

Les femmes et la Réforme des soins de santé primaires : Document de travail

Lissa Donner et Ann Pederson

Rédigé pour

**Atelier national sur les
Femmes et les soins de santé primaires
Du 5 au 7 février 2004
Winnipeg, Manitoba**

<http://www.cewh-cesf.ca/reformesante/index.html>

Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé.

Les femmes et la Réforme des soins de santé primaires : Document de travail

Lissa Donner et Ann Pederson

1. Qu'entend-on par soins de santé primaires?

Dans la *Déclaration d'Alma-Ata* de 1978, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) déclarait ce qui suit au sujet des soins de santé primaires :

Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des mesures de protection sanitaire qui lui sont destinées.

Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement conforme à la justice sociale.

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. (Organisation mondiale de la Santé 1978, p. 1-2)

La *Déclaration* continue en définissant les soins de santé primaires comme devant comprendre les services de prévention, de promotion, de soins et de réadaptation.

Le travail du mouvement pour la santé des femmes a été important pour l'établissement de cette orientation pour la politique de santé. C'est le mouvement des femmes qui a été

le premier à utiliser les approches politiques envers la santé et les soins de santé, en les prenant du domaine personnel pour les amener dans le domaine politique en comprenant que le «contrôle de nos propres corps» serait impossible sans changements sociaux et économiques.

Comme Barbara Ehrenreich et Deirdre English l'ont écrit dans *Complaints and Disorders*, cinq ans avant la Déclaration d'Alma-Ata :

Il s'agit là, pour nous, de l'introspection féministe la plus libératrice de toute – la compréhension que notre oppression est commandée par la société et non par la biologie. Réagir à cette compréhension, c'est demander plus que de simplement «contrôler nos propres corps». C'est demander, et se battre pour, le contrôle de toutes les institutions de la société qui définissent aujourd'hui ces options. [TRADUCTION] (Ehrenreich et English 1973, p. 89)

Au contraire de la Déclaration d'Alma-Ata, Santé Canada définit les soins de santé primaires comme «le premier point de contact des Canadiens et des Canadiennes avec le système de santé, habituellement par l'entremise d'un médecin de famille» (Santé Canada, 2001).

Cette définition, rafraîchissante parce qu'elle est courte et simple, laisse des questions importantes sans réponses, y compris ce qui constitue les composantes essentielles des soins de santé primaires.

Dans d'autres domaines, Santé Canada s'est engagé vivement à comprendre l'importance des déterminants non médicaux de la santé, comme le revenu et la situation sociale, l'emploi, l'instruction, les environnements sociaux, les environnements physiques, le sain développement dans l'enfance, les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelle, les services de santé, les réseaux de soutien social, le sexe et la culture¹. Cet engagement remonte au rapport de 1974 du ministre de la Santé fédéral de l'époque, Marc Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. (Lalonde, 1974) Santé Canada a également exprimé son engagement envers une analyse comparative entre les sexes et la santé des femmes, comme cela est démontré par la *Stratégie pour la santé des femmes*, sa *Politique en matière d'analyse comparative entre les sexes* et *Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social*. Pourtant, cela ne semble pas se refléter dans son travail sur la réforme des soins de santé primaires. La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a récemment publié un rapport, *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada* (Lamarche, 2003), qui propose une définition légèrement plus large que celle offerte par Santé Canada :

On a eu recours à diverses définitions pour décrire les services de première ligne. Mais avant tout, il s'agit de services de premier niveau

¹ Voir *Stratégie pour la santé des femmes* de Santé Canada, à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/stratfemmes.htm>

universellement accessibles qui servent à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à offrir des services diagnostiques, curatifs, de réadaptation, de support et palliatifs. (Lamarche 2003, p. 2)

Les auteurs énumèrent ensuite six grands effets qui devraient être produits par les soins de santé primaires : efficacité, productivité, accessibilité, continuité, qualité et réactivité. L'équité – y compris l'égalité des sexes, mais également une équité plus largement conceptualisée – est notoirement absente comme critère. En fait, les auteurs ont décidé de façon explicite de ne pas retenir l'indicateur d'équité aux fins de leur analyse en raison de «l'ambiguïté de sa formulation» (Lamarche, 2003 Appendice 2, p. 50).

Les définitions utilisées par Santé Canada et la FCRSS posent des problèmes. Il s'agit de définitions dépolitisées qui excluent toute mention de système de détermination de la santé à l'extérieur du système de soins de santé lui-même, ainsi que tout énoncé relatif aux droits individuels et collectifs de participer à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé. Elles favorisent l'accent sur la gestion des systèmes plutôt que sur la prévention. Tout comme l'approche du Rapport Romanow, qui met l'accent sur les comportements individuels et qui reste muet au sujet des déterminants structureaux de la santé, cette approche retire les racines essentielles des soins de santé primaires et de la réforme sur les soins de santé primaires².

Toutes ces définitions, y compris celle utilisée dans la *Déclaration d'Alma-Ata* sont rédigées dans une langue qui ignore les besoins différents en soins de santé primaires des hommes et des femmes.

Les soins de santé primaires sont-ils donc définis comme sains pour les femmes canadiennes?

² Voir P. Armstrong et coll. (2003).

2. La réforme des soins de santé primaires au Canada

La réforme des soins de santé primaires au Canada n'est pas une idée nouvelle. Et la réforme des soins de santé ne se limite pas au Canada. En effet, la réforme des soins de santé primaires, comme nous en discuterons, reflète des tendances plus larges, globales envers la réification de la santé et des services de santé³.

Au Canada, la réforme des soins de santé primaires est en cours depuis des décennies. Bien avant le Rapport Lalonde et Alma-Ata, la Saskatchewan a été la première province à utiliser des centres de santé communautaires lorsque des médecins et des citoyens en faveur d'un régime public d'assurance-maladie ont fondé la Community Health Services (Saskatoon) Association en 1962. La Sault Ste. Marie and District Group Health Association a vu le jour en 1963. Très peu de temps après le lancement de l'assurance-maladie en 1971, le Québec a présenté les centres locaux de services communautaires (CLSC). En 1972, le Manitoba s'était joint au mouvement et avait publié un livre blanc intitulé *White Paper on Health Policy*, qui demandait l'établissement de plus de centres de santé communautaires et la création de conseils de santé de district.

En 1969, l'honorable John Munro, ministre fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social a déclaré :

La clé c'est le contact, l'endroit c'est la communauté, le concept c'est une pratique de groupe ... préventive, des centres de santé communautaires, des cliniques de soins externes, une meilleure signalisation de cas par l'intermédiaire de visites à la maison, une meilleure disponibilité des établissements locaux de soins non traditionnels, de meilleurs soins à domicile, un plus grand travail d'équipe avec les organismes sociaux communautaires. [TRADUCTION] (Government of Manitoba 1972, Appendice 1, page 16)

Plus tard au cours de la même année, le ministre Munro a déclaré ce qui suit au sujet des centres de santé communautaires :

...Je crois que certains avantages sont prévisibles dans l'immédiat. Le fait même que le consommateur joue un véritable rôle dans la planification, l'élaboration et l'exploitation de ces centres communautaires représente un énorme pas en avant. [TRADUCTION] (Gouvernement du Manitoba 1972, Appendice 1, page 17)

Toutes les initiatives en matière de réforme des soins de santé primaires depuis les années 60 et 70 ont plusieurs choses en communs. D'abord, elles se rapprochent plus du langage et de l'approche de la Déclaration d'Alma-Ata que la politique en matière de réforme des soins de santé primaires canadienne. Ensuite, aucune de ces initiatives n'a occasionné d'importants changements dans la prestation de soins de santé primaires, qui sont encore

³ Voir P. Armstrong, (2001).

pour la plupart dispensés par des médecins qui sont rémunérés selon le régime de la rémunération des services. Et finalement, aucune d'entre elles ne reconnaît l'importance du sexe dans les soins de santé primaires, tout comme elles ne reconnaissent pas la contribution du mouvement de santé des femmes à la réforme des soins de santé primaires.

Les initiatives actuelles visant la réforme des soins de santé primaires au Canada sont dirigées par les premiers ministres fédéral-provinciaux-territoriaux et par les ministres de la Santé. En réponse au Rapport Romanow, l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* désignait la réforme des soins de santé primaires comme l'un des trois secteurs nécessitant des investissements supplémentaires (les deux autres étant les soins à domicile et la couverture des médicaments onéreux).

Dans cet accord, les premiers ministres ont déclaré :

La clé à des soins efficaces, ponctuels et de qualité réside dans la réforme des soins primaires. Les premiers ministres conviennent que l'amélioration de la continuité et de la coordination des soins, le dépistage et l'intervention précoces, une meilleure information sur les besoins et les résultats, et de nouveaux incitatifs convaincants pour garantir l'adoption rapide et permanente des nouvelles façons de faire constituent les pierres angulaires d'un système de soins primaires efficace.

Les premiers ministres conviennent que l'objectif ultime de la réforme des soins primaires est que tous les Canadiens et les Canadiennes, peu importe où ils vivent, aient accès au fournisseur pertinent de soins de santé, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. (Gouvernement du Canada, 2003)

Quand les premiers ministres déclarent, au sujet de leur «objectif ultime», qu'il s'agit d'un «aient accès au fournisseur pertinent de soins de santé», cela en dit long. On ne parle plus du fait que la réforme des soins de santé primaires est un outil visant à améliorer la santé des personnes les plus vulnérables, ou une façon de parvenir à une société plus juste et équitable. Dans ce modèle, l'accès est perçu comme une fin en soi plutôt que la localisation de l'accès aux services de santé dans le réseau des déterminants de la santé. De plus, cette approche envers les soins primaires est clinique, malgré l'aparté au sujet de la prévention, ce qui laisse supposer que la prévention est également une forme particulière d'intervention clinique. L'équité n'est pas définie comme un objectif, mais l'efficacité l'est.

Tandis que l'Accord des premiers ministres ne comprend pas d'énoncé de priorité, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont entendus au sujet d'objectifs communs pour le Fonds d'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) qui :

soutient les coûts transitoires de la mise en œuvre d'initiatives de grande envergure de renouvellement des soins de santé primaires. À la suite de telles initiatives, un changement fondamental et durable devrait survenir

concernant l'organisation, le financement et la prestation des services de santé primaires qui améliorera l'accès, l'imputabilité et l'intégration des services.

Les objectifs du FSAAP sont les suivants :

- ◆ *accroître le nombre de personnes ayant accès à des organisations de soins de santé primaires qui sont responsables de la prestation planifiée d'un ensemble défini de services complets à une population déterminée;*
- ◆ *mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, sur la prévention des maladies et des blessures et sur la gestion des maladies chroniques;*
- ◆ *accroître l'accès aux services essentiels 24 heures sur 24, 7 jours par semaine;*
- ◆ *former des équipes interdisciplinaires de dispensateurs de soins de santé primaires, de sorte que les soins les plus appropriés soient offerts par les professionnels les plus adéquats;*
- ◆ *faciliter la coordination et l'intégration avec d'autres services de santé, c'est-à-dire dans les établissements de soins et les communautés. (Santé Canada, 2002)*

Les problèmes qui caractérisent les soins de santé primaires viennent donc à être représentés dans les documents de politiques officiels comme le manque principal d'accès aux services et l'intégration inadéquate des services. Un tel encadrement des problèmes a clairement influencé la détermination des solutions envisagées. La réforme des soins de santé primaires est maintenant perçue comme un problème qui peut être résolu par une meilleure gestion (mandater la coordination et l'intégration) et par l'utilisation de mesures incitatives et de dissuasion économiques appropriées (pour former des équipes de fournisseurs de services et prolonger les heures de service). De plus, l'obligation de rendre compte, dans cette rubrique, semble tourner principalement autour de la responsabilité financière plutôt que de la responsabilité pour des soins de qualité et de la responsabilité envers les gestionnaires du système plutôt qu'envers les collectivités et les utilisateurs des services de santé.

On peut imaginer combien les solutions et les priorités seraient différentes si le problème avait été cerné comme s'il s'agissait d'inégalités de santé (y compris, par exemple, les inégalités en raison du sexe, de la situation socio-économique, de l'expérience de migration, de la situation autochtone et du handicap) avec un système de soins de santé primaire faisant partie de la solution.

Cette approche envers les soins de santé primaires est basée, en partie, sur des notions de santé de la population. La santé de la population, construite sur des modèles épidémiologiques, comprend des prévisions au sujet de groupes plutôt qu'au sujet d'individus. Cela soulève la question de savoir comment les services sont «planifiés» pour les personnes qui ne correspondent pas aux modèles, y compris les normes pour les procédures diagnostiques et les traitements. Cela, à son tour, a des répercussions sur l'inscription des utilisateurs des services de santé.

L'esprit de justice sociale évidente dans la *Déclaration d'Alma-Ata* a disparu du dialogue au sujet de la réforme des soins de santé primaires. Et cela n'est pas bon pour la santé des femmes.

Il est également important de se rappeler que la réforme des soins de santé primaires a lieu dans le contexte d'une réforme des soins de santé plus large, qui, au Canada, a été caractérisée par une compression des coûts, des réductions de service, particulièrement par le truchement des congés précoces (et la présomption que les familles, surtout les femmes, assumeront de plus en plus le rôle de fournisseurs de soins non rémunérés), la mise en place des systèmes de gestion administratifs et, récemment, l'incursion, dans quelques provinces, de services de santé à but lucratif dans des domaines qui faisaient principalement partie du secteur public. Ces réformes ont déjà lieu dans le contexte de forces sociales et économiques plus larges, principalement des tendances à réduire les obstacles d'échange entre pays, la mondialisation, particulièrement les ententes d'échange internationales, qui pourraient avoir comme répercussions de limiter la capacité des gouvernements à gérer les programmes sociaux et qui pourraient faire augmenter les pressions sur les gouvernements afin de privatiser la prestation des services de soins de santé. Il a été prouvé que la qualité des soins dispensés dans les hôpitaux à but non lucratif est associée à un plus grand risque de décès pour les patients (Devreaux 2002, p. 1399).

Les pressions en vue de la privatisation et les demandes des ententes d'échange internationales sont également liées, comme cela a été indiqué dans un rapport publié par le Centre canadien de politiques alternatives préparé pour la Commission Romanow (Centre canadien de politiques alternatives 2002). Les auteurs déclarent ceci :

Si les conflits sous-jacents entre les priorités en soins de santé canadiennes et les intérêts commerciaux encouragés par les accords d'échange les plus récents ne sont pas abordés, le système de soins de santé de la nation subira de plus en plus de contraintes et les options de réforme seront d'autant plus diminuées. Heureusement... il existe de nombreuses façons pratiques selon lesquelles on peut en arriver à une meilleure cohérence entre la santé et les politiques d'échange. Les gouvernements devraient commencer par reconnaître, plutôt que nier, qu'une réforme des soins de santé comprend quelques risques de contestations commerciales. Ils devraient ensuite façonner les réformes de santé de façon à tirer le plus d'avantages possible des mesures de protection qui existent dans les accords d'échange; cela signifie généralement la réduction du rôle du financement privé et de la prestation des soins de santé sans but lucratif. [TRADUCTION] (CCPA, 59)

Qui devrait tirer profit de tels changements? Comme l'économiste de la santé Robert Evans l'a fait remarqué, les mécanismes du marché sont populaires parce qu'ils fonctionnent à l'avantage des groupes influents (Armstrong 2001, p. 42). Comme Pat Armstrong l'a fait remarquer :

La plupart des personnes qui en tirent profit sont des hommes, bien qu'il s'agisse d'une petite minorité d'hommes; la plupart des personnes qui subissent le fardeau et qui expriment leur mécontentement face aux solutions du marché sont les femmes. [traduction] (Armstrong 2001, p. 42)

3. Quelle est la place des femmes dans la documentation traitant de la réforme des soins de santé primaires?

La documentation traitant des répercussions pour les femmes des changements prévus aux services de soins de santé primaires se fait rare⁴.

La plupart des études en soins primaires ignorent les faits au sujet des répercussions des sexes sur les besoins et les préférences en soins de santé, ainsi que leur utilisation. Deux rapports de synthèse récents, *Les soins de santé au Canada en 2003* (ICIS, 2003) de l'Institut canadien d'information sur la santé et *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada* (Lamarche et coll. 2003) de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, en sont de bons exemples.

Le rapport de l'ICIS illustre l'un des problèmes créés lorsqu'on ignore les preuves de différences entre les sexes dans le domaine de la santé – ne pas savoir que les renseignements n'existent même pas. La liste «Ce que nous ignorons» à propos de la réforme des soins de santé primaires ne comprend pas les preuves manquantes au sujet du sexe comme «lacune d'information» (ICIS 2003, 25).

Même les données tout nouvellement publiées visant à informer les gens au sujet du processus de réforme des soins de santé primaires sont souvent regroupées selon le sexe ou sont ajustées selon le sexe⁵. Par exemple, dans le document *Accès aux services de soins de santé au Canada* (Statistique Canada 2001) de Statistique Canada qui contient des renseignements au sujet de l'accès et des obstacles à l'accès aux services de santé, y compris les raisons des Besoins non satisfaits de soins de santé auto-déclarés, ne contient que des données regroupées selon le sexe. Il s'agit là d'un gros contraste par rapport à l'engagement envers une analyse comparative entre les sexes de Santé Canada, un des fondateurs de l'*Accès aux services de soins de santé*. La production et l'analyse de données non regroupées selon les sexes représentent une étape importante, mais insuffisante pour comprendre ces problèmes. L'analyse comparative entre les sexes, qui porte sur des problèmes comme le statut social des femmes, le pouvoir lié au sexe et l'accès aux ressources, est nécessaire, en plus des données non regroupées selon le sexe, pour comprendre pleinement comment les femmes vivent.

Des recherches financées par les Centres d'excellence pour la santé des femmes ont mené à une description des problèmes de santé de groupes particuliers de femmes, par exemple, les femmes touchées par la toxicomanie (Poole et Isaacs 2002 et Tait 2000), les femmes immigrantes (MacKinnon et Howard 2000 et Weerasinghe 2000), les femmes lesbiennes (Anderson et coll. 2001), les femmes de minorités visibles (Sharif et coll. 2000), les femmes autochtones (Browne et coll. 2000, Benoit et coll. 2001, Dieter et Otway 2001) et les femmes de milieu rural (Roberts et Falk 2001,

⁴ Voir par exemple, Schellenberg, 2001 et P. Armstrong et H. Armstrong (2001).

⁵ Au cours de ce processus, le taux est ajusté pour permettre des comparaisons entre différents groupes, en normalisant la distribution des sexes dans les populations. Tandis que cela permet des comparaisons entre les groupes, cela masque également les différences entre les sexes.

Donner 2001). Ces rapports abordent les problèmes du point de vue des femmes concernées et tirent des conclusions au sujet des politiques et des services de leur point de vue.

Des travaux intéressants ont également été réalisés afin d'élaborer des modèles de soins centrés sur les femmes, notamment le *Model of Care* (Women's Health Clinic) de la Winnipeg Women's Health Clinic et le *Framework for Women-Centred Care* de la Vancouver/Richmond Health Authority.

Tandis que ces documents et d'autres ouvrages, publiés par des universitaires de la santé des femmes et des activistes de la cause des femmes, fournissent des renseignements importants au sujet de programmes et de modèles de soins en particulier pour des sous-groupes particuliers de femmes, ils n'abordent généralement pas les répercussions potentiellement différentes de la réforme des soins de santé primaires pour les femmes et les hommes.

En résumé – les femmes sont largement absentes des études au sujet des propositions canadiennes pour la réforme des soins de santé primaires.

4. Pourquoi se pencher sur les besoins en soins de santé primaires des femmes?

Mis à part le mouvement pour la santé des femmes, les débats au sujet de la réforme des soins de santé primaires qui ont eu lieu jusqu'à maintenant ont exclu les besoins en soins de santé primaires des femmes et en quoi ceux-ci pourraient être différents des besoins en soins de santé primaires des hommes. Cette absence est basée sur la présomption que la question de la différence entre les sexes n'entre pas en ligne de compte lorsqu'il s'agit de soins de santé primaires, c'est-à-dire, que les besoins en soins de santé primaires des femmes et des hommes sont les mêmes. Le sont-ils?

Au niveau le plus superficiel, si l'on examine les cinq objectifs des premiers ministres pour le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, ces changements seront avantageux pour les femmes. Après tout, les femmes n'ont-elles pas besoin d'un meilleur accès aux services et de meilleurs services de promotion de la santé, de prévention et de gestion de la maladie? Les femmes ne tireront-elles pas profit des services essentiels 24 heures sur 24, 7 jours par semaine? Une meilleure coordination et des équipes interdisciplinaires de fournisseurs de services ne bénéficieront-elles pas autant aux femmes qu'aux hommes?

Bien sur que si et elle le feront. Mais lorsqu'on regarde au-delà de ces généralités, les différences entre les femmes et les hommes (et les garçons et les filles) deviennent de plus en plus évidentes⁶.

Nous croyons que celles-ci se manifestent de six façons, façons qui ont toutes des répercussions sur l'organisation et la prestation des soins de santé primaires :

Premièrement, il existe des conditions particulières au sexe, y compris la gamme complète de soins gynécologiques, qui devraient faire partie d'un système de soins de santé primaires réformé. Parmi ces soins, notons la contraception pour les femmes, la grossesse, la naissance, les menstruations, la ménopause et la stérilité féminine, domaines qui font tous partie des soins de santé primaires pour les femmes. Une autre des conditions particulières au sexe et qui fait partie des soins de santé primaires est la vérification pour le cancer du col de l'utérus. Tout système de soins de santé primaires réformé doit comprendre la gamme complète des services de soins de santé gynécologiques et leur prestation doit être organisée de façon à reconnaître la diversité des femmes et à faire la promotion de l'autonomie, du contrôle et de la santé des femmes.

Deuxièmement, il existe des conditions qui sont plus fréquentes chez les femmes, telles que le cancer du sein, les troubles de l'alimentation, la dépression et les blessures auto-infligées⁷. Par exemple, les programmes de dépistage du cancer du sein font partie

⁶ Puisque notre tâche dans ce document est de se pencher sur les répercussions de la réforme des soins de santé primaires pour les femmes, nous n'abordons pas les besoins en soins de santé primaires des hommes ni les façons dont ceux-ci pourraient différer des besoins des femmes.

⁷ Pour obtenir une description de quelques-unes des conditions qui sont plus fréquentes chez les femmes, voir Donner (2003); Greaves et coll. (1999) et Santé Canada (2003).

des soins de santé primaires des femmes. Et puisque de plus en plus de femmes vivent longtemps avec le cancer du sein, une plus grande partie de leurs soins sera assumée par le système des soins de santé primaires. Dans le cas conditions telles que les troubles de l'alimentation, la dépression et les blessures auto-infligées, de bons soins de santé primaires pour les femmes doivent comprendre des programmes de prévention et de traitement qui reconnaissent la nature «sexuée» de ces conditions, y compris les facteurs de risques distincts des femmes et le besoin d'interventions particulières au sexe.

Troisièmement, il existe des conditions qui semblent être neutres, telles que les maladies cardiaques, mais pour lesquelles les signes, les symptômes et le traitement optimum pourraient être différents pour les femmes et les hommes (Grace 2003a). De bons soins de santé primaires pour les femmes incorporent cette connaissance dans tous les processus de soins, y compris la promotion de la santé, la prévention et le traitement des maladies.

Quatrièmement, le rôle socioculturel de la femme dans notre société influence leur santé de plusieurs façons. Des exemples à ce sujet ont été documentés en détail par les chercheurs et les activistes dans le domaine de la santé des femmes, y compris :

- ◆ les responsabilités de prestataire de soins des femmes font souvent en sorte qu'elles accordent une plus grande importance à la santé d'autrui qu'à leur propre santé;
- ◆ la ségrégation selon le sexe de la main-d'œuvre en général et dans le domaine des soins de santé en particulier;
- ◆ les demandes de responsabilités des prestataires de soins des femmes contribuent à leur mauvaise santé;
- ◆ les femmes ont des revenus moyens moins élevés que les hommes et les revenus moindres sont associés à une plus mauvaise santé;
- ◆ le travail rémunéré et les conditions de travail des femmes influencent leur santé.

De bons soins de santé primaires pour les femmes doivent comprendre ces connaissances et être un bon catalyseur pour le changement, ce qui aiderait à réduire les répercussions des différences entre les sexes aux inégalités en matière de santé.

Cinquièmement, les stéréotypes véhiculés par le système de soins de santé ont des effets néfastes sur la santé des femmes de différentes façons. Parmi ces stéréotypes, notons ceux au sujet de l'utilisation par les femmes des soins de santé et les stéréotypes au sujet des rôles de prestataires de soins pour les femmes.

On suppose souvent que les femmes utilisent davantage les services de soins de santé que les hommes. Mais il existe de très bonnes preuves que cela est associé aux soins particuliers aux sexes et non pas au stoïcisme masculin ou à la prédisposition des femmes à chercher de l'aide. Par exemple, au Manitoba en 1994-1995, le coût par habitant pour la prestation de services de soins de santé à des femmes financé par le système d'assurance-maladie était d'environ 30 p. 100 plus élevé que le coût pour les hommes.

Cependant, en faisant abstraction des conditions particulières aux sexes⁸ et considérant les coûts pour les services de médecins et de soins de santé actifs à l'hôpital, les coûts des services de soins de santé assurés pour les femmes étaient environ les mêmes que pour les hommes. C'est-à-dire le rapport femmes-hommes est passé de 1,3 à 1,0 (Mustard et coll., 1998).

Il existe également des preuves solides à l'effet que les stéréotypes négatifs à propos des femmes font que celles-ci reçoivent de moins bons traitements dans tous les domaines, de l'utilisation de médicaments d'importance vitale pendant les crises cardiaques (Grace 2003b) à la prévention secondaire de la cardiopathie ischémique (Hippisley-Cox 2001), en passant par les médecins qui supposent plus facilement que les symptômes physiques des femmes sont d'origine psychologique (McKie 2000). Le résultat de l'application de ces stéréotypes comprend des coûts plus élevés pour le système, ainsi que pour les personnes. Si les défenseurs de la réforme des soins de santé primaires s'intéressent vraiment aux coûts, ils devraient peut-être songer à éliminer les pratiques fondées sur les stéréotypes liés aux sexes.

Malgré toutes ces preuves, et puisque nous sommes à l'ère de la «médecine fondée sur l'expérience clinique» et de la «prise de décisions fondées sur des données probantes», ces changements fondamentaux dans le domaine des soins de santé primaires continuent à choisir d'ignorer les preuves écrasantes au sujet des sexes.

Sixièmement, songeons à la surmédicalisation des aspects normaux de la vie des femmes, y compris la grossesse, la naissance et la ménopause. Ces aspects ont été remis en question par le mouvement pour la santé des femmes depuis plus de trente ans, avec un certain succès (notamment la réintégration des sages-femmes au Canada et son organisation en tant que profession décernant des permis de pratique.)

Mais on n'ignore pas les femmes dans les plans de réforme des soins de santé primaires. On nous a assigné deux rôles importants – en tant que récipients (pour les êtres humains de demain) et en tant que vecteurs pour la transmission des bonnes choses (par exemple, le lait maternel, les soins, les renseignements sur la santé, les aliments nutritifs, la prestation de soins, un style de vie actif) et les mauvaises choses (par exemple, la fumée secondaire indirecte, l'alcool pendant la grossesse, la mauvaise alimentation, un style de vie sédentaire) à nos familles. Chaque plan de réforme de soins de santé primaires comprend les femmes en leur donnant le rôle d'agents, sans nom et sans rémunération, de prestation de la promotion de la santé sans examen critique de la façon dont cela perpétue des stéréotypes sexuels malsains.

Daykin et Naidoo (1995, 59) ont défendu, par exemple, que la promotion de la santé a négligé les expériences de morbidité des femmes d'une façon telle que les campagnes sont basées sur une «épidémiologie centrée sur les hommes.» De plus, ils croient que les stratégies de promotion de la santé pourraient imposer des responsabilités aux femmes «malgré leur manque relatif de pouvoir d'agir.» Ils pensent également que la nature

⁸ Celles-ci comprennent pour les femmes, la reproduction normale et anormale, et pour les femmes et les hommes, les maladies du système génital et du sein.

individualisée, où l'on blâme la victime, de beaucoup de promotion de la santé a des répercussions sur les femmes quant à leur rôle de fournisseurs de soins en ignorant le contexte social qui marginalise ce rôle. Finalement, les femmes sont souvent la cible des campagnes de promotion de la santé, non pas pour leur bien, mais pour celui des autres, notamment celui de leurs enfants; l'accent, par exemple, sur la santé avant la conception, tandis qu'elle a de bonnes intentions puisqu'elle appuie un développement sain de l'enfant, court le risque de réduire les femmes, encore, à l'état d'être «pré-enceinte» perpétuellement et toujours, ce qui met l'accent sur le rôle reproductif de la femme plutôt que sur d'autres aspects de sa santé et de son bien-être⁹.

⁹ Pour obtenir une discussion sur le discours entourant la pré-conception et le maternage, voir Greaves et coll. (2002).

5. Considération de la santé des femmes dans la réforme des soins de santé primaires

Même en l'absence de document au sujet de la façon dont les différents modèles de réforme de soins de santé primaires pourraient toucher différemment les femmes et les hommes, il est possible d'utiliser les leçons apprises à partir d'autres ouvrages dans le domaine de la santé des femmes et de les appliquer à ces propositions. Nous traitons de cela dans les paragraphes qui suivent en utilisant les cinq objectifs du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires comme cadre.

Objectif n° 1- *Accroître le nombre de personnes ayant accès à des organisations de soins de santé primaires qui sont responsables de la prestation planifiée d'un ensemble défini de services complets à une population déterminée.*

Cet objectif comprend plusieurs types différents d'organismes, de la médecine de groupe aux services de soins de santé primaires gérés selon l'inscription des clients et la capitation, aux centres de santé communautaires. Il soulève un certain nombre de problèmes qui suscitent de l'intérêt auprès des femmes :

- *Qui définit «l'ensemble défini de services complets»?* Pour les solutions de rechange gérées par des médecins (comme les Family Health Networks de l'Ontario), cet ensemble est déterminé par une négociation entre les médecins et leurs représentants et le gouvernement et/ou les autorités de santé régionales. Il est peu probable qu'on considère les besoins en soins de santé primaires particuliers au sexe des femmes dans ces modèles. Dans les centres de santé communautaires, les conseils communautaires établissent leurs propres priorités de services, selon leur perception des besoins de la communauté (qui peuvent être ou ne pas être réceptifs aux problèmes de santé des femmes) et en négociations avec leurs investisseurs (le gouvernement provincial directement ou une autorité de soins de santé régionale). Tandis que certains des programmes de soins de santé primaires sensibles aux différences entre les sexes les plus innovateurs ont été élaborés par des centres communautaires, d'autres centres se sont concentrés sur la «santé de la famille» pour laquelle les femmes sont reconnues en raison de leur travail en tant que vecteurs pour transmettre les renseignements de santé, mais pour laquelle les besoins en santé particuliers des femmes reçoivent peu d'attention.
- *Que comprendra un «ensemble défini de services»?* Ces questions sont essentielles à la santé des femmes pour de nombreuses raisons. Par exemple, les soins de santé liés à la fonction reproductrice des femmes seront-ils compris de façon à traiter les grossesses, les menstruations, les naissances et la ménopause comme des éléments normaux de la vie d'une femme? Les connaissances existantes au sujet des différences entre les sexes seront-elles utilisées pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer les services? Les besoins en services de toutes les femmes seront-ils considérés comme tous les mêmes ou les

connaissances au sujet des différences entre les sexes entre les femmes (pour des raisons comme le handicap, la migration, les antécédents autochtones, la situation ethnique et de minorité visible et l'orientation sexuelle) seront-elles utilisées? Les connaissances existantes au sujet des façons dont le sexe entre en jeu avec les autres déterminants de la santé (tels que le revenu, l'instruction et les environnements sociaux et physiques) seront-elles utilisées? Nous n'avons pas encore vu de preuve de l'utilisation des connaissances au sujet du sexe et de la diversité dans l'élaboration de l'ensemble défini de services.

- *Qui fera partie de la «population déterminée»? Malheureusement, les femmes font encore face à des traitements discriminatoires de la part des médecins et d'autres fournisseurs de soins de santé qui ne sont pas réceptifs à leurs besoins. Citons par exemple le manque de connaissance au sujet des conditions particulières au sexe (p. ex., l'endométriose) et les attitudes partiales (par exemple, les femmes se plaignent et cherchent de l'aide plus fréquemment). Ainsi, les systèmes comme l'inscription des clients, qui limitent les possibilités des femmes à chercher une deuxième opinion sans le consentement de leur médecin de famille, ne sont pas favorables à la santé des femmes¹⁰.*
- *Comment le point de vue des femmes qui utilisent le système de soins de santé sera-t-il inclus dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de ces organismes? Étant donné qu'aucun «consommateur» n'a été consulté, par exemple, dans le projet *Sur la voie du changement* tout récent, le point de vue des femmes en tant qu'utilisatrices du système de soins de santé et en tant que fournisseurs de soins de santé non officiels et non rémunérés, n'est pas reflété dans la recherche, dans l'analyse ni dans les conclusions¹¹.*
- *Comment ces modèles d'organisation reconnaîtront la féminisation de soins de santé, particulièrement pour la médecine familiale? Selon Statistique Canada, en 1998-1999, environ 38 000 étudiants étaient inscrits à temps plein et à temps partiel à des programmes de soins de santé de premier cycle, dont plus de trois-quarts (76 p. 100) étaient des femmes. Ce mélange est en changement depuis longtemps : en médecine, par exemple, les femmes diplômées sont plus nombreuses que les hommes diplômés depuis 1996. (ICIS, 2001 ix) Nous savons que le travail à temps partiel est plus populaire dans le secteur des soins de santé que dans tout autre secteur du marché du travail et que les médecins font partie du nombre des personnes qui travaillent à temps partiel. (ICIS, 2001 41) Les femmes exercent aussi différemment des hommes; un sondage d'auto-évaluation récent a indiqué, par exemple, que les omnipraticiennes voient une plus grande proportion de patients touchés de maladies mentales chroniques, dispensent une plus grande*

¹⁰ En Ontario, les patients appartenant à un réseau de santé familiale doivent être recommandés par leur médecin de famille participant à un deuxième médecin de famille, au cas où ils aimeraient obtenir une deuxième opinion. Ce système risque de limiter l'autonomie et la vie privée des patients (voir la brochure du patient du réseau de santé familiale, disponible à l'adresse suivante : <http://www.ontariofamilyhealthnetwork.gov.on.ca/french/indexf.htm>)

¹¹ Voir les annexes à Lamarche 2003 pour une description complète des méthodes utilisées pour obtenir l'avis d'experts.

proportion de services préventifs, particulièrement les tests de Papanicolaou, font plus de counselling et dispensent plus de services d'obstétrique, et sont plus susceptibles d'exercer dans un milieu urbain ou une banlieue. (Collège des médecins de famille) Puisque la plupart des modèles de réforme de soins de santé primaires reposent sur les médecins de famille ou les omnipraticiens (Armstrong et Armstrong 2001) et que les femmes représentent une proportion croissante de médecins de famille, l'organisation des soins primaires doit refléter non seulement ce changement démographique, mais également, comme le soutient Woodward et coll. (1996, p. 50-51), les différences entre les médecins de famille femmes et hommes «dans l'organisation des bureaux de médecins, dans les rapports entre les médecins et les patients et dans la réponse de la profession à la politique de santé du gouvernement»¹². [TRADUCTION]

Objectif n° 2 – *Mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, sur la prévention des maladies et des blessures et sur la gestion des maladies chroniques.*

L'inclusion explicite de la promotion de la santé et de la prévention dans les soins de santé primaires est bien sûr très bien reçue. Une des principales critiques des systèmes d'honoraires à l'acte tels que nous les connaissons a été que nous ne récompensons pas les médecins de famille qui prennent le temps de travailler avec leur patient dans le but de promouvoir la santé et de faire de la prévention. Mais la conceptualisation de la promotion de la santé et de la prévention des blessures et de la maladie sera essentielle à leur réussite et à la santé des femmes. Par exemple,

- la promotion de la santé mettra-t-elle l'accent sur les déterminants de comportementaux de la santé (tels que la diète, le tabagisme et l'exercice) ou des ressources adéquates seront-elles jointes pour remettre en cause et modifier les déterminants structureaux de la santé (tels que le revenu, les conditions de travail et l'instruction)? Étant donné les définitions actuelles de la réforme des soins de santé primaires, cela ne semble pas être le cas.
- le sexe en tant que déterminant de la santé et les façons dont les sexes interagissent avec les autres déterminants seront-ils considérés au cours de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation de ces programmes? Étant donné l'absence d'une analyse comparative entre les sexes dans les plans actuels de réforme des soins de santé primaires, cela ne semble pas probable.
- les programmes de promotion et de prévention feront-ils la promotion des stéréotypes selon les sexes en traitant les femmes sans réserves comme si elles étaient des vecteurs et des réceptifs? Par exemple, si les femmes restent la cible des campagnes de promotion en raison de leur rôle de «gardienne de la santé» [TRADUCTION] (Heller 1986) de la famille, jusqu'au point où ces campagnes individualisent les problèmes et blâment les femmes pour leur mauvaise santé et les problèmes de santé des membres de la famille, elles regroupent le sens de

¹² Voir également les débats sur les femmes en médecine dans trois documents résultant du Forum du Canada et des États-Unis pour la santé des femmes de 1996 de Phillips, S., Tudiver, S. et Zimmerman, M.

responsabilité personnelle des femmes envers les problèmes de santé qui sont, en fait, bien au-delà de leur contrôle (Daykin et Naidoo 1995). Il existe peu de preuve pour laisser entendre cette pratique changera.

Objectif n° 3- *Accroître l'accès aux services essentiels 24 heures sur 24, 7 jours semaine.*

Un accès accru aux services représente une bonne idée. Cependant, pour les femmes, «l'accès» signifie plus qu'une porte ouverte ou qu'une personne qui répond au téléphone. Par exemple,

- quels services seront dispensés au téléphone?
- que signifie vraiment des soins de santé primaires 24 heures sur 24, 7 jours par semaine? On s'attend à ce que les services supplémentaires soient dispensés en dehors des heures «normales» de bureau. Les femmes qui travaillent tireront profit de la prolongation des heures «normales» de bureau puisqu'elles pourront chercher des soins de santé primaires pour elles-mêmes en soirée, par exemple. Cependant, quel effet aura l'établissement de telles heures de travail sur les fournisseurs de soins, dont la majorité sont des femmes? Comment équilibrons-nous donc les conflits entre les souhaits et les besoins des femmes de ces deux points de vue?
- des services de garde d'enfants seront-ils offerts pour les femmes qui cherchent des soins pour elles-mêmes?
- quelles mesures sont prises pour rendre les services accessibles aux femmes atteintes de handicaps physiques?
- comment les services seront-ils culturellement et linguistiquement accessibles pour les femmes provenant de communautés minoritaires?
- les fournisseurs de services reconnaîtront-ils que les engagements de travail et familiaux des femmes limitent leur capacité à chercher des soins?

Objectif n° 4- *Former des équipes interdisciplinaires de dispensateurs de soins de santé primaires, de sorte que les soins les plus appropriés soient offerts par les professionnels les plus adéquats.*

Tandis qu'une approche complète envers la santé, y compris la promotion de la santé et la prévention des maladies, est importante pour la santé et le bien-être des femmes, et qu'une plus grande utilisation d'équipes polyvalentes et interdisciplinaires a le potentiel d'améliorer la qualité des soins offerts, il reste quand même des problèmes pour les femmes.

- Comment le bon mélange de membres d'équipe sera-t-il établi? L'ICIS reconnaît que, même au sein de la même profession, les rôles et les compétences peuvent

varier. De plus, il est peu probable que le mélange de fournisseurs nécessaire – et disponible – dans un milieu rural soit le même que dans un milieu urbain. Par exemple, les médecins ruraux dispensent plus de services d'urgence que les omnipraticiens urbains; cette différence a des répercussions sur la composition de l'équipe nécessaire pour dispenser les soins appropriés aux résidents ruraux. (ICIS 2001) Qu'est-ce que cela signifiera pour les femmes qui représentent la vaste majorité des travailleurs de la santé? Quelques propositions, par exemple, donnent à penser les infirmières praticiennes prendront la relève en dehors des heures normales, une approche qui laisse supposer que les soins seront différents selon l'heure de la journée¹³.

- Comment assurera-t-on la formation pour des soins de santé sensibles aux différences entre les sexes? En Colombie-Britannique, la formation en santé qui tient compte des différences entre les sexes se trouve à l'étape de projet pilote avec des intervenants de première ligne et au Manitoba, de la formation a été mise en place pour enseigner la planification en tenant compte des différences entre les sexes aux autorités de la santé. Une telle formation représente une première étape vers un système de soins de santé plus sensible aux différences entre les sexes, mais doit être appuyée par l'incorporation de ce type de formation au sein des programmes de formation en soins de santé officiels.
- Comment nous assurons-nous que le patient ou le client participe en tant que membre actif à cette «équipe» et que la continuité des soins est maintenue?

Objectif n° 5- *Faciliter la coordination et l'intégration avec d'autres services de santé, c'est-à-dire dans les établissements de soins et les communautés.*

Une meilleure facilitation et une meilleure coordination sont également les bienvenues. Cependant, cela se limite souvent à une discussion sur les dossiers médicaux électroniques afin d'aborder la volonté du système à assurer une libre communication des renseignements sur la santé. Cela soulève deux problèmes. Premièrement, il n'y a pas de reconnaissance des désirs des femmes à protéger la nature confidentielle de leurs discussions avec leur fournisseur de soins de santé principal ou avec leur fournisseur de soins de santé spécialisé. Les femmes pourraient peut-être ne pas discuter de questions de santé de nature reproductrice, telle que la décision de mettre fin à une grossesse ou de donner un enfant en adoption, si ces renseignements sont mis à la disponibilité d'autres personnes. En outre, les femmes pourraient ne pas souhaiter discuter de la violence qu'elles ont subie avec leur partenaire si ces renseignements sont inclus dans un dossier qui sera mis à la disponibilité d'autres organismes communautaires ou d'autres institutions. Ces questions sont particulièrement graves dans les collectivités rurales et éloignées. Deuxièmement, un dossier médical électronique représente une solution à une définition très étroite de «coordination et intégration». La promesse originale d'une

¹³ Voir Armstrong, P. et Armstrong, H. (2001), *Primary Health Care Reform: A Discussion Paper* préparé pour la Coalition canadienne de la santé est disponible à l'adresse <http://www.healthcoalition.ca/health-index.html>

réforme des soins de santé primaires en tant qu'occasion d'améliorer la continuité des soins et la flexibilité des soins semble s'être perdue.

6. Une alternative féministe : Une réforme des soins de santé primaires qui tient compte des différences entre les sexes

Nous avons beaucoup de questions et quelques idées. Nous n'avons pas toutes les réponses – encore. Mais voici quelques choses dont «nous sommes certaines» :

1. L'esprit radical d'Alma-Ata a été retiré de la réforme des soins de santé primaires actuelle. Si la réforme des soins de santé primaires se limite au changement de la gestion, de la gouvernance et des modèles de paiement, la possibilité que la réforme des soins de santé primaires contribue à réduire les inégalités en matière de santé se perdra. La santé des femmes en souffrira donc.
2. Pour vraiment faire la promotion de la santé des femmes, un système de soins de santé primaires réformé devrait comprendre la façon dont l'appartenance à un sexe influence la santé des femmes.
3. Pour améliorer la santé des femmes, un système de soins de santé primaires réformé devrait reconnaître la diversité de la vie des femmes.
4. L'inscription des clients vise à limiter les coûts en limitant le choix des patients. Les propositions de capitation transfèrent les risques financiers des gouvernements provinciaux aux médecins et aux conseils communautaires. Ces deux choses sont néfastes à la santé des femmes.
5. Un système de soins de santé primaires réformé a le potentiel de renforcer les stéréotypes liés au sexe, en traitant sans réserves les femmes comme des vecteurs et des récipients. Cela est nuisible à la santé des femmes.
6. Si les femmes des collectivités locales participent aux processus de conception et de régie des organismes de soins de santé primaires réformés, la réforme des soins de santé primaire présente donc la possibilité d'améliorer la santé des femmes en faisant augmenter l'engagement social et le contrôle social des femmes. Si la conception et la gouvernance du système sont laissées aux «spécialistes», le système ne possédera pas ces renseignements importants et cette occasion inestimable sera perdue.

Remerciements

Les auteurs aimeraient remercier les membres du Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé pour leurs commentaires au sujet d'une version préliminaire antérieure et pour leur appui à la rédaction de ce document. Parmi les membres du Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé, mentionnons Pat Armstrong, Madeline Boscoe, Barbara Clow, Karen Grant, Beth Jackson et Kay Willson. Les points de vue exprimés dans le présent document représentent ceux des auteurs et ne sont pas nécessairement ceux du Comité coordonnateur ou de son fondateur, le Programme de contribution pour la santé des femmes de Santé Canada.

Références

ANDERSON, L., T. HEALY, B. HERRINGER, B. ISAAC et T. PERRY. *Out in the Cold: The Context of Lesbian Health in Northern British Columbia*. Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, 2001.

ARMSTRONG, P. «The Context for Health Care Reform in Canada» dans Armstrong, P. et coll. (éds.), *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*, (pp. 11-48). Aurora : Garamond Press, 2001.

ARMSTRONG, P. et H. ARMSTRONG. *Wasting Away: The Undermining of Canadian Health Care*. Toronto : Oxford University Press, 1996.

ARMSTRONG, P. et H. ARMSTRONG. «Women, privatization and health care reform: The Ontario case» dans Armstrong, P. et coll. (éds.), *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*, (p. 163-215). Aurora : Garamond Press, (2001a).

ARMSTRONG, P. et H. ARMSTRONG. *Primary Health Care Reform: A Discussion Paper*, préparé pour la Coalition canadienne de la santé. Disponible à l'adresse <http://www.healthcoalition.ca/health-index.html>, (2001b).

ARMSTRONG, P. et coll. *Le rapport Romanow: Les répercussions du rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada pour les femmes*. Disponible à l'adresse : http://www.cewh-cesf.ca/healthreform/publications/summary/reading_romanow.html, 2003.

BENOIT, C., D. CARROLL, L. LAW et M. CHAUDHRY. *Marginalized Voices from the Downtown Eastside: Aboriginal Women Speak About Their Health Experiences*. Toronto : Le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu et disponible à l'adresse <http://www.yorku.ca/nnewh/english/nnewhind.html>, 2001.

BROWNE, A., J. FISKE et G. THOMAS. *First Nations Women's Encounters with Mainstream Health Care Services and Systems*. Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique et disponible à l'adresse <http://www.bccewh.bc.ca/Pages/pubspdflist.htm>, 2000.

Canadian Centre for Policy Alternatives, Consortium on Globalization and Health. *Putting Health First: Canadian Health Care Reform, Trade Treaties and Foreign Policy*, rapport préparé pour la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada et disponible à l'adresse <http://www.healthcoalition.ca/ccpa-trade-paper.pdf>, 2002.

DAYKIN, N. et J. NAIDOO. Feminist critiques of health promotion. Dans R. Bunton, S. Nettleton et R. Burrows (éds.), *The Sociology of Health Promotion: Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk* (p. 59-69). London et New York : Routledge, 1995.

DEVREAUX, P. J. et coll. «A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 28 mai, 166 (11) : 1399 à 1406, 2002.

DIETER, C. et L. OTWAY. *Sharing Our Stories On Promoting Health and Community Healing: An Aboriginal Women's Health Project*, Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies et disponible à l'adresse <http://www.pwhce.ca/research.htm#aboriginal>, 2001.

DONNER, L. *A Rural Women's Health Program: The Experience of the South Westman Regional Health Authority*. Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies et disponible à l'adresse <http://www.pwhce.ca/research.htm#hr>, 2001.

DONNER, L. *Including Gender in Health Planning: A Guide for Regional Health Authorities*. Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies et disponible à l'adresse <http://www.pwhce.ca/gba.htm>, 2003.

EHRENREICH, B. et D. ENGLISH. *Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness*. (1st ed.) Old Westbury, N.Y.: Feminist Press, 1973.

Gouvernement du Canada. *Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/adss2003/accord.html>, 2003.

Gouvernement du Manitoba. *White Paper on Health Policy*, 1972.

Gouvernement de l'Ontario. *votre réseau santé familiale, votre médecin et vous...* Dépliant à l'intention des patients d'un réseau Santé familiale, disponible à l'adresse <http://www.ontariofamilyhealthnetwork.gov.on.ca/french/indexf.html>

GRACE, S. et coll. «Maladies cardiovasculaires» dans Santé Canada, *Rapport de surveillance de la santé des femmes*, disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/whsr-rssf/chap_14_f.html, 2003a.

GRACE, S. «Presentation, delay, and contraindication to thrombolytic treatment in females and males with myocardial infarction», *Women's Health Issues*, vol. 13, n° 6 : p. 214-221, 2003b.

GREAVES, L. et coll. *CIHR 2000: Sex, Gender and Women's Health*. Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique. disponible à l'adresse <http://www.cwhn.ca/resources/cihr2000/index.html>, 1999.

GREAVES, L., C. VARCOE, N. POOLE, M. MORROW, J. JOHNSON, A. PEDERSON et I. IRWIN. *Une question capitale pour les mères : le discours sur les*

soins maternels en situation de crise. Ottawa : Coalition féminine Canada, disponible à l'adresse http://www.swc-cfc.gc.ca/pubs/0662326791/index_f.html, 2002.

HELLER, A. F. *Health and Home: Women as Health Guardians in the Home*. Ottawa : Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, 1986.

HIPPISLEY-COX, J. et coll. «Sex inequalities in ischaemic heart disease in general practice: cross sectional survey», *British Medical Journal* 2001; 322:832, 2001.

Institut canadien d'information sur la santé. *Les dispensateurs de soins au Canada*, disponible à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_35_F, 2001.

Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au Canada 2003*, Partie A «Soins de santé primaires», disponible à l'adresse : http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_27_E&cw_topic=27&cw_rel=AR_43_F, 2003.

KAUFERT, P. «The vanishing woman: gender and population health» dans Pollard, T. and Hyatt, S. (éd.), *Sex, Gender and Health*, Cambridge : Cambridge University Press, 1999.

LALONDE, M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/pdf/perspectfr.pdf>, 1974.

LAMARCHE, P. et coll. *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, disponible à l'adresse http://www.chsrf.ca/final_research/commissioned_research/policy_synthesis/pdf/choices_for_change_f.pdf, 2003.

Le Collège des médecins de famille du Canada, Le Projet Janus. (2003). *Responding to Societal Needs: A Focus on Older Family Physicians, Female Family Physicians, and Recent Family Medicine Graduates* disponible à l'adresse : <http://www.cfpc.ca/French/cfpc/research/janus%20project/default.asp?s=1>

MACKINNON, M. et L. L. HOWARD. *Affirming Immigrant Women's Health: Building Inclusive Health Policy*, Halifax : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique et disponible à l'adresse <http://www.acewh.dal.ca/eng/reports.html>, 2000.

MCKIE, R. «Moaning men push women to back of health queue», *U.K. Observer*, May 7, 2000.

MUSTARD, C., P. KAUFERT, A. KOZYRSKYJ et T. MAYER. «Sex differences in the use of health care services», *New England Journal of Medicine*, 338 :1678, 1998.

Organisation mondiale de la santé, *Déclaration d'Alma -Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires*, Alma-Ata, URSS, 6 au 12 septembre 1978. Disponible à l'adresse http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

PHILLIPS, S. *Leadership en santé*, document rédigé pour le Forum du Canada et des États-Unis pour la santé des femmes et disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/canusa/papers/canada/french/leaders.htm>, 1996.

POOLE, N. et B. ISAAC. *Apprehensions: Barriers to Treatment for Substance-using Mothers*, Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes et disponible à l'adresse <http://www.bccewh.bc.ca/Pages/pubspdflist4.htm>, 2002.

ROBERTS, J. et M. FALK. *Women and Health: Experiences in a Rural Regional Health Authority*, Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies et disponible à l'adresse <http://www.pwhce.ca/research.htm#hr>, 2001.

Santé Canada. *Stratégie pour la santé des femmes*, disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/stratfem.htm>, 1999.

Santé Canada. *La politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes*, disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/analyse_comp.htm, 2000.

Santé Canada. «What is Primary Health Care?» dans *Les soins de santé primaires, de quoi s'agit-il?* disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/phctf-fassp/francais/about.html>, 2001.

Santé Canada. *But du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires*, disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/phctf-fassp/francais/index.html>, 2002.

Santé Canada. *Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social*, disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/pdf/concepts_explorant.pdf, 2003.

SCHELLENBERG, C. Bibliographie commentée : Les services de première ligne et la santé des femmes. Disponible à l'adresse <http://www.cewh-cesf.ca/reformesante/publications/reforme.html#phc-biblio>, 2001.

SHARIF, N., A. DAR et C. AMARATUNGA. *Ethnicity, Income and Access to Health Care in the Atlantic Region: A Synthesis of the Literature*, Halifax : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique et disponible à l'adresse <http://www.acewh.dal.ca/eng/reports.html>, 2000.

Statistique Canada. *Accès aux services de soins de santé au Canada*. Disponible à l'adresse <http://www.statcan.ca/francais/IPS/Data/82-575-XIF.htm>, 2001.

TAIT, C. *A Study of the Service Needs of Pregnant Addicted Women in Manitoba*, Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies et disponible à l'adresse <http://www.pwhce.ca/research.htm#programs>, 2000.

TUDIVER, S. et M. HALL. *Les femmes et la prestation des services de santé au Canada*, document rédigé pour le Forum du Canada et des États-Unis pour la santé des femmes et disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/canusa/papers/canada/french/delivery.htm>, 1996.

Vancouver/ Richmond Health Authority. *Framework for Women-Centred Care*, disponible à l'adresse http://www.vcn.bc.ca/vrhb/Down_Loads/Womens_PHAC/WomenCentredHealth-Jun-2001.pdf

WEERASINGHE, S. *Equitable Access to Healthcare, Health Promotion and Disease Prevention for Recent Immigrant Women Living in Nova Scotia, Canada: Report on Phase 1*, Halifax : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique et disponible à l'adresse <http://www.acewh.dal.ca/eng/reports.html>, 2000.

WIZEMANN, T. et M. PARDUE. (éds.), *Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter?* Committee on Understanding the Biology of Sex and Gender Differences, Board on Health Sciences Policy, National Academy of Sciences, et disponible à l'adresse <http://www.nap.edu/books/0309072816/html/>

Women's Health Clinic (Winnipeg), *Model of Care*, disponible à l'adresse http://www.womenshealthclinic.org/WHC_model.html

ZIMMERMAN, Mary K. *Status Report on Women's Health in Medical Education and Training*, document rédigé pour le Forum du Canada et des États-Unis pour la santé des femmes et disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/canusa/papers/usa/english/training.htm>, 1996.