicaux. Dans un essai clinique aléatoire, les sujets sont affectés au hasard à deux ou plusieurs groupes de traitement. Étant donné que la répartition des sujets est aléatoire, les groupes devraient être comparables en termes d'âge, de tableau clinique et d'autres critères. Un nouveau traitement, un traitement standard ou un traitement inactif appelé placebo est ensuite attribué à chacun des groupes. On dit qu'un essai est à double insu lorsque ni les sujets ni les chercheur(euse)s ne savent quel traitement est administré à chacun des groupes, ce qui permettrait, croit-on, de s'assurer que les chercheur(euse)s traitent

Au sujet de ce qui compte suite

tout le monde de la même façon et que la perception des participant(e)s ne soit pas altérée par des *a priori* sur les effets du traitement. En supprimant ces influences, on suppose qu'il est possible d'établir l'impact réel du traitement puisque les résultats ne seront alors pas faussés par d'autres facteurs.

Bien que les essais cliniques aléatoires soient utiles pour déterminer les principaux effets d'un traitement et contribuent à sauver des vies, cette approche présente toutefois des limites.

Premièrement, on assume que la répartition aléatoire des sujets suffit à éliminer l'influence des variables (autres que le traitement) pouvant modifier les résultats de l'expérimentation. Or, les gens sont d'une diversité infinie. En outre, on ne connaît que rarement les facteurs qui pourraient être liés au problème de santé dont souffrent les sujets au moment d'entreprendre l'étude. Par exemple, quand des essais cliniques ont été effectués sur des femmes atteintes du cancer du sein afin de comparer les avantages et les inconvénients de la tumorectomie et de la mastectomie radicale, il subsistait un grand nombre d'*inconnues* sur ce qui est susceptible d'accroître ou de réduire les chances de survie de ces patientes. Par conséquent, il était difficile de conclure qu'une intervention était supérieure à l'autre. Les différences dans les taux de survie auraient pu être imputables à quelque chose n'ayant pas été évalué dans l'étude ou encore à une combinaison de facteurs ne pouvant pas être mesurés dans un essai clinique aléatoire, par exemple les maladies concomitantes ou les préoccupations relatives au soin des enfants.

Deuxièmement, comment peut-on justifier d'offrir à un groupe le traitement qui est refusé à un autre ou de donner un placebo à des personnes malades?

Troisièmement, les essais cliniques aléatoires se déroulent généralement sur une courte période et ne peuvent donc pas nous fournir beaucoup d'indications sur les effets à long terme.

Quatrièmement, les femmes ont traditionnellement été exclues des essais cliniques, du moins jusqu'à récemment. De nombreuses raisons expliquent cette situation. Les chercheur(euse)s s'inquiétaient de l'influence du cycle menstruel sur la pharmacocinétique des médicaments. Ils/Elles considéraient par ailleurs les femmes comme potentiellement enceintes et craignaient les risques éventuels pour le fœtus. De plus, ils/elles estimaient que certaines maladies ne touchaient pas les femmes en nombre suffisant ou ne survenaient pas aux « bons » âges, ce qui faisait obstacle à l'établissement de comparaisons entre les femmes et les hommes. Ainsi, les études qui ont montré une association entre un facteur donné et les résultats de santé, par exemple entre l'activité physique et les maladies du cœur, l'aspirine et les maladies du cœur ou le café et les maladies du cœur, ont été menées sur des échantillons composés exclusivement de sujets masculins. Les chercheur(euse)s ont tout bonnement présumé que ce qui était vrai pour les hommes l'était également pour les femmes et qu'il n'était donc pas nécessaire d'effectuer des études distinctes chez cette population (ou des analyses comparatives entre les sexes). Or, dans l'ensemble, nous n'en savons rien. Par exemple, les recherches sur l'aspirine ont suggéré que la prise quotidienne de ce médicament pouvait aider à protéger les femmes — comme les hommes — contre les crises cardiaques; cependant, des études plus récentes réalisées sur des femmes laissent entendre que l'aspirine n'aurait pas le même effet préventif chez les femmes que chez les hommes.

Autres méthodes de recherche

L'essai clinique aléatoire n'est pas la seule méthode utilisée dans la recherche sur la santé et les soins de santé. En fait, cette approche n'est simplement pas applicable dans le cas de diverses questions de santé publique. Ainsi, les chercheur(euse)s font parfois appel à des modèles de recherche grâce auxquels ils/elles peuvent

obtenir des données sur certains indicateurs clés, mais qui ne leur permettent pas, en revanche, de mettre au jour les causes spécifiques de problèmes particuliers. Admettons que l'on cherche à découvrir s'il existe un lien entre le milieu de vie et le risque de cancer du sein. Étant donné qu'il serait impossible de sélectionner des femmes au hasard pour aller vivre dans une collectivité ou une autre, les chercheur(euse)s effectueraient plutôt des mesures sur des échantillons d'air et d'eau prélevés dans différentes collectivités afin de vérifier la présence de substances telles que des pesticides et d'autres résidus chimiques, des œstrogènes naturels et synthétiques et des polluants atmosphériques et aquatiques. En outre, ils/elles recueilleraient de l'information sur la prévalence du cancer du sein dans ces collectivités ainsi que sur les types de cancer du sein observés et pourraient indiquer sur une carte les endroits où les cas sont apparus. Si les chercheur(euse)s constataient alors que les cas étaient concentrés dans les collectivités présentant des niveaux élevés de pesticides et de résidus chimiques, ils/elles pourraient en déduire qu'il n'est pas sécuritaire de résider dans ces collectivités. Une telle conclusion pourrait amener les gouvernements à adopter des règlements visant à préserver la qualité de l'air et de l'eau.

Bien entendu, il reste possible que certaines personnes fassent valoir que ce genre de recherche ne suffit pas et réclament la réalisation d'études complémentaires mieux conçues afin d'élucider les liens entre les contaminants environnementaux et le cancer du sein. En l'occurrence, l'obtention de données probantes plus nombreuses et plus solides pourrait passer par le recours à un modèle de recherche à l'aide duquel les relations de cause à effet peuvent être clairement établies, comme dans un essai clinique aléatoire. Il se pourrait également que le cancer du sein ait des causes multiples, y compris l'exposition à des agents environnementaux, et qu'aucune cause spécifique ne puisse être isolée.

Une autre méthode de recherche courante s'appuie sur des enquêtes à large échelle et sur l'analyse de « données administratives », soit des données statistiques compilées par les organismes de santé. Les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral sont les premiers bailleurs de fonds du système de santé canadien. Les organismes qu'ils financent sont assujettis à l'obligation de tenir un registre de données sur les visites des patient(e)s chez différent(e)s professionnel(le)s de la santé (médecins, dentistes, thérapeutes) ainsi qu'aux hôpitaux et aux établissements de soins de longue durée comme les hospices. Ces données permettent aux gouvernements d'assurer un suivi sur la fréquence d'utilisation des services de santé et sur les types de soins fournis aussi bien que sur les délais d'attente pour accéder aux services et sur la durée de la période pendant laquelle les patient(e)s reçoivent des soins. Les études reposant sur les données administratives occupent une place de choix dans la recherche sur les soins de santé (voir « Les soins à domicile : bienfait ou méfait? »).

Recherche quantitative ou recherche qualitative?

La recherche basée sur les données statistiques est habituellement appelée « quantitative ». Elle est axée sur les mesures, les calculs et les dénombrements, c'est-à-dire sur la quantité. Une autre approche peut toutefois être mise à contribution pour se renseigner sur les expériences des bénéficiaires des services de santé, cette fois à partir des témoignages des usager(ère)s eux/elles-mêmes. Ce type de recherche est dite « qualitative » parce qu'elle met l'accent sur la qualité et sur les significations de l'expérience vécue.

La démarche quantitative et statistique — essais cliniques aléatoires ou études fondées sur les données administratives — est couramment considérée comme plus « scientifique » parce que les chiffres semblent plus objectifs et plus précis que les histoires compliquées des gens. Il est plus simple de comparer des données chiffrées issues d'expérimentations recourant à des procédures uniformes ou d'enquêtes utilisant les mêmes questions à choix multiples que des histoires personnelles. Cependant, la production et la

suite à la page 12

Les soins à domicile : bienfait ou méfait?

En 2000, la Health Services Utilization and Research Commission (HSURC) de la Saskatchewan a réalisé une étude provinciale sur l'efficacité et l'efficience des soins à domicile préventifs pour les personnes âgées (définis comme un ensemble de services de soutien comprenant les tâches ménagères, les soins personnels et la préparation des repas). Les auteur(e)s ont rassemblé des données couvrant une période de huit ans débutant en 1991 sur 26 490 aîné(e)s et ont mesuré deux variables, soit l'autonomie fonctionnelle des aîné(e)s et les coûts pour le système de santé. Après rajustement des données en fonction de l'état de santé, ils/elles ont constaté que le risque de décès et le risque de perte d'autonomie étaient tous deux 50 % plus élevé chez les personnes qui recevaient des soins à domicile préventifs que chez celles qui n'en recevaient pas. De surcroît, le coût total des services de santé des bénéficiaires était deux fois supérieur à celui des non-bénéficiaires. Si ces résultats sont en complète contradiction avec ce à quoi on aurait pu s'attendre, ils offrent en revanche aux journaux la possibilité d'afficher à la une de gros titres accrocheurs, du genre « Une étude révèle que les soins à domicile peuvent vous tuer! ». C'est en effet ce que les données indiquent.

Devrions-nous accepter cette conclusion? Qu'est-ce qui manque ici? Qu'avons-nous encore besoin de

connaître avant de pouvoir tirer quelque conclusion que ce soit sur la valeur des soins à domicile pour les personnes âgées? En s'appuyant sur le présent guide, nous pouvons déjà répondre à un certain nombre de questions essentielles au sujet de cette recherche (voir l'encadré ci-dessous).

Une étude effectuée en 2001 par Hollander Analytical Services Ltd. est arrivée à des conclusions radicalement différentes de celles de la HSURC. L'étude en question était une « expérience naturelle » dans le cadre de laquelle les services de soins à domicile ont été supprimés dans une région de la Colombie-Britannique et maintenus dans une autre. Les auteur(e)s cherchaient à connaître l'incidence de cette décision stratégique sur les coûts et les résultats des soins. Ils/Elles ont aussi décidé de mener une étude qualitative afin d'évaluer les conséquences personnelles pour les personnes âgées qui ont été privées de soins à domicile. Leur étude a montré que l'élimination des services d'entretien et de la composante préventive des soins à domicile avait entraîné une augmentation des coûts de santé, en plus d'être synonyme de détresse, de difficultés émotionnelles et de préoccupations financières pour une vaste proportion de personnes âgées. Les aîné(e)s exclu(e)s des soins à domicile étaient davantage susceptibles de réintégrer le système de soins

Les problèmes de recherche	Les soins à domicile préventifs comportent-ils des avantages pour les aîné(e)s? Présentent-ils un bon rapport coûts-bénéfices?
Les valeurs sous-jacentes	L'hypothèse de recherche est la suivante : le maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie naturel permet de retarder leur entrée dans un établissement de soins de longue durée. Un tel objectif est socialement et économiquement souhaitable : après tout, ne vaut-il pas mieux aider les aîné(e)s à conserver leur autonomie et à demeurer dans leur propre foyer, d'autant plus que les soins à domicile sont moins coûteux que les services en établissement?
Qu'est-ce qui a été pris en compte?	Comme les chercheur(euse)s du HSURC ont eu recours à des données administratives, leur analyse est limitée aux données disponibles. Ils/Elles ont pu rendre compte du risque de perte d'autonomie, ou d'hospitalisation, et de placement en établissement de soins de longue durée.
Qu'est-ce qui manque?	Les chercheur(euse)s du HSURC ne pouvaient en aucune façon déterminer si, et comment, les préposé(e)s à l'entretien ménager, aux soins personnels et aux repas contribuaient à rehausser la qualité de vie des aîné(e)s et à améliorer leur capacité à accomplir les activités quotidiennes, deux des principaux indicateurs de santé et de bien-être des personnes âgées. L'étude ne pouvait pas non plus dire quoi que ce soit sur l'impact des soins à domicile préventifs sur les personnes soignantes bénévoles (le plus souvent des femmes) qui s'occupent de parent(e)s âgé(e)s, à savoir si la prestation de ces services permettait d'alléger quelque peu leur charge de travail. De même, l'étude ne pouvait mettre en évidence que les coûts pour le système. Mais qu'en est-il des coûts pour les individus?

continus en plus mauvaise santé que s'ils/elles avaient continué à bénéficier de ces services. Il est également ressorti de l'étude que l'abandon des services de soins à domicile pouvait réduire la qualité et la durée de vie. Les coûts de santé n'ont pas varié de façon statistiquement significative dans l'année suivant la compression des services. Un accroissement des coûts de santé du groupe à qui l'on a cessé de fournir des soins à domicile a cependant été observé dans les deuxième et troisième années. Le fait que les coûts personnels pour les familles et les particuliers qui dispensent des soins n'aient pas été relevés ou mesurés empêche d'établir quels coûts additionnels les aîné(e)s ont dû subir ou ont pu éviter, le cas échéant, dans les deux régions touchées par la décision.

Ce que ces études nous disent est essentiel, par-dessus tout parce qu'elles nous font clairement voir que *ce que l'on mesure a de l'importance*. Dans l'étude de la HSURC, les chercheur(euse)s ont mesuré ce qui pouvait être mesuré à partir des données dont ils/elles disposaient; à l'opposé, dans l'étude de Hollander, les chercheur(euse)s

ont commencé par définir ce qu'il leur fallait mesurer et ont orienté leur étude en fonction de ces mesures. En règle générale, les chercheur(euse)s qui travaillent avec des données administratives regardent ce qui est stocké dans l'entrepôt de données, puis essaient d'en faire le meilleur usage possible, au lieu d'élaborer les instruments de mesure appropriés. Ces chercheur(euse)s pourraient être tenté(e)s de citer les Rolling Stones : « *You can't always get what you want...* » (On ne peut pas toujours avoir ce que l'on veut).

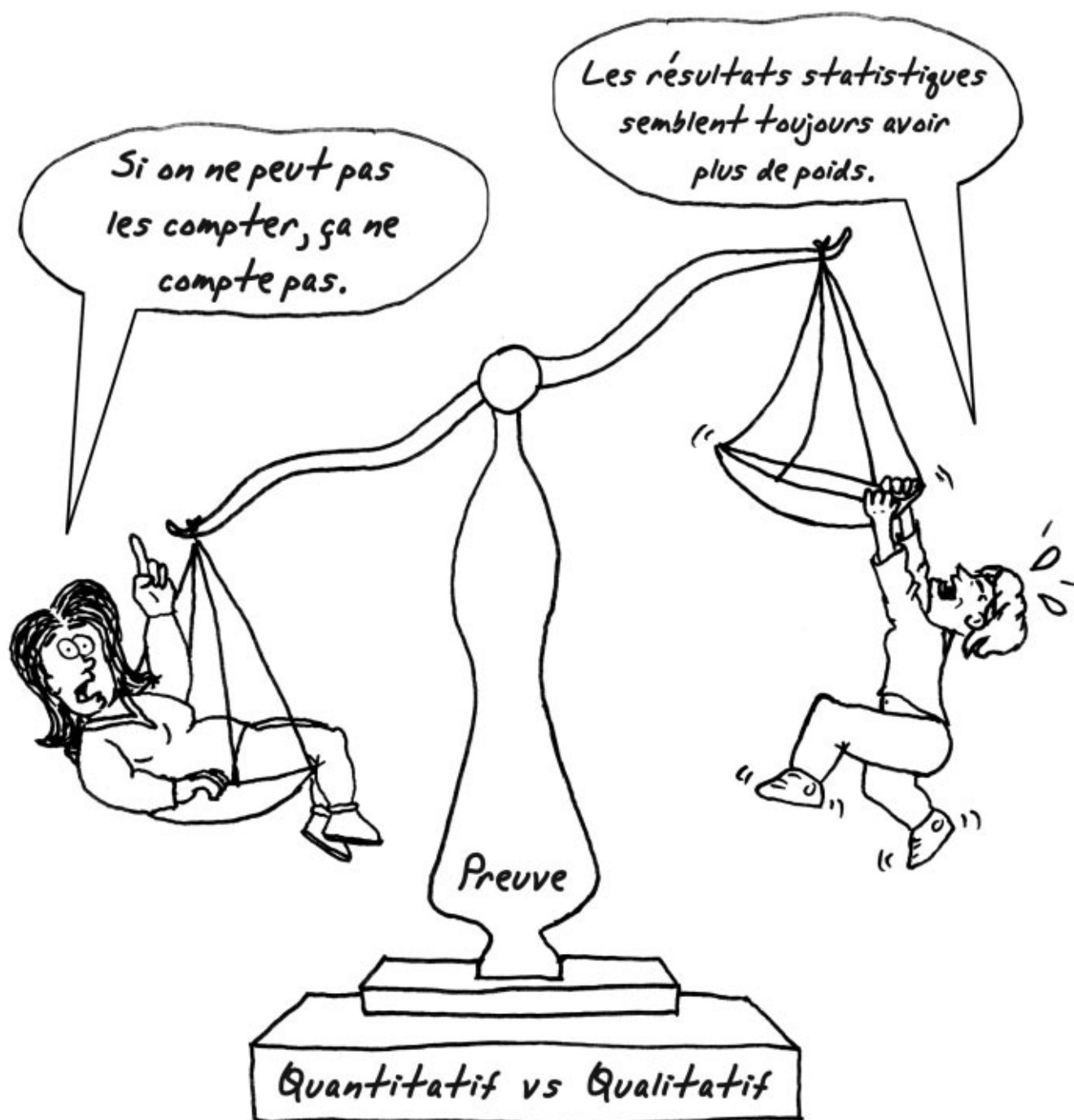
Les études comme celles de la HSURC ont un impact réel sur les politiques publiques puisqu'elles sont fondées sur des données provenant de grands échantillons représentatifs de la population. De telles études peuvent également nous influencer lorsque nous prenons des décisions. Il est donc primordial que les chercheur(euse)s ne fassent pas fausse route, mais il l'est tout autant que nous sachions remettre en cause la recherche sur la réforme des soins de santé et que nous posions sans détour les importantes questions soulevées dans ce document.



Au sujet de ce qui compte suite

comparaison de statistiques entraînent l'élimination de la plupart des éléments, qui n'apparaîtront donc pas dans l'« instantané », ce qui nous prive dans une large mesure de la richesse des expériences des gens. Il ne s'agit par contre pas toujours d'un problème. Il importe par ailleurs de pouvoir dresser des comparaisons au sein d'échantillons de taille appréciable en vue de dégager des tendances générales.

Ainsi, il faut faire attention à ce que les statistiques *ne peuvent pas* nous dire. Par exemple, les statistiques peuvent nous dire que la dépression est plus fréquemment diagnostiquée chez les femmes que chez les hommes ou que le dépistage du cancer du col de l'utérus est moins souvent pratiqué chez les femmes autochtones que



chez les femmes non autochtones, mais elles ne peuvent en revanche pas nous dire grand-chose sur le *pourquoi*. Si nous pouvons *souçonner* que le sexisme ou le racisme jouent ici un rôle (une façon de définir le « problème »), toujours est-il que l'examen de données indiquant si une personne est une femme ou un homme, ou encore d'origine autochtone ou non autochtone, ne peut rien nous dire sur le *fonctionnement* du sexisme et du racisme. Le sexisme et le racisme, par exemple, ne peuvent être envisagés en tant que phénomènes individuels : ces questions sont liées aux rapports sociaux, soit aux relations qui existent *entre* les individus. C'est pourquoi d'autres types de données probantes sont requises pour combler ces lacunes.

Ces connaissances et renseignements sont parfois tirés des expériences de personnes qui livrent leur témoignage dans le cadre de recherches structurées ou dans un contexte non officiel. En recherche qualitative, les données probantes peuvent être dérivées d'entretiens individuels ou collectifs, d'entrevues dirigées, d'études de cas ou de séances d'observation, où le/la chercheur(euse) peut agir à titre de participant(e) actif(ve) ou de simple observateur(trice). La recherche qualitative s'efforce de rendre compte du contexte aussi bien que de la complexité des expériences. Elle essaie de répondre non seulement à la question du *combien*, mais également aux questions du *comment* et du *pourquoi*. Cette approche fait une plus grande place aux expériences des femmes et, ainsi, leur donne de l'importance.

Cependant, à l'instar de la recherche quantitative, la recherche qualitative ne dit pas tout. Le portrait qu'elle nous offre n'est représentatif que de la perspective des personnes dont l'histoire est rapportée. Si tous les questionnaires, les chercheurs et les médecins que l'on invite à s'exprimer sur les soins de santé sont des hommes, on se coupe des réalités et des expériences des femmes qui dispensent ou qui reçoivent des soins au quotidien, soit la majorité des prestataires et des bénéficiaires de soins de santé. En outre, bien que les récits personnels *ne doivent pas* être réduits au rang d'anecdotes, il n'empêche que les propos de quelqu'un(e)s ne peuvent pas être généralisés à un vaste ensemble de personnes. Les histoires de vie peuvent compléter le tableau et disputer l'autorité des données chiffrées en révélant « ce qui manque » et « qui manque ». Elles sont particulièrement utiles pour mettre en relief les différences entre les femmes ainsi que d'autres questions occultées par les chiffres.

Idéalement, nous devrions avoir accès à des données probantes de *tous* genres, en soupeser les forces et les faiblesses et les utiliser pour guider nos actions. Il y a lieu de réfléchir à l'information dont nous avons besoin pour prendre des décisions éclairées en matière de santé et de soins de santé.

Au sujet des données probantes, les femmes doivent se demander ce qui compte et se poser les questions suivantes :

- ***Quel(s) type(s) de données probantes (quantitatives/chiffres ou qualitatives/histoires) sont offertes?***
- ***Que peuvent nous dire ces données : le pourquoi et le comment? Ou simplement le combien?***
- ***Qui a fourni l'information figurant dans la recherche? Qui a vécu les expériences relatées et qui représentent-elles?***
- ***Quelles données manquent? Qu'avons-nous encore besoin de connaître pour obtenir un tableau plus complet?***

Au sujet de l'autorité et de la crédibilité

Comme nous l'avons vu précédemment, certains modèles de recherche (essai clinique aléatoire) et types de données probantes (statistiques) ont plus d'autorité et de crédibilité à cause de la façon traditionnelle de définir la « science ». L'origine des données, ou la personne qui les présente, a également un impact sur la crédibilité qu'on leur accorde. Par exemple, nous ne remettons guère en question l'autorité des médecins, des scientifiques ou des dirigeant(e)s de l'administration et du gouvernement, car ces personnes sont très instruites et sont censées agir dans notre meilleur intérêt. Cependant, de multiples intérêts pèsent sur leurs décisions et leurs actions, et il est nécessaire de prêter attention aux influences qui sont en jeu. Les médecins sont courtisés par les compagnies pharmaceutiques, les scientifiques abordent les problèmes en fonction du contexte où ils/elles vivent ou des sources de financement. La question de savoir où, quand et dans quelles circonstances ou conditions une recherche est menée revêt une importance de premier ordre. Les gestionnaires de soins de santé peuvent se sentir dans l'obligation de placer les intérêts des actionnaires avant ceux des citoyen(ne)s, les dirigeant(e)s sont soumis(e)s à toutes sortes de pressions politiques, qui vont des pressions découlant des accords commerciaux aux pressions exercées par les électeur(trice)s. Cerner ces influences peut nous aider à interpréter l'information qui nous est transmise.

Nous avons également constaté que certains types de données probantes ont moins d'autorité et de crédibilité. Les histoires de vie sont souvent considérées comme anecdotiques, simples points de vue personnels qui ne « prouvent » rien. Pourtant, il s'agit aussi de données probantes. Notons, cela dit, que les études qualitatives sont de plus en plus fréquemment intégrées à la base de connaissances sur laquelle s'appuie la prise de décisions relatives aux politiques de santé. Il convient de souligner qu'à partir des témoignages d'un grand nombre de personnes, il est possible de mieux comprendre comment les gens donnent un sens à leurs expériences et font face aux situations de la vie quotidienne. Les prestataires de soins fondent généralement leur pratique sur une combinaison de savoirs issus de la recherche et de savoirs issus de leur propre expérience et de celle de leurs collègues, ainsi que sur ce qu'ils/elles estiment applicable dans les circonstances. Les communautés — ami(e)s, voisin(e)s, groupes de mères, associations d'aîné(e)s, organisations de femmes, etc. — peuvent également fournir beaucoup d'indications utiles et pertinentes sur ce qui fonctionne et sur ce qui ne fonctionne pas dans le système de soins de santé. Il est crucial de reconnaître ces précieuses sources d'information et d'assurer leur inclusion.

Au sujet des sources de données, les femmes ne doivent pas oublier qu'aucune source ne devrait être admise sans réserve et se poser les questions suivantes :

- *Qui (chercheur(euse)s/organisme) a produit les données probantes?*
- *Quels intérêts ou influences ont pu avoir une incidence sur la façon dont ces données ont été produites et sont partagées?*
- *Est-ce que d'autres histoires, provenant de sources rarement consultées, auraient mérité d'être racontées? Qu'est-ce qui manque?*

Les données probantes comptent-elles vraiment?

Il est évident que nous devons nous préoccuper de la recherche sur les soins de santé, et ce, pour une raison tout aussi évidente : la réforme des soins de santé est là pour rester. Que les gouvernements soient en quête de moyens de maîtriser les coûts ou d'améliorer les soins, ils auront recours aux données probantes pour orienter leurs décisions. Toutefois, bien que les données probantes jouent un rôle important dans la prise de décisions, d'autres facteurs interviennent également. Considérons le débat sur la privatisation des soins de santé au Canada.

Presque tous les ans, l'Institut Fraser publie divers rapports dénonçant le régime d'assurance-maladie à payeur unique et à gestion publique en vigueur au Canada. Son rapport de 2004, *How Good is Canadian Health Care?*, conclut que le système de santé canadien se classe parmi les plus coûteux au monde et qu'il ne donne pas pour autant de meilleurs résultats. Année après année, les chercheur(euse)s de l'Institut Fraser posent un diagnostic sans équivoque : les maux du régime d'assurance-maladie tiennent au fait qu'il s'agit d'un système monopolistique à payeur/fournisseur unique. L'introduction d'un système privé à but lucratif serait donc à l'avantage des Canadien(ne)s.

La privatisation des soins de santé est généralement envisagée en fonction de deux questions, soit *qui finance* les soins de santé et *comment* ces soins sont-ils financés. Les partisan(e)s de la privatisation soutiennent que le modèle de gestion et de financement des soins de santé par le secteur public est inefficace et va à l'encontre du principe du libre choix. Ils/Elles recommandent que les soins de santé soient traités au même titre que n'importe quel bien de consommation et que les cliniques et hôpitaux publics soient bradés au secteur privé. Les tenant(e)s de la privatisation proposent notamment d'augmenter la part des contributions privées (individuelles), de faire assumer aux particuliers une responsabilité croissante en matière de soins, de convertir les hôpitaux en établissements à but lucratif et d'instituer des mécanismes comme les comptes d'épargne médicale (CEM). Jetons un œil sur quelques études concernant la privatisation.

En 2002, un groupe de chercheur(euse)s de l'Université McMaster a rapporté un taux de mortalité supérieur chez les personnes soignées pour insuffisance rénale dans les centres de santé privés à but lucratif aux É.-U. Devereaux et ses collaborateur(trice)s ont constaté que les patient(e)s en dialyse couraient 8 % plus de risque de mourir s'ils/elles recevaient des soins dans un hôpital à but lucratif par opposition à un hôpital sans but lucratif. Selon leurs analyses, environ 2 500 décès en excès surviendraient chaque année aux É.-U. Ils ont extrapolé à partir de leur méta-analyse que 150 Canadien(ne)s perdraient la vie annuellement si des centres de dialyse à but lucratif étaient instaurés au pays. Une autre étude de Devereaux et coll. comparant le taux de mortalité dans les hôpitaux privés à but lucratif et les hôpitaux privés sans but lucratif a trouvé que les patient(e)s qui fréquentaient des hôpitaux privés à but lucratif étaient plus susceptibles de mourir. Les chercheur(euse)s ont en effet mis en évidence un accroissement de 2 % du risque de décès, ce qui correspondrait à une moyenne annuelle de 2 200 décès en excès au Canada et de 14 000 aux É.-U. Pourquoi le taux de mortalité est-il plus élevé dans ce type d'établissement? Une explication possible réside dans la nécessité pour les établissements à but lucratif de garantir un taux de rendement raisonnable à leurs actionnaires, facteur qui peut également avoir un impact non négligeable sur la dotation en personnel (y compris le roulement de la main-d'œuvre) et sur la qualité des soins.

Les comptes d'épargne médicale (CEM) sont présentés par certain(e)s comme une solution miracle aux problèmes du régime d'assurance-maladie. Dans les pays ayant adopté la formule des CEM, tou(te)s les

Les données probantes comptent-elles vraiment? suite

citoyen(ne)s se voient attribuer un compte dans lequel est déposé un montant prédéterminé. À chaque utilisation du système de santé, les frais des services reçus sont débités du CEM. Si une personne ne fait pas appel au système, les fonds peuvent être conservés dans le CEM pour répondre aux besoins futurs ou servir à financer d'autres services favorables à la santé (par exemple un abonnement à un centre de conditionnement physique). Si, à l'opposé, une personne épuise son allocation pour le CEM, elle devra dès lors payer elle-même ses soins de santé jusqu'à ce que ses dépenses atteignent un « seuil catastrophique », au-delà duquel les coûts additionnels seront assumés par le régime. Les CEM auraient l'intérêt de favoriser la liberté de choix et d'inciter les gens à faire preuve de circonspection dans leur usage du système en leur faisant prendre conscience du coût (valeur) des services de santé. Le modèle des CEM réduirait donc les coûts de santé. Or, une étude menée par Forget et ses collègues de l'Université du Manitoba atteste du contraire. Les chercheur(euse)s ont en effet montré que l'instauration des CEM entraînerait une hausse des dépenses dans la frange la plus en santé de la population.

Bien que ces études sur les soins à but lucratif et les CEM établissent hors de tout doute que ces mesures non seulement ne permettent pas de réaliser des économies, mais peuvent de surcroît conduire à une détérioration des résultats de santé, certains membres du gouvernement chantent toujours en chœur les vertus de ces formes de privatisation. Qui compte vraiment ici?

Et que dire des affirmations de l'Institut Fraser selon lesquelles le système de santé canadien est l'un des plus coûteux au monde et affiche de piètres résultats par rapport à tout l'argent dépensé? Les données probantes ne corroborent tout simplement pas cette thèse. Les dépenses de santé des É.-U. (environ 15 % du PIB) dépassent de loin celles du Canada, ce qui n'empêche pas qu'un nombre substantiel de citoyen(ne)s américain(e)s sont dépourvu(e)s d'assurance-maladie ou ne bénéficient pas d'une couverture suffisante. Si l'on retrace l'évolution des dépenses au cours des quarante dernières années, on remarque une montée rapide des coûts de santé au fil des ans aussi bien au Canada qu'aux É.-U. Quand le Canada est passé à un système à payeur/fournisseur unique (régime public d'assurance-maladie) au début des années 1970, ses dépenses de santé en pourcentage du PIB ont commencé à ralentir, alors que celles des É.-U. continuaient à grimper en flèche. Au chapitre des résultats de santé, la performance du système canadien est comparable — et souvent supérieure — à celle du système américain pour la plupart des indicateurs clés comme l'espérance de vie et la mortalité infantile. En 2004, une étude sur les dépenses de santé et les résultats de santé a été effectuée par le Fonds du Commonwealth, qui a ainsi résumé ses constatations : « Il est difficile de conclure que les États-Unis obtiennent un bon retour sur leurs investissements en santé sur la base de ces données. L'écart gigantesque entre les dépenses de santé des États-Unis et celles des autres pays pourrait être justifié si les sommes supplémentaires généraient des bénéfices supplémentaires. Or, si l'on en juge par les enquêtes sur la population, ces dépenses supplémentaires ne permettent pas, selon toute vraisemblance, d'« acheter » de meilleures expériences au sein du système de santé, mis à part une réduction des listes d'attente pour les chirurgies électives. »

Les données probantes peuvent influencer les décisions, mais des motivations politiques peuvent aussi peser dans la balance, tout comme des enjeux économiques locaux, nationaux et internationaux peuvent guider les politiques de santé et les décisions en matière de soins de santé.

Pourquoi les questions relatives aux données probantes sont-elles un enjeu pour les femmes?

Le lien entre les données probantes et les soins de santé est spécialement important pour les femmes puisqu'elles constituent la majorité des prestataires et des bénéficiaires de soins de santé. Il existe par ailleurs des différences notables entre les femmes, tant en ce qui concerne l'âge, le revenu et l'orientation sexuelle que les questions liées au statut d'immigrant et à la racialisation. Ainsi, tout changement dans le système de santé est susceptible d'influer — pour le meilleur ou pour le pire — sur la vie des femmes et d'avoir des répercussions sur leur santé, leurs conditions de travail et leur bien-être financier. C'est pourquoi nous devons nous intéresser de près à la façon dont se prennent les décisions dans le cadre des réformes des soins de santé.

Qui compte? Ou, en d'autres termes, qui sont ceux/celles dont les perspectives comptent et dont les expériences sont prises en compte? Quels types de renseignements ou de « faits » sont jugés dignes de foi? Ces données probantes sont-elles représentatives des besoins des femmes ainsi que de leurs circonstances de vie particulières? Quelles femmes sont considérées? Et quelles femmes sont oubliées?

Sur la porte de son bureau de l'Université Princeton, le Prix Nobel Albert Einstein avait posé un écriteau sur lequel on pouvait lire : « Ce qui compte ne peut pas toujours être compté, et ce qui peut être compté ne compte pas forcément. » Il s'agit là d'une leçon à retenir tandis que nous envisageons l'avenir des soins de santé au Canada. *Ce qui compte vraiment, c'est de savoir lire et interpréter les données probantes qui nous sont communiquées.*



références citées

Canadian Centre for Policy Alternatives (CCPA) (Ontario). *Ontario Alternative Budget 2005: Addressing the Real Fiscal Imbalance*, Ottawa, Canadian Centre for Policy Alternatives, avril 2005.

Devereaux, P.J., et autres. « Comparison of Mortality Between Private For-Profit and Private Not-for-Profit Hemodialysis Centers: A Systematic Review and Meta-Analysis », *Journal of the American Medical Association*, 288, 2449-2457, 2002.

Devereaux, P.J., et autres. « A Systematic Review and Meta-Analysis of Studies Comparing Mortality Rates of Private for-Profit and Private Not-for-Profit Hospitals », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 166, 1399-1406, 2002.

Esmail, N., et M. Walker. *How Good is Canadian Health Care? 2004 Report*, Vancouver, The Fraser Institute, mai 2004.

Forget, E.L., et autres. « Medical Savings Accounts: Will They Reduce Costs? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 167, 143-147, 2002.

Health Services Utilization and Research Commission. *The Impact of Preventive Home Care and Seniors Housing on Health Outcomes*, Summary Report No. 14, Saskatoon, Saskatchewan, mai 2000.

Hollander Analytical Services Ltd. *Substudy 1: Final Report of the Study on the Comparative Cost Analysis of Home Care and Residential Care Services*, Victoria, National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, 2001. Accessible en ligne à www.homecarestudy.com

Hussey, P.S., et autres. « How Does the Quality of Care Compare in Five Countries? », *Health Affairs*, 23, 89-99, 2004.

ressources sur les femmes, les soins de santé et les données probantes

- Un numéro du *Bulletin de recherche* des Centres d'excellence pour la santé des femmes a été consacré à la question des femmes, des soins de santé et des données probantes (hiver 2002, vol. 2, n° 3). Accessible en ligne à www.cewh-cesf.ca/bulletin/fv2n3/index_fr.html

AUTRES RESSOURCES UTILES

- DesMeules, M., et autres. *Rapport de surveillance de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2003. Accessible en ligne à http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=AR_342_F&cw_topic=342
- Grant, K.R. « L'ASC ou par-delà le syndrome de la reine du cœur ». Discours prononcé dans le cadre de « L'ACS : Acquérir des connaissances pour l'élaboration de politiques, de programmes, de projets de recherche et de lois efficaces », colloque parrainé par Condition féminine Canada, Centre des congrès d'Ottawa, Ottawa, 31 janvier 2002. Accessible en ligne à www.cewh-cesf.ca/reformesante/publications/reforme.html
- Grant, K.R. *Is There a Method to this Madness? Researching Health Care Reform as if Women Mattered. (Existe-t-il une solution à ce chaos? Étude de la réforme de la santé en tenant compte de l'importance des femmes)*, Ottawa, Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé, Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes, Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada, octobre 2000. Sommaire en français accessible en ligne à www.cewh-cesf.ca/reformesante/publications/reforme.html

QUI NOUS SOMMES ET CE QUE NOUS FAISONS

Le Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé est composé de Pat Armstrong (présidente), Karen Grant, Madeline Boscoe, Kay Willson, Barbara Clow, Ann Pederson, et Beth Jackson (coordinatrice de la recherche). Une première réunion a eu lieu en 1998 pour constituer un comité de collaboratrices auquel devaient participer des représentantes des Centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF) et du Réseau canadien pour la santé des femmes, des organismes financés par le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes, de Santé Canada, qui participait également à cette initiative. Nous avons donc pour mandat de coordonner la recherche portant sur la réforme en santé et de voir à ce qu'elle soit traduite en politiques et en pratiques. Vous trouverez de plus amples renseignements concernant notre travail sur notre site Web, au www.cewh-cesf.ca/reformesante.

Les Centres d'excellence pour la santé des femmes ont été mis sur pied en 1996 par le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes, de Santé Canada. Les Centres sont des organismes multidisciplinaires dont le fonctionnement repose sur des partenariats entre chercheurs, organismes communautaires et décisionnaires. Leur principal objectif est de contribuer de l'information permettant la mise en place de politiques éclairées et d'enrichir les connaissances portant sur les rapports sociaux entre les sexes et les déterminants de la santé. Une brochure offrant les grandes lignes du programme des CESF ainsi que notre *Bulletin de recherche* sont disponibles sur le site Web des CESF (www.cewh-cesf.ca).

pour commander :

Vous pouvez télécharger cette brochure à l'adresse www.cewh-cesf.ca/reformesante ou l'obtenir gratuitement auprès du :

Réseau canadien pour la santé des femmes
419, avenue Graham, bureau 203
Winnipeg (Manitoba) R3C 0M3
cwhn@cwhn.ca
www.cwhn.ca

Des frais de poste pourraient être exigés. Ce document peut être reproduit à condition de mentionner le nom des auteurs et d'en faire la distribution gratuitement.

Also available in English.

rédigé et publié par :

Le **Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé** avec l'appui financier du :
Programme des Centres d'excellence pour la santé des femmes, Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes, Santé Canada.

Les opinions exprimées dans le présent document ne sont pas forcément conformes à celles de Santé Canada.

Illustrations : **Daniel Godfrey**

Mise en page : **Folio Design**

Production : **Réseau canadien pour la santé des femmes**

© 2005 Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé
ISBN 0-9733117-9-7

[Union bug]



*« Il n’y a pas de “faits” impartiaux.
Les données n’ont pas une logique
intrinsèque qui aurait pour effet de
donner lieu aux mêmes perceptions
et cognitions chez tous les individus.
L’observateur(trice) perçoit et
interprète les données en fonction de
ses propres besoins, de son propre
réseau de connotations, de sa propre
personnalité et de ses propres
schèmes, ou structures cognitives
formées antérieurement. » [Trad.]*

(David Krech et Richard S. Crutchfield, *Theory and Problems of
Social Psychology*, New York, McGraw-Hill, 1948)