

automne/hiver 2010/11 / volume 13

numéro 1

le réseau

canadien pour la santé des femmes

Faire tomber les murs :

Arguments en faveur de solutions
de rechange à l'incarcération

La rue des Femmes :

Profil de Léonie Couture

La désinfection et ses répercussions en aval :

Implications sexospécifiques
de la présence de produits
pharmaceutiques et de soins
personnels dans notre eau

Canadian Women's
Health Network



Le Réseau canadien pour
la santé des femmes

note de la rédactrice :

Nous sommes heureuses de vous présenter ce numéro du *Réseau*, qui souligne une nouvelle étape de l'histoire de la revue, diffusée depuis déjà 14 ans. Il s'agit de notre première parution exclusivement en ligne. La technologie va de l'avant, ainsi que le Réseau canadien pour la santé des femmes, et c'est avec enthousiasme que nous intégrons les nouvelles possibilités qu'offrent les outils de publication en ligne. Dans les numéros à venir, vous pourrez profiter de nouvelles avenues, notamment des liens vers des articles et des textes pertinents hébergés dans notre base de données, ainsi que des présentations audio d'auteurs, et bien plus!

En fait, nous vivons toutes un tournant palpitant au RCSF, puisque nous accueillons Caryn Duncan à titre de nouvelle directrice exécutive. Caryn met au service du RCSF plus de 20 années d'expérience au sein des organismes communautaires. Accordant une grande importance au secteur communautaire et au rôle qu'il joue dans la promotion de la justice sociale et l'égalité, elle se dévoue, dans le cadre de son travail, pour l'élimination des obstacles qui entravent l'accès aux soins.

Avant de se joindre au RCSF, Caryn a dirigé le Vancouver Women's Health Collective [collectif pour la santé des femmes de Vancouver] en tant que directrice exécutive, défendant les droits des femmes à des soins de santé et à des programmes de santé publique en Colombie-Britannique. Une bénévole engagée, Caryn a occupé le poste de coprésidente à la BC Health Coalition [Coalition pour la santé de la C.-B.]. Elle a aussi été membre de la City of Vancouver Women's Task Force [groupe de travail de la Ville de Vancouver chargé d'étudier la situation des femmes], ainsi que du groupe soutenant la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, section de la C.-B. Nous lui souhaitons la bienvenue et nous envisageons, sous son leadership, un avenir excitant!

Ce numéro d'automne/hiver présente de nouvelles perspectives intéressantes dans le domaine de la santé des femmes, entre autres des recherches réalisées par

Page Couverture : ThinkStockphotos/Hemera

Ce document présente les idées et les opinions de ses auteurs et ne reflète pas nécessairement la politique officielle ou les opinions de Santé Canada. Les articles ont pour but de vous offrir de l'information utile et ne visent pas à remplacer l'avis de votre médecin.

Le Réseau canadien pour la santé des femmes remercie le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes de Santé Canada pour son soutien financier fourni dans le cadre du Programme de contribution pour la santé des femmes. Le RCSF remercie également les individus et les groupes pour leur appui, leurs dons et leur travail qui contribuent à renforcer les assises du Réseau.

le réseau / network

volume 13 numéro 1 automne/hiver 2010/11

Rédactrice : Signy Gerrard

Traduction : Intersigne

Abonnements : Léonie Lafontaine

Comité consultatif : Abby Lippman,
Anne Rochon Ford, Martha Muzychka,
Susan White et Madeline Boscoe

Le Réseau/Network est publié en anglais et en français deux fois par an par le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF). Une partie des articles qui paraissent dans Le Réseau/Network sont également disponibles par le biais du site Web du RCSF : www.rcsf.ca

Abonnez-vous à la revue **Le Réseau** en composant le 1 204 942-5500 ou écrivez à l'adresse cwhn@cwhn.ca pour plus d'information. Nous vous invitons à nous faire part de vos idées et de vos suggestions d'articles. Pour toute demande de renseignements ou pour obtenir de l'information sur les ressources, de même que pour toute correspondance liée aux abonnements ou au courrier non distribuable, veuillez nous joindre à l'adresse suivante.

Le Réseau/Network

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
ATS sans frais : 1 866 694-6367
Numéro sans frais : 1 888 818-9172
Courriel : cwhn@cwhn.ca
Site Web: www.cwhn.ca

Effectifs du RCSF

Directrice exécutive : Caryn Duncan
Directrice exécutive adjointe : Susan White
Directrice des communications :
Signy Gerrard
Directrice de l'échange des connaissances :
Jane Shulman
Soutien technique : Vlad Shlepov
**Coordonnatrice des services
administratifs :** Léonie Lafontaine
Préposée aux ressources : Tanya Smith
Agente des finances : Janice Nagazine
Comptable : Rhonda Thompson

les Centres d'excellence pour la santé des femmes.

Jennifer Bernier, du Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes, examine le vécu des femmes criminalisées, une population marginalisée, sur le plan de la santé. Le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu nous offre une nouvelle perspective sur le sujet de l'eau potable et des substances chimiques qui la contaminent. Le RCSF fait état non seulement des effets de chacun de ces produits sur la santé de la population mais aussi des réactions qu'entraîne leur combinaison. Le Centre d'excellence pour la santé des femmes, région de la Colombie-Britannique, dresse un portrait historique des indicateurs de santé. Il se penche donc sur une époque où la recherche en santé ne tenait pas compte des femmes et présente la démarche des chercheuses et des chercheurs d'aujourd'hui, qui œuvrent pour améliorer la situation.

Pour terminer, Jane Shulman, directrice de l'échange des connaissances du RCSF, nous présente une entrevue avec Léonie Couture, fondatrice de La rue des Femmes, une organisation montréalaise au service des femmes en état d'itinérance, qui a pour mandat d'aider cette population à retrouver sa capacité d'agir et de s'exprimer, et ce sans jugement.

Signy Gerrard
Directrice des communications

Appuyez une voix pancanadienne pour la santé des femmes!

Le RCSF remercie tous ses donateurs et donatrices, puisque leur importante contribution lui permet d'accomplir son mandat. Si vous désirez offrir un don, visitez son site Web au www.rcsf.ca et cliquez sur Faire un don, ou composez le 1 204 942 5500.

DANS CE NUMÉRO

4 La rue des Femmes:
Profil de Léonie Couture

7 La désinfection et ses répercussions en aval :
Implications sexospécifiques de la présence de produits pharmaceutiques et de soins personnels dans notre eau

12 RCSF série de webinaires

13 Faire tomber les murs :
arguments en faveur de solutions de rechange à l'incarcération pour répondre adéquatement aux besoins des femmes criminalisées

17 La marginalisation par l'agrégation

20 Ce que nous lisons :
Ressources recommandées par notre bibliothécaire



La rue des Femmes

Par Jane Shulman

Nous sommes lundi soir, il est 20 h 15, et la journée de travail de Léonie Couture est loin d'être terminée. De chez elle, elle appelle pour parler de La rue des Femmes, l'organisation qu'elle a fondée il y a 16 ans et qu'elle dirige toujours. Cet organisme offre de l'hébergement, de la thérapie et des ressources aux femmes en état d'itinérance, dans le centre-ville de Montréal. Elle n'était pas disponible pour une entrevue au bureau, étant occupée à rédiger une demande de subvention qui pouvait procurer à La Rue des femmes un financement dans les six chiffres. Elle a donc proposé une entrevue après les heures de travail. D'une voix à la fois douce et sérieuse, elle passe les 90 minutes suivantes à parler de ce que l'organisme fait et des femmes qu'elle côtoie à tous les jours – « des femmes que beaucoup de gens préféreraient ne pas voir », dit-elle.

Léonie travaille avec des femmes en détresse depuis plus de 25 ans. Avant de fonder La rue des Femmes, elle a œuvré pendant cinq ans au sein d'une organisation qui offre du soutien aux femmes survivantes de viol ou d'inceste. Elle a constaté que certaines femmes étaient « trop meurtries pour être aidées », puisqu'elles faisaient face à des problématiques de toxicomanie, d'inceste, de violence, et qu'elles étaient incapables de fonctionner dans un cadre standard, comme par exemple se présenter aux rendez-vous hebdomadaires fixés avec les intervenantes de l'organisme.

« J'ai constaté que la plupart des femmes qui vivaient de graves difficultés étaient aux prises avec une problématique majeure – elles avaient subi de la violence », explique Léonie, « ce qui a engendré chez elles des problèmes de consommation, une perte de confiance en soi et d'énormes souffrances. »

« En tant que féministes, il était important, selon moi, de créer des ressources qui leur offriraient de l'aide. Elles avaient besoin, pendant la journée, d'un lieu où elles pouvaient se rendre pour parler, prendre un repas ou juste se poser, sans qu'aucune demande ne leur soit adressée. »

C'est donc en 1994 que Léonie a fondé La rue des Femmes, une toute petite organisation dotée d'une mission précise : accepter les femmes telles qu'elles étaient et leur offrir de l'aide si elles le désiraient, sans l'imposer. Aujourd'hui, La rue des Femmes compte maintenant 50 employées, deux maisons d'hébergement à court et à long terme, un éventail d'approches thérapeutiques, et un budget annuel de 1,5 million de dollars, dont les fonds proviennent du gouvernement fédéral et provincial et de donateurs privés.

La rue des Femmes a pris de l'ampleur, mais sa mission demeure la même. Léonie affirme que les travailleuses et les bénévoles sont amenées à comprendre, dans le cadre de leur formation, que les comportements jugés inacceptables par la société, y compris les cris et les colères violentes, ne doivent pas être réprimés. Selon elle, la violence provoque une horrible souffrance

physique et émotionnelle, et ces agissements en sont le résultat.

« Elles ont subi énormément de violence et nous voulons qu'elles retrouvent leur voix », dit-elle. « Pour nombre de personnes, y compris les travailleurs et travailleuses du milieu de l'itinérance, la clientèle de La rue des Femmes est trop lourde – ils n'en veulent pas parce que la façon dont elles expriment leurs souffrances peut être difficile à gérer, notamment si elles sont paranoïaques ou agissent de façon violente. Elles

“nous voulons qu'elles retrouvent leur voix”

sont donc exclues des autres maisons d'hébergement. Pour nous, c'est normal. Sans les juger, nous leur donnons le temps dont elles ont besoin pour livrer, peu à peu, leur vécu. »

Le mandat de La rue des Femmes est de mettre en place des mécanismes qui permettent aux employées de tendre la main à des femmes privées de leur capacité d'établir des liens et d'aider celles-ci à développer différents outils de survie.

« En général, nous composons avec la colère des femmes, en autant qu'elle ne menace pas les

autres résidentes ou les travailleuses. Nous n'encourageons pas ces comportements, précise Léonie, mais il est essentiel que les femmes se sentent en sécurité à La rue des Femmes et qu'elles sachent que personne ne leur fera de mal ou n'exigera qu'elles modifient leurs agissements. »

« Si une femme crie sans aucune raison apparente », explique Léonie, « nous ne l'arrêterons pas. Lorsqu'elle cesse de crier, nous pouvons l'approcher et l'inviter à parler, en explorant avec elle d'autres moyens pour exprimer sa douleur. Mais nous ne lui ferons pas de reproches. »

Cette approche est unique à Montréal. Il existe d'autres maisons d'hébergement qui font un excellent travail auprès des femmes, mais leur approche n'est pas tout à fait la même. Le mandat de La rue des Femmes comprend aussi un volet de sensibilisation sur le sujet des femmes et l'itinérance. Léonie insiste sur le fait que les interventions n'ont pas pour but d'aider ces femmes à trouver un emploi, en raison de l'ampleur de leur souffrance.

« L'itinérance chez les femmes n'est pas causée par la pauvreté. Elle est plutôt la conséquence de très grandes blessures, qui les rendent inaptes au travail. Parfois, les gens demandent pourquoi elles n'occupent pas un emploi. La plupart n'ont jamais travaillé », dit-elle. Le but est de survivre, et les réussites sont soulignées, quelles qu'elles soient, même modestes

Pour illustrer ses propos, Léonie raconte l'histoire d'une femme qui

vivait dans l'une des maisons de La rue des Femmes. Pendant deux ans explique-t-elle, elle n'a jamais dormi dans la chambre. Elle dormait sur le sol, juste à l'extérieur de la pièce. Elle était terrifiée à l'idée de dormir dans une chambre parce que c'est dans un lieu semblable qu'elle a subi les premiers actes de violence qui lui ont infligé des traumatismes. Personne à La rue des Femmes ne lui a posé de questions sur le fait qu'elle dormait dans le couloir. On ne lui a jamais demandé de dormir dans sa chambre. Son comportement était accepté et au fil du temps, nous en avons compris les raisons. C'est ce qu'elle devait faire afin de se sentir suffisamment en sécurité pour dormir. Une nuit, de façon inattendue, elle a commencé à dormir dans sa chambre, mais sur le sol, à côté de son lit, avec tous ses vêtements. Elle avait besoin de sentir

qu'elle pouvait fuir au milieu de la nuit si elle se sentait menacée.

Léonie donne en exemples de nombreux autres cas de femmes violentées, qui vivent des situations vraiment terribles. Il est difficile pourtant d'imaginer que nous, en tant que société, ne faisons pas le lien entre la violence perpétrée contre les femmes et les filles derrière des portes closes, partout au pays – des faits que nous connaissons – et les femmes en état d'itinérance que nous croisons dans la rue. Selon elle, la souffrance est leur dénominateur commun, et La rue des Femmes a pour objectif d'offrir une solution de rechange et de les aider à reprendre du pouvoir sur leur vie. Un travail aussi émotionnellement exigeant peut facilement mener à l'épuisement professionnel, mais Léonie précise que la ressource

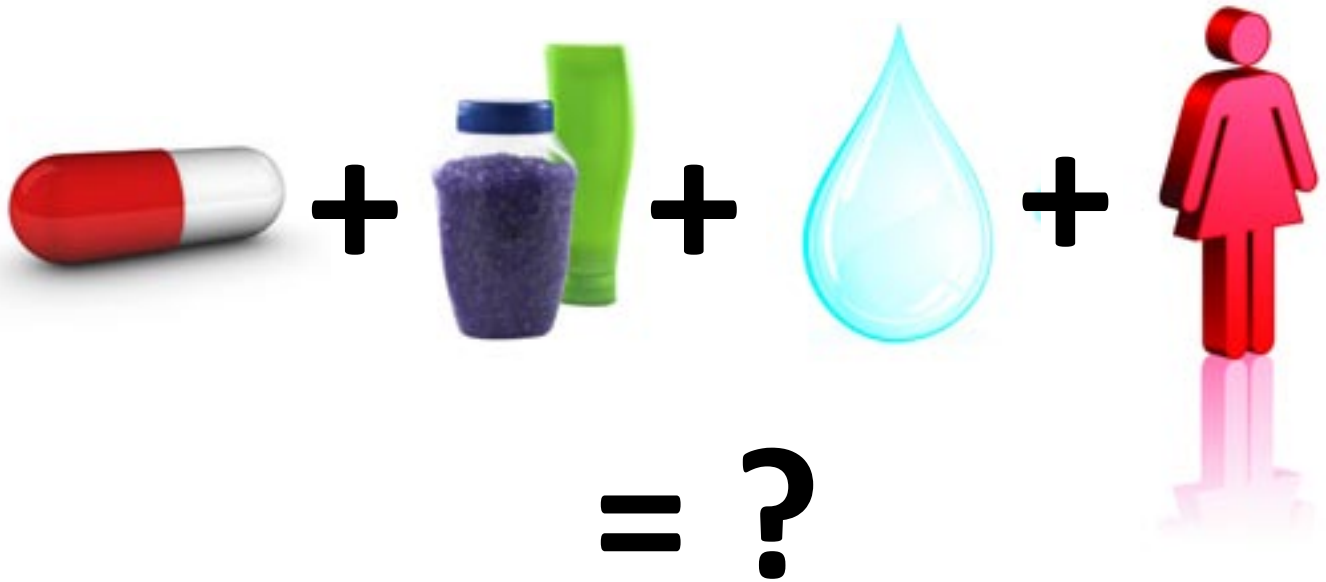
offre de nombreuses formations soutenantes, qui permettent au personnel de demeurer équilibré, d'assurer une cohésion et de ne pas perdre de vue la valeur du travail accompli. Parfois, il faut se rappeler que nous sommes toutes blessées, d'une manière ou d'une autre, même si nous n'aboutissons pas toutes dans la rue. Les travailleuses sont des femmes exceptionnelles et méritent d'être appuyées.

En terminant ce long entretien, Léonie parle d'avenir. « Nous créons constamment des moyens qui pallient l'inefficacité du système de réinsertion. Il faut les créer pour soutenir les personnes plus fragiles. Nous pouvons changer le monde, un pas à la fois. »

Jane Shulman est directrice de l'échange des connaissances au Réseau canadien pour la santé des femmes.

Cet article a été publié originalement dans la revue Progressive Choices Magazine et Herizons en 2007. Léonie Couture assure toujours la direction de La rue des Femmes. Dans une conversation récente, elle affirme que la maison d'hébergement continue d'offrir des services uniques aux femmes en état d'itinérance et à les accueillir telles qu'elles sont. Par ailleurs, elle a passé beaucoup de temps à réfléchir et à concevoir d'autres voies de soutien.

« Nous avons approfondi nos réflexions concernant l'appui que nous offrons aux femmes qui fréquentent notre ressource pour les aider à guérir leurs blessures », dit-elle. « Nous nous intéressons aux théories de la santé relationnelle, qui portent sur la création de liens. Si les femmes peuvent se pencher sur ces blessures, elles peuvent peut-être rétablir des contacts avec le monde, se sortir de l'exclusion et trouver un chemin qui les sortira de l'itinérance. »



La désinfection et ses répercussions en aval :

Implications sexospécifiques de la présence de produits pharmaceutiques et de soins personnels dans notre eau

par Sharon Batt

On trouve aujourd'hui dans les eaux de surface, les eaux souterraines¹ et l'eau potable du Canada des traces de produits pharmaceutiques et de soins personnels (PPSP). On commence même à les considérer comme des polluants persistants. Leur « caractère persistant » ne serait pas seulement attribuable à leurs propriétés chimiques, qui empêcheraient leur dégradation, mais aussi à leur rejet continu et de plus en plus fréquent dans notre environnement.

Les PPSP dans l'eau potable : portée et complexité du problème

Seulement une fraction des médicaments que nous consommons sont assimilés par l'organisme. Les résidus sont rejetés avec les métabolites dans nos cours d'eau. De plus, nous évacuons quotidiennement dans nos éviers et nos baignoires les composés d'une foule de produits de soins personnels (shampooing, savons, crèmes, gels et détergents). Enfin, d'autres produits pharmaceutiques s'infiltrent aussi dans l'environnement par le biais de l'agriculture, de l'aquaculture, des effluents des hôpitaux et des usines⁴. Ni les installations de traitement des eaux usées, ni les stations de production d'eau potable ne sont conçues pour filtrer entièrement ces substances; elles

sont rejetées pour toujours dans nos lacs, nos rivières et nos ruisseaux. Même si la concentration en PPSP dans l'environnement est très faible, des scientifiques et des décideurs au Canada et à l'étranger se sont inquiétés de leurs répercussions éventuelles sur les écosystèmes et la santé humaine.

La liste des PPSP détectés dans l'eau potable au Canada figure dans le 1^{er} encadré. Comme leur détection n'est pas imposée par les directives actuelles et que leur présence n'est donc pas vérifiée dans les stations de production d'eau potable, on ne dispose pas de données de routine les concernant. Tout autour du globe, cependant, on a détecté dans l'eau potable bien au-delà de 30 différentes sortes de PPSP.

Non seulement est-il possible que nous soyons exposés

de façon chronique à des traces de PPSP dans notre eau potable. Leur présence crée un deuxième problème : les PPSP peuvent réagir avec certains produits chimiques utilisés pour désinfecter notre eau et engendrer de nouvelles substances. Un très grand nombre de ces sous-produits existent déjà (plus de 600 ont été détectés). Ils sont créés lorsque des désinfectants comme le chlore entrent en contact avec des matières organiques d'origine naturelle présentes dans l'eau. Même si les données à ce sujet ne sont pas concluantes, certaines études ont établi un lien entre l'exposition à certains sous-produits de la désinfection et une gamme d'effets néfastes pour la santé, dont certains types de cancer et de problèmes génésiques. Des recherches récentes montrent qu'une réaction entre un PPSP et un désinfectant peut

engendrer des substances dont on ne connaît ni les propriétés, ni la toxicité. C'est le cas notamment des stéroïdes estrogéniques utilisés dans les contraceptifs, des anti-inflammatoires comme l'ibuprofène, de l'agent antibactérien triclosane et des filtres à ultraviolet (UV).

La désinfection améliore la santé publique en éliminant les pathogènes présents dans l'eau potable. Néanmoins, la formation de sous-produits de la désinfection, en particulier ceux qui sont dérivés des PPSP, fait ressortir les limites des solutions techniques mises en œuvre éliminer les contaminants dans l'eau potable.

Que peut nous apprendre une analyse des influences du genre et du sexe (AIGS) sur ce problème?

Actuellement, les études menées

sur les PPSP dans l'environnement ne tiennent pas compte du sexe et du genre. Pourtant, ces dimensions importantes ont une incidence sur la consommation de nombreux produits pharmaceutiques (contraceptifs, hormonothérapie, antidépresseurs, par ex.) et de soins personnels (cosmétiques, écran solaire, parfums). De plus, il est probable que l'exposition aux traces de contaminants et de sous-produits de la désinfection dans l'eau potable induise des répercussions différentes selon les sexes.

L'usage sexospécifique des PPSP

Un grand nombre de PPSP détectés dans l'environnement ne sont pas utilisés de la même façon par les hommes et les femmes, ni dans les mêmes quantités. Ce constat s'applique tant aux médicaments qu'aux produits de soins personnels. Pour des raisons d'ordre biologique et social, les femmes consomment plus de médicaments que les hommes. À titre d'exemple, les contraceptifs, les inducteurs de l'ovulation et l'hormonothérapie sont prescrits aux femmes uniquement; dès la puberté, celles-ci suivent fréquemment une forme quelconque de thérapie hormonale qui se prolongera pendant une partie de leur vie. De même, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à recevoir un diagnostic de trouble psychiatrique comme la dépression et anxiété, et plus susceptibles de se faire prescrire des antidépresseurs pour des symptômes associés aux troubles émotionnels. Les produits de soins personnels (PSP) se distinguent des produits pharmaceutiques de différentes façons.

1ER ENCADRÉ : PPSP DÉTECTÉS DANS DES ÉCHANTILLONS EAU POTABLE AU CANADA

- *Acétaminophène* - analgésique
- *Benzafibrate* – hypocholestérolémiant
- *Carbamazépine* – Anticonvulsant
- *Enrofloxacin* - antibiotique
- *Gemfibrosil* – antihyperlipidémique
- *Ibuprofène* – anti-inflammatoire non stéroïdien
- *Lincomycine* - antibiotique
- *Kétoprofène* – anti-inflammatoire non stéroïdien
- *Méclocyline* - antibiotique
- *Naproxène* - anti-inflammatoire non stéroïdien
- *Norfloxacin* - antibiotique
- *Roxithromycine* - antibiotique
- *Sulfaméthoxazole* - antibiotique
- *Tétracycline* - antibiotique
- *Triméthoprime* -antibiotique
- *Triclosane* – agent antibactérien
- *Tylosine* -antibiotique



En règle générale, ils sont destinés à être utilisés en toute sécurité par des gens en bonne santé. Les PSP regroupent un large éventail de produits variés, ce qui complique l'analyse sexospécifique des ingrédients chimiques qu'ils renferment.

Néanmoins, on peut affirmer que certains produits populaires sont consommés par des femmes la plupart du temps. Par exemple, l'écrasante majorité des utilisateurs de filtres à ultraviolet (UV), ces substances utilisées dans la préparation des écrans solaires, sont des femmes. Ce constat s'applique également à de nombreux autres produits qui en contiennent (crèmes, lotions, cosmétiques, etc.) Les muscs synthétiques qu'on ajoute à une vaste gamme de produits de consommation (parfums, savons, lotions, shampoings et détergents à lessive) font également l'objet d'un usage distinct selon le sexe.

L'exposition sexospécifique aux PPCP

Il est difficile de déterminer le degré d'exposition de chaque sexe aux PPCP dans l'eau potable, vu la rareté des données générales acquises sur leur présence dans l'environnement

et des données sexospécifiques en particulier. Les femmes boivent-elles plus d'eau que les hommes, ou moins? Leur répartition géographique (sans aucun doute un facteur influant sur la qualité de l'eau) est-elle la même? Les réponses à ces questions nous fourniraient un meilleur éclairage sur les différences entre les sexes en matière d'exposition. Un sujet sur lequel nous possédons quelques données est celui de l'exposition des femmes enceintes aux PPCP dans l'eau potable. Par exemple, la recommandation voulant que les femmes enceintes boivent deux litres d'eau par jour pourrait se traduire, si elle est suivie, par une exposition à un plus grand nombre de contaminants par rapport à une personne qui en consommerait moins pendant la même période. Une étude avance en effet que la directive des deux litres quotidiens pourrait exposer une femme enceinte à cinq médicaments qui inquiètent particulièrement.

Les effets sexospécifiques sur la santé des PPCP présents dans l'eau

De nombreux PPCP sont considérés

comme des perturbateurs endocriniens; c'est le cas des contraceptifs oraux, des hormones, des antiépileptiques, des anti-inflammatoires, de certains antidépresseurs, des filtres à ultraviolet et des muscs synthétiques. À ce stade, les données concernant les effets sexospécifiques des PPCP sur la santé proviennent en majorité de recherches qui ont examiné l'impact des perturbateurs endocriniens sur les espèces aquatiques. La féminisation des poissons mâles est l'une des observations courantes rapportées dans ces études. Ce phénomène se caractérise par un développement testiculaire limité et la production d'œufs immatures dans les testicules. Après avoir versé de faibles concentrations d'éthinylestradiol dans un lac du Nord ontarien, par exemple, des chercheurs ont constaté que les têtes-de-boule mâles se sont féminisés et que la production des œufs chez les femelles s'est modifiée, ce qui a provoqué la disparition presque totale de cette espèce dans le lac en question. Le cas des poissons intersexués retient l'attention, car les transformations observées sont comparables aux

Qu'est-ce que l'analyse des influences du genre et du sexe?(AIGS)

L'AIGS tient compte des différences biologiques et sociales entre les femmes et les hommes, dans le but de faire ressortir les conséquences distinctes de certains facteurs sur la santé de chaque groupe*.

Le sexe et le genre façonnent l'usage des PPCP, l'exposition aux PPCP et aux DBP dans l'eau potable et ses effets sur notre organisme et notre santé. Leur interaction avec d'autres facteurs sociaux importants, comme le revenu, le lieu géographique, la race, l'origine ethnique et la langue, peut engendrer des disparités en matière de santé.

*Barbara Clow et al., Se montrer à la hauteur du défi : l'analyse des influences du genre et du sexe en planification, en élaboration de politiques et en recherche dans le domaine de la santé au Canada. Halifax, Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes, 2009.

effets relevés chez l'être humain, par exemple au syndrome de Klinefelter. La recherche sur les pesticides et sur les contaminants industriels pourrait fournir des indices pour tenter d'expliquer le phénomène. Elle laisse envisager que l'exposition intra-utérine et infantile à des composés considérés comme des perturbateurs endocriniens pourrait effectivement avoir des effets sexospécifiques sur la santé.

Pourquoi s'inquiéter s'il ne s'agit que de traces?

Les concentrations de n'importe quel médicament présent dans le milieu aquatique sont très faibles lorsqu'on les compare à la dose thérapeutique quotidienne prescrite. C'est ce qui amène certains analystes à conclure que les traces détectées dans des échantillons d'eau potable au Canada posent un risque négligeable pour la santé humaine, « puisqu'il faudrait qu'une personne consomme des milliers de verres d'eau par jour avant de dépasser la limite quotidienne acceptable ». Or la recherche menée sur cette classe de substances appelées modulateurs endocriniens suggère toute autre chose.

Selon ce que nous enseigne le nouveau domaine de l'épigénétique, les modulateurs endocriniens interfèrent avec les signaux hormonaux de telle façon que non seulement la dose, mais aussi le facteur temps, déterminent les conséquences de l'exposition. Les altérations épigénétiques reprogramment la régulation de fonctions cellulaires vitales, ce qui permet aux organes de s'adapter

Pour des raisons d'ordre biologique et social, les femmes consomment plus de médicaments que les hommes.

aux stress présents dans le milieu, dont l'exposition aux hormones, aux médicaments et aux toxines. Ceci prépare l'organisme à surmonter des stress de même nature plus tard. Cette reprogrammation, ou empreinte génomique, s'effectue à des phases critiques (des « fenêtres ») du développement des organes. Chez l'être humain, ces périodes correspondent à la gestation, à l'enfance et à l'adolescence, le développement de l'appareil génital et du système nerveux central se poursuivant jusqu'à la fin de cette dernière. Certains agents chimiques synthétiques capables d'imiter les signaux hormonaux peuvent perturber le mécanisme d'adaptation de l'organisme, augmentant le risque de maladie plus tard dans la vie. Ainsi, une exposition à de faibles taux de modulateurs endocriniens dans l'environnement pourrait bien entraîner des répercussions sur la santé humaine. Le stade de développement jouerait un grand rôle; on suppose aussi que des interactions importantes se

produisent entre ces substances.

Les raisons de s'inquiéter des effets sur la santé humaine des PPSP présents dans l'environnement ne se limitent toutefois pas aux modulateurs endocriniens. Tout composé pharmaceutique actif vise à provoquer une activité biologique précise et n'est pas destiné à être dispersé dans l'environnement. Le fait qu'il faille obtenir une ordonnance pour accéder à certains médicaments repose sur de bonnes raisons : ce ne sont pas des produits indiqués pour tout le monde et ils ne conviennent pas à un usage répandu ou prolongé. À la différence des médicaments, les produits de soins personnels ne sont pas du tout prévus pour la consommation humaine. On en sait très peu sur l'ingestion chronique de ces substances; comme dans le cas des médicaments, cependant, leur présence dans l'eau potable, même à de très faibles degrés, soulève d'importantes questions pour la santé de la population à longue échéance.

Les mesures en amont, un aspect négligé de la solution

Pour certains, la solution au problème résiderait dans l'amélioration des systèmes de traitement de l'eau potable. Même s'il s'agit en effet d'un mécanisme important pour contrôler les niveaux de PPSP, on ne peut pas se limiter à cette seule stratégie pour plusieurs raisons. Premièrement, les systèmes de traitement avancé comme l'ozonation coûtent cher; ils sont donc susceptibles de rester inaccessibles pour la plupart des municipalités canadiennes,

qui continueront à dépendre du chlore pour désinfecter leur eau. Deuxièmement, même les meilleures technologies sont incapables d'extraire complètement tous les contaminants; pire, elles peuvent même engendrer de nouveaux sous-produits, un aspect dont on tient trop rarement compte au moment d'évaluer les mérites. On a découvert, par exemple, que l'ozonation de la carbamazépine (un anticonvulsant) engendrait trois nouveaux sous-produits inconnus jusque-là. Vu la grande quantité de nouveaux PPSP qui font constamment leur entrée sur le marché, on peut se demander si ces techniques de traitement sauront suffire à la demande.

Il faudrait plutôt jumeler les solutions « en aval » à des stratégies visant à réduire la charge des PPSP libérés dans l'environnement. Même si on ne connaît pas bien tous les risques que comportent ces substances, mieux vaut pécher par prudence et adopter une approche préventive ou « en amont ». Qui plus est, nombre de mesures peuvent être mises en œuvre immédiatement et à un coût relativement faible, si on les compare aux investissements à long terme qu'exige l'adaptation à grande échelle des stations de traitement de l'eau potable.

Quantité de PPSP remplissent une fonction essentielle et vitale, mais dans bien des cas, on pourrait réduire leur usage ou tout simplement s'en passer. La prolifération des produits antibactériens comme les savons à main sont un bon exemple; ils contiennent souvent du triclosan,

...même les meilleures technologies sont incapables d'extraire complètement tous les contaminants; pire, elles peuvent même engendrer de nouveaux sous-produits

une substance aujourd'hui répandue dans l'environnement, y compris dans l'eau potable. D'ailleurs, malgré leur grande popularité, les produits antibactériens pour le lavage régulier des mains ne sont pas recommandés par Santé Canada, par l'Association médicale canadienne ou par la Société canadienne de pédiatrie.

Malgré cela, les tendances actuelles en matière d'usage et de promotion des PPSP nous orientent dans une tout autre direction. Les sociétés pharmaceutiques, pour leur part, ne cessent d'inventer de nouvelles techniques de persuasion pour vendre leurs médicaments, souvent dans le cadre de campagnes

ciblées qui s'adressent aux femmes et exploitent leur rôle dans la société.

Voici quelques exemples de stratégies qu'on pourrait adopter en amont :

- Réduire l'usage des produits pharmaceutiques en renforçant l'interdiction relative à la publicité directe des médicaments d'ordonnance. À l'heure actuelle, la mise en vigueur de ce règlement est terriblement inadéquate;
- Contenir la vague de résidus pharmaceutiques dans les systèmes aquatiques en multipliant les programmes de récupération des médicaments. Une poignée de provinces offrent un tel mécanisme; les autres devraient leur emboîter le pas;
- Sensibiliser les consommateurs et consommatrices, dont les jeunes, les patients, les médecins et les pharmaciens, aux conséquences des mauvaises habitudes en matière d'usage et d'élimination des PPSP; et
- Restreindre de façon judicieuse l'usage et la promotion de certains PPSP.

De toute évidence, il est possible d'instaurer sans délai des mécanismes réalistes et concrets pour freiner le rejet des PPSP dans l'environnement. Notre analyse des influences du genre et du sexe révèle qu'il est essentiel de tenir compte des répercussions qu'auront ces mesures sur les femmes.

Sharon Batt est membre fondatrice d'Action cancer du sein de Montréal, et auteure de "A bout de patience: Les enjeux de la lutte au cancer du sein"

CWHN Webinaires

L'année dernière, le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF) lançait son nouveau programme de webinaires. Ces conférences interactives permettent aux présentatrices de répondre en ligne aux questions d'un auditoire réparti dans tout le pays. De plus, les personnes qui y assistent peuvent discuter les unes avec les autres. Les séances sont enregistrées et présentées par la suite dans le site du RCSF au profit des personnes qui n'auraient pu y participer.

La santé des femmes à l'échelle internationale – quels sont les besoins réels?

Enregistré le 16 juin 2010

Le Réseau canadien pour la santé des femmes accueille Katherine McDonald, directrice générale d'Action Canada pour la population et le développement (ACPD), pour discuter de ce qu'indiquent les données probantes sur la santé maternelle à l'échelle internationale et du rapport de ces résultats avec l'égalité entre les sexes et les droits humains.

Vers un changement de climat au sein du milieu médical Leçons sur l'équilibre travail-vie des médecins ailleurs dans le monde

Enregistré le 29 avril 2010

Les données démographiques actuelles sur les médecins canadiens indiquent que les hommes et les femmes devront collaborer en vue d'optimiser la prestation des soins, en mettant au point des méthodes innovatrices pour organiser le travail et l'enseignement universitaire. Les conférencières examineront des données internationales sur le sujet en les situant dans le contexte de l'expérience acquise au Canada en ce qui concerne la création de milieux de travail sains, l'aspiration à l'égalité entre les sexes au sein de la profession et des postes de direction et l'établissement de cadres accueillants pour les familles dans nos institutions de santé. Les buts du webinaire sont les suivants : découvrir la pertinence des rapports publiés à l'étranger pour le Canada et le milieu médical; réfléchir à l'évolution des mentalités; approfondir la compréhension intergénérationnelle; et examiner quelques-unes des réponses individuelles et institutionnelles aux questions à l'étude.

Pour connaître le programme de nos prochains webinaires, visitez www.rcsf.ca ou inscrivez-vous au Bloc-notes de Brigit, le bulletin électronique du RCSF.

FAIRE TOMBER

LES MURS:

arguments en faveur de solutions de rechange à l'incarcération pour répondre adéquatement aux besoins des femmes criminalisées

par Jennifer Bernier, Ph. D

Dans le climat sociopolitique actuel au Canada, on observe de la part de certains gouvernements un mouvement vers l'augmentation des dépenses consacrées à l'incarcération. Or plutôt que de construire de nouvelles prisons, il y aurait lieu d'analyser en profondeur celles qui existent déjà et de chercher des solutions de rechange qui répondraient mieux aux besoins des personnes aux prises avec le système correctionnel.

Au Canada, nous avons un système correctionnel double qui répartit les responsabilités entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Les personnes condamnées à deux ans ou plus de prison relèvent de la compétence fédérale et les autres, d'une compétence provinciale ou territoriale. Cette répartition s'est traduite par une cohérence relative des services à l'échelon fédéral et par

une non-uniformité des politiques, des procédures, des pratiques et de la programmation entre les provinces. Au fédéral, l'existence d'un seul corps administratif facilite l'examen des problèmes touchant les prisons fédérales et la recherche de solutions, notamment en ce qui concerne l'expérience carcérale des femmes et des hommes. À l'opposé, on sait peu de choses sur les systèmes correctionnels provinciaux.

Même si la majorité des détenus au Canada sont pris en charge par les services correctionnels provinciaux, leur expérience personnelle et collective à l'intérieur des prisons reste largement méconnue, celle des femmes notamment. À la différence du système fédéral, qui compte des lieux de détention réservés aux femmes, les systèmes provinciaux incarcèrent couramment les détenues dans des prisons construites pour des hommes et qui accueillent des hommes en majorité. On trouve

peu d'information décrivant à quoi ressemble l'expérience des femmes dans les établissements provinciaux ou une fois qu'elles en sortent. Une lacune qui pose problème, puisque cette population connaît partout dans le monde une croissance du taux d'emprisonnement qui surpasse de loin celui des hommes. Et plus le nombre de détenues sera élevé, plus elles seront nombreuses à devoir être réintégrées dans la société. Voilà la raison pour laquelle il est primordial d'améliorer notre connaissance des facteurs qui influent sur l'expérience de l'incarcération chez les femmes et de ceux qui favorisent ou entravent leur réintégration, afin de leur offrir le soutien dont elles ont besoin.

Pour commencer à combler cette lacune en matière de connaissances, j'ai mené une étude qualitative auprès de 32 femmes de la région de l'Atlantique incarcérées à l'époque dans un établissement correctionnel provincial, ou qui l'avaient été dans le passé. Les répondantes ont parlé avec franchise de leurs expériences de détention et de réintégration. Elles ont décrit l'environnement en prison et ses effets néfastes sur leur guérison et leur réhabilitation. Les prisons et les communautés des provinces de l'Atlantique, ont-elles rapporté, offrent peu de ressources qui permettraient aux femmes de remédier aux causes profondes ayant mené à leur criminalisation. Elles ont décrit les programmes dont elles auraient eu besoin en prison et pendant la difficile transition entre la prison et la vie en société. Leurs récits font ressortir clairement que,

Pourquoi privilégier le terme « criminalisé »?

De nombreuses chercheuses et militantes féministes s'abstiennent désormais d'utiliser des termes comme « criminel » ou « délinquant ». En effet, elles jugent que ces étiquettes contribuent à isoler et à pathologiser les personnes aux prises avec le système de justice pénale. Elles leur préfèrent le terme « criminalisé », voulant attirer l'attention sur les aspects sociaux, politiques, économiques, culturels et psychologiques du crime et de la criminalité. Cette approche suppose que certains facteurs ont une incidence la façon dont les femmes et les hommes sont traités par la société et le système de justice pénale. Parmi ceux-ci, le sexe, la race, l'éducation, l'emploi, le revenu, le logement et d'autres déterminants de la santé. Ces facteurs permettent d'expliquer en partie les raisons pour lesquelles certaines femmes et certains hommes commettent des crimes; de plus, ils ont une incidence sur la désignation de certains actes en tant que crimes.

dans leur structure actuelle, les systèmes correctionnels des provinces atlantiques ne répondent pas adéquatement à leurs besoins.

Nous savons que les femmes criminalisées comptent parmi les groupes les plus marginalisés de la société. Elles proviennent souvent d'un milieu social et économique difficile. Les participantes à notre étude, comme bien d'autres détenues, étaient au chômage ou occupaient des emplois instables, ne gagnant qu'un faible salaire avant et après l'incarcération. La majorité était des mères seules. La plupart avaient subi dès l'enfance des traumatismes ou de la violence, expériences qui se sont reproduites plus tard dans leur vie adulte. La toxicomanie et la maladie mentale sont également des problèmes fréquents. Un nombre

disproportionné de répondantes étaient des femmes autochtones victimes d'oppression de nature historique, culturelle et personnelle. Contrairement aux observations rapportées dans des études précédentes, qui caractérisent les femmes criminalisées comme des personnes ayant un faible niveau d'instruction, la plupart des femmes que nous avons interrogées avaient terminé leur diplôme d'études secondaires; un pourcentage élevé avait fréquenté le collège ou l'université. Ce constat donne à penser que l'éducation ne leur a pas permis d'accéder à la sécurité économique; elle pourrait même les avoir conduites vers des circonstances de vie précaires.

Notre enquête montre que les systèmes correctionnels provinciaux offrent très peu de programmes ou

de services destinés à remédier aux problèmes sociaux et économiques que connaissent les détenues. Les services de santé sont lacunaires dans les prisons. Les médecins ne s'y rendent qu'une fois par semaine, si bien que les listes d'attente sont longues. Même lorsque les détenues réussissent à obtenir un rendez-vous, leurs problèmes médicaux ne sont pas traités, de manière générale, dans le respect des règles de confidentialité, tant par le personnel médical que correctionnel; d'ailleurs, une employée de la prison doit assister à toute consultation. De plus, les ressources en matière de santé mentale et de toxicomanie sont insuffisantes pour répondre aux besoins. Les intervenantes spécialisées dans l'un ou l'autre domaine ne visitent habituellement la prison qu'une fois par semaine; il est courant de ne pouvoir consulter que l'une ou l'autre. Quant aux programmes d'aide comme Alcooliques et Narcotiques anonymes, ils sont mixtes la plupart du temps; un grand nombre de places sont réservées aux détenus de sexe masculin. Par ailleurs, peu de programmes d'emplois sont offerts au sein du système carcéral. À la différence des établissements fédéraux, les prisons provinciales ne paient pas les détenues pour les travaux de cuisine, de blanchisserie ou de nettoyage qu'elles effectuent. Enfin, les participantes à notre étude n'avaient que rarement bénéficié, avant leur sortie de prison, de ressources susceptibles de les aider plus tard à affronter les nécessités de la vie, sur

le plan du logement, de l'aide sociale, du soutien ou des programmes. Le seul programme offert dans tous les établissements correctionnels était de nature scolaire, mais le niveau d'instruction inférieur à celui de la majorité des répondantes. L'absence de programmes, de services et de ressources fait en sorte que dans bien des cas, les femmes qui retournent vivre dans la collectivité se retrouvent dans une situation économique et sociale encore pire qu'avant leur détention.

Au moment de notre enquête, la grande majorité des programmes, ressources et services destinés aux femmes dans les prisons étaient offerts par des groupes à but non lucratif comme la Société Elizabeth Fry et différents organismes confessionnels. En fait, la prestation de services axés sur les déterminants sociaux de la santé – les facteurs les plus souvent responsables de la criminalisation des femmes et de leur incarcération subséquente – était assurée principalement par des organismes de l'extérieur. Dans les prisons où ils n'interviennent pas, les répondantes ont rapporté recevoir très peu de soutien.

Les répondantes ont décrit le milieu carcéral comme un environnement néfaste pour leur bien-être général. Puisque la majorité séjournait dans un établissement mixte, les inégalités entre les sexes ressortent tout particulièrement. Les détenues étaient logées dans des cellules plus petites que celles des hommes; la promiscuité était chose courante. Dans une prison

en particulier, des répondantes ont rapporté qu'elles étaient régulièrement obligées de dormir sur le sol de la bibliothèque en raison du manque de lits. Souvent, la liberté de mouvement des détenues est plus restreinte que celle des hommes, ce qui signifie qu'elles ne peuvent pas toujours accéder aux aires communes comme la cafétéria et la « cour ». Nombreuses sont celles qui ont rapporté avoir passé de longues périodes – certaines jusqu'à plusieurs semaines consécutives – sans pouvoir sortir à l'extérieur pour prendre l'air. On explique souvent ces inégalités de traitement en invoquant que les femmes représentent une petite proportion de la population carcérale par rapport aux hommes. Peu importe leur nombre, une telle pratique viole leurs droits fondamentaux. Un autre exemple de traitement inégal dans les prisons provinciales concerne les programmes correctionnels; quand ils étaient offerts, la priorité était souvent donnée aux hommes. Un plus grand nombre de places leur étaient réservées à l'école et dans les programmes comme Alcooliques et Narcotiques Anonymes. Il est difficile de déterminer si l'accès est réellement déterminé par la proportion hommes-femmes au sein de la population carcérale. Quoi qu'il en soit, le fait de restreindre la participation a empêché les femmes qui auraient voulu se prévaloir des programmes de le faire.

À la différence du système fédéral, qui dispose de ressources financières pour fournir des programmes,

des services et des mesures de soutien, les systèmes correctionnels provinciaux ne reçoivent pas le financement nécessaire pour répondre adéquatement aux besoins des détenus. Également, le fait que les femmes et les hommes incarcérés dans une prison provinciale purgent une peine moins longue que les détenus des prisons fédérales a une incidence sur la prestation des services. Il n'y a aucun doute que le manque de ressources et l'échéancier serré complique la tâche des prisons provinciales quand vient le temps de dispenser des programmes axés sur les facteurs qui conduisent à la criminalisation.

Ce que notre enquête fait ressortir, c'est la réalité d'un système qui n'arrive déjà plus à venir en aide aux personnes qui lui sont confiées. Il est peu probable que la solution réside dans la construction de nouvelles prisons. Nous devrions plutôt investir dans des moyens qui

répondent mieux aux besoins des femmes criminalisées. Parmi les femmes prises en charge par les systèmes correctionnels provinciaux, peu présentent un danger pour la société. La grande majorité n'a commis que des crimes mineurs contre la propriété tels que le vol, ce qui tend à démontrer qu'on criminalise de plus les femmes pour leur état de marginalisation sociale, politique, économique et culturelle. Au lieu de construire d'autres lieux de détention, il faut mettre en place des programmes communautaires, des services, des ressources, des soins et des mesures d'intervention précoce et de prévention. Notre étude montre que l'essentiel des programmes offerts dans les systèmes provinciaux est déjà assuré par des organismes communautaires à but non lucratif. Si on investissait dans ces organisations, au lieu de construire des prisons, les femmes incarcérées pourraient recevoir

une aide axée sur la recherche de solutions aux problèmes qui ont mené à leur criminalisation et retardé leur réintégration. Toutefois, il ne s'agit pas seulement de régler les problèmes relevés dans le système actuel; il faudra aussi travailler à mettre en place une autre infrastructure, où toutes les ressources nécessaires en matière d'aide aux populations criminalisées, de programmes, de services et de traitement seront offertes au sein même de la collectivité, plutôt qu'entre les murs de la prison. *Jennifer Bernier a obtenu récemment son doctorat en psychologie communautaire de l'université Wilfrid Laurier. Le présent article repose sur ses recherches doctorales sur l'incarcération et la réintégration des femmes qui purgent une peine de ressort provincial dans une prison du Canada atlantique. Jennifer occupe le poste de coordonnatrice de l'analyse des influences du genre et du sexe au Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes.*

Les besoins en matière de santé des femmes et des hommes criminalisés pris en charge par les systèmes correctionnels provinciaux:

Le Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes mène actuellement un projet fondé sur les conclusions présentées ici. Selon nos constatations, les femmes qui purgent une peine de ressort provincial souffrent d'une foule de problèmes de santé, sans pour autant avoir accès à des services médicaux adéquats en prison. Notre but sera d'interroger des femmes et des hommes incarcérés, dans le cadre d'une interview de groupe, afin d'en apprendre davantage sur leur état de santé et sur leurs besoins ainsi que sur les écarts entre les deux sexes en ce qui concerne l'accès et le recours aux services de santé.

Pour obtenir d'autres renseignements :

Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes www.acewh.dal.ca

LA MARGINALISATION *par* L'AGRÉGATION

par Steve Chasey and Ann Pederson

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la deuxième cause de mortalité au Canada, tout juste après le cancer. Les données agrégées donnent l'impression que les MCV touchent les femmes et les hommes de façon identique : en 2000, les femmes comptaient pour 50,5 % des décès attribuables aux MCV et les hommes, pour 49,5 %. Or l'agrégation des données peut masquer des différences énormes entre les sexes. En appliquant une analyse des influences du genre et du sexe, on s'aperçoit qu'historiquement, le taux de mortalité associé aux MCV était supérieur chez les hommes, d'où la perception qu'elles touchent principalement des hommes d'âge moyen. Jusqu'à récemment, toutefois, les recherches sur les MCV ne portaient souvent que sur les hommes, ce qui expliquerait le biais actuel dans nos connaissances sur leurs symptômes et leur traitement. De nouveaux travaux ont démontré depuis que les symptômes peuvent différer selon le sexe. De nombreux groupes, dont la Fondation des maladies du cœur du Canada, organisent actuellement des campagnes de sensibilisation à ce sujet. Si l'on dispose désormais de données sexospécifiques sur les MCV, c'est que les projets de recherche ont commencé à inclure les deux sexes et à ventiler les données selon le sexe; certains scientifiques travaillent même à la mise au point d'indicateurs sexospécifiques des MCV. En d'autres termes, le fait de remettre en question l'agrégation des données a permis de révéler des sources de marginalisation autrefois invisibles. La recherche prend donc une direction nouvelle qui devrait contribuer à améliorer les soins cardiovasculaires pour tous les segments de la population canadienne.

Les maladies cardiovasculaires ne sont qu'un exemple parmi d'autres. L'agrégation des données, l'absence d'analyse des influences du genre et du sexe (AIGS) et le

fait de ne pas recueillir d'emblée des données ventilées selon le sexe peuvent voiler des enjeux primordiaux pour la santé des femmes. Un constat qui soulève une question fondamentale : quels moyens les systèmes de surveillance de la santé devraient-ils employer pour recueillir, traiter et communiquer des données pertinentes en matière de santé des femmes?

Pour certains, la solution réside dans l'application d'un ensemble d'indicateurs de santé sexospécifiques (c'est-à-dire un ensemble particulier de mesures servant à décrire l'état de santé chez les femmes). D'autres avancent qu'il est possible d'améliorer les indicateurs actuels pour faire en sorte qu'ils tiennent mieux compte des variations entre les sexes et de les assortir de mesures qui permettraient de dresser un portrait plus juste de la santé des uns et des autres. Le développement de ces deux courants de pensée est décrit dans un document récent du Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique, intitulé *Canadian Women's Health Indicators: An Introduction, Environmental Scan, and Framework Evaluation* [Indicateurs de la santé des femmes au Canada : introduction, état des lieux et cadre d'évaluation]. On y retrace l'évolution des indicateurs de santé des femmes au cours des vingt dernières années, en recensant les travaux menés sur le sujet par plusieurs organismes clés du domaine de la santé des femmes. Les lacunes en matière d'information sur l'état de santé des femmes canadiennes ont commencé à retenir l'attention vers le milieu des années 1990. À l'époque, le Laboratoire de lutte contre la maladie avait en effet constaté un manque de données en ce domaine, ce qui avait incité Santé Canada à créer le Comité consultatif pour la surveillance de la santé des femmes et à lui confier le mandat de faire avancer ce dossier. Le travail du comité fut nourri par

les contributions de chercheuses en santé des femmes actives à l'échelon national, provincial et régional. Leurs recommandations ont orienté les initiatives subséquentes, dont la mise au point d'indicateurs de santé des femmes, l'élaboration d'indicateurs sensibles au sexe et au genre ainsi que tout un éventail de projets entrepris par des chercheuses canadiennes et d'autres parties intéressées.

Étalée sur plusieurs années, l'Étude POWER (Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes) compte parmi les projets promoteurs de changement en ce domaine. L'équipe qui pilote le projet s'emploie à la préparation d'un vaste rapport visant à analyser les données actuelles sur la santé en vue de faire ressortir les différences entre les sexes et entre différents groupes de femmes (www.powerstudy.ca). Son travail se fonde sur un ensemble exhaustif d'indicateurs factuels et sur des facteurs distinctifs comme le statut socioéconomique, l'origine ethnique et le lieu géographique. L'étude POWER offre un examen approfondi des principaux facteurs responsables de la morbidité et de la mortalité chez les femmes, dont : le fardeau de la maladie; le cancer; la dépression, les maladies cardiovasculaires et l'accès aux soins de santé. Chaque thème fait l'objet d'un rapport distinct reposant sur une analyse fouillée des données sur la santé des femmes, où domine un

fort souci de refléter la diversité des expériences d'une sous-population à l'autre en Ontario. L'étude POWER s'appuie sur un cadre de mesure de l'efficacité et de signalement des disparités attribuables au genre et au statut socioéconomique en matière de santé et de soins, destiné à servir d'outil de transfert des connaissances.

Établi au Manitoba, le Centre d'excellence pour la santé des

Quels moyens les systèmes de surveillance de la santé devraient-ils employer pour recueillir, traiter et communiquer des données pertinentes en matière de santé des femmes?

femmes de la région des Prairies (CESFP) coordonne lui aussi une série de projets destinés à démontrer qu'un ensemble d'indicateurs sexospécifiques de base et un ensemble d'indicateurs sensibles au genre et au sexe pouvaient tous deux contribuer à améliorer nos connaissances sur la santé des femmes. En 2007, le CESFP a mené une enquête de faisabilité visant à tester un ensemble d'indicateurs de santé des femmes définis par l'Organisation mondiale de la Santé. Ceux-ci ont été appliqués à des données recueillies au Manitoba dans le but d'en établir la pertinence à

l'échelle d'une province canadienne. D'autres essais du même genre ont été réalisés en Tanzanie et en Chine. Le CESFP a conclu que pour réussir à brosser un portrait adéquat des Manitobaines à partir des indicateurs de l'OMS, il fallait ventiler les données non seulement en fonction du sexe et du genre, mais aussi en tenant compte de la diversité sociale. Son rapport insiste sur le fait

que les femmes du Manitoba proviennent de milieux géographiques, ethniques et socioéconomiques diversifiés et qu'il faut donc s'interroger également sur l'incidence de ces autres dimensions sur leur santé.

Prenant appui sur son enquête de faisabilité, le CESFP a publié en 2008 une analyse de quelque 140 indicateurs de santé des femmes menée à partir d'un éventail de sources de données publiées au Manitoba (Profile of Women's Health [Profil de la santé des femmes] (www.pwhce.ca)). Alors que ses travaux précédents avaient porté sur un ensemble d'indicateurs sexospécifiques de base, le CESFP a appliqué cette fois-ci une analyse des influences du genre et du sexe (AIGS) à des données courantes, dans l'optique de brosser un portrait exhaustif de la santé des Manitobaines. Le rapport

du CESFP est l'un des premiers du genre à proposer une analyse aussi approfondie à l'échelle de toute une province. Ses conclusions comportent des implications importantes pour la prestation des services, l'élaboration des politiques et la recherche et renferment des recommandations concrètes pour l'établissement d'un système de santé soucieux de répondre adéquatement aux besoins des femmes.

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique (CESFCB) à Vancouver figure également parmi les organismes qui ont fait évoluer la surveillance de la santé des femmes au Canada. Depuis 2006, le CESFCB s'est associé à d'autres organismes du domaine en vue d'établir une

ressource pancanadienne appelée The Source qui propose des analyses des influences du genre et du sexe, des sources de données et des rapports concernant au-delà 70 indicateurs de santé des femmes, classés en trois catégories : déterminants de la santé, état de santé et services de santé. The Source renferme des descriptions d'indicateurs sexospécifiques et d'indicateurs de la qualité définis en fonction du sexe, du genre et de la diversité .

Tous ces projets ont été nourris par des initiatives du même genre ailleurs dans le monde et ont eux-mêmes contribué à celles-ci. Ils

ont suscité une réflexion sur les moyens à prendre pour améliorer la surveillance de la santé des femmes au Canada. Même si le débat se poursuit sur les mérites respectifs des deux approches préconisées (adopter un ensemble d'indicateurs sexospécifiques de base ou incorporer la dimension du genre aux indicateurs actuels), une troisième voie se dessine aujourd'hui. En effet, un

Et si les données ne parviennent pas à faire ressortir les écarts, il s'ensuivra que la recherche, l'élaboration de politiques et la pratique n'en tiendront pas compte non plus.

certain nombre d'organismes, dont l'Organisation mondiale de la Santé, ont commencé à explorer la possibilité de définir des indicateurs axés sur l'équité qui ne tiendraient pas uniquement compte des facteurs associés au sexe et au genre, mais aussi d'autres caractéristiques de population ayant conduit historiquement à la marginalisation ou aux inégalités en matière de santé. Le statut socioéconomique, le lieu géographique, la langue, la race et la religion comptent notamment parmi ces caractéristiques.

La mise au point d'indicateurs efficaces permettant de cerner

les forces sociales et matérielles responsables de la marginalisation pourrait contribuer à améliorer la surveillance en matière de santé des femmes. Bon nombre des questions que les indicateurs axés sur l'équité tentent d'élucider (l'incidence de certains facteurs sur la santé de différents groupes sociaux, par exemple) rejoignent celles que pose une analyse des influences du genre et du sexe. Les deux approches se fondent essentiellement sur une même préoccupation : l'extrapolation de données à toute une population peut avoir pour effet de masquer des variations importantes entre les différents groupes sociaux. Et si les données ne parviennent pas à faire ressortir les écarts, il s'ensuivra que la

recherche, l'élaboration de politiques et la pratique n'en tiendront pas compte non plus. Pour éviter de marginaliser les groupes à risque, la recherche doit donc se pencher sur les recoupements entre équité, sexe et genre pour arriver à proposer des mesures aussi efficaces que possible, qui se compléteront et se renforceront les unes les autres.

Steve Chasey, Manager, Data and Surveillance, Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique. Ann Pederson, Directrice, Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique

CE QUE NOUS LISONS ressources recommandées par notre bibliothécaire

Citoyennes à part entière pour toute la vie Fédération des femmes du Québec (2010)

Ces textes visent à accroître notre capacité à identifier et contrer les obstacles qui empêchent les femmes âgées de bénéficier d'une réelle sécurité ou autonomie économique et d'exercer véritablement leur citoyenneté. Nous voulons aussi sensibiliser et outiller les femmes âgées afin qu'elles puissent agir sur leur situation propre et transmettre leurs connaissances à d'autres.

L'intersectionnalité: Pour des pratiques plus égalitaires en santé Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (2010)

La majorité des groupes de femmes se réclament plutôt de l'analyse différenciée selon le sexe (ADS) et la revendiquent auprès des décideurs. Dans le but de promouvoir et d'atteindre l'égalité entre les sexes par des interventions appropriées, l'ADS veut rendre compte des inégalités entre les femmes et les hommes, ainsi que des effets différenciés des politiques et des programmes, selon qu'on est un homme ou une femme. Toutefois, l'ADS ne tient compte ni de la diversité des personnes ni de la complexité de leur vie. Les femmes, comme les hommes, sont différentes les unes des autres, elles ne forment pas un groupe homogène. L'ADS peut avoir des effets discriminatoires car elle évite de se prononcer sur l'existence de rapports de pouvoir chez les femmes entre elles comme chez les hommes entre eux. Pour agir en cohérence avec une dimension essentielle de sa mission, le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) a adopté l'approche intersectionnelle, une approche beaucoup plus approfondie que l'ADS. Il souhaite appliquer l'intersectionnalité dans ses interventions, ses revendications politiques et ses recherches, afin de faire partie du mouvement en faveur d'une plus grande égalité dans la société.

Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant

Organisation des Nations Unies (2010)

Lancée le 22 septembre 2010, la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant propose un plan concret pour sauver les vies de millions de femmes et d'enfants. Elle est ambitieuse et impose de coordonner les efforts pour bâtir sur ce qui a déjà été réalisé - aux niveaux local, national, régional et mondial. La présente Stratégie est centrée sur les périodes où femmes et enfants sont le plus vulnérables. Pour les femmes enceintes comme pour les nouveau-nés, c'est pendant l'accouchement et les quelques heures et jours qui suivent que le risque de décès est le plus élevé. Les adolescents aussi sont vulnérables, et nous devons faire en sorte qu'ils aient la maîtrise de leurs choix de vie, y compris de leur fécondité.

Infocentre du RCSF

Le Réseau canadien pour la santé des femmes vous invite à consulter sa base de données sur la santé des femmes, laquelle est une collection bilingue complète, récemment mise à jour et améliorée de publications et de ressources canadiennes et internationales portant sur la santé des femmes. La base de données sur la santé des femmes donne accès à plus de 13 000 ressources : publications, recherches, organismes, comptes rendus et projets renfermant.

Effectuez les recherches dans notre base de données sur le site Web www.rcsf.ca.

Canadian Women's
Health Network



Le Réseau canadien pour
la santé des femmes