
Groupe de coordination national sur la réforme des systèmes de santé et les femmes

Bibliographie commentée

**Les services de première ligne
et la santé des femmes**

LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE & LA SANTÉ DES FEMMES

Commentaire

© Murielle Vergnhes, 2001

1 -CONTEXTE DE LA RECHERCHE	5
2- ORGANISATIONS INTERNATIONALES	8
OMS	8
1 - Définition des soins de première ligne.....	9
2 - Performance des systèmes de santé, réforme, accessibilité, financement.....	10
3 - Réflexion dans une perspective de genre	10
4 - Publications thématiques reliées à la santé des femmes	11
Maternal and Child Health	11
Family planning.....	12
AIDS.....	12
Cancer.....	12
Mental Health	12
Ageing and Health.....	13
Women’s Health.....	14
OCDE	16
ONU	18
COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE	18

3- ANALYSE DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DES POLITIQUES SOCIO-SANITAIRES23

Les déterminants de la santé : quelle considération des différences hommes/femmes ?23

1 - Spécificités des approches selon les aires géographiques considérées 23

2 - Santé et inégalités sociales..... 24

3 - Santé et citoyenneté 26

4 - Santé et troisième âge. 26

CONCLUSION26

4- SERVICES SOCIO-SANITAIRES : APPROCHE FÉMINISTE ET ORGANISATION DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE27

Santé et approche féministe 27

Santé et cycles de vie des femmes (périnatalité, avortement, contraception, ménopause, ostéoporose) 27

Santé mentale, toxicomanie et comportement à risque (SIDA, tabagisme, alcoolisme)..... 28

Soins à domicile (personnes âgées, aidantes)..... 29

Violence 30

Utilisation, accessibilité et organisation des services de première ligne..... 31

PORTRAIT DE CERTAINS SYSTÈMES SANITAIRES.....32

Suisse 32

Belgique 32

France..... 33

Espagne 33

Europe 33

5- RÉFLEXION SUR LA PLACE DES FEMMES	34
Au niveau des dispensatrices de services (médecins, infirmières, auxiliaires familiales...)	34
Au niveau des décideurs.....	35
6 – PISTES DE RÉFLEXION	35

1 -CONTEXTE DE LA RECHERCHE

L'objectif de la première étape consistait à vouloir dresser un portrait des politiques sanitaires dans le but d'en dégager les principaux objectifs et d'examiner 1) la conception et la définition des services de première ligne et 2) la prise en compte du genre dans l'organisation de ces services.

La démarche a consisté :

- **D'abord**, à effectuer une recherche sur les sites web des ministères en charge de la santé ainsi que des organisations ou administrations affiliées afin de recenser les publications officielles et/ou rapports gouvernementaux,
- **Ensuite**, à effectuer une recherche dans les banques de données relevant des principales organisations internationales (OMS, OCDE, CE, ONU),
- **Enfin**, à effectuer un balayage des banques de données spécialisées dans les politiques publiques et les sciences sociales.

La première constatation est qu'il semble difficile de dresser un portrait des politiques sanitaires et sociales nationales des aires géographiques ciblées. Ainsi, il n'existe pas en Europe de texte tel que *La politique de Santé et de Bien-être* qui, au Québec, pose les grandes orientations sanitaires et sociales provinciales. Par politique sanitaire on entend notamment les objectifs et les principaux problèmes auxquels veulent répondre les pouvoirs publics. *Le Rapport sur la santé dans le monde* précise que tous les pays ne sont pas dotés de politiques sanitaires nationales officielles. *Les États-Unis d'Amérique, la France et la Suisse n'en n'ont aucune; (...) Le Royaume-Uni a publié son premier document officiel dans les années 1990, et le Portugal en 1998. (...) On tend à adopter des schémas généraux plus exhaustifs mais moins détaillés qui indiquent une évolution générale (...).un schéma de politique sanitaire nationale : énonce les objectifs et traite les principaux problèmes, définit les rôles respectifs des secteurs public et privé dans le financement de la santé et la prestation des services; indique les moyens d'action et les dispositions institutionnelles nécessaires dans les secteurs public et privé pour atteindre les objectifs du système; expose le programme de renforcement du potentiel et de développement organisationnel; donne des indications sur l'ordre des priorités des dépenses, liant ainsi l'analyse des problèmes aux décisions concernant l'affectation des ressources. (O.M.S, 2000 :138)*

Devant l'ampleur de la recherche et les premières difficultés rencontrées, les **organisations internationales** ont été ciblées en priorité afin d'extraire des informations plus générales permettant d'identifier et d'analyser des cas plus particuliers. Deux constatations s'imposent :

- 1) les principales institutions de l'Organisation des Nations Unies (ONU) ne s'adressent pas à la santé et renvoient presque toujours à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui offre avant tout une couverture thématique organisée autour des grandes préoccupations en matière de santé;
- 2) la littérature portant sur les politiques sanitaires et sociales émanant de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) n'aborde pas les objectifs et les principaux problèmes de santé publique auxquels doivent répondre les nations mais traite avant tout de l'efficience et de l'efficacité des systèmes de soins ainsi que de la maîtrise des coûts.

Quant aux documents issus des instances européennes ils semblent plus mettre l'accent sur les aspects de veille sanitaire visant à prévenir les épidémies au sein de la communauté européenne. Néanmoins, c'est à travers les publications produites par les instances européennes et par les pays francophones que les grands thèmes de santé publique ont pu être identifiés et étendus à l'échelle européenne. En effet, dans le cadre de la collaboration entre les pays de l'union un certain nombre de rapports ou d'études émanant des institutions gouvernementales ou supra-gouvernementales sont situés dans une perspective comparative européenne.

Il convient également de préciser que les banques de données spécialisées en sciences sociales et en sciences politiques se sont révélées extrêmement décevantes car contenant peu de références sur les politiques sanitaires et sociales et/ou sur l'organisation des systèmes socio-sanitaires. Du point de vue des sciences de la santé, MEDLINE s'est avérée la plus complète tant du point de vue de la couverture que de la langue. Par ailleurs, les données recensées dans MEDLINE se sont retrouvées recensées dans les autres banques de données telles que CINAHL, DIRLINE, HSRPROJ ou POPLINE. Il faut également ajouter que MEDLINE, bien qu'offrant une couverture avant tout anglophone, est la banque contenant le plus d'informations francophones. Cet aspect a également contribué à éliminer des banques telles que CINAHL ou POPLINE qui disposent de peu de références francophones.

D'une manière générale, le document qui suit :

- Expose les principales définitions des services de première ligne,
- Identifie les grands thèmes de santé publique: a) Prévention et promotion de la santé, b) Actions en faveur de l'enfance / Protection maternelle et infantile, c) Programmes de prévention des dépendances (tabac, toxicomanie, alcool), d) Personnes âgées et maintien en milieu ordinaire,

e) Cancer, f) Suicide, g) Morts accidentelles, h) Morts iatrogéniques évitables, i) Équité dans l'accès aux soins (dans l'optique de l'exclusion sociale). Ces objectifs sont le reflet d'une certaine constance dans les politiques sanitaires des pays industrialisés.

- Souligne que la perspective des inégalités en matière sociale et de santé en Europe repose sur une perspective sociale avec une grande importance attachée à la protection sociale des personnes à bas revenus. Les femmes ne semblent pas, *a priori*, faire l'objet d'orientations sanitaires spécifiques (hormis pour le cancer du sein). En périnatalité, l'accent est davantage mis sur les enfants que sur les mères; ce sont les enfants qui, à travers les mères, figurent les objectifs principaux tant au niveau de la prévention que de la promotion. Toutefois, les adolescentes suscitent un intérêt particulier à travers les problématiques reliées à la fécondation (contraception, grossesses, avortement) et aux maladies mentales (notamment l'anorexie). L'entrée de nouveaux membres au sein de l'Union Européenne, et notamment de la Suède et de la Finlande, contribue à enrichir le débat notamment sur les thématiques de genre et de politiques sociales. Il semble donc que l'on assiste aux balbutiements d'une réflexion orientée autour du genre. Néanmoins, il convient de préciser que cette réflexion n'est pas totalement absente mais qu'elle concerne les hommes et non les femmes. Y sont notamment abordées les inégalités des hommes face à l'espérance de vie, aux maladies cardio-vasculaires, aux cancers des voies aéro-digestives, à l'alcoolisme, au tabagisme, aux accidents mortels.
- Tente de dégager les structures gouvernementales socio-sanitaires et les moyens d'action des pays. Il souligne de fait, une très grande diversité des systèmes ainsi que la similarité des évolutions : difficulté de financement, vieillissement des populations, précarité sociale, modification des structures familiales.
- Identifie, d'un point de vue social, les principales actions en faveur des femmes. La violence faite aux femmes qui représente le principal thème de réflexion et d'intervention fait l'objet d'un balayage assez large : violence conjugale, agressions et abus sexuel, harcèlement sexuel et prostitution.
- Enfin, souligne que le social demeure le parent pauvre des publications en matière de services de première ligne. Le domaine de la santé est en effet sur-représenté même en ce qui a trait à des thématiques telles que l'alcoolisme ou les toxicomanies.

Les références bibliographiques sont présentées en annexe selon les critères suivants :

- Classement par thématique

- Identification des sources de production (gouvernementales, organisation internationale, universitaire, professionnelle ou associative).
- Présentation par aire géographique dans le but de dégager les grandes caractéristiques des systèmes socio-sanitaires.

2- ORGANISATIONS INTERNATIONALES

O M S ⁱ

Les publications de l'O.M.S. peuvent être grossièrement divisées en deux grands groupes. Le premier (le plus important par le volume) rassemble toutes les publications thématiques couvrant les principaux problèmes de santé dans le monde et le deuxième est consacré aux performances des systèmes de santé, à leur financement et leur accessibilité.

Le dépouillage de la littérature publiée par l'OMS visait deux objectifs principaux :

- 1) identifier la littérature portant sur les soins de première ligne,
- 2) au sein de cette revue, identifier les publications consacrées aux femmes dans une perspective de genre.

Cette stratégie s'étant révélée peu productive une nouvelle stratégie a été utilisée et visait à identifier : 1) les grandes **orientations des politiques sanitaires et sociales**, 2) la littérature portant sur les **services de première ligne**, 3) la littérature consacrée aux **systèmes de santé** dans l'optique de leur **accessibilité** et de leur **financement**, 4) les principales thématiques de **santé des femmes**,

Issue de cette démarche, la présentation qui suit, fait le survol des thèmes suivants :

1. Définition des soins de première ligne,
2. Performance des systèmes de santé, réforme, accessibilité, financement,
3. Réflexion dans une perspective de genre,
4. Publications thématiques reliées à la santé des femmes (ces dernières sont classées en fonction de l'importance du traitement qui leur est consacrée et le titre donné par l'OMS est conservé tel quel sans être traduit) :
 - *Maternal and Child Health,*
 - *Family planning,*

- *AIDS,*
- *Cancer,*
- *Mental Health,*
- *Ageing and Health.*
- *Women's Health*

5. Enfin, présentation des orientations sanitaires et sociales du bureau européen de l'OMS. Cette présentation permet à la fois de dégager les orientations sanitaires communes à la plupart des pays industrialisés, mais également de mettre en évidence l'absence réelle de considération de genre dans les inégalités en matière de santé.

1 - Définition des soins de première ligne

Les services de première ligne sont rarement envisagés dans une perspective globale entendue dans le sens de *primary care*. Ils sont en effet le plus souvent présentés dans une optique médicale, il s'agit alors des soins de santé de première ligne (*primary health care*). En ce qui a trait à la **définition des services de première ligne**, la déclaration d'Alma-Ata (1978) constitue une déclaration très large mais qui demeure aujourd'hui encore la référence de base (*Alma-Ata revisited 1997*). On peut retenir que les soins de première ligne constituent la porte d'entrée la plus facilement accessible à l'ensemble de la communauté à partir du lieu de résidence ou d'activité professionnelle; il s'agit d'une approche qui replace l'individu dans le contexte où il vit. Dans la déclaration originale (1978), nulle mention n'est faite des femmes ou d'une approche différenciée des services de première ligne dans une perspective de genre. La littérature publiée au cours de la dernière décennie aborde peu cette perspective. En outre, une place importante est consacrée aux services de première ligne dans les pays en développement. En ce qui concerne les aires géographiques retenues par la recherche, les différentes publications se font autour des thèmes suivants : Évaluation de l'application des soins de première ligne dans différents pays incluant le Canada, la Finlande, la Hongrie et les Pays-Bas dans *Achieving Health for All by the Year 2000 Midway Reports of Country Experiences (1990)*; Analyse des coûts afférents aux soins de première ligne dans *Cost Analysis in Primary Health Care : A Training Manual for Programme Managers (1994)*; Gestion des soins de première ligne destinés aux intervenants qui les dispensent et maximisation des ressources offertes dans *On Being in Charge (1992)*. Le dénominateur commun à toutes ces études semble donc être toujours l'esprit de la réforme des systèmes de santé dans la perspective de l'optimisation des ressources et la réduction des coûts.

2 - Performance des systèmes de santé, réforme, accessibilité, financement

Le rapport sur la santé dans le monde 2000 offre une perspective très générale des systèmes de santé dans le monde incluant leur performance, leur accessibilité et leur financement. Toutefois, en raison de l'aire géographique couverte, ce document demeure très général. Il fournit néanmoins des statistiques couvrant plusieurs aspects des systèmes de santé et demeure un document de référence. En ce qui a trait aux réformes des systèmes de santé, une part importante des publications de l'OMS est consacrée aux pays en développement. Toutefois, la série européenne des publications de l'OMS offre une série d'ouvrages consacrés aux réformes des systèmes de santé en Europe (avec un accent spécial mis sur les parties centrale et orientale), aux stratégies utilisées par les gouvernements européens confrontés au contrôle des dépenses en santé et à l'impératif moral de fournir un accès universel aux soins. L'évolution de l'état de la santé et des systèmes de santé européens au cours des cinquante dernières années sont au cœur de différentes publications. Les concepts d'équité, d'accessibilité et de participation intersectorielle reviennent assez souvent mais ne semblent pas être considérés dans une perspective de genre. En effet, toujours dans l'esprit des réformes, la perspective est plutôt d'ordre économique.

3 - Réflexion dans une perspective de genre

Quelques études isolées abordent directement la notion de genre. *Women's Health : Across Age and Frontier (1992)* illustre la complexité des déterminants de la santé des femmes aux différents stades de la vie : de la discrimination contre les foetus de sexe féminin aux problèmes de pauvreté des femmes âgées. *Gender, Women and Health in the Americas (1993)* analyse le lien entre le genre et la santé des femmes. Ce livre qui repose sur l'inégalité des sexes va au-delà du cercle restreint de la périnatalité et des fonctions reproductives pour aborder l'influence de différents facteurs sur la santé des femmes à différents âges de la vie (de l'enfance à la vieillesse). Une troisième étude, conduite en Europe centrale et orientale (1995) dans le cadre de la transition démocratique et de la restructuration sociale et économique, aborde également la santé des femmes sous l'angle du genre, mais replacé dans un contexte d'inégalité sociale et de crise socio-économico-politique profonde. Enfin, *Women's Health (1994)*, issu des travaux de la Commission sur la Santé des Femmes, explore les grandes tendances sociales, économiques et politiques ayant une influence sur la santé des femmes à travers leur vie et évalue les progrès effectués depuis la déclaration des nations unies en 1975.

Par ailleurs, si la notion de genre n'est pas l'axe majeur de la recherche, elle semble néanmoins sous-jacente dans un très grand nombre de publications. Ces dernières sont organisées autour des grandes orientations des politiques sanitaires et sociales des pays industrialisés : santé mentale,

SIDA, femmes âgées, toxicomanies et comportements à risque (regroupant notamment le tabagisme et l'alcoolisme), vieillissement, femmes et cycles de vie (avec une place prépondérante pour les écrits consacrés à la périnatalité). À noter que dans ce groupe la santé des femmes est associée à celle des enfants et constitue une entité unique (Maternal and child health). À travers ces thématiques sont interrogées toutes les questions de la recherche et notamment les types de services, les organisations et les intervenants, l'accessibilité et enfin, le financement. C'est à travers cette littérature qu'il convient de retracer la place accordée aux différences entre les sexes ou aux autres différences parmi les personnes qui reçoivent, dispensent, ou prennent des décisions concernant les services de première ligne.

4 - Publications thématiques reliées à la santé des femmes

Maternal and Child Health

Les femmes sont ici replacées dans leur fonction reproductive plutôt que dans leur rôle de mères. Les principaux thèmes abordés sont donc (en ce qui concerne les mères) les soins périnataux (anté et post nataux), l'avortement, la participation de la communauté à travers les programmes de planification familiale, l'allaitement maternel (promotion et support) les services intégrés mères-enfants dans le cadre des soins de première ligne, les mutilations génitales.

L'autre thème qui pourrait permettre d'aborder les inégalités reliées au genre a trait aux mutilations génitales mais ne concerne pas les zones géographiques retenues par la recherche puisqu'il s'agit d'une étude de l'est méditerranéen. Néanmoins, *Islamic ruling on Male and Female Circumcision (1996)* peut fournir une base de réflexion pour les pays occidentaux qui connaissent une forte immigration orientale et moyenne-orientale. L'ouvrage traite des mutilations tant des hommes que des femmes du point de vue de la loi islamique et dénonce la légitimité religieuse de ces mutilation.

L'avortement est couvert sous les aspects des services offerts mais l'ouvrage est avant tout destiné à un public de gestionnaires. Aussi une part importante est consacrée aux problèmes de contraception post-avortement, à la prévention des grossesses non désirées (promotion et éducation des femmes face à leurs choix contraceptifs). Les besoins psychologiques des femmes ayant recours à une interruption de grossesse ne semblent pas faire l'objet d'une réflexion spécifique hormis peut-être pour les très jeunes femmes. L'ouvrage est avant tout destiné à un public de gestionnaires et les complications post-avortement sont plus d'ordre infectieux que psychologique. Une large part des publications est consacrée à l'allaitement maternel. Pourtant, ce sujet qui relève avant tout d'un choix de parentalité appartenant aux femmes, est traité sans

aucune considération faite au désir d'allaiter ou à la perception de l'allaitement dans le couple. L'allaitement vise exclusivement la santé de l'enfant et comprend assez souvent une composante culpabilisatrice pour ces mères qui refuseraient de donner le meilleur à leurs enfants.

Family planning

Cet espace de publication s'adresse avant tout aux intervenants des services de santé dans le cadre de la prévention des grossesses non désirées et couvre les différents mode de contraception accessibles aux femmes. Il n'y a pas de réflexion sur l'accessibilité de ces services, ni sur l'existence dans la plupart des pays de centre de santé dispensant gratuitement ces services. Les femmes sont l'objet et les cibles prioritaires de ces services mais elles n'apparaissent pas vraiment.

AIDS

Peu de publications sont consacrées aux femmes ou à leurs besoins spécifiques. La production distingue l'approche relative aux adultes (les deux sexes confondus) et celle relative aux enfants. Au cours de la dernière décennie, seul *HIV and Infant Feeding (1998)* traite des mères mais une fois de plus dans le cadre de leur relation à l'enfant et de la transmission éventuelle du virus *via* le lait maternel.

Cancer

Curieusement, aucune publication des dix dernières années ne traite du cancer du sein que ce soit du point de vue du traitement ou de celui des pratiques de prévention. *Cervical Cancer Screening Programmes (1992)* aborde les questions reliées à la mise en place d'un programme de dépistage systématique du cancer du col de l'utérus dans le cadre des soins de première ligne. Ce type de programme et les interrogations qu'il soulève quant à sa mise en place se trouvent au cœur des questions reliées à la réforme et aux coûts des systèmes de santé. La rationalisation des dépenses s'organise autour de la question suivante : le nombre de vie qui seront sauvées par un dépistage précoce des cancer du col de l'utérus valent-elles les dépenses qui seront mises en place dans le cadre d'un programme de dépistage systématique ?

Mental Health

Les publications en santé mentale portent principalement sur des troubles spécifiques (démence, troubles de la personnalité, schizophrénie), ainsi que sur leurs méthodes d'évaluation et de traitement. Néanmoins, certaines populations sont clairement identifiées et quelques publications abordent plus particulièrement la santé mentale chez les femmes et la santé mentale dans une

perspective de genre. *Nations for Mental Health : A Focus on Women (1997)* décrit des initiatives visant à identifier les besoins des femmes dans le but de prévenir et de mieux traiter les problèmes de santé mentale. L'ouvrage aborde les principaux problèmes en santé mentale des femmes dans une perspective sociale assez large. La santé mentale des femmes est en effet mise en perspective avec la violence faite aux femmes et la discrimination sur la base du sexe. L'ouvrage souhaite sensibiliser les intervenants de première ligne aux besoins de ces femmes. Dans une autre perspective, *Gender Differences in the Epidemiology of Affective Disorders and Schizophrenia (1997)* étudie l'impact du genre sur la fréquence des troubles mentaux (dépression, schizophrénie, désordres bipolaires). Le but étant de prévenir l'installation des troubles et de permettre une meilleure adéquation des traitements. L'intérêt pour la schizophrénie semble relever de l'importance de ce trouble mental et de la pauvre compréhension tant des facteurs de risques, que des causes et des réponses aux traitements. Curieusement, *Supporting Governments and Policy-makers (1998)*, dont l'objet est de persuader les gouvernements et les responsables de développer des stratégies pour lutter contre les troubles mentaux, ne semble pas *a priori* considérer les différences de genre dans les causes et conséquences des troubles mentaux. Il pourrait néanmoins être souhaitable de consulter plus précisément cet ouvrage. Dans le même ordre d'idées, *Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders (1998)* décrit des mesures de prévention primaire des troubles mentaux. L'une des populations ciblées est nommée sous le terme de « family care givers » mais sans identification de genre. On peut néanmoins en déduire que les femmes représentent certainement une part importante de cette catégorie.

Ageing and Health

La littérature sur les personnes âgées fait une place plus importante aux femmes, ce qui au fond n'est pas étonnant étant donné qu'elles constituent la part la plus importante des personnes très âgées. Hormis quelques études assez générales (respect des personnes vieillissantes, capacité de travail, usage des produits pharmaceutiques), les femmes âgées sont envisagées dans le cadre de problèmes spécifiques (comme la prévention de l'ostéoporose) ou bien dans le cadre des besoins en matière de soins et d'accessibilité aux services. *Health Care for the Elderly : A Manual for Primary Health Care Workers (1994)* est malheureusement consacré aux pays de l'est de la méditerranée. *Health, Lifestyles and Services for the Elderly (1989)* est une étude comparative portant sur 15 pays européens et vise entre autre à évaluer l'utilisation des services sociaux et de santé par les personnes âgées. Néanmoins, cet ouvrage ne semble pas *a priori* se référer à une différence de genre mais plutôt à des déterminants socio-culturels (conditions de vie, niveau d'éducation, niveau d'activités sociales et physiques). Une fois de plus il faudrait consulter plus

précisément cet ouvrage pour s'en faire une idée plus précise. *Women, Aging and Health (1996)* identifie les besoins de santé partagés par toutes les femmes âgées selon trois domaines : 1) les causes de mortalité et de morbidité que l'on peut prévenir, 2) les maladies chroniques et 3) les troubles mentaux. Les auteurs tentent également de cerner les différents déterminants de la santé (sociaux, politiques, culturels, économiques etc.) qui influencent la santé des femmes âgées ainsi que les stratégies permettant de combler leurs besoins.

Women's Health

Cette thématique reprend toutes les publications classées dans des sous-thèmes tels que santé mentale, perspective de genre (à noter que le classement sous cette appellation relève de l'auteur et non de l'OMS), femmes âgées. Il reste alors peu de choses. *Investing Women's Health : Central and Eastern Europe (1995)* dresse un portrait de la santé des femmes dans le cadre de la transition politico-économique et analyse l'impact de ces changements sur la santé des femmes dans une perspective de genre. Les soins de santé (ou plutôt l'absence de soins) reliés à l'absence de personnel encadrant la santé de la reproduction expliquent le haut taux de mortalité maternelle, les complications liées aux avortements effectués dans des conditions précaires et l'augmentation des maladies sexuellement transmissibles. La dégradation des conditions de travail contribue à affaiblir la santé des femmes qui sont le plus souvent confinées dans des emplois précaires, sous-qualifiés et sous-payés. *Research on the Menopause in the 1990s* aborde les effets de la ménopause sur la santé des femmes et la prévention de ces troubles. *Women and Tobacco (1992)* tente de déterminer les facteurs reliés au genre permettant de comprendre l'évolution des comportements reliés au tabac chez les femmes et explore les effets de la consommation du tabac sur la santé des femmes et des enfants. *Women's Health and Human Rights : The Promotion and Protection of Women's Health through International Human Rights Law (1994)* repose sur le postulat que l'état inférieur de santé des femmes peut être vu comme une violation des droits de l'homme. Enfin *Women's Health (1994)*, issu des travaux de la Commission sur la santé des femmes, propose (après avoir identifié les principaux problèmes de santé des femmes) de voir ces dernières dans une perspective holistique allant au-delà des fonctions reproductives. Le rapport identifie six champs majeurs ayant un impact sur la santé des femmes : la nutrition, la reproduction, la violence, l'âge et le vieillissement, les conditions de vie et l'environnement de travail. Ces thèmes sont communs à l'ensemble de la littérature publiée par les pays industrialisés.

La politique *Santé 21* pour la Région européenne de l'OMS offre un bon exemple de la part qui est faite au genre dans la considération des inégalités en matière de santé. Cette politique comporte les principaux éléments suivants :¹

« Quatre grandes stratégies d'action ont été retenues pour faire en sorte que la viabilité scientifique, économique, sociale et politique soit l'élément moteur de la mise en œuvre de la Santé 21 :

- 1. des stratégies multisectorielles visant à influencer sur les déterminants de la santé, en tenant compte des aspects physiques, économiques, sociaux et culturels et **des spécificités de chaque sexe** et en utilisant l'évaluation des effets sur la santé;*
- 2. des programmes et des investissements axés sur les résultats en matière de santé pour le développement sanitaire et les soins cliniques;*
- 3. système hospitalier souple et apte à faire face à diverses situations;*
- 4. un processus participatif de développement sanitaire auquel s'associent des partenaires s'intéressant à la santé – au foyer, à l'école, sur le lieu de travail, et à l'échelon des collectivités locales et du pays – et qui favorise la prise de décision, la mise en œuvre et la responsabilité conjointes. »*

Pourtant, malgré l'annonce claire des déterminants de genre dans la santé, les grands objectifs de la politique *Santé 21* pour la région européenne ignorent totalement cet élément et se résument comme suit :

- *« Comblent l'écart de santé dans les pays. Même dans les pays les plus riches de la Région, les personnes aisées vivent plusieurs années de plus et ont moins de maladies et d'invalidités que les pauvres. La pauvreté est le principal facteur de risque en matière de santé et les disparités en matière de santé liées au revenu – qui constituent un gradient qui s'étend à tous les niveaux de la hiérarchie sociale – représentent une injustice grave et mettent en évidence certaines des influences les plus considérables sur la santé. Le manque d'argent débouche également sur des préjugés et l'exclusion sociale, ce qui va de pair avec des taux plus élevés de violence et de criminalité. Il existe aussi des écarts importants en matière de santé entre les femmes et les hommes vivant dans la Région. Les niveaux d'instruction produisent un gradient de risque pour la santé analogue à celui qui résulte de la classe sociale. Comme le degré d'instruction est lié étroitement au niveau de pauvreté, il est essentiel d'éliminer les obstacles financiers, culturels et autres à l'égalité d'accès à l'instruction. Cela s'applique en particulier aux femmes,*

¹ Le texte qui suit est entièrement repris du document : La santé pour tous.

mais également aux enfants pauvres et d'autres groupes défavorisés. Il est également très important d'adopter des programmes spéciaux pour aider les enfants pauvres à surmonter leur handicap initial.

- *Éliminer les principaux problèmes de santé de la Région.* Ils pourraient être éliminés dans une large mesure si tous les pays organisaient, aux niveaux national et local, un programme intégré visant à réduire les facteurs de risque qui sont communs à un grand nombre de ces maladies. Il s'agit notamment du tabagisme, d'un mauvais régime alimentaire, du manque d'exercice physique, de la consommation d'alcool et du stress.

Éliminer les actes de violence et accidents. En ce qui concerne les traumatismes dus à des actes de violence et à des accidents, il faut améliorer les services d'urgence dans de nombreux pays et appliquer plus strictement les mesures préventives permettant de réduire le nombre d'accidents qui se produisent sur les routes, sur les lieux de travail et au foyer. Il convient d'accorder un degré de priorité plus élevé à des questions liées à la cohésion sociale et aux principales causes de la violence – notamment domestique – en accordant une attention particulière à la consommation d'alcool.»

Santé 21 définit donc les déterminants de la santé comme étant le résultat des actions combinées de la société. Bien que de nombreux problèmes de santé majeurs soient dus à des **facteurs de risque** tels que le tabagisme et le manque d'exercice, la cohésion sociale est perçue comme ayant un impact positif sur l'état de santé. « Cela veut dire qu'une approche intégrée multidisciplinaire et intersectorielle du développement sanitaire sera plus efficace en termes pratiques et économiques que des approches séparées par domaine. Il est important de noter que pour un même niveau moyen de revenu, les sociétés où les inégalités de revenus sont moindres, sont en général caractérisées par une plus grande cohésion sociale, et des taux plus faibles de criminalité violente et de mortalité, en particulier par cardiopathies. On peut donc considérer que la **pauvreté et l'exclusion sont les principaux** déterminants de la santé. »

O C D E

Les publications de l'OCDE assurent, pour les trois/quatre dernières décennies, une large couverture des questions suivantes : les réformes des systèmes de santé, l'efficacité et l'efficacités de la fourniture des soins de santé, les performances des systèmes de santé, les dépenses de santé et leurs déterminants, la qualité, l'efficacité et l'équité des soins de santé replacés dans la perspective des exigences financières. Toutes les aires géographiques ciblées par la recherche sont couvertes par ces analyses, ce qui devrait permettre *primo*, de dresser le bilan du financement

des services de première ligne et *secundo* de mettre en évidence la grande diversité des structures institutionnelles et des dispositifs fonctionnels de santé au sein des pays membres.

Publiée en 1992, la réforme des systèmes de santé dresse un rapide portrait des systèmes de santé et de leur fonctionnement financier. Bien qu'une première approche mette avant tout l'accent sur la diversité des dispositifs sanitaires, on peut dégager les **modèles de financement** suivants :

- Soins financés à la fois par la sécurité sociale et les régimes d'assurance privée et dispensés essentiellement par des prestataires privés : Pays-Bas.
- Soins financés par des cotisations obligatoires (ou de régime public) et dispensés par des prestataires privés et publics : Allemagne, Autriche, Belgique, France, Luxembourg.
- Soins financés par l'impôt et dispensés principalement par des prestataires publics : Danemark, Espagne, Finlande, Grèce, Irlande, Islande, Norvège, Portugal, Royaume-Uni, Suède.
- Soins financés essentiellement par l'impôt et dispensés principalement par des prestataires privés : Canada.
- Soins financés essentiellement par l'impôt et dispensés à la fois par des prestataires privés et publics : Australie, Nouvelle-Zélande.
- Soins financés essentiellement par des régimes d'assurance volontaire et dispensés principalement par des prestataires privés : États-Unis, Suisse.
- Soins financés à part égale par l'impôt et l'assurance sociale et dispensés essentiellement par des prestataires publics : Italie.

On peut également dégager deux grands modèles de systèmes en ce qui a trait aux modalités de paiement des prestataires :

- **Systeme de contrat** : *l'assurance maladie obligatoire ou volontaire impliquant le paiement direct, en vertu d'un contrat, par l'assureur ou par une tierce partie, au profit du prestataire, des services rendus à un assuré. Les prestations sont fournies au patient en nature, souvent gratuitement. Dans ce système les prestataires sont souvent des prestataires indépendants et les paiements effectués à leur profit en vertu du contrat sont souvent des paiements à la capitation ou à l'acte. Ce modèle suppose qu'un contrat a été conclu avec les médecins quant au système de rémunération (capitation, paiement à l'acte ou système mixte) et aux tarifs. (OCDE, 1992 :11)*
- **Systeme intégré** : *système d'assurance maladie obligatoire ou volontaire ou un système de financement par tiers payant dans lequel les prestations d'assurance et les soins sont fournis par*

la même organisation dans le cadre d'un système intégré verticalement. Dans ce système les médecins sont en principe des employés salariés et les hôpitaux financés sur la base d'un budget global. Comme dans le système du contrat, les prestations sont fournies au patient en nature, souvent gratuitement. (OCDE, 1992 :11).

Les modèles intégrés ou contractuels ne se rencontrent pas forcément sous une forme pure et les systèmes sanitaires sont le plus souvent des combinaisons mixtes.

Les structures et les **filières de soins** varient également selon qu'il s'agit du médecin de première ligne ou du spécialiste.

Lorsque le médecin généraliste est un salarié, les patients sont généralement assignés à des médecins déterminés : Danemark, Finlande, Islande, Grèce, Portugal, Suède, Suisse, Grande-Bretagne, Québec (dans le cadre des CLSC). Dans certains de ces pays, les patients peuvent choisir de ne pas consulter le médecin qui leur est attribué et consulter le généraliste de leur choix. En règle général, la consultation n'est pas totalement remboursée.

La pratique de l'orientation a également cours pour les médecins spécialistes. Les systèmes partisans de l'orientation reposant sur le postulat que le patient n'est pas à même de déterminer à quel type de spécialiste il doit s'adresser. Cette pratique a cours dans différents pays : Autriche, Australie, Canada, Danemark, Finlande, Grande-Bretagne, Grèce, Italie, Nouvelle-Zélande, Norvège, Portugal, Suède.

O N U

Étant donnée l'importance des publications de l'OMS et de l'OCDE et le risque de redondance, les documents de l'ONU n'ont pas été dépouillés. Une première recherche a en effet démontré que les recherches effectuées sur des sites ou à partir de documents émanant de l'ONU renvoyaient presque toujours à l'OMS ou à l'OCDE.

C O M M U N A U T É E U R O P É E N N E

Comme pour les organisations internationales, l'accent est avant tout mis sur les services de santé de première ligne plutôt que sur les services de première ligne. Néanmoins, on peut étendre au social les éléments de la définition propres au services de santé. Les éléments suivants sont repris d'un communiqué de presse émanant du Ministre de la protection de la consommation, de la santé publique et de l'environnement belge :

- « *D'une manière générale, les soins de première ligne répondent ainsi aux caractéristiques suivantes :*

L'accessibilité : ils doivent rester le plus proche possible du patient. L'accessibilité maximale doit être garantie, et ce non seulement aux niveaux géographiques mais aussi culturel et financier.

La permanence : le patient doit pouvoir en permanence situer correctement son problème dans la chaîne des soins de première ligne. En d'autres termes, une répartition correcte des postes de consultation et l'existence d'un service de garde effectif 24h sur 24 sont indispensables.

La polyvalence : de petites équipes diversifiées (interdisciplinaires et intradisciplinaires) sont le mieux à même de garantir des soins de première ligne de qualité. »

- « *Quand au soin offert par les prestataires, il doit répondre aux caractéristiques suivantes :*

Un soin global ce qui implique que la demande d'une personne est replacée dans le contexte global de cette personne unique.

Un soin intégré ou l'on vise l'approche la plus apte à améliorer l'état de santé (...)
L'éducation à la santé et la promotion font de préférence partie intégrante des soins dispensés.

Un soin continu (...) qui permet d'assurer le suivi et l'évaluation du patient.

Une dimension communautaire, ce qui signifie que dans l'offre de soins, l'attention est également portée sur la prévention, le mode de vie, l'intégration des handicapés, l'environnement et la formation.

Une approche centrée sur le patient »

Un peu partout en Europe, les soins de première ligne sont réunis sous l'appellation de médecine ambulatoire ou soins primaires². La médecine ambulatoire est presque essentiellement privée et couvre les prestations des médecins, des dentistes, des auxiliaires médicaux (toutes les professions para-médicales, incluant la pratique libérale des infirmiers) et des analystes. Les soins de première ligne sont largement le fait des médecins généralistes encore appelés médecins de ville ou libéraux. Basé sur les exemples de l'Allemagne, de l'Angleterre et de la France, le rapide portrait qui suit illustre bien la diversité de ces systèmes³. Les médecins de ville britanniques sont

² Médecine ambulatoire = soins primaires = soins de première ligne. L'utilisation de l'expression soins de première ligne n'est pas utilisée en France.

³ Ce texte est largement issu de l'ouvrage du Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, Systèmes de Santé : une comparaison Allemagne, France, Royaume-Uni, Chiffres repères 1993.

majoritairement sous contrat avec le National Health Service (NHS). Leur rémunération se fait selon deux modalités : par capitation (nombre de patients inscrits sur la liste) ou par paiement à l'acte pour certains soins particuliers. Le NHS prend en charge forfaitairement les frais de fonctionnement du cabinet. Les autres médecins de ville sont salariés et travaillent généralement dans des centres dont la fonction première consiste à assurer les soins à domicile. En Allemagne, les médecins de ville sont inscrits auprès d'une Union des médecins qui sert d'intermédiaire entre eux et les caisses d'assurance maladie en matière de rémunération. L'enveloppe globale qui leur est attribuée en ce qui a trait à leur rémunération relève d'une négociation nationale entre les caisses de sécurité sociale et les syndicats de médecins. En Grande-Bretagne comme en Allemagne, la visite du médecin ne s'accompagne d'aucun paiement. En France, la très grande majorité des médecins de ville sont des médecins libéraux. Lors de visites au cabinet ou des consultations à domicile les patients acquittent le paiement de l'acte. Les tarifs servant de base aux remboursements sont fixés par convention entre les syndicats de médecins et les caisses de sécurité sociale. Toutefois, des possibilités de dépassement sont prévues, ces dépassements sont portés à la charge du patient qui doit s'informer auprès de son médecin de son droit au dépassement d'honoraires.

Le statut et le mode de paiement varient tout comme l'existence de filière d'accès aux soins. Ainsi, les patients britanniques sont inscrits sur la liste d'un généraliste et doivent consulter ce dernier pour obtenir une consultation avec un spécialiste qui n'exerce qu'à l'hôpital. En Allemagne, le patient choisit son médecin; il peut remettre en cause le choix qu'il a fait d'un médecin mais doit alors assurer seul les coûts de ses soins si la remise en cause a lieu dans un délai de trois mois. Le médecin choisit au départ peut orienter son patient vers le spécialiste de son choix. En France, il n'y a aucune filière de soins : le patient choisit librement le (ou les) médecins généralistes de son choix et peut consulter sur son initiative personnelle le spécialiste de son choix. En outre, la recommandation par son médecin généraliste vers un spécialiste ne l'oblige pas à consulter ce dernier.

L'hospitalisation privée coexiste dans les trois pays avec l'hospitalisation publique. En Grande-Bretagne, là où les capacités d'accueil du NHS sont limitées; en France et en Allemagne, l'hospitalisation peut se faire en milieu privé à but non lucratif et en milieu privé à but lucratif. Pour les patients, la prise en charge financière est pratiquement la même peu importe le mode d'hospitalisation choisi. Le financement est pris en charge en Grande-Bretagne par le NHS et financé par l'impôt. En Allemagne comme en France, les dépenses de santé sont financées par des caisses de sécurité sociales autonomes financées par des cotisations.

En 1995, les pays de l'Union européenne ont consacré, en moyenne, 26,5 % de leur PIB à la protection sociale. Cette moyenne cache d'importantes disparités, de 18,6 % au Portugal à 35,1 % en Suède. L'ancienneté des systèmes et le niveau de développement économique expliquent en grande partie ces différences. L'objectif de l'ouvrage *Chiffres repères* (1998) est de mettre à la disposition du public une base d'informations homogènes sur les systèmes de protection sociale en Europe. Il fait suite à l'édition 1995 de ce même ouvrage, intègre les trois nouveaux membres de l'Union européenne (Autriche, Finlande et Suède), et actualise les données réglementaires au 1er juillet 1996 (1995 pour les chiffres). Tous les États membres de l'Union ont développé des actions destinées à faire face à un certain nombre de risques dits «sociaux». Ainsi, tous les systèmes délivrent des revenus de remplacement pour compenser la perte de revenu professionnel, des revenus de complément pour aider les ménages à supporter certaines charges, et des revenus d'assistance qui assurent des moyens de subsistance aux personnes ne relevant pas du système contributif. Si les objectifs poursuivis par chaque pays et les contraintes qui pèsent sur chacun des systèmes sont largement similaires (difficultés de financement, phénomènes de précarisation, vieillissement de la population, modification des structures familiales), les modes d'organisation ainsi que les masses financières engagées diffèrent nettement. La diversité des systèmes de protection sociale de l'Union européenne est souvent illustrée par la base du droit aux prestations sociales. Dans les systèmes de tradition «bismarckienne», le bénéfice des prestations est subordonné au versement de cotisations à un régime d'assurances sociales sur une base professionnelle. Cette approche prédomine dans les pays de l'Europe continentale, où le financement des systèmes est assuré majoritairement par des cotisations sociales (77 % en France en 1995). À l'inverse, dans les systèmes de tradition «beveridgienne», le bénéfice des prestations sociales est lié à la seule condition de résidence. Cette approche est privilégiée au Royaume-Uni, en Irlande et, surtout, dans les pays scandinaves, où les contributions publiques constituent la principale source de financement du système de protection sociale (entre 50 et 70 % des ressources en 1995). Aujourd'hui, chaque système national garde la marque de sa conception originelle tout en intégrant des éléments de l'autre modèle. On observe, en particulier dans la dernière décennie, un certain rapprochement des modes de financement avec une part plus grande accordée généralement aux ressources fiscales, notamment dans les pays du sud de l'Europe, où les cotisations sociales restent néanmoins majoritaires.

Le plus gros poste de dépenses concerne le risque vieillesse qui représente entre 30 et 40 % de la masse des prestations sociales dans la grande majorité des pays. Dans le contexte récent marqué par une faible croissance économique, par l'augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans et par l'arrivée à maturité des systèmes de retraite, de nombreux pays de l'Union européenne

ont engagé des réformes de leurs régimes de retraite. L'allongement de la durée de cotisations, la révision des modes de calcul ou d'indexation, des projets ou une mise en place effective de prestations « dépendance » en sont les grands axes.

Le second poste important est celui du secteur de la santé. L'ensemble des pays y consacre en moyenne 26,5 % de leurs dépenses en 1995 (18 % au Danemark, 35 % en Irlande). Quel que soit son mode d'organisation, chaque pays est aujourd'hui confronté à la nécessité d'instaurer des politiques de maîtrise des dépenses. Les logiques sont proches : instauration d'enveloppes financières, modification du mode de fixation des tarifs hospitaliers, rationalisation de l'offre de soins, réduction de la prise en charge des dépenses pharmaceutiques.

Les quatre volumes publiés par la Mission Recherche MiRe (disponibles en français et en anglais) *Comparer les systèmes de protection sociales en Europe (1994, 1995, 1996, 1997)* permettent de dégager dans une perspective pan-européenne les grandes valeurs qui structurent les systèmes socio-sanitaires européens. Les publications des rencontres d'Oxford (1994) et de Berlin (1995) font le point sur les différentes approches européennes. Les rencontres de Florence (1996) offrent une comparaison des systèmes de protection sociales en Europe du Sud (Espagne, Italie, Grèce, Portugal) tandis que celles de Copenhague (1997) présentent des comparaisons entre les systèmes de protection sociale des pays d'Europe du Nord (Danemark, Finlande, Islande, Norvège, Suède) et le système français. Les textes publiés dans ce volume sont le fruit des rencontres entre chercheurs nordiques et français qui se sont tenues du 4 au 6 septembre 1998 à Gilleleje (près de Copenhague au Danemark). Ils permettent de mieux comprendre les différences entre les systèmes scandinaves, structurés autour de la notion d'universalisme, et le système français qui assure une solidarité liée à l'activité professionnelle. Cette distinction se retrouve autant dans les origines historiques des systèmes que dans la construction des politiques contemporaines : politiques en faveur des femmes, politiques familiales, politiques d'emploi et de lutte contre la pauvreté. Cet ouvrage tient compte également du nouveau contexte européen pour mettre en perspective ces différents systèmes de protection sociale. Par ailleurs, s'il n'existe pas un modèle social européen, mais plusieurs régimes de protection sociale, ceux-ci demeurent confrontés à des enjeux communs : la lutte contre le chômage et la pauvreté, les transformations du travail, l'allongement de la durée de la vie ou encore les évolutions des structures familiales.

3- ANALYSE DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DES POLITIQUES SOCIO-SANITAIRES

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ : QUELLE CONSIDÉRATION DES DIFFÉRENCES HOMMES/FEMMES ?

1 - Spécificités des approches selon les aires géographiques considérées

La production européenne sur les déterminants de la santé identifie d'abord et avant tout les facteurs comportementaux (SIDA, tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, tumeurs) et environnementaux (inégalités socio-économiques, environnement physique de la vie et du travail), sans réelle considération de genre. Il existe néanmoins une réflexion européenne axée sur les rapports sociaux de sexe sans toutefois de production tournée vers les approches de genre dans le domaine de la santé; cependant, même si le genre et les inégalités reliées au genre ne constituent pas le postulat de départ, ces deux composants se retrouvent dans les analyses à travers les inégalités socio-économiques que produisent les rapports sociaux de sexe et leurs implications pour la santé et le bien-être des femmes. Pourtant, on ne retrouve pas vraiment en Europe de publication associant la monoparentalité/pauvreté et les inégalités de santé.

L'explication n'est pas aisée et mérite une plus ample réflexion. S'agit-il en effet d'une différence dans les protections sociales ou dans les visions ? On pourrait en effet rattacher cette différence au fait que les politiques sociales d'aide aux familles sont plus développées en Europe qu'en Amérique du Nord, notamment en ce qui a trait aux femmes seules. Dans ce contexte ces dernières sont donc largement protégées et encadrées et ce sont les hommes seuls qui se trouvent à être les plus démunis.

Enfin, dans le cadre d'un portrait général, on peut noter qu'il existe, au sein de l'aire européenne, une certaine scission entre les pays scandinaves et anglo-saxons qui abordent la notion de genre dans les politiques sanitaires et sociales et les pays latins où cette notion est *a priori* absente (Peers 2000; Diczfalusy 1997; Palme, Sainsbury, Skrede, Siim, Skevik, 1999 in *Genre et Politiques sociales*).

Il existe néanmoins une production prenant en compte le concept de genre comme déterminant de la santé. Ces publications concernent assez souvent les hommes et abordent leur inégalité face à la mortalité (plus faible espérance de vie, importance des maladies cardio-vasculaires, méfaits du tabac et de l'alcoolisme) ou bien l'importance masculinisation des populations marginalisées et les besoins de ces populations. Les femmes sont observées sous l'angle de la transformation des comportements (augmentation du tabagisme et de l'alcoolisme) et les conséquences sur leur santé mais également sur les politiques socio-sanitaires de prévention. Certaines études tendent

également à démontrer que nonobstant les variations de taux que connaissent les sexes, les causes de mortalité n'en demeurent pas moins les mêmes (Kesteloot 1999). L'autre perspective utilisant une approche de genre repose sur la compréhension de la consommation médicale des femmes (Gillet et Tellier 1999).

Comparativement à la production européenne, les publications québécoises apparaissent alors comme assez fortement marquées par les inégalités de genre notamment dans le domaine de la santé mentale. Cette spécificité québécoise est à remettre dans un contexte plus large de réflexion et de production intellectuelle nord-américain. Deux constats cependant : 1) l'utilité de la notion de genre pour comprendre les inégalités en santé demeure une approche encore minoritaire (Potvin, Frohlich 1998; 1997; Préjean 1994; Dunningan et Gravel 1992; Colin et al., 1991; Dunningan et Antil 1992; Lavoie 1990); 2) il existe en Amérique du Nord un certain nombre de publications consacrées à la santé des femmes et émanant tout à la fois d'instances gouvernementales, universitaires ou associatives (Perez 1999; Labbe 1998; Beaulieu 1994; APSQ 1992; Greaves 1992; Dunningan et Gravel 1992; Dunningan et Antil 1992; Colin 1991; Lavoie 1990; Santé et Bien-Être Social Canada 1990; Bouffard 1989; CSN 1985; Colloque sur la santé globale des femmes 1985; De Koninck 1983). Enfin, la plupart de ces études intègrent les notions de pauvreté et d'inégalités sociales. Cette thématique ne peut donc pas être considérée comme une spécificité européenne.

Il y a peu de choses à dire sur la Nouvelle-Zélande et l'Australie en raison de l'absence de production francophone.

2 - Santé et inégalités sociales

Le grand déterminant de la santé demeure les inégalités sociales et les inéquités en matière de santé et d'accessibilité aux services qu'elles génèrent (Klosowski et al. 2000; Saurel-Cubizolles 2000; Gutzwiller et al., 1996; Lejeune et al. 1998; Vidal-Naquet 1997; Moncorge 1997; Chauville 1995; Girard 1994; Lasne 1986).

Les études et recherches sont largement soutenues par les productions gouvernementales. Ainsi, le *Rapport sur la santé en France* identifie deux catégories principales de déterminants : les déterminants environnementaux et les déterminants liés aux comportements. Les premiers sont reliés aux données économiques et sociales et les seconds aux habitudes de vie.

« On sait que les dimensions démographique, économique et sociale, politique et institutionnelle jouent un rôle important dans l'évolution du contexte sanitaire. Le vieillissement de la population incite à concevoir une prise en charge spécifique des personnes de grand âge. Les effets de la

récession économique sur l'état sanitaire de certaines populations ont conduit à reconsidérer la notion d'accès égal aux soins (...) L'appréciation d'ensemble de la population sur sa santé (...) intègre de plus en plus les facteurs sociaux comme déterminants de santé » (*La santé en France 1994-1998*). La conférence nationale de santé (2000) définit quatre axes d'interventions et cible notamment «La nécessité de prendre en compte (...) les problèmes soulevés par la précarité et la pauvreté». Les populations concernées ne sont pas approchées en fonction du genre, et lorsque les études décrivent les populations marginalisées, celles-ci sont majoritairement masculines, même si l'on note une féminisation de ces populations (Moncorge 1997).

En France, les actions visant à porter une attention soutenue aux plus démunis reposent sur l'adoption de deux lois majeures : 1) la loi contre les exclusions du 29 juillet 1998 qui améliore la situation concrète des personnes démunies par la mise en œuvre de programmes d'accès à la prévention et aux soins, 2) la mise en place de la couverture maladie universelle avec la loi du 27 juillet 1999 qui assure à tous la protection d'un régime obligatoire de sécurité sociale contre la maladie et garantit une protection complémentaire pour les plus démunis avec l'institution de la dispense d'avance de frais. Dans ce contexte, la couverture universelle rejoint encore une fois la question de l'égalité des hommes et des femmes dans le domaine de la protection sociale. En effet, à la suite de cette mesure, de nombreuses femmes, couvertes grâce à la protection de leurs conjoints, se sont vues attribuer une couverture en leur nom propre (Zaidman 1998).

Toutefois, si les membres de la conférence nationale de santé soulignent également l'importance de l'accès aux soins des personnes fragilisées telles les personnes handicapées et les personnes âgées ou bien encore les populations « enjeux » comme les enfants et les jeunes, nulle mention n'est réellement faite des femmes ni des inégalités de genre en matière de santé. La composition de la CNS y est-elle pour quelque chose ? En effet 38 personnes représentant le monde de la santé en France y siègent (groupes professionnels de santé, représentants d'institutions et d'établissements privés et publics de santé, présidents de commissions et de conférences médicales d'établissements de santé et enfin syndicats de personnels non médicaux exerçant dans des institutions ou établissements de santé). Or, sur ces 38 personnes seulement quatre sont des femmes dont deux sont issues de corps professionnels presque exclusivement féminins (les infirmières et les sages-femmes).

Par ailleurs, bien que la question des genres ne soit jamais posée, il est de tradition de présenter les indicateurs statistiques de mortalité et de morbidité selon une comparaison hommes/femmes.

3 - Santé et citoyenneté

La principale production européenne se situe plus dans cet espace de réflexion notamment autour des questions ayant trait aux inégalités des hommes et des femmes en politique. Les déterminants sociaux remis dans une perspective de solidarité sociale et de citoyenneté transcendent toutes les aires géographiques ciblées. Pourtant, ils débouchent dans une certaine mesure sur les inégalités de genre. L'Europe de l'est, soumise à une transition économique et sociale de grande ampleur qui affecte directement le système de santé et l'état de santé des populations, en offre une bonne illustration, puisque ce sont les femmes qui se trouvent être les premières victimes des inégalités socio-économiques.

Enfin, une importante réflexion est également consacrée aux inégalités relevant du statut d'immigrant ou de réfugié. Cette approche est plus importante en Amérique du Nord qu'en Europe et est à resituer dans le contexte migratoire propre à cette aire géographique. Néanmoins, il existe une production européenne qui vise à mieux comprendre les besoins et les perceptions en santé des communautés immigrantes (*Revue d'épidémiologie et de Santé Publique 2000*). Hormis en périnatalité, les femmes immigrantes ne sont pas les objets spécifiques de ces études (Stork 1989, 1986; Ruspoli 1996)⁴.

4 - Santé et troisième âge.

Le vieillissement des populations donne lieu à différents thèmes de réflexion en ce qui a trait aux inégalités : importante féminisation des personnes âgées, l'inégal rapport au vieillissement des hommes (basé avant tout sur l'arrêt de l'activité professionnelle) et des femmes (lié avant tout à l'horloge biologique et aux cycles de fécondité). Sont également à l'étude les besoins spécifiques découlant de cette situation, notamment en matière de soins ou d'hospitalisation à domicile. Enfin, il est intéressant de noter qu'en France, une large part est faite à la maltraitance des personnes âgées.

CONCLUSION

L'approche européenne est marquée par les inégalités sociales mais sans considération de genre. La réflexion porte notamment sur les soins dispensés et les besoins en matière de santé des populations marginalisées. L'équité socio-économique semble donc être au cœur de la réflexion et débouche sur des interrogations ayant trait à la citoyenneté et à la cohésion sociale. Il est

⁴ Stork Hélène (1986), *Enfance indienne, étude de psychologie transculturelles comparée du jeune enfant*, Paris, Le centurion, 237p.
Stork Hélène (1989), *Aspects culturels des techniques de maternage*, Migrations -Santé, Été 1989, 60.

toutefois important de toujours se rappeler que même lorsque le genre n'est pas un postulat explicite, il n'en demeure pas moins sous-jacent. La grande différence entre les publications nord-américaines ou nord européennes *versus* les productions de l'Europe latine consisterait plutôt dans l'énonciation claire chez les premiers du genre comme déterminant de la santé ou des politiques sociales et sanitaires. Par ailleurs, l'importance des écrits mettant de l'avant les inégalités sociales tend également dans les publications européennes à dissimuler le lien avec le genre.

4- SERVICES SOCIO-SANITAIRES : APPROCHE FEMINISTE ET ORGANISATION DES SERVICES DE PREMIERE LIGNE

Santé et approche féministe

L'approche féministe dans les services de santé et les services sociaux touche tous les domaines : violence faite aux femmes, santé mentale (Menard 1990), toxicomanies et alcoolisme (Bergeron 1990), soins à domicile, promotion de l'utilisation d'une approche féministe dans les soins infirmiers (Gendron 1993; Gendron et Beauregard 1990).

Santé et cycles de vie des femmes (périnatalité, avortement, contraception, ménopause, ostéoporose)

Le grand thème de la santé des femmes est la périnatalité et de manière plus large le cycle de fécondité des femmes. Au sein de ce large champ, il faut distinguer les productions qui concernent les femmes (Ancel 1999; Romito et al. 1999; Séguin 1999; St-Denis et Séguin 1995; Berardi 1987) et celles qui concernent les enfants. La frontière est souvent fragile car dans ce deuxième groupe, les femmes s'effacent derrière les mères. Elles deviennent le principal canal pour rejoindre les enfants et ne sont pas l'objet réel des interventions prioritaires. L'allaitement maternel, d'abord pensé en terme de mieux-être pour les enfants figure l'un des ces espaces (Lelong 2000; Séguin 1997 et 1996). De la même manière la lutte contre l'isolement des mères et la dépression post-partum vise souvent à prévenir les mauvais traitements infligés aux enfants. Ces questions sont notamment celles soulevées par les publications ayant trait aux institutions de PMI (Protection Maternelle et Infantile) en France (Informations sociales 1991; Ligneau 1989; Miquel 1989; Dorkel 1988; Miquel 1988; Migrants-Formation 1986).

En raison d'un taux de mortalité maternelle plus élevé que dans des pays de niveau comparable, les études françaises portent aussi sur les structures desservant les services périnataux ainsi que sur les obstacles aux consultations périnatales (Cottet 2000; Bouvier Colle et al. 1997; Blondel et al. 1996).

Le cancer du sein figure l'autre grand thème relié aux cycles de vie (Manus 1999; Caro et O'Brien 1998; Serin et al., 1998; Spyckerekke 1998; de villermay 1997; Garcia-Giannoli et Beaulieu 1997; Schaffer 1997; Leslie 1995; Dedobbeleer 1993; Lapeyre-Mestre 1993; Beaulieu et Roy 1992).

Pour chaque aire géographique considérée, une importante production existe (tant du point de vue des politiques que des recherches) en matière d'accessibilité aux ressources, notamment en ce qui a trait à la contraception et à l'avortement. Par ailleurs, dans le contexte de la réforme des services de santé, les politiques reliées aux hospitalisations des femmes enceintes durant la période pré et post-natale font l'objet d'une attention particulière (Werschler 1998; Van Cauwenberge 1994)

Santé mentale, toxicomanie et comportement à risque (SIDA, tabagisme, alcoolisme)

La santé mentale est l'un des espaces de réflexion le plus inégal en ce qui a trait aux données disponibles. En effet, il existe une grande disparité entre les productions québécoises (et nord-américaines) et européennes : les recherches montrent une certaine sensibilisation aux besoins des femmes souffrant de problèmes de santé mentale, la production québécoise apparaît comme plus marquée par les approches féministes et les inégalités de genre tant au niveau des politiques qu'au niveau de l'intervention, du traitement ou de la prévention. (Kirmayer 2000; Quan 1999; Ricard 1996 et 1995; Page 1994; Guberman et al., 1993; Guberman 1990a; Guberman 1990b; Lavoie 1990⁵; Menard 1990; Nadeau 1990). La production européenne en santé mentale semble d'avantage axée sur l'anorexie qui est une maladie grave spécifique de la femme jeune et la consommation d'anxiolytiques ou d'hypnotiques (Le Moigne 2000; Scheen 1999; Guignon 1994).

Les toxicomanies pourraient être re-situées dans la littérature entourant la périnatalité avec une fois de plus l'accent mis sur la santé du fœtus et les risques à une exposition in utero (Lejeune et al., 1997).

Le tabagisme et l'alcoolisme font l'objet de politiques sanitaires axées sur la prévention. Quant aux recherches elles dressent un portrait de l'évolution des maladies reliées à ces comportements et de l'évolution des comportements des femmes (Bartsch 1999; Institut Gustave Roussy 1999; Pinto 1999; Dedobbeleer et al., 1996; Quoix 1999; Guignon 1994).

Enfin, quelques études abordent directement les consommations de drogues et d'alcool sur la base des différences de genre (Hughes 1997).

⁵ Cité dans Spécificités des approches selon les aires géographiques considérées

Les recherches sur le SIDA concernent les adultes en règle générale et les enfants dans le cadre de la prévention de la transmission mère/enfants, *in utero* ou par le lait maternel. Selon Gendron et Carrier (1999), les femmes seraient négligées comme objet de recherche dans les projets portant sur le SIDA. Pourtant, Spencer (1997) aborde au contraire l'émergence du discours sur les femmes et le SIDA tant au niveau des recherches que de la définition des politiques de prévention : organisation de forums sur les enjeux femmes et SIDA (Santé Canada 1990; Ministère de la Santé et des Services Sociaux 1991), réflexion sur la sexualité des femmes et le SIDA (Dedobbeleer et Morissette 1998, 1996, 1994; Dedobbeleer, Morissette et Desjardins 1995), SIDA et maternité (Lapointe 1998; Levasseur et Pineault 1992). Il est vrai qu'en Europe, les recherches sur le SIDA et les femmes touchent le plus souvent les femmes migrantes, avec un accent particulier mis sur les femmes africaines en raison de l'importance de la pandémie en Afrique (Delachet-Guillon 1998; Dossier SIDA 1994, Lelarge 1993). Les études sur le SIDA sont également à mettre en corrélation avec la thématique de la violence et notamment de la prostitution (Serre et al. 1996). Enfin, les publications sur le SIDA intéressent directement les questions de prise en charge et de coûts reliés à cette maladie (Bez 1994; Nadal 1994).

Soins à domicile (personnes âgées, aidantes)

D'une manière globale, les questions relatives au maintien à domicile touchent les femmes comme utilisatrices et dispensatrices des soins. D'une part parce que le vieillissement des populations s'accompagne d'une importante féminisation de cette population (Santos-Eggimann 1997) et d'autre part parce que les femmes (comme infirmières ou comme aidantes naturelles) sont les piliers des soins à domicile (Paquette 1999).

Une fois de plus l'axe d'approche varie selon l'aire géographique :

En **Europe**, l'accent est mis sur la pratique libérale des infirmières dites privées et les visites à domicile des médecins libéraux; cette pratique, courante dans la plupart des pays de la communauté, a évidemment un impact important sur l'accessibilité aux soins de première ligne (Kocher 1996). En 1992, l'OCDE rapportait ainsi qu'en Belgique, il se faisait plus de visites à domicile que de visites aux cabinets des médecins. Cette tendance s'explique par l'importante densité de médecins et la concurrence qu'elle génère sur le marché des soins primaires.

Au **Québec**, la production intellectuelle porte avant tout sur les aidantes naturelles —portrait de ces femmes qui prennent soin d'un proche âgé — (Vézina 1998; Sévigny 1998), le rôle et la structure des auxiliaires familiaux avec un accent particulier mis sur l'importante féminisation et

sous-qualification de la profession. Enfin, on peut dégager une approche féministe des intervenants et des ressources.

La contribution des organismes communautaires au soutien à domicile (Québec) représente l'une des distinctions importantes à confirmer entre l'Europe et l'Amérique du Nord (Vézina 2000; Gagnon et al., 2000). Une fois de plus cette différence est à remettre dans un contexte culturel qui oppose d'une part, l'Europe ou l'État reste dans la majeure partie des États, le pourvoyeur et l'organisateur des soins et l'Amérique du Nord ou le soutien et l'esprit communautaire sont beaucoup plus développés souvent pour palier au retrait ou à l'absence de l'État.

Les publications retenues se répartissent de la manière suivante : soins et maintien à domicile des personnes âgées ou des enfants en Europe, rôle des familles (Association Suisse des services d'aide et de soins à domicile 1999; Cozette 1999; Unité 149 Inserm 1997; Blondel et Mellier 1996; Champarnaud 1996; Colvez et al., 1996; Compère 1996; Febvre 1996; Gérontologie 1996; Malepart 1995; Mengal et al., 1995; Olivieri 1995; Bonifassi 1994; Hagan 1994; Kessler 1994; Lebeau-pin 1994; Roy et al., 1994; Bruno 1993; Popielski 1993; Vézina 1993; Saillant 1993; Kocher 1992; Jaquet 1992; Santé du monde 1992; Moreau 1991; Manicot 1991; Jamet 1990; Lacombe 1990; Correia 1989; Landrieu 1983), périnatalité et suite de couches à domicile avec notamment la pratique de l'accouchement à domicile aux Pays-Bas (Racinet et al., 1994), le congé précoce post-natal au Québec et la surveillance à domicile des grossesses à haut risque en France (Cottet 2000), travailleuses familiales (Lebeau-pin 1994).

Violence

« Longtemps considérée comme tabou et relevant du privé, la violence dont sont victimes les femmes est aujourd'hui reconnue comme un fait social, touchant tous les milieux, toutes les cultures, tous les âges ». Dans la plupart des pays industrialisés, la lutte contre les violences constitue un axe prioritaire des politiques gouvernementales en faveur des droits des femmes. Ainsi, au Canada une Alliance de recherche communautaire et universitaire⁶ consacrée aux réponses sociales apportées à la violence faite aux femmes vient d'obtenir une subvention du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada. Comme pour le domaine de la périnatalité,

⁶ ARUC/Les réponses sociales à la violence envers les femmes-RESOVI. Université de Montréal, Université Laval, Association des centres locaux de services communautaires (CLSC) et Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec, CLSC Bordeaux-Cartierville, CLSC Côte-des-Neiges, CLSC de la Région Sherbrookoise, CLSC des Hautes-Marées, CLSC/CHSLD Haute-Ville des Rivières, CLSC René-Cassin, CLSC St-Hubert, Relais-Femmes, Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec, Regroupement des centres de femmes du Québec, Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, Regroupement des organismes espace du Québec, Regroupement des groupes de femmes de la région 03, Régie régionale de la santé et des services sociaux au Québec, Direction de la santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, ministère de la Justice du Québec ¾ Bureau des affaires

dans chaque aire géographique considérée, une importante production existe en matière de ressources et d'accessibilité à ces dernières; toutefois, il semblerait qu'il existe une nuance entre les productions européennes et les productions nord-américaines. Dans les premières, la prise en charge des femmes victimes de violence est généralement le fait du médecin généraliste (de première ligne) sans aucune considération de sexe, tandis qu'en Amérique du Nord, une place plus importante semble faite aux groupes de femmes et aux maisons de transition organisées et gérées par des femmes.

Les grands thèmes sont les suivants : la prévention, l'accueil et les besoins des femmes victimes de violence, la violence au sein des familles, l'impact sur la santé des femmes et des enfants, les protocoles de prise en charge, les intervenants de première ligne (Cadrin 1999; McDonald 1993; Rainville 1993; Chez 1995; Laughrea 1996; Ouellet 1995; Brandt-Casadevall 1994; Brown 1994; Lavoie 1992; Canadian Journal of Nursing research 23(3) :21-32 1991; Gendron 1991; Clemenhagen 1991; Lamoureux et al., 1991; Chenard et al., 1990; Ministère des Approvisionnements et services 1989; Catellier 1986; Kerouac 1987 et 1985; Laughrea 1985; Revue Française de Gynécologie Obstétrique 80(5) :327-9, 1985; Osusky 1985; Dupuis 1985; Philippe 1985; Larouche 1985), la prostitution et enfin le viol et les agressions sexuelles,

Utilisation, accessibilité et organisation des services de première ligne

La réflexion sur l'accessibilité aux services de première ligne est directement reliée aux questions d'organisation des services, de densité médicale et de répartition sur le territoire, à l'existence ou à la non-existence de la pratique à domicile des intervenants en santé, aux modes de paiement des services par les usagers mais également à l'adéquation des services aux spécificités culturelles des populations migrantes (ACCÉSSS 2000; Delachet-Guillon 1998⁷; Gravel et Legault 1999; Vissandjée; Haddad et al., 1997; Haddad et al., 1996; Jacob 1991; Centre des femmes de Montréal 1990). À noter également en ce qui a trait à l'accessibilité des services de santé, quelques études et réflexions sur les services infos-santé (Colloque des intervenants en santé 1996; Vissandjée et Dallaire *en cours*).

L'organisation des services avec notamment le temps d'ouverture est également un aspect important de l'accessibilité. Ainsi, en 1986, en France, les centres de planification familiale étaient ouverts en moyenne 4 demi-journées par semaine. 80% des usagers étaient des femmes dont 40% avait moins de 20 ans. Ces statistiques semblent confirmées par l'étude de 1996.

criminelles, Bureau de substitut du Procureur Général, Association des ressources intervenant auprès des hommes violents, Association québécoise Plaidoyer-Victimes

⁷ Référence déjà citée dans la thématique : Santé mentale, toxicomanie et comportement à risque (SIDA, tabagisme, alcoolisme).

(Deschamps et Pommier 1996; Gheerbrant 1986). Différentes publications françaises dressent un portrait des services de première ligne offerts aux femmes (et dans le cadre de la PMI aux femmes et aux enfants).

Le mode de paiement des soins de première ligne est également déterminant; deux grands modèles s'opposent : celui du tiers-payant dans lequel le patient n'a pas à faire l'avance des frais reliés à la consultation et celui du paiement direct dans lequel le patient défraie les coûts de la consultation pour être ensuite remboursé par le régime de protection sociale.

Certaines thématiques sont également privilégiées. En règle générale on peut dire que tout ce qui tourne autour du cycle de fécondité fait l'objet d'un intérêt particulier avec un accent mis sur l'accessibilité aux services de contraception et d'avortement (Di Domenico 1992).

PORTRAIT DE CERTAINS SYSTÈMES SANITAIRES

La littérature permet de dresser un portrait général des principaux systèmes de santé, particulièrement en ce qui a trait aux pays francophones.

Suisse

Les notions de réseaux et de filières occupent une place importante dans la littérature francophone suisse. Les transformations du système de soins sont intrinsèques à ces notions qui désignent une forme d'organisation d'au moins deux prestataires de soins. Les documents qui suivent permettent de dresser le portrait de l'évolution du contexte social et économique de l'activité sanitaire, des caractéristiques des systèmes sanitaires locaux ainsi que des modes de coopération dans le système sanitaire (Canton de Vaud 2000a; Canton de Vaud 2000b; Chatelain 2000; Favrod-Coune 2000; Grignon et Midi 2000; Naiditch et al., 2000; Rothen 2000; Taillens 2000; Canton de Valais 1999; Canton de Vaud 1999; Gutzwiller et al., 1996⁸; Canton de Vaud 1998a; Canton de Vaud 1998b; Gilliland 1998; Frossard et Boitard 1997; Grémy 1997; Morin et Morin 1997; Canton de Vaud 1997; Naiditch et Oberlin 1995; Huard et Moatti 1995; Recueil systématique : loi fédérale sur l'assurance-maladie 1994).

Belgique

En Belgique, le débat sur les soins de première ligne porte entre autre sur l'intégration au sein de ces services des médecins spécialistes qui peuvent être consultés librement par les patients.

⁸ Cité dans Santé et Inégalités sociales

France

Un certain nombre d'ouvrages dressent un portrait assez précis du système socio-sanitaire français et mettent en évidence la complexité des paliers d'intervention et de prévention (Neiss 1995; Alfrandi 1994; Documentation française 1994a, et 1994b; 1994c; Duriez 1994; Laborde 1994; Thévenet 1994; MSSPS 1992; Rencontre Santé 1990).

Espagne

Un seul article a été recensé sur le système socio-sanitaire espagnol. Dans cet article, l'auteur propose une analyse descriptive récente des systèmes de santé et des services sociaux en Espagne (Campos-Egozcue 1993).

Europe

Les recherches portant sur l'Europe Centrale et orientale analysent largement l'évolution des systèmes de protection sanitaire et sociale, l'impact sur la santé et parfois même les inégalités de genre qui en découlent (Revue d'études comparatives est-ouest 1998, Crosnier 1993).

Les recherches publiées sur les systèmes de protection sociale et sanitaires au sein de l'Europe communautaire permettent de retracer dans une perspective comparative l'évolution des systèmes (Euzèby 1997; Martin 1997; Cases 1996; Schultheis 1995; Deramon 1994; CEE 1994 et 1993; Mills 1994; Dumont 1993 et 1989; Fagnani 1993; MSSPS⁹ 1992).

Enfin, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe* est une publication en quatre volumes de la Mission Recherche (MiRe). Le quatrième volume qui compare les systèmes d'Europe du nord *versus* le système français est particulièrement intéressant dans la mesure où il consacre un chapitre à la thématique de : Genre et Politiques sociales. La dichotomie existante entre les pays scandinaves et la France ressort, de même que la préoccupation actuelle du genre et de la citoyenneté en France.¹⁰

⁹ Ministère de la Solidarité, de la santé et de la Protection Sociale.

¹⁰ On dispose pour cet ouvrage d'une copie du sommaire accompagné d'un cours résumé. Les quatre volumes ne semblent pas être disponibles dans les bibliothèques des universités montréalaises. La commande peut être faite sur le Web sur le site de la Documentation française.

5- REFLEXION SUR LA PLACE DES FEMMES

Au niveau des dispensatrices de services (médecins, infirmières, auxiliaires familiales...)

Les principales distinctions notées entre les différentes aires géographiques se retrouvent dans cette rubrique : réflexion sur la nature et le rôle des aidantes naturelles¹¹ ou sur l'importante féminisation des intervenants assurant les soins à domicile (Paquette 1999 ; Badgett 1999). Badgett (1999) dénonce ainsi le lien qui est fait dans nos sociétés entre la féminité et l'altruisme familial qui entraîne une surreprésentation des femmes dans les professions sociales et médicales. stratégies utilisées par les femmes médecins *versus* celle des hommes médecins (Saillant 2000 ; Cozette 1999 ; La Documentation française 1994 ; Bruno 1993 ; Saillant 1993 ; Béland 1992 ; Roy et al., 1992). Approche de soins des femmes médecins *versus* celle des hommes médecins (Maheux 1992).

Au Québec, le débat des dernières années a été cristallisé par l'officialisation de la pratique des sages-femmes. Ce débat rejoint les femmes à la fois comme utilisatrices et dispensatrices des ressources. Comme utilisatrice, il réfère à la satisfaction des femmes québécoises face à leur suivi pré et post-natal, à une demande des femmes pour la réappropriation de leur maternité, un plus grand contrôle sur les interventions effectuées au cours du suivi pré et post-natal mais surtout lors de l'accouchement. Comme dispensatrice, il réfère à la place que doivent trouver les sages-femmes au sein du système sanitaire et à la concurrence qui les oppose aux gynécologues-obstétriciens (Blais 1998 ; Blais et Joubert 1998 ; Hatem-Asmar et al., 1998 ; Joubert et Blais 1998 ; Fraser et al., 1998 ; Reinhartz et al., 1998 ; Blais et al., 1998 ; Blais et al., 1997 ; Vadeboncoeur 1997 ; Hatem-Asmar 1996 ; Blais et al., 1993 ; Blais et al., 1992 ; Richard et al., 1992 ; O'Neill et al., 1991 ; Saillant et al., 1985).

Enfin, chaque pays dispose d'une infrastructure spécifique destinée aux femmes dans laquelle le rôle des femmes dans le fonctionnement est important : mouvement des centres de santé au Québec, centres de planification familiale en Europe, maisons maternelles en France. Il existe ainsi, toutes aires géographiques confondues, des espaces communs aux femmes à la fois comme organisatrices, dispensatrices de soins et / ou d'aide et utilisatrices. (Michaud 1997 ; Allard, Tardif et al., 1990; Répertoire des ressources en santé des femmes 1988). Ces espaces touchent une fois de plus majoritairement les thèmes de la périnatalité, de la violence, du cancer du sein.

¹¹ Se référer aux indications bibliographiques portant sur les soins à domicile.

Au niveau des décideurs.

Il semblerait que les principales instances de décisions soient fortement masculinisées et que les femmes se regroupent plutôt au sein de groupes de pressions ou des associations qui travaillent sur le terrain. Ainsi, si l'on regarde pour la France, la composition des conférences nationales et régionales de santé, on constate que non seulement les femmes sont largement sous-représentées au sein de ces organes mais que leur présence n'est le fait que des corps professionnels exclusivement féminins tels que les sages-femmes ou les infirmières. Cet état de fait pourrait être une piste à explorer plus précisément.

6 – PISTES DE REFLEXION

Il pourrait être intéressant d'affiner certains thèmes notamment : évaluer plus précisément la part du social *versus* celle de la santé dans les services de première ligne, la situation et les aides offertes aux femmes monoparentales dans les politiques socio-sanitaires européennes *versus* nord-américaine, l'importance des associations et des groupes professionnels dans les instances de décisions et la part faite aux femmes, la structure et l'importance comparée des groupes de pression de femmes œuvrant dans le domaine de la santé en Europe et en Amérique du Nord, l'existence et le type de services offerts en périnatalité pour les femmes (dans l'optique des femmes et de leur adaptation à leur rôle de mère). Le choix des déterminants utilisés dans les études ayant pour objet l'état de santé des populations pourrait également être exploré. En effet, sur quoi reposent ces choix ? Quelle est l'importance des données conjoncturelles ?
